Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Evaluación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria

El verdadero descubrimiento no es descubrir nuevos paisajes, es tener nuevos ojos"

M. Foucault (1978)

Agradecemos infinitamente el apoyo de todas las personas y entidades que han confiado y participado en la iniciativa del Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

Dirección y redacción:
Angeles Cabria

Equipo:
Oscar Pérez, Técnico Superior
Dolores Prieto, Técnica Superior
Angeles Cabria, Directora

Índice

Resumen ejecutivo 5

1. Introducción 15

2. ¿Qué es la evaluación y qué representa para los poderes públicos? 18

3. ¿Qué se evalúa? Definición de la unidad de evaluación: El proyecto del OSPC en sus distintas dimensiones 20

4. ¿Cómo se toma la iniciativa de evaluar y se define el tipo de evaluación? 23

5. ¿Qué modelo de evaluación adoptamos?: Marco paradigmático y teórico de la evaluación 27

6. ¿A quiénes sirve la evaluación?: Actores interesados 33

7. ¿Qué necesidades y objetivos de la evaluación nos planteamos? 35

8. ¿Cómo evaluamos?: Desarrollo metodológico 37

9. ¿Qué procedimiento analítico seguimos?: Marco conceptual del análisis 39

10. ¿Qué nos desvela el análisis?: Narrativa de la evaluación 42

10.1 Primer Período: La Creación del OSPC (2006-2007) 43

10.1.1 El proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento 43

10.1.1.1. El proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto 44

10.1.1.2. Los procesos participativos 49

10.1.1.3. La estrategia de difusión 54

10.1.1.4. Los recursos utilizados: humanos y materiales 55

10.1.2. La posición del OSPC como actor político: las relaciones con la diversidad de actores y la legitimidad del espacio del OSPC 56

10.1.3. La contribución a la salud pública y a las políticas de salud: los cambios, las resistencias, aprendizajes y recomendaciones 59

10.2. Segundo Período: Desarrollo del OSPC (2008-2009) 65

10.2.1. El proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento 65

10.2.1.1. El proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto 65

10.2.1.2. El acceso del OSPC a las fuentes de información 67

10.2.1.3. Los procesos participativos 69

10.2.1.4. La estrategia de difusión de resultados 74

10.2.1.5. Los recursos humanos y materiales utilizados 81

10.2.2. La posición del OSPC como actor político: las relaciones con la diversidad de actores y la legitimidad del espacio del OSPC 83

10.2.3. La contribución a la salud pública y a las políticas de salud: los cambios, resistencias, aprendizajes y recomendaciones 88

10.3. Tercer Período: Evaluación (2010-2011) 95

10.3.1. El proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento 95

10.3.1.1. El proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto 95

10.3.1.2. El acceso a fuentes de información 97

10.3.1.3. Los procesos participativos 97

10.3.1.4. La estrategia de difusión de resultados 100

10.3.1.5. Los recursos humanos y materiales utilizados 103
10.3.2. La posición del OSPC como actor público: Las relaciones con la diversidad de actores y la legitimidad del espacio del OSPC 105
10.3.3. La Contribución a la salud pública y a las políticas de salud: los cambios, las resistencias, los aprendizajes y las recomendaciones 107
11. ¿Qué podemos inferir del proceso del OSPC para su futuro?: Análisis final y recomendaciones 112
11.1. Recomendaciones 120
12. Bibliografía 124
Anexo I: Viaje a través de las generaciones y olas en la historia de la evaluación 130
Anexo II: Áreas de actuación y plan de evaluación contenido en el Plan de Actuación 2007-2010 133
Anexo III: Matriz de preguntas y ejes temáticos de la evaluación 140
Anexo IV: Proyectos realizados por el OSPC 143
Anexo V: Ponencias, presentaciones y cursos impartidos por el OSPC 144
Anexo VI: Fortalezas y debilidades de los Observatorios de Latinoamérica y de la Península Ibérica 148
Agradecimientos 149

Resumen ejecutivo

El Observatorio de Salud Pública de Cantabria –OSPC- presenta en este informe la evaluación interna de su proyecto y Plan de Actuación 2007-2010. El OSPC parte de un posicionamiento fundamentado en el marco conceptual del derecho a la salud como derecho humano, con unos principios y líneas estratégicas que han guiado su desarrollo a lo largo del proceso que se evalúa y presenta en este informe desarrollado en el primer semestre de 2011. La contribución al conocimiento que se planteó el OSPC iría dirigida tanto a la Administración como al resto de actores participantes y a la ciudadanía en general. Se generaron de esa forma dos líneas de análisis simultáneos: por un lado, de los factores determinantes de la salud y de las desigualdades en la accesibilidad a información y servicios; y por otro, de la respuesta del sistema sanitario a las necesidades en salud y a los problemas de enfermedad de la población, incluyendo los modelos de planificación de los servicios y el análisis de las práctica del personal de salud que los integra.

La iniciativa de evaluar partió del propio proceso de planificación del OSPC, formando parte integral del Plan de Actuación. La evaluación responde a un posicionamiento claro de compromiso de transparencia y de mejora de la institución, constituyéndose en herramienta esencial para la toma de decisiones. La evaluación tiene por tanto para el OSPC un propósito fundamentalmente práctico y utilitario, enfocado en la mejora de las políticas y los programas, en rendir cuentas y en comprender la situación que va a dar luz a acciones futuras. En última instancia, y teniendo en cuenta que la evaluación empieza en el mismo proceso de la planificación, y no en una fase final del programa exclusivamente asociada a los resultados, este proceso que hemos desarrollado es esencial para ayudarnos a plantear un segundo plan de actuación en el nuevo contexto político y socioeconómico. Con esta evaluación, el OSPC pretende continuar contribuyendo al aprendizaje de las instituciones, entidades y personas con las que trabaja, a consolidar una visión y una forma de hacer, y a generar una cultura evaluativa en las instituciones públicas.

Desde nuestra propuesta planteamos la evaluación como el proceso de recogida y análisis sistemático de la información, y de reflexión sobre el objeto a evaluar: la política que da lugar al OSPC, su Plan de Actuación y el programa que desarrolla. Todo ello en base a unos objetivos e intereses de evaluación que devienen de las necesidades informativas y preguntas de evaluación de quienes participan y están interesados en el proyecto y en su evaluación, y que acarrea un juicio de valor sobre la acción desarrollada cuyo fin es contribuir a la mejora y evolución del OSPC.

A través de la iniciativa planteada, desde el OSPC nos situamos como sujeto evaluador para desarrollar la evaluación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria, entendido como objeto de evaluación, constituyéndonos por tanto como arte y parte en la misma.

A lo largo de todo el ejercicio del Plan, el OSPC fue monitorizando las actuaciones de acuerdo a lo planificado en cada una de sus 4 áreas, analizando periódicamente nuestras fortalezas y debilidades frente a las oportunidades y las amenazas. De esta forma, las oportunidades que se fueron presentando nos facilitaron el desarrollo de estrategias a corto plazo, mientras que nuestras fortalezas nos permitieron planificar estratégicamente a más largo plazo. La autoconciencia de nuestras debilidades nos ha permitido por otro lado, utilizar estrategias de minimización de riesgos, tanto internos como del entorno. De esa forma fuimos adaptando los planes anuales de actuación de acuerdo a los contextos y a las necesidades, y emitiendo memorias anuales en las que se fue dando cuenta del seguimiento al Plan de Actuación conforme a los indicadores explicitados en el mismo y a los análisis realizados.

La decisión de realizar una evaluación interna nos ha permitido explorar marcos paradigmáticos y teóricos innovadores que nos han conducido finalmente a definir la autoevaluación del OSPC desde la **Evaluación de Desarrollo** (Developmental Evaluation), formulada por Patton (2011), y a diseñar una evaluación creativa que cubriera las necesidades del equipo y de los actores implicados en el desarrollo del OSPC. La intención de esta evaluación ha sido claramente formativa, abarcando desde el mismo proceso de la evaluación, beneficiándonos desde las personas que conformamos el equipo y estamos involucradas en la ejecución de la evaluación, a potencialmente, las propias instituciones de las que depende el OSPC, las entidades y personas colaboradoras, expertas en evaluación en el campo de la salud, observatorios, organismos y ámbitos afines, educación o áreas sociales tanto de Cantabria como de otras comunidades autónomas y otros países, así como la ciudadanía en general.

El modelo de la evaluación interna de desarrollo lo construimos desde nuestra visión sistémica de los procesos que llevamos a cabo en el OSPC. Esta mirada desde las teorías sistémicas está orientada a explicar los fenómenos que suceden durante la implementación del proyecto del OSPC, a partir del análisis de las interacciones entre los múltiples actores y sectores involucrados en el mismo. No se trata por tanto de reaccionar ante resultados concretos, sino de intentar comprender qué ocurre en el meollo de las relaciones y vinculaciones que se dan

constantemente entre las personas que componen los sistemas.

Teniendo en cuenta que el OSPC es un proyecto nuevo e innovador en pleno desarrollo, a través de este tipo de evaluación tratamos de darle sentido a todo aquello que fue emergiendo en situaciones complejas, documentando e interpretando las dinámicas, interacciones e interdependencias que ocurrieron a medida que se desarrollaba el proyecto.

Durante la primera fase del proceso de la evaluación, el OSPC realizó un trabajo de reflexión interna y de consulta con expertas en el campo de la evaluación, y con las/los miembros del Comité Asesor, en la que se identificaron y reunieron las necesidades evaluativas de los diferentes actores en forma de preguntas de evaluación. La sistematización y el análisis de las mismas, en relación con los objetivos generales del OSPC y los objetivos de evaluación planteados originalmente en el Plan de Actuación, definieron los siguientes **ejes** temáticos que han guiado el análisis de todo el desarrollo del Plan:

1. Analizar el proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento

2. Analizar la posición del OSPC como actor público

3. Analizar la contribución a la mejora de las políticas de salud

Estos ejes guía de todo el proceso nos llevaron a establecer tres **objetivos** de la evaluación:

1. Analizar el **proceso productivo** y la **eficacia material** de la producción del proyecto del OSPC, en referencia a los cambios más objetivos y visibles que se produjeron como consecuencia de la acción del OSPC.

2. Analizar el **proceso transformador** y la **eficacia simbólica** de la acción del OSPC a nivel individual y colectivo, de acuerdo a los cambios en la consideración, significación o importancia que otorgaron los distintos actores involucrados a una determinada política, tema o problema sobre el que se trabajó.

3. Formular **recomendaciones** para la continuación del desarrollo del OSPC.

Dado que a lo largo del ejercicio del Plan de Actuación identificábamos momentos diferentes de crecimiento del OSPC en contextos cambiantes, decidimos definir **tres períodos del proceso del OSPC** a analizar:

- Período de **creación**: en el que se desarrolla el análisis situacional y el proceso de planificación, en el contexto histórico político en el que se construye el encargo y se crea el OSPC.

- Período de **desarrollo**: identificado con el desarrollo del proyecto del OSPC y sus cuatro áreas de actuación, y la expansión y articulación de las redes.

- Período de **evaluación**: correspondiente al período evaluativo como cierre al Plan de Actuación 2007-2010 y reflexión hacia la siguiente planificación.

La información que integraría el cuerpo de la **narrativa del análisis** en cada uno de los períodos se seleccionó de acuerdo a las iniciativas y proyectos más destacados que fue desarrollando el OSPC, y en base a una serie de **analizadores** clave que nos han permitido visibilizar lo que considerábamos más relevante para la narrativa en un ***primer nivel del análisis:*** las **situaciones** y **tensiones** que emergieron en el transcurso de las actuaciones del OSPC; las **estrategias** y **herramientas** que utilizó el OSPC para desarrollar el Plan de Actuación y para abordar las situaciones y tensiones emergentes; los **actores** involucrados en las actividades, estudios y procesos en general; las **percepciones de riesgo** de los responsables institucionales del OSPC y del mismo OSPC; las **alianzas** y las **solidaridades** que se fueron generando entre los distintos actores con el OSPC; y las **oposiciones** y los **conflictos**.

Para valorar lo acontecido durante el proceso de desarrollo del Plan de Actuación del OSPC, y en un ***segundo nivel del análisis***, utilizamos de forma transversal los siguientes **criterios**: **Viabilidad**: qué tan factible fue desarrollar una determinada acción; **Coherencia** y concordancia con los marcos políticos; **Pertinencia**: congruencia con las necesidades percibidas; **Conveniencia estratégica** de llevar a cabo una determinada acción; **Participación** de los distintos actores en el proceso; **Contribución al cambio** deseado; **Eficacia**: si se cumplieron los objetivos prefijados; **Eficiencia**: si se cumplieron los objetivos de acuerdo al costo más razonable; **Legitimación** del espacio y de la labor del OSPC.

En síntesis, **el período de creación** del OSPC representó un momento de aprendizaje, crecimiento y reconocimiento en el que se fueron abriendo áreas de trabajo y procesos participativos y formativos, comenzando estudios y colaboraciones, difundiéndose el OSPC como nuevo espacio en búsqueda de puntos de encuentro con actores diversos, e incrementándose las peticiones al equipo de asesoría y participación en distintos ámbitos, desde la propia Dirección General de Salud Pública a profesionales de salud y asociaciones de Cantabria, de otras

Comunidades Autónomas y a nivel estatal e internacional. Fue de esta forma un período de generación de alianzas y solidaridades tanto al interior del Comité Asesor como con agentes colaboradores en los niveles mencionados, que contribuyeron a legitimar el espacio del OSPC y a difundir su trabajo.

Este período inicial fue influenciado asimismo por los cambios políticos en la Administración Sanitaria, que aunque no supusieron una pérdida de apoyo institucional al OSPC, implicaron un cambio de visión en la Consejería, comenzándose a observar un menor nivel de concesión de relevancia a la investigación sobre determinantes sociales en salud.

Se trata de un período en el que ya se hacía evidente la necesidad de apertura de las instituciones autonómicas que apoyan la investigación biomédica, hacia comprender la importancia de la investigación sobre determinantes sociales de la salud y apoyar su práctica.

Cambios a los que contribuyó el OSPC en el 1er Período
Visión de Observatorio de Salud Pública /Modelo participativo *C1. Se creó un nuevo espacio de análisis en salud pública con una **visión de participación activa** de los diversos públicos que componen la salud pública, constituyéndose en una **buena práctica** en el seno de la Administración cántabra.* *C2. Se estableció un **nuevo modelo de Comité Asesor** en la Administración Sanitaria desde un criterio de interés y compromiso de sus miembros con los temas abordados por el OSPC y no exclusivamente de representación institucional.* *C3. El OSPC contribuyó **a establecer un vínculo formal** entre la Consejería de Sanidad y los distintos sectores participantes en el Comité Asesor.* *C4. El modelo participativo del Comité Asesor contribuyó a que sus miembros establecieran colaboraciones entre sí, **ampliando** sus propias **redes** y campos de relación.*
*C5. Los actores sociales participantes en el espacio del OSPC se convirtieron en **legitimadores** de la acción del mismo.*
*C6. Se abrieron oportunidades a nuevos tipos de **colaboraciones** fuera de la Administración Sanitaria cántabra y fuera de la Comunidad Autónoma.*
*C7. Se aceptó el planteamiento por parte de los responsables de la Consejería de Sanidad de una **estrategia de difusión** propia del OSPC.*
*C8. **Se adoptó el rol de "defensor" de la investigación social** en salud,*

reivindicándose para ésta un espacio legítimo y el apoyo que contemplan las normativas europeas y estatales.
*C9. Se realizaron por primera vez en la Administración Sanitaria cántabra **investigaciones cualitativas** en salud y **evaluaciones** de políticas, planes y programas desde un **enfoque participativo** de la pluralidad de actores interesados.*
*C10. **Se abordaron nuevos temas** de investigación y evaluación en Cantabria, como la salud de la población inmigrante y el enfoque de género en salud*
*C11. Se abrieron **nuevos espacios de debate** sobre desigualdades en salud.*
*C12. Se desarrolló por primera vez **formación en investigación cualitativa** en el ámbito sanitario con participación de sectores sociales.*

El período de desarrollo del OSPC representó la consolidación del proyecto de observatorio, con los consiguientes retos, logros y aprendizajes a través de las distintas experiencias en investigación, evaluación y formación analizadas, y con el fortalecimiento del equipo y de las relaciones con los actores involucrados en las mismas y colaboradores de otros ámbitos.

La expansión de las redes del OSPC a través de las colaboraciones con distintas entidades y grupos de investigación en Cantabria, con otras comunidades autónomas y a nivel estatal e internacional, como el *Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud* y las intervenciones en cooperación internacional al desarrollo en salud, contribuyó a aportar visibilidad y legitimidad a nuestro espacio, al mismo tiempo que reconocimientos por los resultados del trabajo.

En conjunto, nuestra participación en jornadas, congresos o seminarios, a donde enviamos propuestas o se nos invitó a presentar resultados del trabajo realizado, constituyó una oportunidad de visibilizar las políticas de salud del Gobierno de Cantabria en los espacios de difusión científica.

Las iniciativas desarrolladas favorecieron cambios positivos al interior de la Administración, en el ámbito de la salud pública, hacia una mayor aceptación e interés en la evaluación de programas. Igualmente observamos un mayor interés por parte de las/los profesionales por participar en los procesos de evaluación y de investigación cualitativa desarrollados, así como en las iniciativas formativas.

Asimismo, el período de desarrollo se caracterizó por la negociación del OSPC con

los responsables de la Consejería en relación a las acciones programadas. La experiencia ha evidenciado la necesidad de un mayor acercamiento de visiones y posiciones entre OSPC y Consejería, para llegar a puntos de encuentro que nos permitan sumar fuerzas y multiplicar las actuaciones en la línea de seguir investigando sobre los determinantes de la salud y evaluando las políticas y planes de salud de forma participativa.

Cambios a los que contribuyó el OSPC en el 2º Período
Visión de Observatorio de Salud Pública /Modelo participativo *C1. La participación del Comité Asesor alcanzó un **nivel más proactivo** con la creación de un espacio de debate en las reuniones para abordar temas de interés en salud pública de sus miembros y de los colectivos a los que representan.* *C2. Se abrió por primera vez la participación a **la ciudadanía** en un foro público por la salud de las mujeres.* *C3. Con los estudios del OSPC se dio una apertura a **nuevas formas** de participación del sistema sanitario.* *C4. El **abordaje participativo y cualitativo de la investigación y evaluación** que realizó el OSPC contribuyó a convertir a los sujetos de estudio en actores protagonistas.* *C5 Se realizó el primer estudio de **investigación acción participativa** con población gitana que marcó una nueva forma de trabajar con este colectivo de población.*
Legitimación del trabajo del OSPC / Influencia en la política de salud *C6. Se **publicó** por primera vez una **evaluación** de un plan de salud.* *C7. Se **publicó** por primera vez un **análisis de una encuesta regional de salud** desde un enfoque de determinantes sociales en salud.* *C8. Se **presentó** por primera vez una evaluación de un plan de salud en el **Parlamento** de Cantabria.* *C9. Se concedió por primera vez un **premio** en un congreso estatal de salud pública **a una evaluación participativa con perspectiva de género**, que recibieron el OSPC y la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, colaboradores en la evaluación.* *C10. El OSPC contribuyó a que se colocara por primera vez el **tema de las enfermedades raras en la agenda** de la Consejería de Sanidad y que se publicara un artículo escrito por el OSPC.*
*C11. Se abrió por primera vez a todos los públicos el **acceso** a los datos y análisis de la Encuesta de Salud de Cantabria a través de la web del OSPC.*

*C12. Se evaluó por primera vez una **política de género en salud** y se abrió un **nuevo debate** entre un sector de profesionales y asociaciones, y colaboradoras/es dentro y fuera de la Administración.*
*C13. Se llevaron a cabo **nuevas formas de colaboración** con entidades externas, trabajando como un solo equipo, con aprendizajes mutuos y capitalización de experiencias para posteriores investigaciones y evaluaciones.*
*C14. Se dio un **cambio substancial en la importancia concedida a la evaluación** por parte de los distintos actores intervinientes en las evaluaciones realizadas, particularmente de un sector de profesionales y de las asociaciones.*
*C15. La **formación** en evaluación organizada por el OSPC generó un **nuevo interés** en la evaluación entre el personal técnico de la DGSP que se tradujo en recomendaciones específicas para hacerla efectiva en la Consejería de Sanidad.*
*C16. El OSPC contribuyó a la política de cooperación internacional al desarrollo en salud, dándose con ello una **buena práctica de trabajo intersectorial** dentro de las instancias del Gobierno.*

El período de evaluación, que corresponde con el final del Plan de Actuación, supone el momento en el que el OSPC abordó las distintas iniciativas con la mirada puesta en la evaluación de la política que sustentó la creación del OSPC y de su programa. La denominación de "período de la evaluación" está asimismo vinculada a la propuesta del *análisis de necesidades en evaluación en salud pública* formulada a la Consejería de Sanidad como paso imprescindible en la hoja de ruta hacia la creación de un área de evaluación de políticas, programas y servicios de salud en el seno de la Consejería de Sanidad, esbozado en el Plan de Actuación.

Este último período se caracterizó por la realización de proyectos sobre género en salud (*encuesta a gestores y profesionales*, y *análisis de la Cartera de Servicios de AP*) que aportaron información relevante al sistema de salud. Además se finalizó el proyecto de investigación acción participativa sobre *determinantes sociales de la salud de la población gitana*, que ha tenido notable importancia para el asociacionismo gitano y sus relaciones con el sistema sanitario. Al mismo tiempo, los aprendizajes de dichos estudios favorecieron la reflexión entre un sector de profesionales que participaron en los mismos sobre la relevancia de las necesidades que plantean al sistema de salud, aportando recomendaciones clave para su mejora.

La legitimación institucional llegó de la mano del ICANE, del Ministerio de Sanidad y

del INE, que junto a la Consejería de Sanidad propusieron al OSPC como interlocutora con todas las instituciones en cuanto a la nueva e innovadora propuesta que se plantea para la Encuesta de Salud de 2011. Mientras que por otro lado, el OSPC recibió reconocimientos de ámbitos diversos, desde el académico y las sociedades científicas, la sociedad civil y los medios de comunicación.

No obstante, el período estuvo asimismo caracterizado por la escasa difusión dada por la Consejería de Sanidad a las temáticas trabajadas y productos realizados por el OSPC, no presentándose al público general el *Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria*, ni difundiéndose entre las/los profesionales los análisis específicos de la *Encuesta de Salud de Cantabria* ni los proyectos sobre género y salud (encuesta y análisis de la cartera de servicios de AP). El análisis de necesidades en evaluación en salud pública pasó asimismo a ocupar el espacio de los proyectos en suspenso.

Cambios a los que contribuyó el OSPC en el 3º Período
Visión de Observatorio de Salud Pública /Modelo participativo *C1. El análisis participativo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria reunió a un grupo diverso de profesionales de dentro y fuera del sistema sanitario en torno al enfoque de género que evolucionó en un* ***proceso único*** *sobre el modelo de atención, dando lugar por primera vez a una* ***propuesta innovadora*** *de reforma de la CS al SCS.* *C2. La* ***consulta*** *y* ***proceso participativo*** *llevado a cabo con el Comité Asesor respecto a la* ***evaluación del OSPC*** *contribuyó a incrementar el interés de sus miembros en el espacio que representa el Observatorio para las políticas de salud en Cantabria, así como su apreciación de pertenencia al mismo.*
Nuevos intereses y aperturas *C3. La información al* ***Comité Asesor*** *sobre los resultados de la Encuesta de Salud promovió un nuevo interés entre sus miembros, que propició una mayor difusión de la misma a través de las invitaciones que se hicieron al OSPC para presentarla en distintos ámbitos.* *C4. El abordaje que hizo el OSPC de la Encuesta de Salud de Cantabria despertó el interés de los* ***medios de comunicación****, televisión y prensa, que la conocieron a través de la web del OSPC.* *C5. Se percibió una mayor apertura en los* ***gestores*** *hacia facilitar la realización de la primera encuesta a gestores y profesionales de salud sobre perspectiva de género en salud.*
Legitimación del trabajo del OSPC / Influencia en la política de salud *C6. Desde el Ministerio de Sanidad se legitimó al OSPC como agente interlocutor en*

la innovadora iniciativa planteada por el INE y el ICANE a la Consejería de Sanidad para la futura encuesta de salud.

Finalmente incluimos algunas recomendaciones para el progreso del OSPC que devienen de los aprendizajes de la experiencia de la puesta en marcha y del proceso de desarrollo del I Plan de Actuación:

- Fortalecer el papel del OSPC en la mejora de las políticas de salud, a través de su avance en el estudio de los determinantes sociales en salud y de las desigualdades, así como en el conocimiento sobre las diferencias y/o desigualdades de género y sobre las prácticas de las/los profesionales desde dicha perspectiva.
- Optimizar los resultados de los estudios y las actuaciones del OSPC a través de una mayor utilización de los mismos por parte de las autoridades sanitarias, técnicos, profesionales y sociedad en general.
- Mejorar la difusión de la información y conocimiento producido por el OSPC a todos los públicos, diversificando los canales de comunicación (medios y formatos) y analizando e interpretando la información para hacerla útil y sensible a las necesidades de la población.
- Continuar abriendo canales de participación en los distintos sectores involucrados en la salud pública, mejorando los procesos participativos.
- Mejorar el acceso a las fuentes de información.
- Desarrollar estrategias conjuntas en el sistema de salud y entre los distintos sectores involucrados en la salud pública: trabajar interdisciplinar e intersectorialmente.
- Promover un debate sobre la significación de las políticas de género en salud a nivel de gestores y profesionales de salud.
- Continuar dando apoyo al incipiente campo de la evaluación de políticas, programas y servicios de salud.
- El avance del OSPC requiere del apoyo político y compromiso de las autoridades sanitarias con la equidad en salud y con la participación de la ciudadanía en la mejora de sus políticas de salud.
- El OSPC precisa del apoyo del resto de los sectores públicos, de las entidades sociales y de la ciudadanía en general.

1. Introducción

El Observatorio de Salud Pública de Cantabria –OSPC- presenta en este informe la evaluación interna de su proyecto nacido en 2006 y hecho público oficialmente el 9 de mayo de 2007 con la presentación por parte de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria del Plan de Actuación 2007-2010.

La Consejería de Sanidad dio apoyo mediante esta iniciativa al fortalecimiento de la salud pública y a la creación de un modelo de coordinación intersectorial para el abordaje de los factores determinantes de la salud y de la eliminación de las desigualdades, integrando la evaluación en salud en todas sus áreas y funciones. Asimismo dio luz verde y avaló una política de equidad en el derecho a la salud desde una perspectiva de género, clase, edad y origen étnico, cultural y geográfico (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Consejería de Sanidad, Plan de Actuación 2007-2010). Para tal fin y desde el convencimiento de que la salud pública se construye desde y para los diversos públicos, el OSPC planteó un enfoque participativo en la investigación y evaluación en salud para integrar tanto a gestores, profesionales e investigadores, como al tejido asociativo y a la ciudadanía en general. El proyecto del OSPC aspiraba de esa forma a influir en la construcción de políticas y en la elaboración de planes y programas de salud que atendieran las necesidades específicas de la diversidad de la población residente en Cantabria.

Aun siendo conscientes de que la misión del OSPC de contribuir a eliminar las desigualdades en salud desde un modelo de trabajo participativo interdisciplinar e intersectorial era ciertamente ambiciosa, el proyecto se planteaba desde una base de compromiso con las políticas autonómicas, europeas y estatales en esa línea, aspirando a contar con la cooperación de los distintos sectores implicados en la salud pública, comenzando por la propia Consejería de Sanidad. Esto significaba que para contribuir a su logro debían darse una serie de condiciones y cambios a nivel de las instituciones públicas y de la sociedad general.

¿Qué necesitábamos entonces para emprender un proyecto que contribuyera a los cambios deseados? Necesitábamos primeramente ideas, estrategias, compromisos y liderazgo que guiaran las acciones a desarrollar.

"Sin idea que guíe la acción, ésta es sólo una actividad; sin acción que encarne la idea, ésta es sólo elucubración, fantasía, ilusión…" (Zúñiga, 2004).

Pero las ideas y las acciones se ejercen en un mundo en el que nada es estable y las situaciones y el medio político, social y económico están cargados de

incertidumbre y cambian de forma imprevisible. Por tanto necesitamos entender qué y quiénes cambian, porqué y cómo suceden los cambios y las implicaciones que éstos conllevan. Para ello vamos a abrir un espacio para la evaluación en el que se encuentran las múltiples dimensiones que intentamos analizar, las interrelaciones entre sí mismas y los cambios que se han producido, tanto en la dirección deseada como en la imprevista o no deseada. Y a través de ese análisis de cambios y de resistencias, de transformaciones individuales, grupales, sectoriales, ambientales, normativas o simbólicas, evaluar las contribuciones del OSPC al logro de las metas propuestas y al desarrollo del propio espacio y de sus componentes. En definitiva, vamos a evaluar la puesta en marcha de una idea y una estrategia en el contexto de las reglas del juego político en el que surge y se desarrolla el OSPC, desde el análisis de la diversidad de sectores y actores involucrados, los espacios que ocupan y sus interacciones, las relaciones de poder y la toma de decisiones.

Esta evaluación es fruto de nuestro compromiso con la transparencia del trabajo de la institución y con nuestra visión de la evaluación como ejercicio de democracia y de construcción de ciudadanía. La promoción de la evaluación de las instituciones públicas desde esta perspectiva ha sido una máxima con la que nos hemos afiliado desde el principio de nuestra andadura con este primer Plan. En el mismo, el OSPC se planteaba la evaluación como herramienta fundamental para su progreso, "*como el espejo que le permitiría observarse a sí mismo, definir específicamente sus líneas de trabajo y modificar sus estrategias en base al proceso y a los resultados de sus actuaciones y a la valoración cualitativa que emana de la propia evaluación"*. Y nos planteábamos hacerlo con criterios de transparencia, participación y consistencia de la visión del Plan con el trabajo interno del equipo y el proceso de crecimiento del OSPC (ver anexo II: Plan de evaluación contenido en el Plan de Actuación 2007-2010).

Con este fin hemos llevado a cabo un análisis de marcos teóricos en la línea del pensamiento sistémico, hasta llegar a la Evaluación de Desarrollo que aplicaremos al proyecto del OSPC. Se trata por ende de una evaluación basada en los cambios y aprendizajes de un proceso en marcha hacia el esclarecimiento de la evolución del mismo.

La estructura del informe la hemos planteado a través de interrogantes que abren puertas a la comprensión sobre la importancia de la evaluación para la ciudadanía, las instituciones y los poderes públicos, y sobre la política y programa que evaluamos. El proceso evaluativo comienza por el propio recorrido llevado a cabo hasta la decisión del tipo de evaluación realizada y la elección del marco teórico y la

metodología empleada. El entramado de hallazgos que surgen del análisis se presenta en forma narrativa a través de tres períodos definidos del proceso que se evalúa: el período de creación, el de desarrollo y el de evaluación. Las reflexiones finales sobre la evolución del proyecto del OSPC aportan recomendaciones importantes para la planificación y el futuro de este observatorio. Pensamos que las lecciones aprendidas durante la implementación y evaluación del mismo puedan ser de interés para otros observatorios planteados desde principios e intereses comunes al OSPC. Con esta memoria queremos invitar al debate a las personas y entidades interesadas sobre las temáticas y dilemas que se abordan en la misma, tanto desde el campo de la salud pública como de la evaluación de políticas y programas de salud.

2. ¿Qué es la evaluación y qué representa para los poderes públicos?

La evaluación adquiere múltiples significaciones de acuerdo a los distintos marcos y enfoques conceptuales desarrollados a lo largo de la historia de esta disciplina de reciente desarrollo en España (ver anexo I: Viaje a través de las generaciones y olas en la historia de la evaluación). Desde nuestra propuesta planteamos la evaluación como el proceso de recogida y análisis sistemático de la información, y de reflexión sobre el objeto a evaluar: la política que da lugar al OSPC, su Plan de Actuación 2007-2010 y el programa que desarrolla. Todo ello en base a unos objetivos e intereses de evaluación que devienen de las necesidades informativas y preguntas de evaluación de quienes participan y están interesados en el proyecto y en su evaluación; y que acarrea un juicio de valor sobre la acción desarrollada cuyo fin es contribuir a la mejora y evolución del OSPC.

En línea con las reflexiones de Patton (1997), la evaluación tiene para el OSPC un **propósito** fundamentalmente **práctico y utilitario** enfocado en la mejora de las políticas y los programas, en rendir cuentas y comprender la situación que va a dar luz a acciones futuras del OSPC. Como tal, consideramos esta evaluación como un test de la realidad para hacernos conscientes de lo que está sucediendo, de lo que estamos logrando, examinando lo que funciona y lo que no. Y la ponemos en práctica, parafraseando a Weiss (1997), como una *"labor artesanal"* de aprendizaje en sí misma, que está destinada a optimizar nuestro trabajo y los recursos que utilizamos para ello.

En última instancia, y teniendo en cuenta que la evaluación empieza en el mismo proceso de la planificación, y no en una fase final del programa exclusivamente asociada a los resultados, este proceso que hemos desarrollado es esencial para ayudarnos a plantear un segundo plan de actuación en el nuevo contexto político y socioeconómico. **Evaluación y planificación son procesos que transitan paralelamente** y como tal se deben tratar en cada una de las fases de desarrollo del programa (Osuna y Márquez, 2000).

En este sentido la evaluación constituye una **herramienta imprescindible para los poderes públicos** (Monnier, 1995) para la planificación y la mejora de las políticas, planes y programas. Para lo que partimos de uno de los consensos más destacados en el heterogéneo campo de la evaluación: la evaluación **siempre es política** porque toda ejecución de programas de los poderes públicos forman parte

de la política de los mismos (Patton, 1997; Weiss, 1997; Monnier, 1995).

La evaluación del OSPC es por tanto una evaluación política de un nuevo programa que presenta una visión participativa de la salud pública y que integra **conceptos innovadores** en Cantabria, como es el abordaje de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades, introduciendo la investigación cualitativa en salud y la evaluación de políticas y programas de salud. Pero cuanto más novedosa o innovadora es una política o un programa, más complejo se hace llevarlo a cabo, ya que **implica nuevas teorías**, nuevas **estrategias** y nuevas **formas de actuar** para las que se carece de referentes previos y que rompen con las rutinas vigentes. Los programas nuevos y novedosos, como el OSPC, alteran en cierto modo el **equilibrio** existente en una institución y generan una serie de apoyos al tiempo que abren un nuevo espacio de debate donde se producen tensiones entre visiones y posicionamientos diferentes. El programa de esa forma se convierte en **campo de negociación**, de acuerdo a la cercanía o lejanía de los distintos intereses en juego (Monnier, 1995).

La evaluación para este tipo de iniciativas se torna esencial para su futuro, ya que induce a **analizar la motivación** que llevó a la creación del programa y **los contextos sociales y políticos** en los que se desarrolló, así como a **conocer la relevancia y la pertinencia** del mismo en el momento de la evaluación.

Con esta evaluación, el OSPC pretende **continuar contribuyendo al aprendizaje** de las instituciones, entidades y personas con las que trabaja, a **consolidar una visión y una forma de hacer**, y a **generar una cultura evaluativa en las instituciones públicas**. La evaluación continúa siendo un campo a desarrollar en la Administración cántabra, donde hay más costumbre de monitorizar indicadores cuantitativos de gestión que de evaluar en una dimensión más amplia las políticas, planes y programas que se desarrollan. El OSPC, como se verá a lo largo de este informe, comenzó desde su inicio a poner en práctica su compromiso con la evaluación, sensibilizando y formando sobre la misma, al mismo tiempo que desarrollándola con programas de Salud Pública. Esta evaluación constituye por tanto un aporte más en la línea de la transparencia y de la mejora de las políticas.

3. ¿Qué se evalúa? Definición de la unidad de evaluación: El proyecto del OSPC en sus distintas dimensiones

A través de la iniciativa planteada desde el OSPC, nos situamos como sujeto evaluador para desarrollar la evaluación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria, entendido como objeto de evaluación, siendo por tanto arte y parte en la misma. Dicha evaluación la desarrollaremos en sus distintas dimensiones, como política pública, innovadora en su definición para nuestra Comunidad Autónoma, que parte con un primer Plan de Actuación 2007-2010 y desarrolla un programa de trabajo. Dicho Plan germina con el **posicionamiento** del OSPC fundamentado en el marco conceptual de derechos humanos con perspectiva de género y con los siguientes **principios** y **líneas estratégicas** que guían su desarrollo a lo largo de los cuatro años que se evalúan y presentan en este informe desarrollado en el primer semestre de 2011.

(1º) La salud es un derecho humano y por tanto todas las personas que viven en la región de Cantabria deben tener **(2º) igualdad de derecho a la atención en salud** (OSPC, Plan de Actuación 2007-2010). Por ello, el OSPC se planteó como líneas estratégicas la **identificación y visibilización de la existencia de desigualdades en salud** en base al género, edad, clase socio-económica, origen, niveles de capacidad, etnia y cultura, así como el desarrollo de propuestas de intervención dirigidas a su eliminación. Éstas incluyen **(3º)** la **transversalización de la perspectiva y la equidad de género en salud** en todo el ámbito del concepto[1].

La contribución al conocimiento en este terreno, que se planteó el OSPC, iría dirigida tanto a la Administración como al resto de actores participantes y a la ciudadanía en general. Se generaron de esa forma **dos líneas de análisis simultáneos**: por un lado, de los **factores determinantes de la salud y de las desigualdades** en la accesibilidad a información y servicios; y por otro, de **la respuesta del sistema sanitario a las necesidades en salud y a los problemas de enfermedad** de la población, incluyendo los modelos de planificación de los servicios y el análisis de las práctica del personal de salud que los integra.

[1] Entendemos la **equidad de género** como la superación de las desigualdades injustas y evitables que se producen por razones de género en la situación de la salud, la calidad y acceso a los servicios sanitarios, el acceso a recursos y a posiciones de poder en los sistemas institucionales, y la distribución de responsabilidades en el cuidado de la salud de las personas y las comunidades en las que habitan.

La **definición de las áreas** del Plan de Actuación 2007-2010 (investigación y análisis, información y comunicación, formación y participación) se llevó a cabo en base al análisis de situación realizado y de acuerdo a los **criterios de necesidad y oportunidad**, teniendo en cuenta las áreas, temas y enfoques de salud pública sobre los que no se habían realizado trabajos previos y existía un vacío o una escasa información al respecto (ver anexo III: Áreas de Actuación del OSPC). Para cada una de las áreas de actuación, el OSPC emitiría **recomendaciones** a la Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Servicio Cántabro de Salud y otras instituciones públicas, privadas y no gubernamentales para la mejora de las políticas, programas y servicios que garanticen el derecho equitativo a la salud de la población en general y la mejora de los servicios de salud y de la atención brindada.

El modelo de observatorio promovido por el OSPC dejaba ya claro en su inicio lo que algunos autores han matizado respecto a que el concepto de **"observar" no implica una actitud pasiva** (Hemmings y Wilkinson, 2003). Muy al contrario, el OSPC se perfilaba como un **actor proactivo** en el sentido de informar a una diversidad de actores y a la población en general y argumentar las políticas públicas. Todo lo cual define nuestro **(4º)** principio guía de **no separación entre lo técnico y lo político**.

(5º) El OSPC se planteó de esa manera como un **espacio abierto** a toda la ciudadanía, **(6º)** desde la **transparencia**, **(7º) democracia** y **(8º) participación** en los procesos.

Estos son los postulados y la política que se aprobaron y apoyaron desde la Administración Pública de Cantabria. La significación de los mismos en términos de implementación del Plan ha supuesto una serie de retos que se irán abordando de acuerdo a la metodología propuesta en esta evaluación.

Para desarrollar el proyecto de observatorio de salud pública, el OSPC estableció una **estructura** constituida por:

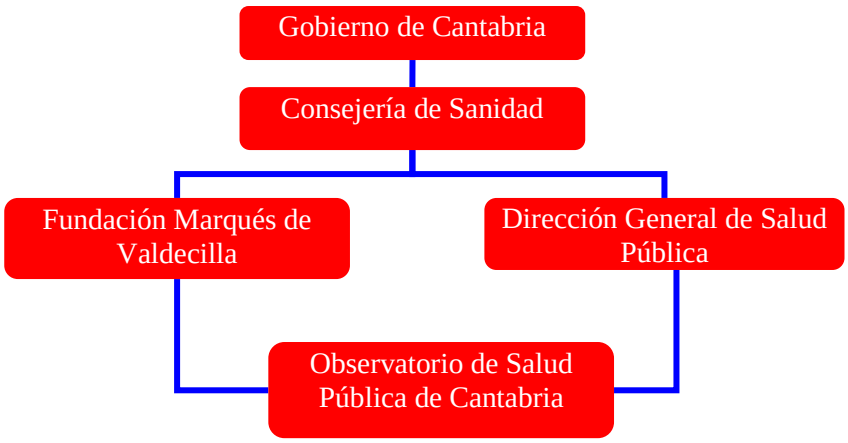
El equipo de trabajo: compuesto por una directora (contratada en septiembre de 2006), una técnica socióloga (de enero de 2007 a noviembre de 2010), una técnica médica epidemióloga (contratada en diciembre de 2007), y un técnico sociólogo (contratado en mayo de 2008). El equipo se ha visto en distintos momentos apoyado por contrataciones técnicas temporales, así como por becarios y pasantes universitarios.

El Comité Asesor: organizado como un órgano de participación del OSPC integrado por especialistas y personas relevantes al campo de la salud pública, tanto de Cantabria como de otras CCAA y del ámbito estatal, con diversidad de perfiles y perspectivas, incluyendo investigadores, gestores de servicios, profesionales, miembros de asociaciones especializadas y representantes de la ciudadanía. La función del Comité Asesor es asesorar y apoyar al equipo del OSPC en la toma de decisiones en cuanto a sus líneas estratégicas de actuación.

La Comisión de Dirección: constituida como el órgano de dirección del OSPC con la responsabilidad en la toma de decisiones ejecutivas sobre el plan estratégico, y compuesta por los siguientes cargos:

- Consejera/o de Sanidad
- Director General de Salud Pública
- Gerente de la Fundación Marqués de Valdecilla
- Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud
- Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- Directora del Observatorio de Salud Pública

Organigrama institucional



4. ¿Cómo se toma la iniciativa de evaluar y se define el tipo de evaluación?

La iniciativa de evaluar partió del propio proceso de planificación del OSPC, formando parte integral del Plan de Actuación 2007-2010. La evaluación responde, como ya se ha indicado en la introducción, a un posicionamiento claro de compromiso de transparencia y de mejora de la institución, constituyéndose en herramienta esencial para la toma de decisiones.

Por lo tanto, a lo largo de todo el ejercicio del Plan, el OSPC fue **monitorizando** las actuaciones de acuerdo a lo planificado en cada una de sus 4 áreas (ver anexo II: Áreas de Actuación del Plan), **analizando periódicamente** nuestras fortalezas y debilidades frente a las oportunidades y las amenazas (análisis DAFO). De esta forma, las oportunidades que se fueron presentando nos facilitaron el desarrollo de **estrategias** a corto plazo, mientras que nuestras fortalezas nos permitieron planificar estratégicamente a más largo plazo. La autoconciencia de nuestras debilidades nos ha permitido por otro lado, utilizar estrategias de minimización de riesgos, tanto internos como del entorno. De esa forma fuimos **adaptando** los planes anuales de actuación de acuerdo a los contextos y a las necesidades, y emitiendo memorias anuales en las que se fue dando cuenta del seguimiento al Plan de Actuación conforme a los indicadores explicitados en el mismo y a los análisis realizados.

Al comienzo del cuarto año del Plan de Actuación, cuando nos planteamos realizar la evaluación integral de la iniciativa del OSPC y sus 4 años de ejercicio, comenzamos a **negociar un plan de evaluación** con los responsables de la Consejería de Sanidad. La **primera propuesta** que presentamos fue una idea *mixta* de evaluación interna o autoevaluación del equipo del OSPC, junto a un componente de evaluación externa a realizarse por colaboradores con amplia trayectoria en el campo de la evaluación de políticas y programas públicos, y con gran interés en evaluar la iniciativa del Observatorio de Salud Pública[2]. No obstante, valorados los límites del contexto de la Consejería, justificados en ese momento por la crisis económica, planteamos una **segunda propuesta** de evaluación interna con la participación de entidades y personas colaboradoras más cercanas.

La decisión de realizar una **evaluación interna** nos ha permitido explorar marcos paradigmáticos y teóricos innovadores, y diseñar una evaluación creativa que

[2] Se realizó una propuesta conjunta con Red2Red.

cubriera las necesidades del equipo y de los actores implicados en el desarrollo del OSPC. Asimismo, nos facilitó un aprendizaje teórico-practico del propio equipo en materia de evaluación enfocada en la evolución del proyecto.

Con el objetivo de destacar la relevancia y validez de la evaluación interna para el proyecto del OSPC, nos interesa aquí distinguir entre los **conceptos de evaluación externa e interna**, fundamentalmente respecto a las cuestiones de la objetividad y la subjetividad atribuidas a una y otra. Según Zúñiga (2009b), *"el mito de la evaluación objetiva pesa sobre la ideología que la domina".* Dicho **mito de la objetividad** considera requerimiento básico que la evaluación sea "externa", en el sentido de ser llevada a cabo por un agente externo al proyecto a evaluar. Pero de acuerdo a la definición de la evaluación como enjuiciamiento de valor para la mejora, es absolutamente preciso que ese juicio de valor pase por quienes deben apropiárselo para que la deseada mejora se produzca, y en ese caso, la evaluación deja de ser "externa" para hacerse necesaria su internalización; deja de ser supuestamente objetiva para pasar a representar la multiplicidad de subjetividades interconectadas, que problematizan, que se identifican, que se oponen, que negocian y llegan a consensos y disensos que representan a su vez la diversidad de voces y la compleja realidad en la que se desarrollan.

En la evaluación interna del OSPC nos enfrentamos a la complejidad de ser tanto **objeto de evaluación** como **sujeto evaluador**. Como sujeto evaluador, el OSPC se aleja a sí mismo de la acción para pasar a observarse críticamente, para preguntarnos sobre lo que estamos haciendo, cómo lo estamos haciendo, si estamos progresando en la dirección deseada hacia lograr las metas que nos hemos propuesto en el inicio del Plan de Actuación que estamos evaluando; y en caso de que no sea así en parte o del todo, qué tenemos que modificar para conseguirlo, o si realmente lo que tenemos que hacer es un giro en la evolución del proyecto para adecuarlo a la demanda del contexto de la realidad actual.

El **grado de autonomía del evaluador** respecto al objeto de la evaluación es siempre un factor importante a tener en cuenta en el caso de una autoevaluación como la del OSPC. En este sentido es importante señalar que en cualquier tipo de evaluación, las recomendaciones por parte del evaluador no son nunca neutrales. **No existe** de hecho **una evaluación neutral** ni, como ya se ha adelantado, una evaluación apolítica, ya que todos los juicios de valor implican una identificación o una oposición, un apoyo o un rechazo a una determinada línea o política de la acción (Zúñiga, 2009b).

Pero además, como ya hemos descrito y veremos en mayor profundidad más

adelante, el OSPC no somos solamente el equipo de trabajo, compuesto al momento de la evaluación por tres personas técnicas (incluida la directora), sino que el OSPC es un **espacio** más **plural**, conformado por una diversidad de actores que se integran a distintos niveles y en diferente grado, representando una variedad de perfiles y de posicionamientos, no necesariamente todos en acuerdo respecto a las líneas conceptuales y de desarrollo del observatorio.

Teniendo en cuenta que en la medida de lo posible hemos contado con los distintos actores más o menos directamente involucrados en el OSPC, así como con personas expertas que nos han asesorado en el proceso de la evaluación, podemos considerar que esta evaluación interna tiene a su vez un componente de externalidad que nos permite resituarnos en el espacio multidimensional desde el que evaluamos.

En última instancia, dicha evaluación interna o **autoevaluación** a desarrollarse desde el OSPC la podemos definir como un **proceso sistemático de reflexión acerca de la propia acción desarrollada**, sobre lo que somos y sobre lo que aspiramos a ser, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados, consensuados y comunicables que buscan el mejoramiento de la acción (Pérez-Rocha, 1997). La autoevaluación se convierte así en **fundamento para la toma de decisiones**, haciéndose imprescindible incluso a la vista de una evaluación externa. Ésta no podría tener nunca la trascendencia esperada si no se diese al mismo tiempo un proceso de autoevaluación.

NOTAS AL FINAL DEL CAPÍTULO:

Consideramos relevante mencionar que en los contextos de crisis económica los encargos de las evaluaciones tienden a acentuar su ya habitual propensión a concentrarse en los criterios de eficacia y eficiencia, en la concepción más tradicional de la evaluación (probablemente la *más tosca*, en palabras de Monnier, 1995), de confrontar los resultados con los objetivos iniciales del programa, tratando de responder a la pregunta más común de ¿en qué medida los resultados esperados se atribuyen al programa? Este tipo de evaluación, llamada (dependiendo a la fuente) *evaluación por objetivos*, *evaluación de resultados* o *evaluación de impacto*, da por hecho que los objetivos siempre son claros y medibles, y responden a una lógica lineal de causa-efecto en la que los resultados son igualmente medibles.

Desde la visión del OSPC, este tipo de evaluación no nos parece ni la más convincente ni la más relevante al proyecto, dado que la realidad es más compleja y, por un lado, ni los objetivos ni los resultados acaban siendo tan claros y medibles, ni tienen la capacidad de explicar lo que sucede durante el proceso de planificación e implementación del programa. De todas formas, teniendo en cuenta las expectativas que se generan por lo general en cuanto a la evaluación de la eficacia y la eficiencia de un proyecto, el OSPC no eludirá estos

criterios, aunque no se centre en los mismos.

"La evaluación no debiera ser simplemente un instrumento para controlar la inversión social; también debe serlo para "salvar" la acción social en lo que tiene de globalidad vital, compleja, contradictoria, misteriosa, inefable –explicándola, justificándola, demostrándola, defendiéndola" (Schön, 1987).

Por otro lado, **los costes asociados a la evaluación** siempre resultan de difícil justificación porque aun no se ha internalizado en la Administración Pública que la evaluación es parte integral de cualquier política o programa[3], y que su realización debería por tanto estar siempre presupuestada, más aun cuando la evaluación está planificada desde el inicio del programa.

[3] En este sentido, el **Proyecto de Ley General de Salud Pública** aprobado por el Consejo de Ministros en marzo de 2011 (que sigue en trámite parlamentario), recoge en el Capítulo II Principios generales de Salud Pública, que las Administraciones públicas y los sujetos privados, en sus actuaciones de salud pública y acciones sobre la salud colectiva, estarán sujetos a los siguientes principios: ***El principio de evaluación*** *donde se dice que las actuaciones de salud pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados, con una periodicidad acorde al carácter de la acción implantada.*

5. ¿Qué modelo de evaluación adoptamos?: Marco paradigmático y teórico de la evaluación

El modelo de la evaluación interna a desarrollar lo hemos construido desde nuestra **visión sistémica** de los procesos que desarrollamos en el OSPC. Esta mirada desde las teorías sistémicas está orientada a explicar los fenómenos que suceden en el proceso de implementación del proyecto del OSPC a partir del análisis de las interacciones entre los múltiples actores y sectores involucrados en el mismo (Monnier, 1995). El pensamiento sistémico nos permite encarar los problemas desde la perspectiva de que éstos surgen en el contexto de **sistemas** que son **dinámicos** y **cambiantes** (Savigny y Adam, 2009). No se trata por tanto de reaccionar ante resultados concretos, sino de intentar comprender qué ocurre en el meollo de las relaciones, vinculaciones e interacciones que se dan constantemente entre las personas que componen los sistemas.

"La evaluación es un campo en tensión, y la construcción de una lógica instrumental no puede ignorar esta tensión" (Zúñiga, 2004).

La exploración paradigmática y teórica que realizamos desde este enfoque sistémico nos ha permitido conocer distintos abordajes que nos han conducido finalmente a definir la autoevaluación del OSPC desde la **Evaluación de Desarrollo** (Developmental Evaluation), formulada por Patton (2011). Teniendo en cuenta que el OSPC es un proyecto nuevo e innovador en pleno desarrollo, a través de este tipo de evaluación tratamos de darle sentido a todo aquello que fue emergiendo en situaciones complejas, documentando e interpretando las dinámicas, interacciones e interdependencias que ocurrieron a medida que se desarrollaba el proyecto. El fin de esta evaluación, más que enfocarse en la mejora del proyecto, se enfoca en su desarrollo y **evolución**, lo cual puede conllevar una reorientación en la dirección que se perfile a través de la evaluación.

Las **actuaciones complejas**, como las que desarrolla el programa del OSPC, se caracterizan, para empezar, por ser **emergentes** en respuesta a nuevas necesidades u oportunidades, **innovadoras** en su formulación y **difíciles de definir**; así como por **involucrar a actores con diferentes valores**, visiones, intereses y posicionamientos sobre las temáticas abordadas por el programa y con distintas relaciones de poder y experiencias más cercanas o de mayor nivel de conflicto entre sí y respecto al programa (Glouberman y Zimmerman, 2002) (Nota 1 al final del Capítulo). Dichas intervenciones complejas están sometidas además a constantes cambios de acuerdo a los **contextos** y se caracterizan por ser

difícilmente medibles, dado que no responden a una lógica lineal de causa-efecto sino a relaciones interdependientes (Rogers, 2008), acarreando en general un alto grado de **incertidumbre** (Patton, 2008).

Los sistemas de salud son un buen ejemplo de **sistemas complejos** cuya planificación, evaluación y reparación son igualmente complejas. Los sistemas de salud suelen considerarse como gigantes monolíticos, tratados como macrosistemas, y no como un conjunto de múltiples subsistemas que no funcionan aisladamente sino que interactúan y cambian constantemente, y donde las personas que los componen, tanto quienes trabajan en el sistema como sus usuarios, tienen un papel fundamental en el funcionamiento y mejora del mismo (Savigny y Adam, 2009). Colocar a las personas en el centro del sistema es por tanto esencial para su planificación y evaluación (Nota 2 al final del Capítulo).

Desde esta perspectiva de la complejidad, el OSPC habría de promover una evaluación que **buscara en las interacciones** entre agentes, contextos y programa, aquellas **situaciones emergentes**, **tendencias** y **patrones** cuyo análisis nos aportara claves para adaptar el programa en la línea que demandan los nuevos contextos y hacia el cambio social deseado. Pero existe una falta de acuerdo ante lo que constituye un buen cambio y cómo promoverlo y medirlo. Las diferencias comprenden de lo político a lo metodológico. Por un lado, el cambio deseado por el OSPC puede no estar siempre ideológicamente en la línea de lo deseado por otros actores institucionales o grupos de interés. Mientras que metodológicamente, la mayoría de indicadores que se utilizan tienden a medir el resultado de actividades en vez de los efectos del programa, no siendo por lo general capaces de medir estos cambios de orden cualitativo. Necesitamos por tanto **crear nuevos indicadores y metodologías que puedan dar cuenta de cómo medir el cambio**, el fortalecimiento de los actores y del equipo del OSPC, y todos los grandes conceptos con los que trabajamos (Guenther, 2010).

Es importante asimismo destacar que en las actuaciones del OSPC no podemos encontrar **recetas**. Una misma estrategia puede ofrecer resultados opuestos dependiendo de la población meta o del contexto en el que se lleva a cabo la actuación. Los resultados son sensibles a las condiciones de inicio del programa y a los contextos cambiantes, haciéndose preciso por tanto **huir de las generalizaciones** (Stame, 2010)[4]. Estos contextos cambiantes e inciertos obligan por ende a contar con lo inesperado para poder evaluarlo. En todo caso, debido a la

[4] Las buenas prácticas son consideradas no como fórmulas generalizables sino como experiencias interesantes potencialmente adaptables a determinados contextos.

falta de linealidad causal de las actuaciones complejas, **los resultados no se pueden atribuir a la actuación en sí misma** sino a una combinación de factores que no se pueden anticipar. Por esta razón, consideramos que el objetivo definido por el OSPC en su Plan de Actuación 2007-2010 de evaluar el impacto del OSPC había que superarlo. En estas circunstancias **hablaremos de la contribución del OSPC**, contribución que no se puede medir, ya que las circunstancias no se pueden separar de los contextos complejos en los que se dan, pero que se puede valorar de acuerdo a los cambios materiales y simbólicos que se van dando en esos mismos contextos (Rogers, 2008).

Es necesario por consiguiente, **hacer comprender a los responsables de la política** que esperen resultados medibles que puedan demostrar que el programa funciona y por tanto la política que lo sustenta, que la evaluación basada en la medición cuantitativa de datos representa a una primera generación en el campo de la evaluación, que ha sido superada sobradamente por los avances teóricos y metodológicos de las generaciones posteriores en las que se fueron introduciendo los objetivos, el juicio de valor y las demandas, preocupaciones y problemas que sobre el programa a evaluar identifican los actores directa o indirectamente involucrados en el mismo (ver anexo I: Viaje a través de las generaciones y olas en la historia de la evaluación).

En la evaluación son los datos, tanto de orden cuantitativo como cualitativo, y los análisis, los que sostienen las posiciones. Por ello, la importancia radica en cómo se eligen y desde qué criterios se analizan y se orienta el juicio de valor. Desde estas permisas, para las necesidades evaluativas que nos planteamos con el proyecto del OSPC precisamos de un modelo de evaluación que hiciera uso de distintos enfoques de forma complementaria. Esta es una cuestión con la que pugna de forma creciente el mundo de la evaluación, ya que ante la complejidad de los contextos, las acciones y los cambios, cada vez se hace más evidente que **la batalla de los paradigmas** positivista o científico versus constructivista (Patton, 1997) **y de las metodologías** cuantitativas contra las cualitativas (Conde, 2002) **está obsoleta** y que es necesario que se de un diálogo y colaboración entre paradigmas y comunidades científicas de uno y otro lado (Denzin, 2008) para encontrar abordajes complementarios que permitan dar respuestas satisfactorias a las complejas preguntas que nos planteamos (Criquillion, 2010) (Nota 3 al final del Capítulo). A su vez, un abordaje multi-método proporciona una comprensión más profunda del cómo y bajo qué condiciones funcionan las intervenciones en salud pública (Edwards y Di Ruggiero, 2011).

En síntesis, hemos diseñado un **modelo** que, de alguna manera, hemos creado como un **traje a medida** para el OSPC, desde una aproximación **autoevaluativa** enfocada en la **Evaluación de Desarrollo (y de la evolución)** del OSPC (Developmental Evaluation de Patton).

La intención claramente **formativa** de esta autoevaluación abarca al mismo proceso de la evaluación[5]. La evaluación formativa sugiere una **cadena de aprendizajes** de los distintos actores involucrados en la acción, que iremos analizando a lo largo de la evaluación del OSPC, comenzando por las personas que conformamos el equipo y estamos involucradas en la ejecución de la evaluación, las propias instituciones de las que depende el OSPC, las entidades y personas colaboradoras, expertas en evaluación en el campo de la salud, observatorios, organismos y ámbitos afines, educación o áreas sociales tanto de Cantabria como de otras comunidades autónomas y otros países, así como la ciudadanía en general.

En la medida que seamos capaces de difundir la comprensión del fenómeno, esta cadena de aprendizajes conllevará una **cadena de transformaciones**. Estas transformaciones **afectan a los actores y a las situaciones**, transformándose las personas, los espacios y las situaciones. Los diferentes aprendizajes hacen a su vez que los distintos actores interactúen de forma heterogénea entre sí y con el entorno de la acción, como iremos viendo respecto a los actores involucrados en el OSPC. Se generan **nuevas alianzas y solidaridades**, y también **nuevas oposiciones o conflictos**.

En nuestro caso, la evaluación formativa nos aporta el enfoque en aprendizajes, pero mientras ésta se centra en mejorar el modelo o el programa (Nota 4 al final del Capítulo), la evaluación de desarrollo implica explorar, desde la perspectiva sistémica compleja descrita, los parámetros del programa mientras tiene lugar, adaptando el programa a las circunstancias y alterando al mismo tiempo las estrategias en base a los contextos. Ambos enfoques, formativo y evolutivo, como se puede ver, tienen elementos sugestivos y necesarios para el tipo de evaluación que llevamos a cabo en pleno desarrollo del joven proyecto del OSPC, pero desde una mirada retrospectiva al final del ejercicio del primer Plan de Actuación.

[5] Cronbach (1989) percibe al evaluador como educador en la coherencia de la acción con los criterios que la guían.

NOTAS AL FINAL DEL CAPÍTULO:

1. Glouberman y Zimmerman (2002) diferencian las intervenciones complejas de las simples y complicadas. Mientras las situaciones o intervenciones simples se caracterizan por ser discretas y estandarizadas, llevadas a cabo por un solo actor o una sola organización y con resultados predecibles, (como por ejemplo seguir una receta de cocina, que si se sigue bien, aunque no se tenga mucha experiencia, siempre da entre aceptables y buenos resultados), las complicadas tienen múltiples componentes y pueden estar desarrolladas de forma predeterminada por una multiplicidad de actores en diversas organizaciones y entornos, como lanzar un cohete a la luna, en el ejemplo utilizado por los autores, o acercándolo más al campo de la salud, por ejemplo desarrollar un programa de cribado de cáncer de mama. Este tipo de programa requiere trabajar con una muestra real de la población de mujeres de un grupo de edad y de un entorno geográfico diverso (rural, semi rural, urbano), con diversos niveles de atención, con una red de centros y profesionales, manejando diversas bases de datos y requiriendo de un especializado nivel de conocimiento y experiencia sobre el tema. No obstante, si se siguen los protocolos de acuerdo a lo científicamente evidenciado y consensuado, se obtiene un elevado nivel de éxito. Tanto las situaciones simples como las complicadas pueden abordarse empleando técnicas provenientes de otras experiencias exitosas o buenas prácticas, o bien haciendo una investigación más exhaustiva sobre la problemática.

2. Estos autores argumentan que las tensiones y dilemas que enfrentan los sistemas de salud podrían disolverse si se considerase a éstos como sistemas complejos y se adoptasen las medidas desde la perspectiva de sistemas de adaptación compleja (Complex Adaptive Systems) en vez de desde la típica planificación racional, inconsistente con la complejidad del sistema para el que está diseñada, o desde las estrategias diseñadas por expertos, que a su vez no muestran una comprensión de dicha complejidad del sistema. Estos autores difieren de la común creencia de que los sistemas de salud necesitan grandes inversiones para producir incluso pequeños cambios; planteando a través de su vasta experiencia en evaluaciones de reformas de sistemas de salud como el canadiense, que la perspectiva de sistemas de adaptación compleja pueden producir grandes cambios a partir de pequeñas intervenciones, solo que éstas tienen que ser acordes con la complejidad del problema.

3. Independientemente de que los métodos utilizados sean cuantitativos o cualitativos, el planteamiento de inicio en cuanto a qué evaluar y no evaluar (teniendo en cuenta que nunca se puede evaluar la totalidad de un programa), y cómo hacerlo, son decisiones subjetivas, y el juicio de valor emitido siempre es subjetivo, por más que parta de datos de una regresión logística, un análisis contrafactual o una serie de entrevistas en profundidad. “Los instrumentos de medición pueden llegar a tener más poder que el contenido” (Zúñiga, 2009a). Los enfoques positivistas o científicos y los métodos cuantitativos en evaluación vienen siendo históricamente más respetados y legitimados que los cualitativos, como se indica en la descripción de la historia de la evaluación (anexo I), a pesar de la ingente teorización y producción que desde el enfoque constructivista se viene haciendo en las

últimas tres décadas.

4. Scriven (1967), uno de los grandes en la historia de la evaluación, introdujo el término de evaluación formativa, enfocada en producir información y aprendizajes que alimente el desarrollo de un modelo, sirviendo por tanto fundamentalmente a las personas que están desarrollando el programa y durante esa fase de desarrollo, que puede ser más o menos larga (muchos programas se mantienen por largos períodos haciendo solo evaluaciones formativas). Conjuntamente, el mismo autor introdujo el otro término de evaluación sumativa, refiriéndose a la que se realiza una vez que el programa está concluido para comprobar su efectividad. Robert Stake, venerado evaluador, distinguía la evaluación formativa de la evaluación sumativa a través de una metáfora culinaria (Patton, 2011). La evaluación formativa es cuando el cocinero prueba un guiso, mientras que la evaluación sumativa, que es la que busca comprender el resultado final de una acción, es cuando el cliente prueba el guiso. En ese sentido, la evaluación formativa prepara el terreno para la evaluación final que es la del cliente, la evaluación sumativa. A lo cual, otro afamado evaluador, Daniel Stufflebeam, replicaba a Stake con el argumento de que la evaluación formativa no está para probar sino para mejorar, utilizando el juego de palabras en inglés, “is not to prove but to improve”. Ante lo que un tercer gurú evaluador, y padre de la Evaluación enfocada en la Utilización y la Evaluación de desarrollo, en la que nos inspiramos para evaluar el OSPC, Michael Quinn Patton, entraba a la metáfora de Stake añadiendo que antes de probar el guiso, el cocinero ha ido al mercado a valorar los productos, su frescura, calidad, precio, etc., ha elaborado una receta y finalmente la ha probado. Antes de probarla o incluso mejorarla ha analizado todo el proceso desde el producto en el mercado a la cazuela, ha valorado la evolución del mismo.

6. ¿A quiénes sirve la evaluación?: Actores interesados

Constatar a quiénes sirve la evaluación del OSPC es un primer paso fundamental en el proceso (Santos Guerra, 2001). Aunque se trate de una evaluación interna, no es una evaluación introspectiva sino que está al servicio de todas las personas y entidades con las que hemos estado trabajando e interactuando durante los 4 años del ejercicio del Plan. Para ello realizamos un análisis de los actores implicados en todo el proceso de creación y desarrollo del OSPC, desde el inicio del proyecto al momento de la evaluación. Veremos que el mapa de actores se va vertebrando desde la propia estructura del OSPC, con sus órganos de gestión, la Comisión de Dirección y Comité Asesor, a lo local y a lo internacional, existiendo en los distintos planos una amplia diversidad de agentes interesados en la evaluación.

La información sobre el programa que desvela la evaluación permitirá a los distintos actores **mejorar su conocimiento** sobre el mismo y ajustar su idea de la problemática y de la estrategia para favorecer el cambio deseado o para evitar el indeseado. La evaluación tiene además el potencial de **contribuir a modificar los propios valores** de los actores, a ver las situaciones y los problemas que se generan desde ángulos distintos de observación y con otras lentes que faciliten una visión más clara del panorama. Pero los cambios, como ya se ha apuntado, son de lento procesamiento y requieren de insistencia y consistencia en la provisión de información y en la negociación sobre el proyecto en base a la misma, para que los actores vayan asimilando y retroalimentando la información recibida, y al final, interiorizándola e incorporándola. La **negociación** no dejará de darse porque es inherente a la naturaleza de la acción en la que se involucra la diversidad de actores, pero se hará más informada y sofisticada.

Mapa de actores: El siguiente cuadro representa la diversidad de actores con quienes se ha articulado el OSPC a lo largo de todo ejercicio del Plan de Actuación, desde las instituciones gubernamentales, a las académicas, servicios y profesionales de salud, sociedades profesionales, organismos autonómicos, estatales e internacionales, equipos de investigación, medios de comunicación, asociaciones y ciudadanía. A lo largo del análisis iremos viendo como se van integrando y los roles que van adquiriendo en su relación con el OSPC, así como su grado de cercanía o lejanía de acuerdo al momento, la temática, estrategia y alianzas generadas.

Gobierno de Cantabria
Consejería de Sanidad
Dirección general de Salud Pública
Fundación Marqués De Valdecilla
Consejero de Sanidad
Director General de Salud Pública
Gerente de la FMDV
Gerente del SCS
Gerente del HUMV
Directora del OSPC
Hospitales
Centros de Especialidades
Centros de Salud
Urgencias
Gerencias
Servicio Cántabro de Salud
Comisión de Dirección
IFIMAV
Médicas/os
Enfermeras/os
T.Sociales
Sociólogas/os
Psicólogas/os
Profesionales de la salud
Consejería de Empleo y Bienestar Social:
-Dº Gª de la Mujer
-Dª Gª de Políticas Sociales
-Dº Gª de asuntos europeos y cooperación al desarrollo
Consejería de Eª y Hacienda
-ICANE
Consejería de Educación
Consejería de Presidencia y Justicia
-Sección de Cartografía
Otras Consejerías y Direcciones Generales
Sociedades Médicas y de Enfermería
Sociedades profesionales
Comité
OSPC
Asesor
Ayuntamientos
Federación de Municipios de Cantabria
Asociaciones de Pacientes
Asociaciones de Inmigrantes
Asociaciones Gitanas
Asociación LGTB
Asociaciones de Mujeres (rurales, emprendedoras, etc.) y otras
Asociaciones
Universidad de Cantabria
Facultad de Medicina
Facultad de Enfermería
Facultad de Económicas
Ciudadanía
Instituciones del Estado y otras CC.AA
Medios de Comunicación
Prensa
Radio
Televisión
Internet
Redes Sociales
Otros Observatorios de Salud
Grupos de Investigación y Evaluación
Organismos internacionales
-Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
-INE
-Instituto de Salud Carlos III
-AECID
-Otras
-Cátedra de Investigación Cualitativa UAB
-Consejería de Salud de Madrid
-Agencia de SP Barcelona
-Escuela Andaluza SP
-CIMOP
- Otros grupos
OMS
OPS
UNFPA
UNIFEM
Instituto Canadiense de Género y Salud, etc.
Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud:
Observatorios de Salud de España
Latinoamérica y Portugal
Otras redes de observatorios

7. ¿Qué necesidades y objetivos de la evaluación nos planteamos?

Durante la primera fase del proceso de la evaluación, el OSPC realizó un trabajo de **reflexión interna y** de **consulta** con expertas en el campo de la evaluación, y con las/los miembros del Comité Asesor, en la que se identificaron y reunieron las **necesidades evaluativas** de los diferentes actores en forma de **preguntas de evaluación**. La sistematización y el análisis de las mismas, en relación con los objetivos generales del OSPC (Nota al final del Capítulo) y los objetivos de evaluación[6] planteados originalmente en el Plan de Actuación, definieron los siguientes **ejes temáticos** que han guiado el análisis de todo el desarrollo del Plan.

Ejes de la Evaluación	
1. Analizar el proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento	1.1 Analizar el proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto 1.2 Evaluar el acceso del OSPC a fuentes de información 1.3 Analizar los procesos participativos 1.4 Analizar la estrategia de difusión de resultados 1.5 Analizar los recursos utilizados: humanos y materiales
2. Analizar la posición del OSPC como actor público	2.1 Analizar las relaciones del OSPC con la diversidad de actores 2.2 Analizar la legitimidad del espacio del OSPC y su potencial de actuación
3. Analizar la contribución a la mejora de las políticas de salud	3.1 Analizar los aprendizajes y los cambios que se han dado entre los distintos actores involucrados y sectores relacionados al OSPC 3.2 Evaluar la contribución de las recomendaciones del OSPC a las instituciones, programas e individuos a los que fueron dirigidas

En el **anexo III** se presenta la **Matriz de las preguntas de evaluación** formuladas por los diferentes actores mencionados, que han dado lugar a los **ejes temáticos** de la evaluación.

[6] Evaluar cada una de las cuatro áreas de actuación del plan, evaluar el impacto de las recomendaciones del OSPC en las instituciones y programas a los que fueran dirigidas, y evaluar el proceso interno de desarrollo del equipo y de crecimiento del OSPC. Como ya se ha apuntado, el objetivo de evaluar el "impacto" del OSPC fue superado por la más evaluable "contribución" del OSPC.

Estos ejes guía de todo el proceso nos llevaron a establecer tres **objetivos de la evaluación**:

1. **Analizar el proceso productivo y la eficacia material** de la producción del proyecto del OSPC

2. **Analizar el proceso transformador y la eficacia simbólica** de la acción del OSPC a nivel individual y colectivo

3. **Formular recomendaciones** para la continuación del desarrollo del OSPC

Este **proceso de redefinición de los objetivos** de la evaluación, con respecto a los formulados en el Plan de Actuación 2007-2010, es un indicativo de cómo desde el mismo momento que planificamos comienzan a producirse cambios que van a influir en las posibilidades de seguir el plan de acuerdo a su definición original. De ahí la dificultad de planificar en general y de definir indicadores de evaluación que den cuenta de los cambios constantes que se perfilan durante el desarrollo del proyecto. Ejemplos de ello los veremos a lo largo de los distintos momentos de desarrollo del plan. Es importante por tanto permitirnos la **flexibilidad**, tanto en la evaluación como en la planificación, que nos facilite movernos mejor ante los cambios.

NOTA AL FINAL DEL CAPÍTULO:

Objetivo I: Generar nuevo conocimiento sobre el estado de la salud de la población y su acceso a información y servicios sanitarios en Cantabria, analizando las desigualdades en salud en base a: género, edad, clase socio-económica, nivel de discapacidad, cultura, etnia, origen geográfico y país de procedencia.

Objetivo II: Servir como centro de difusión de información y referencia para la diversidad de actores participantes en salud pública (Administración, profesionales, investigadores y la ciudadanía).

Objetivo III: Captar necesidades formativas en áreas relevantes a la salud pública y contribuir a la formación continuada del personal sanitario y de otras disciplinas involucradas en la salud pública en Cantabria.

Objetivo IV: Fomentar y coordinar colaboraciones y procesos participativos con la diversidad de sectores involucrados en la salud pública de Cantabria.

8. ¿Cómo evaluamos?: Desarrollo metodológico

Este apartado metodológico lo vamos a describir a través de las **fases** o pasos (no necesariamente consecutivos y en determinados casos recurrentes) que hemos requerido en el proceso de la evaluación.

(1) El paso inicial y fundamental fue el de la **motivación del equipo** a emprender el esfuerzo de autoevaluarnos con el fin de mejorar el funcionamiento interno y el proyecto del OSPC. Esta primera fase conllevó un proceso interno de **capacitación y entrenamiento** sobre los principios de la evaluación y la sistematización necesaria para poder llevar a cabo el análisis desde el pensamiento sistémico planteado.

(2) Paralelamente se fueron presentando a la Consejería de Sanidad las propuestas de evaluación, ya descritas, hasta obtener su **aprobación**.

(3) A partir de ahí fuimos dando entidad al **equipo de evaluación** (integrado por los 3 componentes del equipo de trabajo), e identificando y consiguiendo los apoyos de los actores más involucrados:

a) **Colaboradoras/es** cercanos conocedores del contexto, que han formado en algún momento parte del equipo o han trabajado de forma muy próxima
b) Miembros del **Comité Asesor**
c) **Asesora** de la evaluación y otras **expertas** en este campo

(4) A lo largo de estas fases iniciales fuimos definiendo **el marco teórico y el modelo de la evaluación** ya descritos.

(5) Se recogieron las **necesidades evaluativas y preguntas de la evaluación** del equipo del OSPC junto a las/los miembros del Comité Asesor.

(6) Se definieron los **ejes temáticos** de la evaluación a partir de las preguntas que se hicieron los distintos actores involucrados (ver anexo III).

(7) Se seleccionaron las siguientes **fuentes de información**:

- **Secundarias**:
  - **Estadísticas y datos de gestión**
  - **Documentos** (Plan de Actuación; planes y memorias anuales; memorias de las reuniones del Comité Asesor, de las acciones formativas y otras actuaciones; informes; página web; comunicaciones electrónicas y verbales; etc.).

- **Primarias:** Opiniones y valoraciones originadas en el proceso de evaluación:
  - Secuencia de **análisis DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).
  - **Consultas** a la comunidad de actores involucrados en la salud pública para identificar sus demandas, preocupaciones y problemas (partiendo de las del análisis de situación inicial hasta las opiniones de los miembros del Comité Asesor recogidas en la última reunión de 2010).

(8) Se realizó el **análisis** de la información generada en los 4 años de ejercicio del Plan y durante el propio proceso de la evaluación, a partir del marco que se describirá en el siguiente Capítulo.

(9) Se construyó la **narrativa del análisis** del proceso del OSPC[7], como organizadora de la experiencia y reveladora de lo acontecido a través del mismo. Las dimensiones de la experiencia práctica, la interpretación, la reflexión y la transformación hacen de la forma narrativa el método de elección para el tipo de evaluación planteada. La narrativa facilita la comprensión de la experiencia del OSPC, la construcción de nuevos sentidos a esta iniciativa evaluada y la comunicación de nuevas ideas para la misma (Gudmundsdottir, 1998).

(10) Validación y legitimación: a lo largo de la evaluación, pero especialmente en las decisiones metodológicas y la fase más analítica, mantuvimos una serie de **diálogos entre equipo evaluador, asesora y colaboradoras**. Para contrastar el análisis, varias personas expertas en la temática revisaron los borradores en distintos momentos de su desarrollo y colaboraron en algunos casos con la facilitación de algunos procesos de trabajo con los distintos actores involucrados, particularmente con el equipo del OSPC y con el Comité Asesor.

(11) Difusión de la evaluación a todos los actores involucrados y a todos los potencialmente interesados en la evaluación, incluyendo los observatorios e instituciones colaboradoras.

[7] Una **narrativa** se compone de la historia y el discurso. La **historia** integra los acontecimientos, los personajes y los escenarios que constituyen el contenido de una narrativa. El **discurso** es el relato, el análisis de la historia (Gudmundsdottir, 1998).

9. ¿Qué procedimiento analítico seguimos?: Marco conceptual del análisis

El **reto** principal que enfrentamos en la evaluación fue cómo sistematizar el análisis desde la teoría de la complejidad (que abordamos en el Capítulo 5), una vez recogidas las necesidades evaluativas de los actores involucrados.

Dado que a lo largo del ejercicio del Plan de Actuación identificábamos momentos diferentes de crecimiento del OSPC en contextos cambiantes, decidimos primeramente definir **tres períodos del proceso del OSPC** a analizar:

- Período de **creación**
- Período de **desarrollo**
- Período de **evaluación**

La información que integraría el cuerpo de la narrativa del análisis en cada uno de los períodos se seleccionó de acuerdo a las iniciativas y proyectos más destacados que fue desarrollando el OSPC, y en base a una serie de **analizadores** clave que nos han permitido visibilizar lo que considerábamos más relevante para la narrativa[8] en un ***primer nivel del análisis***:

- Las **situaciones** y **tensiones** que emergieron en el transcurso de las actuaciones del OSPC
- Las **estrategias** y **herramientas** que utilizó el OSPC para desarrollar el Plan de Actuación y para abordar las situaciones y tensiones emergentes
- Los **actores** involucrados en las actividades, estudios y procesos en general
- Las **percepciones de riesgo** de los responsables institucionales del OSPC y del mismo OSPC
- Las **alianzas** y las **solidaridades** que se fueron generando entre los distintos actores con el OSPC
- Las **oposiciones** y los **conflictos**

[8] Los analizadores son una serie de elementos semánticos que nos sirven de ejes para analizar la información con la que contamos y de esa forma poder dar respuesta a las preguntas de la evaluación que han definido los objetivos de la misma. *"Un analizador hace aparecer cosas que están allí pero que no son tan visibles"* (Franco y Merhy, 2009).

Para valorar lo acontecido durante el proceso de desarrollo del Plan de Actuación del OSPC, y en un ***segundo nivel del análisis***, utilizamos de forma transversal los siguientes **criterios**:

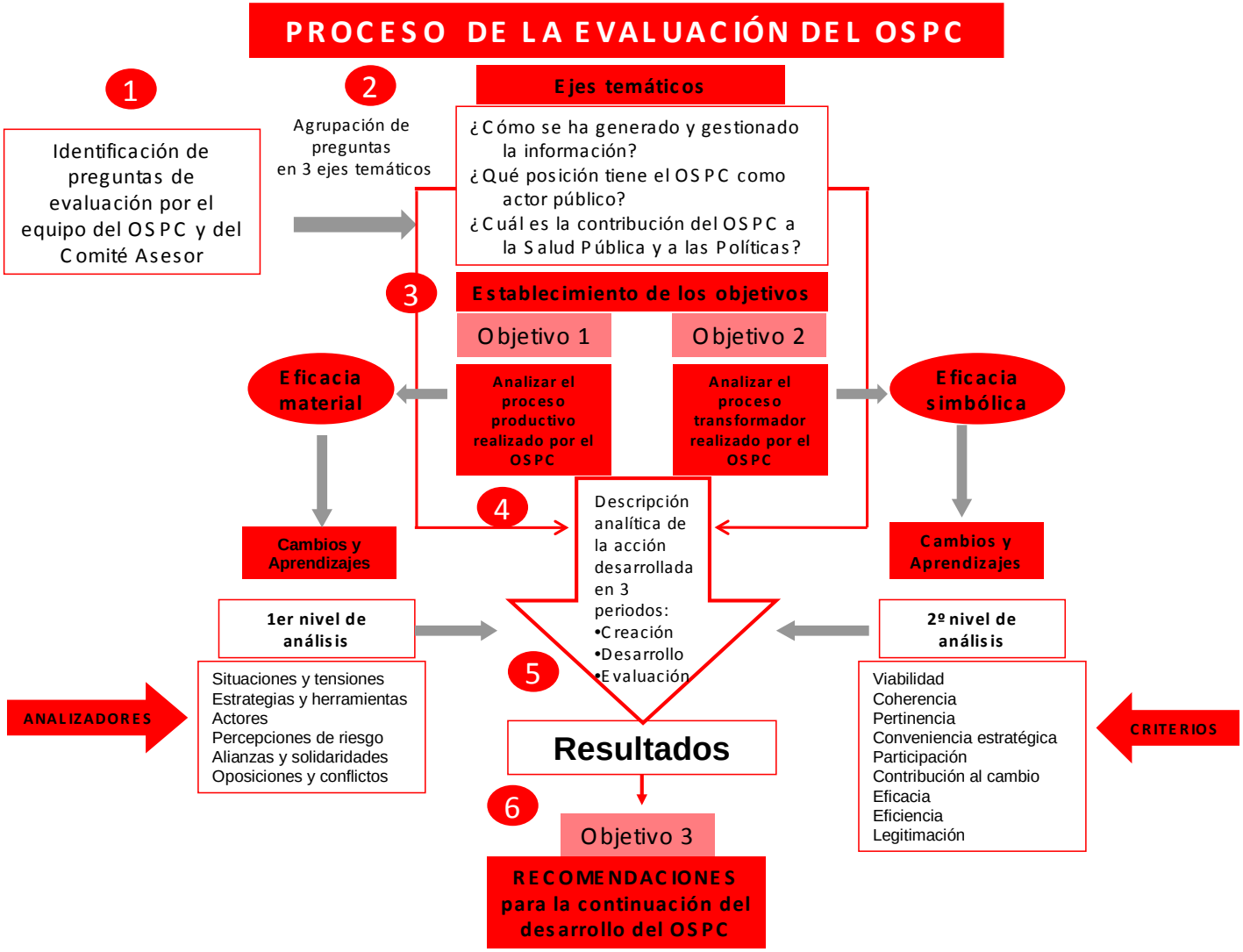
- **Viabilidad**: qué tan factible fue desarrollar una determinada acción
- **Coherencia** y concordancia con los marcos políticos
- **Pertinencia**: congruencia con las necesidades percibidas
- **Conveniencia estratégica** de llevar a cabo una determinada acción
- **Participación** de los distintos actores en el proceso
- **Contribución al cambio** deseado
- **Eficacia**: si se cumplieron los objetivos prefijados
- **Eficiencia**: si se cumplieron los objetivos de acuerdo al costo más razonable
- **Legitimación** del espacio y de la labor del OSPC

Para facilitar el análisis de la información, desarrollamos una **caja de herramientas** de la evaluación con los siguientes útiles:

- **Mapeo y análisis de actores**: a través de series temporales de mapas de actores analizamos el rol que adquirieron los distintos agentes involucrados, su nivel de cercanía o lejanía al OSPC, de participación y de apoyo.
- Desarrollo de instrumento analizador: **matriz de evaluación** y **"mapeo de cambios y aprendizajes"**[9] que nos permitiera analizar tendencias, patrones, conexiones.

Consecuentemente, de acuerdo a los ejes temáticos definidos y a los analizadores y criterios seleccionados, analizamos por un lado el **proceso productivo**, evaluando la producción del proyecto del OSPC en función de su **eficacia material**, en referencia a los cambios más objetivos y visibles que se produjeron como consecuencia de la acción del OSPC. Por otro lado, analizamos el **proceso transformador** de la acción del OSPC a nivel individual y colectivo, en función de su **eficacia simbólica**, de acuerdo a los cambios en la consideración, significación o importancia que otorgaron los distintos actores involucrados a una determinada política, tema o problema sobre el que se trabajó. En ambos procesos centramos el análisis en los **cambios** y los **aprendizajes** que se dieron y que han dado lugar a las **recomendaciones** para la continuidad del desarrollo del OSPC, como se indica en el siguiente cuadro.

[9] Nos servimos del concepto de "mapas analíticos" de Franco y Merhy (2009) como cartografías para visualizar el proceso de trabajo y las relaciones e interacciones entre actores.


PROCESO DE LA EVALUACIÓN DEL OSPC
1
Identificación de preguntas de evaluación por el equipo del OSPC y del Comité Asesor
2
Agrupación de preguntas en 3 ejes temáticos
Ejes temáticos
¿Cómo se ha generado y gestionado la información?
¿Qué posición tiene el OSPC como actor público?
¿Cuál es la contribución del OSPC a la Salud Pública y a las Políticas?
3
Establecimiento de los objetivos
Objetivo 1
Objetivo 2
Eficacia material
Analizar el proceso productivo realizado por el OSPC
Analizar el proceso transformador realizado por el OSPC
Eficacia simbólica
4
Descripción analítica de la acción desarrollada en 3 periodos:
•Creación
•Desarrollo
•Evaluación
Cambios y Aprendizajes
Cambios y Aprendizajes
1er nivel de análisis
2º nivel de análisis
5
ANALIZADORES
Situaciones y tensiones
Estrategias y herramientas
Actores
Percepciones de riesgo
Alianzas y solidaridades
Oposiciones y conflictos
Resultados
CRITERIOS
Viabilidad
Coherencia
Pertinencia
Conveniencia estratégica
Participación
Contribución al cambio
Eficacia
Eficiencia
Legitimación
6
Objetivo 3
RECOMENDACIONES para la continuación del desarrollo del OSPC

10. ¿Qué nos desvela el análisis?: Narrativa de la evaluación

El entramado de hallazgos de la autoevaluación de desarrollo del OSPC que dan respuesta a las **preguntas de evaluación** que nos hemos hecho al respecto los distintos actores involucrados, se presenta a continuación en forma de **narrativa** a través de los tres **períodos** del **proceso** que hemos definido y que nos servirán de hilo conductor de la experiencia.

El **primero** de dichos períodos es en el que se desarrolla el análisis situacional y el proceso de planificación, en el contexto histórico político en el que se construye el encargo y se crea el OSPC.

El **segundo** período lo identificamos con el desarrollo del proyecto del OSPC y sus cuatro áreas de actuación, y la expansión y articulación de las redes.

El **tercero** corresponde al período evaluativo como cierre al Plan de Actuación 2007-2010 y reflexión hacia la siguiente planificación.

A lo largo de todo el ejercicio del Plan se han ido trabajando una serie de proyectos e iniciativas que se van abordando en el análisis, aunque no se hace referencia a todos, sino a aquellos que principalmente revelan tendencias, cambios y aprendizajes significativos para la evaluación.

En el **anexo IV** se puede ver la **lista de proyectos realizados**, dentro de éstos, aquellos que fueron presentados por la Consejería de Sanidad y los que fueron difundidos por el OSPC.

En el **anexo V** se presenta la **lista de ponencias, presentaciones y cursos impartidos** por el equipo del OSPC.

10.1 Primer Período: La Creación del OSPC (2006-2007)

La estructura de la narrativa de este período sigue los momentos del proceso de creación del OSPC, desde el encargo del proyecto al análisis de situación al inicio y a la definición del modelo de observatorio y de sus órganos de gestión y participación.

A través de esos momentos se evalúan los siguientes ejes definidos en el Capítulo 7:

(1) El proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento, desde el proceso interno del equipo, el acceso a las fuentes de información, los procesos participativos desarrollados, la difusión de la información generada y los recursos humanos y materiales utilizados.

(2) La posición del OSPC como actor público, sus relaciones con la diversidad de actores, los procesos participativos y la legitimidad del espacio que ocupa.

(3) Su contribución a las políticas de salud, desde el análisis de los cambios, las resistencias y los aprendizajes que se van dando en los distintos contextos, así como desde las recomendaciones del OSPC.

El marco temporal de esta fase hace referencia al período entre el diálogo mantenido para la construcción del encargo (a mediados de 2006) y todo el año 2007.

10.1.1 El proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento

El proyecto de creación de un observatorio de salud en Cantabria fue acordado por la Consejería de Sanidad a través de la Fundación Marqués de Valdecilla (FMV) el 5 de julio de 2005. Sin embargo no fue hasta un año más tarde que la Dirección General de Salud Pública (DGSP) y la FMV mantuvieron un diálogo sobre la iniciativa a través de una serie de reuniones con la persona a quien posteriormente se encargó el proyecto[10].

Dicho **encargo de la creación de un observatorio de salud** se dio en un **momento de oportunidad política** en que se introducían en la Consejería de

[10] Previo a ese momento se había convocado una plaza para crear el observatorio que se cerró sin cubrirse.

Sanidad nuevos conceptos para la salud pública cántabra, como el abordaje de las desigualdades en salud en la Comunidad Autónoma o la integración de la perspectiva de género al sistema de salud. Ambos en absoluta **concordancia con los marcos políticos** de la Unión Europea y del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, el encargo no partió con un plan conceptual o una estrategia predeterminada de la Consejería de Sanidad y la DGSP para ese nuevo espacio de observatorio, sino que se apoyó la idea y proyecto de observatorio de salud pública presentado por quien pasó a dirigirlo a fines de septiembre de 2006[11].

10.1.1.1. El proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto

El análisis de situación inicial ejecutado por el OSPC representó un momento esencial para definir las líneas de trabajo que hemos llevado a cabo el equipo que se ha ido conformando a lo largo del ejercicio del Plan de Actuación 2007-2010.

En esta fase, el OSPC entrevistó a unos 60 informantes clave, incluyendo a: gestores y profesionales de la estructura administrativa (30 aprox. en los niveles de actuación regional, autonómico y/o estatal), entre directores/as generales, responsables, jefes/as y coordinadores/as de servicios, planes o programas de salud, mujeres, calidad etc., de consejerías y direcciones generales de diversos organismos autonómicos, institutos y observatorios de dentro y fuera de Cantabria; además se entrevistaron representantes de asociaciones de inmigrantes (12), mediadoras interculturales de la Consejería de Educación, asociaciones que trabajan con inmigrantes (9), sindicatos (3) e investigadores de universidades y centros de investigación de dentro y fuera de Cantabria (6).

El **objetivo** de las entrevistas fue valorar desde la diversidad de ámbitos, perspectivas, experiencias e intereses, las distintas necesidades en salud pública y las posibles funciones y roles del nuevo observatorio. La **estrategia** del OSPC en este análisis de situación no fue utilizar las recomendaciones de las personas entrevistadas estrictamente como una guía a seguir para definir las áreas y acciones a desarrollar, sino interpretar los significados tanto de las carencias formuladas como de las no formuladas, ya que éstas representaban los mayores vacíos existentes, aquellos que no se percibían.

Además de proporcionarnos una información invalorable para definir el proyecto de observatorio, las entrevistas sirvieron para ir acercándonos y **generando alianzas**

[11] Contratada como puesto de Alta Dirección por la Fundación Marqués de Valdecilla.

con diversos actores con quienes ya establecimos relaciones de colaboración para los estudios que emprenderíamos seguidamente. De igual manera, las entrevistas nos descubrieron actores más alejados ideológicamente con quienes tratamos de encontrar puntos comunes que nos permitieran mantener la relación y continuar el diálogo.

Paralelamente, aprovechamos la fase del análisis de situación como **estrategia de oportunidad** para comenzar a recoger información en cuanto a la situación y necesidades en salud de la población inmigrante en Cantabria, dado que ya habíamos identificado esta temática como prioridad para la labor del OSPC. Por ello la selección de personas entrevistadas incluyó a representantes tanto institucionales como de asociaciones y sindicatos que daban asistencia a personas inmigrantes, así como a inmigrantes vinculados o no a asociaciones. De esta forma comenzamos en esta fase el *Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud y del Acceso a Servicios Sanitarios de la Población Inmigrante en Cantabria*.

La experiencia del período diagnóstico reveló para comenzar, la existencia de diferentes **visiones** de orden ideológico-teórico de la **salud pública** de las/los diferentes agentes entrevistados[12], así como de diferencias en las **culturas organizacionales** de los distintos sectores que la conforman: entre Administración autonómica y municipal, y ámbito académico y asociativo, entre otros. Las diferentes visiones de la salud pública observadas se han traducido posteriormente en un mayor acercamiento o lejanía al OSPC, de acuerdo a las sinergias o diferencias encontradas en sus posicionamientos[13].

En la mayoría de las entrevistas realizadas en el **ámbito de la Administración** se apuntaba a necesidades múltiples de trabajo interno en materia fundamentalmente de registros y análisis estadístico. Estas necesidades pasaron a englobar la larga

[12] Conceptos que en su mayoría navegan en una línea más clásica de la salud pública, más desvinculada de los servicios de salud, tanto de atención primaria (AP) como especializada. Diferentes autores concuerdan en la multiplicidad de acepciones y definiciones de la salud pública (Frenk, 1993) sobre las que aun no existe un consenso (Aboal-Viñas, 2010). Esta falta de acuerdo tiene asimismo implicaciones decisorias y presupuestales para la salud pública. En las líneas más reformistas de la salud pública se da una vinculación muy fuerte entre ésta y la AP en la medida que ambas adquieren la mayor relevancia en la salud comunitaria (Artazcoz et al, 2010; Pasarín et al, 2010). Algunos autores en el contexto del Estado Español llegan a proponer que la salud pública asuma el liderazgo de la sanidad colectiva, para lo que se deberían modificar desde la organización a diversos dispositivos, incluidos los presupuestarios (Generalitat de Catalunya, 2005; Artundo y Rivadeneira, 2007; Segura, 2010).

[13] Teniendo en cuenta que el OSPC está en la línea de las posiciones más reformistas de la salud pública que suponen desde un punto de vista institucional un papel mucho más protagonista de la misma en el sistema de salud, y desde las/los gestores, profesionales y técnicos una participación e implicación activa en las políticas de salud. Entendiendo el trabajo cotidiano como una micropolítica en la que las/los profesionales somos individual y colectivamente productores de política. *"Salir de los ruidos, incomodidades o quejas, para llevarlas hacia el lugar de las cuestiones a ser enfrentadas… en la construcción del cotidiano, en el que yo no se ven como víctimas sino como productores"* (Franco y Merhy, 2009).

lista de sugerencias que fuimos conformando en cuanto a las áreas en las que el observatorio debería enfocarse, de acuerdo a los agentes entrevistados. En ese momento no se recogieron necesidades en cuanto a realización de estudios cualitativos en salud. Al mismo tiempo se observó **poca práctica de evaluar**[14] tanto políticas de salud como programas o servicios, por lo que se percibía que la misma falta de familiaridad con la evaluación generaba resistencias a su práctica. Esta es una de las situaciones en las que las percepciones de necesidad de las personas entrevistadas no se correspondían siempre con las carencias observadas por el OSPC en este sentido.

En general, el concepto de observatorio de salud pública resultaba de difícil comprensión o se entendía de muy diversas maneras, no percibiéndose muy bien su papel y utilidad, y cuestionándose desde algunos sectores que el OSPC generara resultados que fuera a aprovechar el sistema. En particular dentro de la Administración percibíamos un cierto escepticismo ante iniciativas nuevas que no fueran a cubrir los vacíos y las necesidades del sistema que percibían las personas entrevistadas.

Por otro lado, los discursos de las entrevistas realizadas a personas pertenecientes a distintos tipos de **asociaciones y organizaciones sindicales**, acogían la idea de este observatorio como algo necesario e importante y sugerían al OSPC medidas concretas orientadas a la satisfacción de necesidades específicas de grupos con diversos grados de vulnerabilidad. Estas entidades percibían que el OSPC podría ***contribuir a cambiar la mentalidad de la población*** para *mejorar el trato* a la diversidad de colectivos de población inmigrante, gitana, de la diversidad sexual, etc. Y en suma, contribuir a eliminar las desigualdades persistentes entre estos colectivos de población con las que lidian dichas organizaciones. El argumento central de las personas entrevistadas se basaba en la **concepción de derechos** y concretamente en la reivindicación del derecho universal a la salud.

La **diferencia de visiones** entre el sector de gestores, profesionales y técnicos de la Administración y las entidades sociales se hizo evidente. Mientras el primero percibía al OSPC como un nuevo elemento técnico con potencial de apoyar las necesidades manifestadas en esa línea, el sector social lo visualizaba como un actor con potencial de incidencia a nivel de las políticas.

La definición del modelo de observatorio: Para definir el modelo de

[14] Si además tenemos en cuenta que se llama evaluación a actividades que no lo son, desde la realización de una memoria de las actividades desarrolladas, a la monitorización o sistematización de un programa, podemos deducir que la frecuencia con la que se evalúa en nuestro ámbito de referencia en el momento que estamos discutiendo es casi nula.

observatorio de salud pública a establecer en Cantabria llevamos a cabo, en paralelo al análisis de situación, una fase de revisión de la literatura y de iniciativas en marcha, y un análisis de observatorios en el ámbito nacional e internacional (Nota 1 al final del Apartado). Dicho análisis nos proporcionó un importante **aprendizaje** sobre lo que se estaba observando en materia de desigualdades en salud, y cómo se estaba analizando y actuando, poniéndonos a la vez en contacto con una buena muestra de observatorios, tanto nacionales como europeos y latinoamericanos, con quienes compartíamos intereses y enfoques. En materia de desigualdades de género en salud encontramos que los observatorios enfocados en esta temática y que contaban con mayor trayectoria investigadora y política en este sentido estaban principalmente en la región latinoamericana. Con varios de estos observatorios[15] fuimos generando una **red informal** desde la que pudimos debatir sobre las necesidades, preocupaciones, obstáculos y dilemas que enfrentábamos, así como sobre nuestro potencial de incidencia en las políticas de equidad de género en salud, siempre determinado por los distintos niveles de autonomía con que contamos los observatorios. La importancia que otorgamos a estos aprendizajes nos motivó a generar **alianzas** más duraderas que nos sirvieran de apoyo mutuo, y a proponer y organizar posteriormente un **Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud** enfocados en el abordaje de las desigualdades en salud desde una perspectiva de género. La información que generamos al respecto en este período inicial **ayudó** asimismo **a diversos observatorios en España y Latinoamérica** en su conformación y en sus presentaciones[16].

Dicho **aprendizaje** contribuyó a la definición del modelo de observatorio del OSPC y a su posicionamiento, principios guía y líneas estratégicas[17].

[15] Con el Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva de Uruguay, el Observatorio de Equidad de Género de Chile, y los observatorios argentinos de Salud, Género y Derechos Humanos, de Salud Reproductiva de Argentina, y el CONDERS.

[16] Como el Observatorio de Salud Laboral en España y los Observatorios de Salud de la Provincia de Córdoba-Argentina y el Observatorio de Salud de la UMaza de la Universidad de Mendoza en Argentina.

[17] Descritos en el Capítulo 3: ¿Qué se evalúa? Definición de la unidad de evaluación: El proyecto del OSPC y sus circunstancias.

NOTA AL FINAL DEL APARTADO

El **análisis** de los modelos se realizó en base a cinco **criterios**:

1. La **temática** observada y el grado de **especialización**

2. Las **funciones** y **objetivos** (son comunes a una mayoría de observatorios los siguientes objetivos: Generar conocimiento: Crear, gestionar y mantener un sistema de información sobre los temas de observación; Elaborar estudios e informes de análisis y evaluación del campo respectivo. Promover acciones: Elaborar recomendaciones; Difundir información y servir como ayuda a la toma de decisiones. Fomentar relaciones: Actuar como núcleo de encuentro y debate de diversas organizaciones y personas implicadas con el tema de observación incluidos otros observatorios)

3. La **escala y ámbito de observación** (global, internacional, estatal, regional, local o con cobertura geográfica múltiple)

4. La **composición y gestión** (vinculados al sector público, académico, empresarial o a organizaciones de la sociedad civil como ONGs o fundaciones)

5. Los **vínculos con otros observatorios** (dependiendo de si están o no integrados en redes con otros observatorios). Este trabajo quedó recogido en el Plan de Actuación así como en la página web del OSPC que se puso en marcha en ese mismo período de tiempo, incluyendo la información y accesos a páginas web de los observatorios en mapas de España, Europa y las Américas. La búsqueda realizada no pretendió ser exhaustiva en términos cuantitativos, sino más cualitativa en base a los criterios que establecimos, de forma que tratamos de recoger una muestra representativa de los mismos, analizando alrededor de 100 observatorios.

10.1.1.2. Los procesos participativos

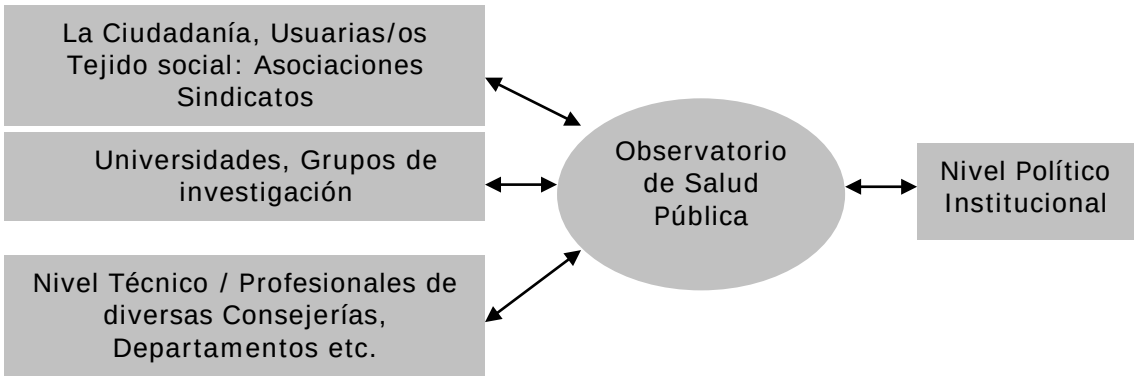
El OSPC perfiló su **política de participación**, **legitimada por la autoridad sanitaria** en el Plan de Actuación (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Consejería de Sanidad, 2007): "*El OSPC cree que el conocimiento en salud pública se debe construir con las contribuciones de todos los sectores y de la ciudadanía, y ser en definitiva propiedad de todos y todas. Abrir procesos de participación ciudadana es la forma de garantizar que la salud pública integre los temas que más preocupan a la ciudadanía y que ésta la comprenda y ayude a construirla"*. Política de participación que estaba en la misma línea de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria 7/2002 (Gobierno de Cantabria, 2003), que en su Titulo 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"*.

Esta fase inicial de análisis situacional hizo, sin embargo, evidente la escasa participación de la diversidad de actores e instituciones en la política pública, tanto al interior de la Administración como hacia fuera, con y para la población y sus instancias de representación y tejido asociativo. Las **prácticas participativas** en todos estos niveles mencionados no eran solo **escasas** sino **poco comprendidas**, confundiéndose la participación como derecho ciudadano y contribución al concepto de democracia y a la Política, con participar en reuniones en las que las decisiones están tomadas de antemano o a posteriori, pero en las que no se participa efectivamente. La propia falta de práctica de participación hace que ésta "*asuste"* (en palabras de representantes de asociaciones entrevistados en el transcurso del análisis situacional realizado por el OSPC). Durante el proceso inicial de entrevistas se dieron situaciones en las que, sobre todo en el nivel técnico y profesional, percibíamos una sensación de extrañeza ante la solicitud del OSPC de participación en el diagnóstico y en el nuevo espacio creado. Por otro lado, aunque las asociaciones tienen una trayectoria participativa mayor, también enfatizaban la escasa participación de sus miembros en las propias asociaciones y de éstas en las políticas públicas.

Por lo tanto, ya desde la definición del Plan de Actuación éramos conscientes del **reto ideológico, político y metodológico** que suponía integrar un enfoque participativo en el trabajo del OSPC. Una de las barreras que se hizo más evidente, de acuerdo al análisis realizado por el OSPC, era **superar la visión**

asistencialista de la salud, argumentada por distintos actores consultados, y colocarnos al mismo tiempo en la necesidad de explorar mecanismos institucionales y estrategias que permitieran ese protagonismo de la ciudadanía en el trabajo en salud pública. Además la participación nos planteaba cuestiones del orden de hasta qué punto estábamos dispuestos a invertir en ella, qué vías podíamos utilizar y hasta qué nivel de participación queríamos y podíamos llegar. Al tiempo que nos obligaba a marcarnos objetivos y tiempos realistas, así como una dimensión adecuada que evitara expectativas poco razonables. Partiendo de todas estas premisas, considerábamos que el OSPC ocupaba una **"buena posición" para integrar la perspectiva participativa** en su Plan de Actuación y afrontar el reto de **abrir nuevos canales** para la participación de los diferentes sectores y disciplinas, así como de la ciudadanía, en los temas de salud pública de su competencia.

El Comité Asesor del OSPC: La primera puerta a la participación que se planteó desde el inicio fue la conformación de un Comité Asesor integrado por una amplia diversidad de actores implicados en la salud pública. La finalidad de este Comité se pensó en términos de argumentación de las propuestas del OSPC y apoyo al equipo en la toma de decisiones en cuanto a sus líneas estratégicas de actuación, así como de asesoramiento a éste en temas puntuales y de participación o colaboración en eventos y proyectos. En la concepción del OSPC, el Comité Asesor sería un **componente esencial de su estructura**, que le permitiría a la Administración vincularse a los distintos sectores y actores involucrados en la salud pública, como se refleja en el siguiente cuadro.



El Comité Asesor, **desde la visión del OSPC**, debía de ser un **órgano abierto y flexible**, compuesto por personas clave invitadas a participar de forma activa y comprometida, y sin necesaria representatividad institucional, que aunque deseable, no debería ser requisito de participación. La intención era igualmente que

las/los miembros del Comité colaborasen con el OSPC y se generasen alianzas entre sí mismos, funcionando de esta forma más a nivel de red. Esto no dejó de representar **retos con la Administración**, ya que partíamos de que el Comité Asesor lo debía escoger el OSPC y no ser un órgano cuyos miembros fuesen designados por las instituciones y para el que se precisase de aprobación parlamentaria, de acuerdo a las normas por las que se constituyen los consejos asesores de la Administración.

La idea del OSPC de reunir en un Comité Asesor a un grupo heterogéneo con diversidad de ideologías, afiliaciones e historiales profesionales y políticos, sin un mandato institucional, se percibía **desde la Administración** como un **riesgo**. Sin embargo, **desde el OSPC** se percibía como una **oportunidad** de abrir la participación a diferentes actores y sectores que ayudarían a identificar los problemas y las necesidades en salud de los distintos colectivos de población, y que contribuirían a conformar la agenda de trabajo del OSPC. En todo caso, el riesgo percibido por la Administración lo asumía el OSPC desde la convicción de que ese nuevo espacio tenía el potencial de romper con dinámicas previas si se planteaba de forma integradora entre personas experimentadas que siempre tenían la opción de abandonarlo si dejaba de interesarles.

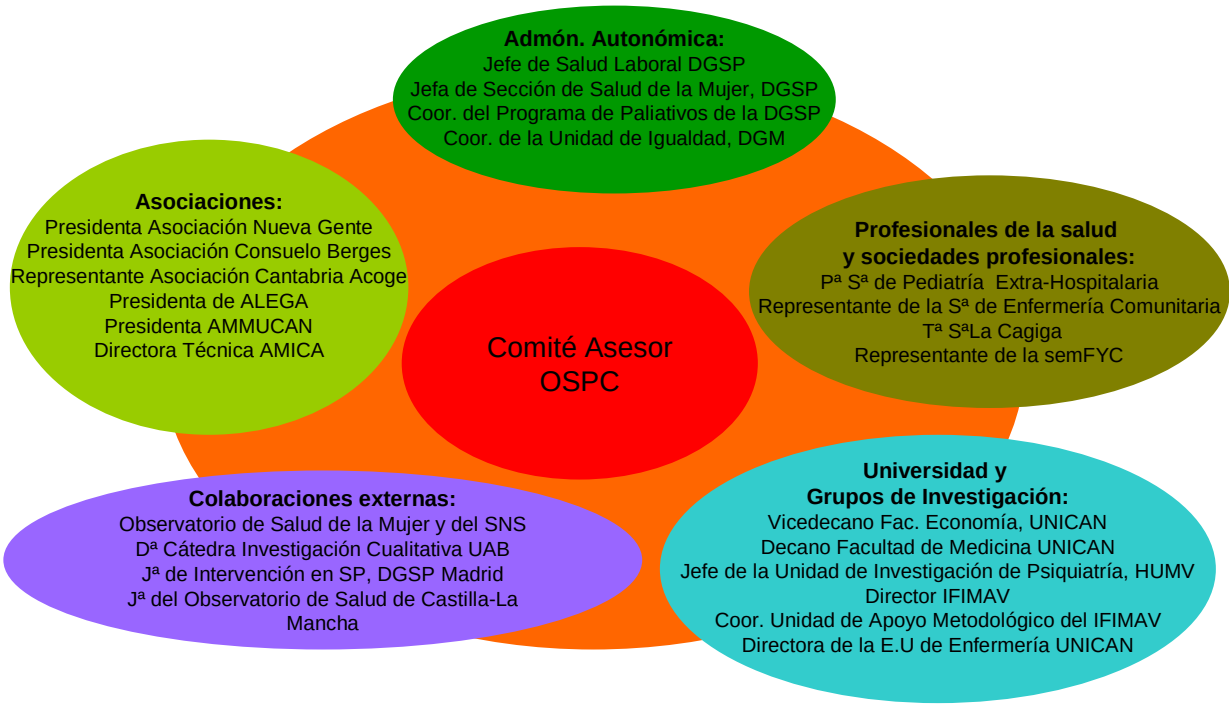
Este **órgano activo** del OSPC, representaría, desde nuestra percepción, una **buena práctica** para la Comunidad Autónoma, que ante la ausencia del consejo de salud estipulado en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria, estaría cumpliendo en parte con esa política de participación del Gobierno.

El propio Comité Asesor aludía en la primera reunión a la falta de compromiso de las instituciones públicas con la participación, por lo que consideraba que: *"La propia creación de este comité es una experiencia importante que no tenemos"* (Miembro del Comité Asesor, reunión del 27 de marzo de 2007).

El Comité Asesor adquirió ya en el primer año la **estructura** que ha mantenido a lo largo de los cuatro años, aunque se han ido sumando nuevos miembros representando distintos sectores y distintas necesidades del OSPC. En el siguiente cuadro vemos su conformación en el año 2007 de acuerdo a las cinco categorías definidas: Administración Autonómica, contando con representantes de la Dirección General de Salud Pública, Dirección General de Políticas Sociales y la Dirección General de la Mujer; profesionales de la salud y sociedades profesionales; Universidad de Cantabria, IFIMAV (Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla) y grupos de investigación; asociaciones; y colaboradoras de grupos de investigación e instituciones externas.

La diversidad de su composición aportaba diferentes perspectivas, opiniones y percepciones no solo en cuanto a la salud pública, sino en cuanto a su rol como miembros del Comité. La mayoría de miembros, sobre todo del ámbito académico e investigador y profesional partían de enfoques más científico-positivistas de la salud y se sentían en principio más alejados de la perspectiva más constructivista y cualitativa de la que partía el OSPC, aunque nuestro enfoque de trabajo sea multi-método (uso de metodologías cuantitativas y cualitativas). La alianza con el IFIMAV, Unidad de la Fundación Marqués de Valdecilla, en ese momento de construcción del Comité Asesor constituyó un gran apoyo para el OSPC durante el período de su creación.

Participación y niveles de implicación del Comité Asesor (año 2007)



De acuerdo al rol que definimos para el Comité Asesor de argumentar y asesorar el trabajo del OSPC, consideramos esencial contar con las opiniones y recomendaciones de las/los distintos miembros en cuanto a la visión y líneas principales del Plan de Actuación del OSPC, a su enfoque y modelo, y a las necesidades y retos que implicaría, antes de su aprobación definitiva por la Consejería de Sanidad. El OSPC solicitaba asimismo asesoría del Comité en ese momento inicial en cuanto a cómo aumentar la base de apoyo; cómo tomar contacto con investigadores, personas expertas y entidades de diversa índole, que pudieran colaborar con el OSPC; cómo abrirse puertas dentro de las instituciones

gubernamentales, no gubernamentales, académicas, entidades de la sociedad civil y grupos ciudadanos; cómo conseguir apoyos técnicos; cómo servir mejor de apoyo y espacio de colaboración en proyectos a otras personas y grupos; cómo divulgar el OSPC y crear una imagen pública de espacio de participación; y cómo promover las colaboraciones con el propio Comité Asesor.

Con el nuevo espacio que se abrió con el Comité Asesor se generó una dinámica de debate sobre todas las cuestiones planteadas por el OSPC y otras planteadas por las/los mismos miembros del Comité, que contribuyó desde la primera reunión con importantes recomendaciones a las que hemos dado curso a través de la Dirección General de Salud Pública y seguimiento en la medida de lo posible[18].

A la vista y valoración de la propuesta del Plan de Actuación del OSPC, el Comité dio un apoyo consensuado a la misma, apuntando a la **necesidad de proyectos para el cambio**: "*El proyecto es valiente y necesario, además de moderno. Hace falta ilusión e ideas para el cambio"* (Miembro del Comité Asesor, reunión del 27 de marzo de 2007); y planteando al equipo las ***"dificultades de servir a dos públicos prioritarios"***, en referencia a la ciudadanía y a los gestores y profesionales de la salud. Esta dificultad expresada desde un enfoque binario (dos públicos prioritarios) reflejaba al mismo tiempo la dificultad en visualizar la perspectiva caleidoscópica del OSPC en cuanto a la diversidad de públicos dentro del concepto de ciudadanía y dentro del sistema sanitario. Por otra parte, el Comité Asesor planteaba una serie de **preocupaciones en cuanto a la diferencia de visiones** entre la Administración Sanitaria en Cantabria y el OSPC, por lo que advertía de que: *"El proyecto es metodológicamente envidiable pero puede ser un revulsivo para todo el sistema*" (Miembro del Comité Asesor, reunión del 27 de marzo de 2007), en el sentido de confrontar a las múltiples dimensiones y actores que integran el sistema sanitario con las necesidades de cambio para que éste sea congruente con sus políticas sanitarias.

El Comité Asesor otorgaba asimismo gran importancia a las aportaciones que las personas usuarias y asociaciones de pacientes podían ofrecer incorporando su participación en la elaboración de planes que tienen que ver directamente con su problemática de salud. Sin embargo, mientras que el Comité se ha convertido en un ámbito impulsor de la participación de las asociaciones, **la participación de la**

[18] Algunas de las recomendaciones más importante que hemos adoptado iban en la línea de fomentar prácticas evaluativas e incentivar la participación de la diversidad de agentes en los procesos evaluativos; promover espacios de intercambio de experiencias y transferencia de conocimiento (a través de foros); fomentar la creación de grupos y proyectos de investigación cualitativa; incrementar los canales y espacios de participación; defender la financiación a la investigación en salud pública y en desigualdades sociales en salud. No hemos podido, sin embargo, adoptar las recomendaciones en la línea de publicar con regularidad artículos de opinión en prensa, como se verá más adelante.

ciudadanía en el espacio del OSPC ha representado un **reto** particularmente importante. Reto al que se enfrenta en primer lugar la Administración Sanitaria por su responsabilidad en tener que hacer efectiva la implicación de la ciudadanía en las políticas públicas sanitarias. La cuestión de la participación ciudadana en nuestro país es un tema aun en proceso de desarrollo, contándose con unos niveles de participación en general muy bajos.

En este primer año, casi la totalidad de las/los miembros del Comité participaron activamente en las dos reuniones que se realizaron, colaborando más directamente con el OSPC en proyectos de investigación y formación o participando en actividades o eventos, el sector de profesionales, las asociaciones y la mayoría de miembros de la Universidad e IFIMAV, además de las colaboradoras externas[19]. El **nivel superior a lo anticipado de participación e implicación** del Comité Asesor en el trabajo del OSPC contribuyó a evidenciar la validez del modelo ante todos los actores, incluyendo a la Administración.

10.1.1.3. La estrategia de difusión

En este primer período se creó **la página web** www.ospc.es como herramienta principal de **divulgación** de la producción del OSPC y de **promoción** de las temáticas de nuestras líneas de trabajo. Con ese fin, la **estrategia web** que nos planteamos fue desarrollar un centro documental que fuimos categorizando temáticamente, incluyendo la información generada sobre observatorios de salud. Asimismo la concebimos como espacio de **participación** a través del menú diseñado para ello y de los correos electrónicos del equipo publicados en la página. El diseño y trabajo de la web no fue un encargo a una empresa, sino que lo realizamos, como el resto de colaboraciones, junto a la persona de la empresa que realizó su montaje, diseñando un tipo de página en la que desde el OSPC podíamos gestionar el Centro de Documentación Virtual y las noticias de la web. Por ello, representó un proceso de **desarrollo de nuevas competencias** del equipo.

La estrategia de difusión que nos planteamos se complementaba a través de **los otros medios de comunicación** de masas, como la publicación de artículos en prensa y la utilización de la radio y la televisión. Esta estrategia ha sido la menos desarrollada a lo largo de todo el Plan de Actuación del OSPC, ya que la información y comunicación en el seno de la Administración Sanitaria está centralizada a través del gabinete de prensa, y todos los artículos y publicaciones deben ser autorizadas. De todas formas en este período inicial el OSPC logró publicar un artículo de

[19] Ver Memoria OSPC 2007 en la web www.ospc.es

opinión a una campaña de salud[20], que acabaría siendo el único que se ha conseguido publicar en solitario en un medio de prensa.

El Comité Asesor enfatizó desde el inicio la relevancia de la estrategia de difusión para incrementar la disponibilidad de la información y del conocimiento, dado el insuficiente flujo de información y documentación señalado considerablemente por las/los propios miembros del Comité. En esa misma línea, las colaboraciones y sinergias entre el OSPC, el Comité y otros actores, adquirieron una excepcional importancia como mecanismos de producción de conocimiento interdisciplinar y como opción realista a los recursos con los que contaba el OSPC.

10.1.1.4. Los recursos utilizados: humanos y materiales

El OSPC planteó con su Plan de Actuación una hoja de ruta ambiciosa para el equipo multidisciplinar que se fue formando y que ha afrontado el reto y la oportunidad de ir modulando sus competencias. Ser un **equipo pequeño**[21] planteaba limitaciones en cuanto a las posibilidades de abordaje de múltiples temas que requieren diferentes conocimientos y habilidades, pero al mismo tiempo ofrecía la **oportunidad de colaborar con otros equipos** de investigación que contribuirían y enriquecerían el trabajo y al propio equipo. En este período inicial el OSPC consiguió colaboraciones de equipos como el Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud[22], la Agencia de Salud Pública de Barcelona[23], la Universidad Autónoma de Barcelona[24] y la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid[25].

La **negociación y gestión de los recursos económicos** por parte del OSPC en este período fue muy positiva, consiguiendo un presupuesto de la DGSP para 2008

[20] El OSPC publicó el 1 de noviembre de 2007 un artículo de opinión en la Tribuna Libre del Diario Montañés titulado "Te doy mis pechos", que hace una reflexión y crítica a la Campaña de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en el 19 de octubre, Día Mundial contra el Cáncer de Mama.

[21] En el primer año pasamos de contar con una sola persona, la directora (licenciada en enfermería con master en salud pública), por los primeros cuatro meses, a integrar una técnica socióloga y un becario geógrafo a inicios de 2007, y una técnica médica epidemióloga a fines del mismo año. A mediados de 2008 se integró el último técnico sociólogo con experiencia en trabajo estadístico.

[22] En la propuesta del Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud y en el taller de evaluación del Foro anual del OSM.

[23] En el Estudio sobre diferencias en la utilización de de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria.

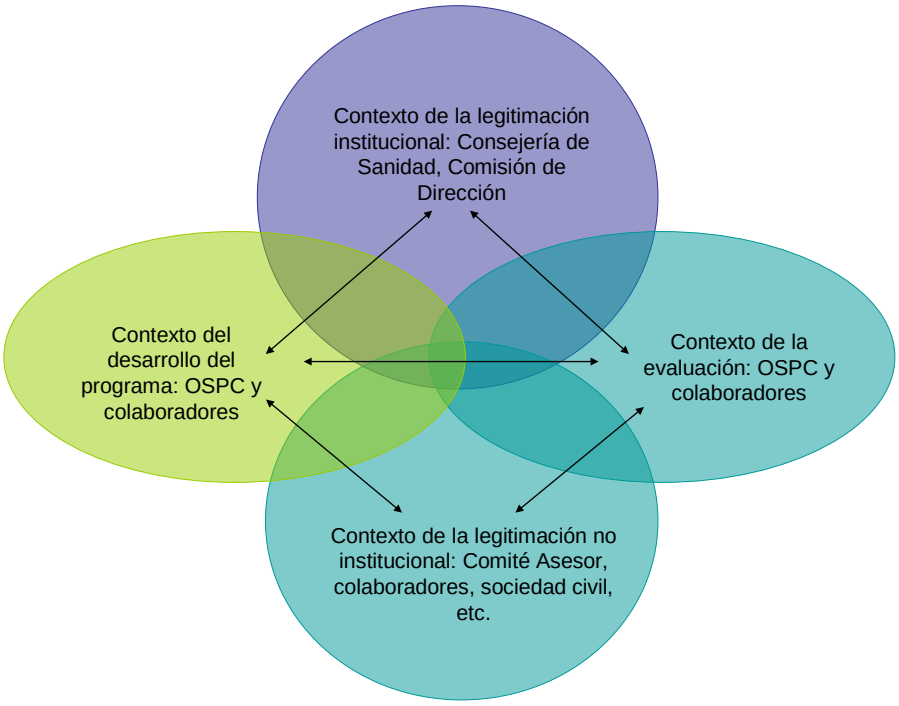
[24] Cátedra de Investigación Cualitativa de la Fundación Doctor Robert, en la Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres 2004-2007 del Gobierno de Cantabria.

[25] En el proceso de planificación del Plan de Actuación del OSPC.

que dobló el de 2007 y obteniendo tres becas para investigación[26], además del compromiso del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad de formar un convenio con la Fundación Marqués de Valdecilla para costear el Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud que se realizó en 2008.

10.1.2. La posición del OSPC como actor político: las relaciones con la diversidad de actores y la legitimidad del espacio del OSPC

La serie de **interacciones entre actores** que se analizan a lo largo de esta evaluación se mueven entre el campo de *desarrollo del programa* del OSPC, el de la *legitimación* y el de la *evaluación*, como se ve en el siguiente diagrama de los campos de interacción entre actores públicos (adaptación del OSPC[27] del diagrama de Monnier, 1995).



En el contexto donde se desarrolla el programa del **OSPC**, el equipo **actúa en el marco de un mandato** de los responsables de la política sanitaria, quienes desde

[26] La Dirección General de Salud Pública aprobó un presupuesto de 275.683€ para el OSPC en 2008, casi doblando el presupuesto de 2007 de 140.883€. Además el OSPC consiguió 3 becas, generando un total de 15.600€ para investigación en 2007, y 50.526€ para 2008, como se detalla a continuación:
IFIMAV - N/Ref.: PSG//01/07 (15.600€) "Estudio sobre desigualdades en el acceso y utilización de servicios de atención especializada de Cantabria desde la perspectiva de genero"
FIS -MD07/00169 (36.300€) "La integración de la perspectiva de género en las acciones de salud en Cantabria: Evaluación del Plan de Salud para las mujeres con enfoque multimétodo".
FIS -AE07/0066 (14.226,24€) Acciones Especiales. "Metodologías de Evaluación para el desarrollo de políticas de salud".

[27] El diagrama de los campos de interacción de Monnier no incluye el contexto de la legitimación no institucional, la cual ha sido añadida por el OSPC.

el ámbito de la Consejería de Sanidad representan el campo de la **legitimación institucional** del observatorio. No obstante, teniendo en cuenta que partimos de un concepto de salud pública desde y para todos los públicos, la legitimidad del espacio del OSPC y de su potencial de actuación no es exclusiva de los responsables institucionales. La acción del OSPC es moldeada por los actores **colaboradores:** los grupos de interés, el Comité Asesor y participantes en las actuaciones desarrolladas por el OSPC, quienes a su vez **se convierten en actores legitimadores**. De esta forma, el esfuerzo del OSPC de articularse y generar alianzas con la diversidad de **actores sociales** nos ofrece la oportunidad de **construir nuevas legitimidades**.

Entre los legitimadores institucionales y no institucionales, aunque puedan tener encuentros puntuales, no cuentan sin embargo con un canal formal establecido que les vincule directamente, por lo que el OSPC ejerce además de puente entre ambos.

En el contexto de la legitimación institucional, el OSPC cuenta en su estructura con la Comisión de Dirección.

La Comisión de Dirección se conformó, como ya se ha descrito, con los altos cargos de la Administración Sanitaria[28]. La primera Comisión de Dirección (de quienes partió la iniciativa de crear un observatorio) apoyó el proyecto presentado por el OSPC en reunión del Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla en abril de 2007, presentándolo a los medios de comunicación el 9 de mayo del mismo año. No obstante, muy poco después, a raíz de las elecciones de ese mismo mes de mayo de 2007, el cambio de todos los altos cargos de la Consejería de Sanidad (excepto el Director General de Salud Pública), del Servicio Cántabro de Salud y de la Fundación Marqués de Valdecilla, conllevó un cambio casi total de la Comisión de Dirección.

En este primer período emergieron situaciones dentro de la actividad del OSPC que cuestionaron **la legitimidad de la investigación en determinantes sociales en salud**. El ejemplo más ilustrativo estuvo protagonizado por el IDICAN, sociedad pública instituida por el Gobierno de Cantabria con el objetivo de dirigir, coordinar y ejecutar el Plan Regional de I+D+i. Dicha institución denegó una subvención solicitada por el OSPC para la organización del Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud, dentro de la convocatoria para encuentros científico-

[28] Como se ha especificado previamente, la Comisión ha estado constituida desde el inicio por los siguientes cargos: la/el Consejera/o, el Director General de Salud Pública, el Director Gerente de la Fundación Marqués de Valdecilla, el Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud y el Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, además de la Directora del OSPC.

profesionales, por considerar que el proyecto presentado era *"de indudable interés social… pero por su propia temática induce falta de vinculación con sectores económicos de la región"*[29].

La relevancia del tema radica no solamente en que la argumentación del IDICAN fuera fallida, ya que el Plan Nacional de I+D+I incluye la investigación en *"salud pública y servicios de salud, donde la epidemiología, la sociología y la economía se aplican conjuntamente"* (Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007, Volumen II: Áreas prioritarias, Pág. 30), sino en el poder de deslegitimación de la investigación social en salud pública por parte de una institución de ese calibre. La **estrategia** del OSPC en este caso fue llevarlo ante el Comité Asesor con el fin de inquirir su posicionamiento y de esa forma tener más claro al mismo tiempo su potencial de apoyo al OSPC en situaciones adversas[30].

Este caso hizo asimismo que el Comité planteara otra posible función al OSPC, como es la vigilancia de las instituciones públicas en el terreno de la financiación a la investigación. *"El observatorio tendría que ver qué financian y qué hacen, no solo pedir explicaciones sobre esta solicitud sino sobre los fondos de todas las áreas"* (Miembro del Comité Asesor, II Reunión, 19/11/2007). La cuestión de este tipo de vigilancia de las instituciones podría entrañar, por otro lado, el **riesgo** para el OSPC de que se "confundieran" funciones, se generara desconfianza y se levantaran potencialmente nuevas barreras. Son sin lugar a dudas acciones de vigilancia que alguien debería llevar a cabo en la Administración pero que no beneficiarían a la tarea del OSPC en el complejo marco de relaciones en el que se mueve.

Un argumento que se extrae de esta experiencia en concreto, pero que igualmente se traslada a otras en la misma línea, es que **la falta de comprensión de la temática y del enfoque se lee en clave de "algo no científico"** y por tanto de inferior categoría y prioridad. De ahí la necesidad de dar respuesta y contra-argumentar con solidez en defensa de la investigación menos valorada.

---

[29] Cita de la notificación de denegación de apoyo a la solicitud de ayuda referencia 31-12-2007 para Acciones Especiales y Complementarias, presentada con fecha 14/09/2007.

[30] *"El Comité Asesor, en segunda reunión, manifiesta su pleno desacuerdo con las explicaciones presentadas por el IDICAN, y considera necesaria la reclamación por parte del OSPC por considerar su argumentación inadecuada, planteando que el OSPC debe defender el rigor científico de la investigación en determinantes en salud, así como demandar el cumplimiento del IDICAN de los compromisos del Plan Nacional de I+D+I con la salud pública. Plan que incluye la investigación en "salud pública y servicios de salud, donde la epidemiología, la sociología y la economía se aplican conjuntamente"* (Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007, Volumen II: Áreas prioritarias, pág. 30). II Reunión del Comité Asesor del OSPC, 19 de noviembre de 2007.

10.1.3. La contribución a la salud pública y a las políticas de salud: los cambios, las resistencias, aprendizajes y recomendaciones

En este período de creación del OSPC se dibujaba un **escenario político cambiante** que fue determinando a su vez **cambios de estrategia** por parte del OSPC a lo largo de todo el proceso.

El OSPC comenzó contribuyendo con **una visión** de observatorio de salud pública como sujeto técnico y político, y con una "**forma de hacer"** diferentes. El **enfoque metodológico mixto cualitativo-cuantitativo** en determinantes sociales de la salud, y la perspectiva de género aplicada a la investigación y evaluación representaban una novedad en Cantabria.

El hecho de crear nuestro propio proyecto desde nuestra perspectiva participativa de la salud y desde el punto de vista multidisciplinar y mutisectorial representó una importante oportunidad de **aprendizaje** para el **equipo**, dándole un empuje significativo, así como de oportunidad de participación para los distintos actores que se involucraron en los proyectos o actividades del OSPC.

El OSPC introdujo ya en esta fase de creación **temas de investigación** en salud **que se abordaban por primera vez** en nuestra Comunidad Autónoma, destacando el *Análisis por sexo de la utilización de servicios de hospitalización*[31] y el *Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud y del Acceso a Servicios Sanitarios de la Población Inmigrante en Cantabria*. En referencia al último, y tratándose de un tema de gran interés público, logramos una **participación** activa tanto de las asociaciones como de las/los **profesionales** de los distintos niveles de atención primaria y especializada. Algunas de las **asociaciones** además **fueron cobrando protagonismo** como actores interesados en el nuevo espacio de salud pública que les ofrecía el OSPC y demandando colaboraciones de éste durante dicho período (ver memorias anuales de 2008 y 2009 en la web www.ospc.es).

El OSPC aprovechó el **momento político favorable** que se estaba dando en el arranque del Plan de Actuación para plantear la ***Evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*** (PSM) del Gobierno de Cantabria, involucrando a las/los políticos y técnicos responsables del PSM así como a los distintos sectores con intereses en el mismo (otras instituciones gubernamentales, asociaciones de pacientes y de mujeres) desde la reflexión inicial hacia el diseño de la evaluación, articulando colaboraciones con la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad

[31] Estudio que comenzó en 2007 con una beca del IFIMAV y para el que contamos con la colaboración del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y con la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Autónoma de Barcelona y con expertas en género y salud. La evaluación la plateamos en todo momento como un **proceso reflexivo y formativo**, con la intención de **capitalizar las experiencias** e instrumentos existentes, pero con la idea al mismo tiempo de **generar una metodología multi-método a la medida de las necesidades** y de la importancia política que tuvo el PSM, y de **promover una cultura evaluativa** en el seno de las instituciones públicas.

El **componente formativo del proceso** de la evaluación adquirió mayor entidad cuando obtuvimos la beca del Instituto Carlos III para acciones en formación interdisciplinar en evaluación, al tiempo que desarrollábamos la evaluación del PSM, para la que obtuvimos otra beca del FIS. La **estrategia de búsqueda de recursos** adicionales para estas acciones fue esencial para su realización de acuerdo a las necesidades que la propia iniciativa planteaba, ya que el presupuesto del OSPC en su primer año era insuficiente a todas luces para emprender un proyecto tan ambicioso (como se ha visto en el apartado de recursos humanos y materiales utilizados en este período), así como para la propia legitimación de la evaluación.

Por otra parte, el análisis situacional (con el diagnóstico ya comentado de la falta de investigaciones cualitativas sobre salud en Cantabria) y la amplitud de nuestra red de colaboradores a nivel estatal nos había facilitado ya en el comienzo de este período articular un **debate** entre un sector de profesionales de la salud en Cantabria **sobre necesidades formativas** en áreas y metodologías de investigación con escaso desarrollo en la Comunidad Autónoma, entre las que destacaban la investigación de género en salud y la investigación cualitativa[32]. Fruto del mismo fue la introducción en este período de la **línea de acciones formativas**[33]. Para ello contamos con la **alianza y apoyo del IFIMAV**, que se constituyó como hemos mencionado en un fuerte aliado durante el período de creación del OSPC.

---

[32] La primera iniciativa fue la organización a principios de 2007 en colaboración con el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad de un "Taller sobre necesidades de apoyo y formación para el aumento de la cantidad y calidad de investigación en cuestiones relacionadas con el género y salud".

[33] Como consecuencia, el OSPC propuso, en colaboración con el IFIMAV, integrar una línea de **formación interdisciplinar en investigación cualitativa en salud** para personal adscrito al Servicio Cántabro de Salud, a la Universidad de Cantabria e instituciones públicas y privadas, asociaciones, ayuntamientos, etc., vinculados al campo de la salud. La primera iniciativa de esta nueva línea fue el primer "Curso Introductorio de Investigación Cualitativa en Salud y sus Aplicaciones" realizado en 2007 y en el que participaron 25 personas de perfiles muy diversos, dándose a posteriori una mayor demanda de cursos. A éste le siguió en 2008 el Curso Intermedio de Investigación Cualitativa en Salud y sus Aplicaciones, en el que el número de participantes ascendió a 39, entre profesionales médicos, de enfermería, psicología, trabajo social, sociología, técnico en salud y arquitectura. De éstos, 5 desarrollan tareas de jefatura de servicio o coordinación de área de trabajo, y 14 pertenecen a la universidad y/o equipos de investigación.

El aspecto más importante a evaluar como resultado de las acciones formativas fue el **carácter innovador** de las mismas para Cantabria, tanto en la temática como en la perspectiva multidisciplinar.

"Es la primera experiencia en 20 años en que nos juntamos con distintas disciplinas… algunos profesionales era la primera vez que escuchaban algo así y esto se refleja no solo en una investigación sino que se manifiesta en la atención diaria, en la práctica diaria" (Participante en "Curso introductorio de investigación cualitativa en salud y sus aplicaciones", 2007).

Esta iniciativa contribuyó a despertar un **interés en la investigación cualitativa** desde diversas disciplinas, fundamentalmente la enfermería, en una región que apenas contaba con experiencia o grupos que desarrollaran estudios sobre salud con metodologías cualitativas, y cuya participación de la enfermería en la investigación en general ha sido muy baja hasta la fecha. Esta **estrategia formativa multidisciplinar e intersectorial** contribuyó asimismo a despertar interés en las otras disciplinas involucradas en la salud pública (trabajo social, psicología, sociología, antropología), que son más desconocidas para las/los profesionales médicos y de enfermería, aunque éstas/os tampoco tienen comúnmente la oportunidad de participar en formaciones conjuntas en investigación.

"La riqueza fue justamente tener un espacio de debate con otros agentes sociales que no tenemos porque los cursos se dictan para un tipo de colectivo, por temáticas y por tipos de profesionales… porque en el ámbito de la salud, están enfrentados y en el espacio del curso, esta separación se superó" (Participante en "Curso introductorio de investigación cualitativa en salud y sus aplicaciones", 2007).

Como resultado, el OSPC pasó en este ámbito de la formación en materia de investigación cualitativa en salud desde la perspectiva participativa y multidisciplinar que planteamos, a convertirse en **referente** tanto para las instituciones como para las/los profesionales de salud interesados, a pesar de nuestra aun escasa experiencia en este campo en Cantabria.

La **estrategia** principal del OSPC de **contribución al debate en salud pública** en materia de desigualdades en salud fue organizar y participar en espacios que nos permitieron además entablar nuevas relaciones, articular colaboraciones y alianzas

y dar a conocer nuestro trabajo[34].

Las recomendaciones emitidas por el OSPC a la Administración Sanitaria en este período inicial se centraron por un lado en el ámbito de la **evaluación**, aceptando la Consejería de Sanidad evaluar el *I Plan de Salud para las Mujeres*. Asimismo se emitieron recomendaciones en cuanto a la **universalización del acceso de las personas inmigrantes a la tarjeta sanitaria**, como resultado del primer informe entregado sobre este tema (que formaba parte del *Estudio de los Determinantes de la Salud y del Acceso a Servicios Sanitarios de la población inmigrante en Cantabria*). Dichas recomendaciones quedaron pendientes de valoración por el Servicio Cántabro de Salud y la Consejería de Sanidad pero hasta la fecha de emisión de este informe **no se ha llegado a conformar ninguna comisión específica para tratarlas** ni se debatieron en el contexto de la Comisión de Dirección del OSPC.

Además de las articulaciones con colaboradores de otras comunidades autónomas y estatales, **el OSPC se proyectó a nivel internacional** a través de colaboraciones en formación con el Ministerio de Sanidad y la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo[35], de la participación en congresos, foros internacionales y proyectos multicéntricos[36], a través de las redes estatales en asuntos de cooperación, y con el comienzo de la organización de un *Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud* y la asesoría en materia de cooperación internacional a la Dirección General de Salud Pública[37]. La importancia añadida para el OSPC de las colaboraciones en esta materia fue dar a conocer su espacio, visión y trabajo en una amplia diversidad de entornos.

En síntesis, en este primer período del OSPC estábamos en una curva de aprendizaje sobre la salud pública en la región, los modelos de observatorios y las metodologías de investigación y evaluación orientadas a las políticas de salud, que ha contribuido al crecimiento del equipo y de las personas que participaron en las

[34] En 2007 el OSPC organizó 1 taller y 2 seminarios; impartió docencia y presentó ponencias en 8 espacios diversos (cursos, seminarios, congresos, jornadas en Cantabria, otras comunidades autónomas y Latinoamérica); y participó en 11 eventos más de debate (ver Memoria OSPC 2007 en la web www.ospc.es).

[35] Impartiendo curso sobre políticas de género en salud en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; participando en mesa sobre aborto inseguro durante las Jornadas técnicas sobre salud sexual y reproductiva en África, realizadas en Barcelona; participando en jornadas de trabajo de observatorios de salud en Montevideo, Uruguay, patrocinado por el Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas (UNFPA).

[36] Ver Memoria OSPC 2007 en la web www.ospc.es

[37] La DGSP aprovechó la experiencia del OSPC en materia de cooperación al desarrollo en salud, solicitando su colaboración para un proyecto en Guinea Bissau junto a la Dirección General de Cooperación al Desarrollo del Gobierno de Cantabria.

actividades formativas y espacios de debate organizados por el OSPC. Al mismo tiempo, nuestro aprendizaje sobre las estructuras y la cultura administrativa nos permitió mejorar nuestra capacidad de negociación para poder plantear el desarrollo de actuaciones que respondían a estrategias de oportunidad y que llevamos a cabo en el siguiente período, como fue el *Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud*.

El OSPC abrió un nuevo campo en la Comunidad Autónoma en la investigación cualitativa en salud, con una línea formativa sobre la misma, comenzando nuevos temas de investigación, como la situación de salud de la población inmigrante, y de evaluación de la integración del enfoque de género en salud.

Se trata por tanto en general de un período de **aprendizaje**, **crecimiento** y **reconocimiento** en el que se fueron abriendo áreas de trabajo y procesos participativos y formativos, comenzando estudios y colaboraciones, difundiéndose el OSPC como nuevo espacio en búsqueda de puntos de encuentro con actores diversos, e incrementándose las peticiones al equipo de asesoría y participación en distintos ámbitos, desde la propia Dirección General de Salud Pública a profesionales de salud y asociaciones de Cantabria, de otras Comunidades Autónomas y a nivel estatal e internacional. Fue de esta forma un período de **generación de alianzas** y solidaridades tanto al interior del Comité Asesor como con agentes colaboradores en los niveles mencionados, que contribuyeron a legitimar el espacio del OSPC y a difundir su trabajo.

Este período inicial fue influenciado asimismo por los **cambios políticos** en la Administración Sanitaria[38], que aunque no supusieron una pérdida de apoyo institucional al OSPC, implicaron un cambio de visión en la Consejería, comenzándose a observar un menor nivel de concesión de relevancia a la investigación sobre determinantes sociales en salud.

Se trata de un período en el que ya se hacía evidente la **necesidad de apertura** de las instituciones autonómicas que apoyan la investigación biomédica, hacia comprender la importancia de la investigación sobre determinantes sociales de la salud y apoyar su práctica.

[38] Aunque permaneció el mismo partido político a cargo de la Consejería de Sanidad.

A continuación se presenta una **síntesis de los cambios** a los que contribuyó el OSPC en el primer período del ejercicio del Plan de Actuación.

Cambios a los que contribuyó el OSPC en el 1er Período
Visión de Observatorio de Salud Pública /Modelo participativo *C1. Se creó un nuevo espacio de análisis en salud pública con una **visión de participación activa** de los diversos públicos que componen la salud pública, constituyéndose en una **buena práctica** en el seno de la Administración cántabra.* *C2. Se estableció un **nuevo modelo de Comité Asesor** en la Administración Sanitaria desde un criterio de interés y compromiso de sus miembros con los temas abordados por el OSPC y no exclusivamente de representación institucional.* *C3. El OSPC contribuyó **a establecer un vínculo formal** entre la Consejería de Sanidad y los distintos sectores participantes en el Comité Asesor.* *C4. El modelo participativo del Comité Asesor contribuyó a que sus miembros establecieran colaboraciones entre sí, **ampliando** sus propias **redes** y campos de relación.*
*C5. Los actores sociales participantes en el espacio del OSPC se convirtieron en **legitimadores** de la acción del mismo.*
*C6. Se abrieron oportunidades a nuevos tipos de **colaboraciones** fuera de la Administración Sanitaria cántabra y fuera de la Comunidad Autónoma.*
*C7. Se aceptó el planteamiento por parte de los responsables de la Consejería de Sanidad de una **estrategia de difusión** propia del OSPC.*
*C8. **Se adoptó el rol de "defensor" de la investigación social** en salud, reivindicándose para ésta un espacio legítimo y el apoyo que contemplan las normativas europeas y estatales.*
*C9. Se realizaron por primera vez en la Administración Sanitaria cántabra **investigaciones cualitativas** en salud y **evaluaciones** de políticas, planes y programas desde un **enfoque participativo** de la pluralidad de actores interesados.*
*C10. **Se abordaron nuevos temas** de investigación y evaluación en Cantabria, como la salud de la población inmigrante y el enfoque de género en salud*
*C11. Se abrieron **nuevos espacios de debate** sobre desigualdades en salud.*
*C12. Se desarrolló por primera vez **formación en investigación cualitativa** en el ámbito sanitario con participación de sectores sociales.*

10.2. Segundo Período: Desarrollo del OSPC (2008-2009)

El período de desarrollo que se analiza en el marco temporal de 2008 y 2009 parte del impulso del momento de creación del OSPC. La narrativa de este segundo período sigue el mismo esquema que en el primero, analizando (1) el proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento, (2) la posición del OSPC como actor público, y (3) su contribución a las políticas de salud, desde el análisis de los cambios, las resistencias y los aprendizajes que se van dando en los distintos contextos, así como desde las recomendaciones del OSPC.

10.2.1. El proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento

De acuerdo a los objetivos específicos que nos marcamos para analizar el proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento, abordaremos el proceso interno de desarrollo de competencias del equipo, las dificultades encontradas, nuestro acceso a las fuentes de información, los procesos participativos desarrollados, la estrategia de difusión de resultados y los recursos humanos y materiales utilizados.

10.2.1.1. El proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto

En este período el OSPC llevó a cabo proyectos y se embarcó en iniciativas que plantearon nuevas necesidades y desafíos competenciales al equipo a distintos niveles.

El primer proyecto con el que iniciamos el período de creación del OSPC, el ***Estudio de los Determinantes de la Salud y del Acceso a Servicios Sanitarios de la Población Inmigrante en Cantabria***, implicó el desarrollo de nuevas competencias en parte del equipo. El proceso del estudio se fue alargando en el tiempo a medida que el proyecto se fue haciendo más ambicioso y se fueron ampliando sus objetivos hacia desarrollar una investigación cualitativa, tanto con inmigrantes y tejido asociativo como con profesionales de salud, en base a una **estrategia de oportunidad** de nuevas colaboraciones y de incremento de las fuentes de información. En este período participó todo el equipo del OSPC en distintas fases y tareas, colaborando además tres becarios/pasantes. Para la investigación cualitativa con las/los profesionales de la salud, el OSPC consiguió la colaboración de un reconocido investigador social de CIMOP (Instituto de

investigación de mercados y opinión). La estrategia de esta colaboración fue doble, primeramente contribuir a la **legitimación** y **validación** del estudio cualitativo, teniendo en cuenta la falta de experiencias en investigación cualitativa en salud en Cantabria y los cuestionamientos que podría levantar la investigación de un equipo nuevo y desconocido como el OSPC. Por otro lado, esta colaboración contribuía a la **formación** del OSPC en las líneas investigadoras más sugerentes en este ámbito, ya que la **estrategia de colaboración** del OSPC con otros equipos de investigación ha sido siempre de estrecha colaboración, desde el diseño al trabajo de campo, análisis y redacción de informes, y nunca de encargo del OSPC a otro equipo investigador.

Por otro lado, la iniciativa del ***Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud*** que habíamos empezado a conceptualizar y articular estratégicamente desde la fase del análisis de los modelos de observatorios en el período de creación del OSPC, representó, dada su magnitud, el mayor **reto de organización interna y de ampliación del abanico de competencias** del equipo en un momento de creciente desarrollo de las áreas de actuación del OSPC.

La experiencia evidenció la **capacidad** del OSPC para **diseñar** y **organizar** un evento de elevada complejidad, debido primeramente a su carácter internacional y a la dificultad propia de **consensuar una agenda** a través de un proceso participativo entre observatorios con distintas situaciones de derechos, prioridades en salud, marcos legislativos y coyunturas políticas, además de trabajar con diferentes calendarios laborales y zonas horarias.

El Foro, que se desarrolló del 24 al 26 de noviembre de 2008 en el Palacio de la Magdalena de Santander, tomó la forma de encuentro entre profesionales, investigadores y activistas por la equidad en salud representando a 18 Observatorios de Latinoamérica, Portugal y España enfocados en la reducción de desigualdades en salud en base al género, edad, clase socio-económica, procedencia, etnia o cultura. El evento contó con el patrocinio del Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) del Ministerio de Sanidad y Consumo, y con la participación añadida de representantes de organismos multilaterales de Naciones Unidas, del movimiento de mujeres por la salud de Latinoamérica y el Caribe, y de organizaciones no gubernamentales de España[39].

A otro nivel, la ***Evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*** supuso un

[39] Informe del Foro disponible en español y en inglés en la web www.ospc.es

importante **aprendizaje** para el OSPC, aunque en este caso, por ser el ámbito de la evaluación en ese momento solo de competencia de una de los componentes del mismo, las funciones, desde la negociación a la coordinación y al trabajo de campo y análisis, fueron realizadas fundamentalmente por esa persona en colaboración con el equipo de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Fundación Doctor Robert. El desarrollo de la línea de trabajo en evaluación proyectada en el Plan de Actuación del OSPC planteaba desde ese momento una primera **necesidad de formación del equipo**.

Paralelamente el OSPC emprendió el análisis de la ***Encuesta de Salud de Cantabria 2006***[40] por encargo de la Dirección General de Salud Pública. Este proyecto resultó ser a nivel de **desarrollo de competencias** del equipo, el de mayor calado de este período, por representar un importante **esfuerzo y aprendizaje** en términos de coordinación y diseño, así como de depuración, tratamiento y análisis de datos de una encuesta de esa envergadura realizada internamente en su totalidad. La ESCAN-06 ha sido la primera encuesta analizada en Cantabria con una muestra representativa a nivel territorial de área de salud, para lo que se invirtieron recursos económicos, por parte de la Consejería, y técnicos por parte del OSPC. El trabajo realizado y la publicación que le siguió fueron **valoradas muy positivamente** por el personal técnico y responsables del INE, encargados de la Encuesta Nacional de Salud, y del Ministerio de Sanidad. Este proyecto del análisis de la encuesta de salud por parte del OSPC tuvo la **relevancia** para el equipo de **abrir una línea de trabajo** que pasaría a ser de competencia del OSPC para las futuras encuestas.

10.2.1.2. El acceso del OSPC a las fuentes de información

Durante este período, el OSPC formó parte de dos **procesos innovadores** de indagación para la mejora de los sistemas de información sanitaria en Cantabria: la Plataforma para investigadores del IFIMAV y el Sistema de Información en Salud Pública –SISAPA.

La plataforma para investigadores del IFIMAV se planteó ya en 2007 con el objetivo de acceder no solamente a la información del Hospital de Valdecilla sino a la de todos los hospitales de Cantabria y a la de Atención Primaria. Asimismo supondría una estandarización de la recogida de la información de todos estos ámbitos, que junto a un código de identificación personal único –CIP- permitiría la

[40] Aunque la Encuesta de Salud de Cantabria se relaciona con el año 2006, el trabajo de campo llevado a cabo por el INE terminó a mediados de 2007, enviándose los microdatos a Cantabria a mediados de 2008, momento en que el OSPC comienza la depuración y el análisis de los datos.

identificación unívoca del paciente dentro del sistema sanitario, facilitándonos al OSPC el acceso y el análisis de los datos. El OSPC participó en todas las reuniones del desarrollo de este proyecto desde su inicio, **aportando** nuestra **experiencia** y **negociando** nuestras necesidades de información.

Asimismo el OSPC participó desde la primera reunión estratégica del grupo de trabajo establecido en la Dirección General de Salud Pública para definir el tipo de sistema de información necesario para desarrollar el trabajo de registro, monitorización y análisis de datos de salud pública, el nuevo ***Sistema de Información en Salud Pública –SISAPA-***. Al igual que cada área o sección de salud pública, el OSPC planteó sus necesidades específicas de información para el análisis de determinantes sociales en salud.

SISAPA y la Plataforma IFIMAV se presentaban en ese momento como **oportunidades de mejora del acceso a la información** para el OSPC y de cercanía con las distintas secciones de salud pública (veremos en el último período del ejercicio del Plan el resultado que tuvieron para el OSPC). El problema que ya contemplábamos en ese momento y que llevamos a la atención de ambas iniciativas era que ambos sistemas estaban pretendiendo el acceso a buena parte de las mismas fuentes de información, pero no estaban sin embargo colaborando ni en su planteamiento o diseño, ni en una posible interrelación de ambas en un futuro.

Las primeras **dificultades** en el **acceso a la información** nos las planteó el ***Estudio sobre diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria***, dado que era la primera vez que se utilizaban bases de datos corporativas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) con fines investigadores, por lo que la información se recogía con criterios de gestión y no en la forma y rigor necesarios para la investigación. A la complejidad de las bases de datos se añadieron los obstáculos de la estructura misma del sistema, ya que aunque el HUMV facilitara el acceso a los técnicos que manejaban la información, los procesos de cambios en todo el sistema informático del hospital y en el desarrollo paralelo de la historia clínica electrónica hicieron muy difícil poder contar con apoyo suficiente.

Este proyecto, que se realizó con una **beca del IFIMAV** para investigación en género y salud, representó una importante **experiencia colaborativa** con la Gerencia y Servicio de Admisión del HUMV, la Unidad de Investigación de Psiquiatría del mismo y la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Este estudio nos **abrió las puertas** a un complejo y desconocido sistema para el OSPC, y supuso un

significativo **aprendizaje**.

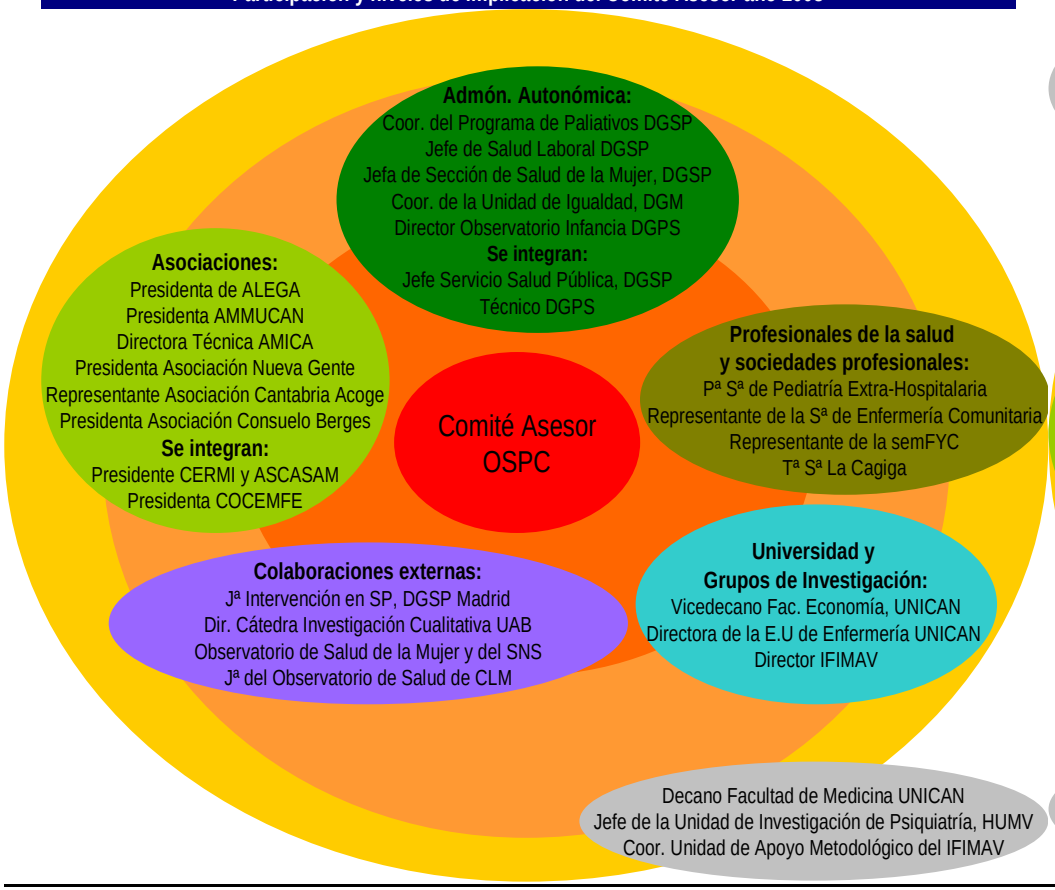
En la línea de las **dificultades** de acceso a la información, el ***Estudio de los Determinantes de la Salud y Acceso a Servicios Sanitarios de la Población Inmigrante en Cantabria*** nos situó ante toda una diversidad, aunque al mismo tiempo el OSPC generó excelentes relaciones con distintas instancias de la Administración, como el ICANE o el Observatorio de las Ocupaciones, que facilitaron el acceso a sus fuentes e incluso publicaron información sobre el estudio en sus informes.

Las primeras dificultades se nos plantearon en cuanto a la **falta de datos** en los registros oficiales, encuestas y estudios por sexo, país de procedencia, nacionalidad y tiempo de estancia en el país y/o Comunidad Autónoma receptora; limitación que se veía agravada por la **falta de representatividad** de colectivos inmigrantes en encuestas a nivel autonómico. Pero además el OSPC se enfrentó a **procesos administrativos** que complejizaron el acceso a la información del Servicio Cántabro de Salud, que en un momento dado prohibió proporcionar datos desde el Servicio de Tarjeta Sanitaria Individual –TSI- directamente al OSPC, requiriendo realizar la petición a través de la Gerencia misma del SCS, que le pasaba la información al Director General de Salud Pública y por esa vía llegaban al OSPC. Este proceso planteó una **situación atípica** en la que en vez de ser el OSPC quien consiguiera las bases de datos de los técnicos del SCS y devolviera la información una vez analizada a las direcciones de la DGSP y del SCS, teníamos que dar un rodeo al sistema pasando por los mismos responsables políticos para obtener las bases de datos. Esta situación fue de corta duración, en gran medida por su propia insostenibilidad y por la inmejorable disposición de la persona responsable de los datos que precisábamos. No obstante representó una experiencia de lo **intrincados** que han podido llegar a ser algunos **procesos** ante demandas que, aun partiendo del propio sistema, no se habían normalizado.

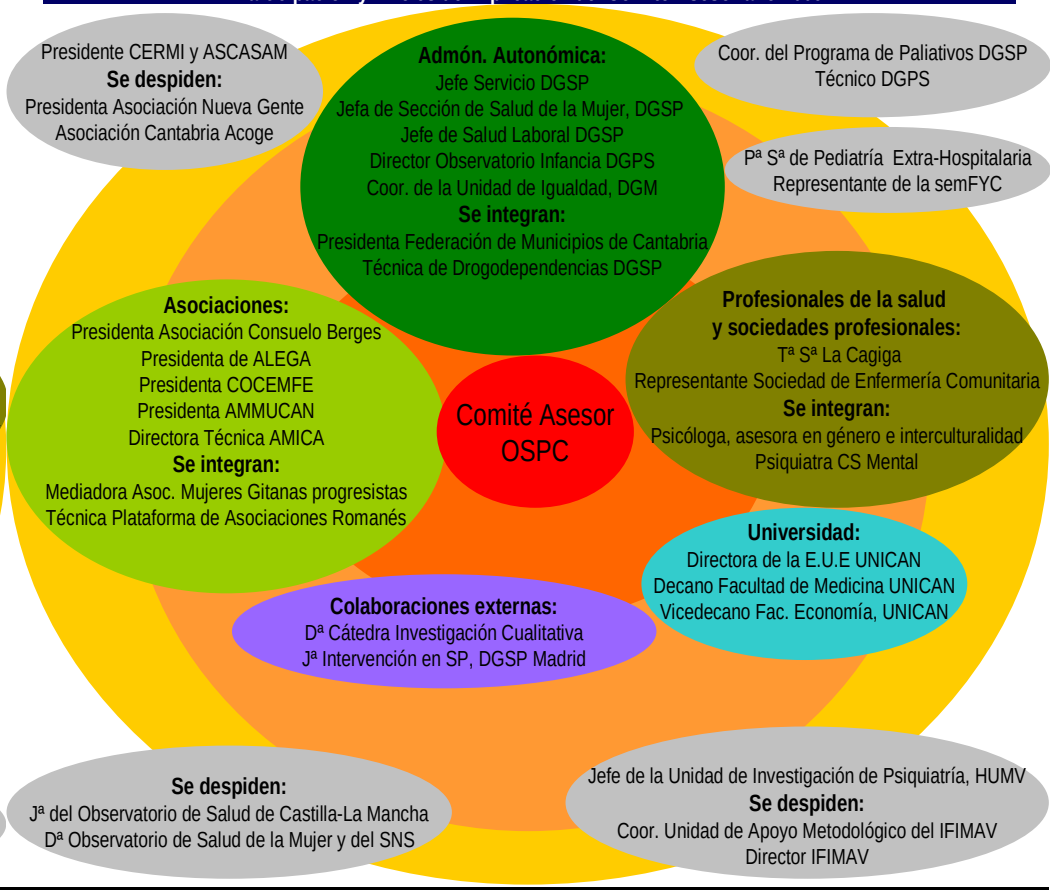
10.2.1.3. Los procesos participativos

La participación del ***Comité Asesor*** en este período la hemos diagramado por separado en 2008 y 2009, con el fin de analizar la evolución de la participación de sus miembros y las tendencias que se fueron perfilando respecto al primer período de creación del OSPC.

Participación y niveles de implicación del Comité Asesor año 2008



Participación y niveles de implicación del Comité Asesor año 2009



De 2008 a 2009 las/los miembros del Comité que permanecieron más vinculados siguieron siendo las asociaciones de pacientes y de personas con discapacidades, las/los profesionales, técnicos de la DGSP y algunos miembros de la universidad, además de las colaboradoras externas. Las personas de las asociaciones que se despidieron lo hicieron por cesar en el cargo que ocupaban o por mudarse fuera de la Comunidad Autónoma. Se observan asimismo algunos alejamientos (en gris) del núcleo central. El IFIMAV abandonó el Comité Asesor con la salida de su anterior director, quien compartía más la visión del OSPC y dio un franco apoyo a la iniciativa del observatorio desde el comienzo. No obstante, el OSPC siguió manteniendo la colaboración con el IFIMAV en ese período en la evaluación de los proyectos presentados a la convocatoria de becas de Salud y Género; y con docencia y tutorías del alumnado de los Cursos de Metodología de la Investigación, organizados por el IFIMAV.

La **estrategia** del OSPC **de diversificación** de su Comité Asesor en este período consistió en abrir nuevos canales de comunicación y participación con la Federación de Municipios de Cantabria, a la que habíamos intentado integrar al Comité desde la primer reunión en 2007, además de con las asociaciones gitanas con las que habíamos comenzado a trabajar en el contexto del *estudio de los determinantes en salud de la población gitana*. Asimismo se fueron integrando a cada reunión distintas secciones de la DGSP de acuerdo a las colaboraciones establecidas con las mismas, tanto en materia de evaluación como de planificación. Esta idea de rotación de las secciones de salud pública por el Comité Asesor respondía además al objetivo de que fueran conociendo el espacio del OSPC y eso contribuyera a fomentar más colaboraciones. De esta forma se incluyó al Servicio de Drogodependencias de la DGSP con el que el OSPC estaba colaborando en la evaluación de la Estrategia de Drogas y en la planificación de la nueva edición de la misma.

En este período, el OSPC propuso al Comité Asesor un **nuevo espacio de debate** en el contexto de las reuniones del mismo, como **estrategia de apertura de temas de interés** entre las/los miembros del Comité, y de sensibilización e información al resto. En la primera reunión con esta propuesta, la presidenta de la Asociación ALEGA (Lesbianas, Gays y Bisexuales y Transexuales de Cantabria) expuso y abrió el **debate sobre la necesidad de creación de una Unidad de Género** en el Sistema de Salud Público para dar asistencia fundamentalmente a las personas transexuales y transgénero. La falta de un espacio de atención especializado para sus necesidades específicas genera una situación de inequidad

en el sistema de salud que el OSPC trajo a la atención del Servicio Cántabro de Salud. El tema, a pesar de la apertura para resolverlo por parte de la Subdirección de Asistencia Sanitaria del SCS y de la incidencia que sobre el mismo había llevado a cabo el Centro de Orientación y Planificación Familiar La Cagiga, no pasó a otro nivel superior de discusión.

La diversidad de aportaciones del Comité Asesor representó una importante fertilización entre la pluralidad de miembros, que continuaron generando sus propias colaboraciones, aparte de con el OSPC. Para las asociaciones el espacio del OSPC iba ganando importancia. En particular para la Plataforma de Asociaciones Gitanas de Cantabria significaba una nueva oportunidad de relacionarse con el sistema de salud y con los otros sectores sociales implicados en la salud pública.

El Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud. La idea del OSPC de organizar de forma participativa un foro internacional con observatorios con intereses afines respondía a una **estrategia de empoderamiento** tanto a nivel individual de cada uno de los observatorios, como del espacio grupal a crearse. Éste se fue desarrollando en pleno período de creación del OSPC a medida que vertebrábamos las relaciones con los observatorios y con las distintas entidades y organismos participantes a lo largo del año previo al Foro celebrado a fines de 2008.

Durante esa fase, el OSPC fue **construyendo la agenda de forma participativa** con el resto de actores en base a las consultas que fue realizando sobre los intereses de los observatorios para este tipo de encuentro. Para ello, el OSPC mantuvo numerosas comunicaciones con los observatorios participantes, realizó una encuesta por correo electrónico y participó en una reunión organizada en Montevideo por el Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Uruguay, y apoyada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, junto a otros observatorios del Cono Sur Latinoamericano[41], con el objetivo de intercambiar información sobre los procesos de implementación y alcance de cada una de las iniciativas, identificar potencialidades para el trabajo futuro de manera articulada, y discutir posibles lineamientos y áreas de interés para el Foro Iberoamericano, a realizarse en 2008.

El OSPC fue además tejiendo una **red de apoyo** de colaboradoras durante todo el proceso de organización del Foro que, junto a los observatorios participantes, contribuyó en gran medida a la conceptualización y construcción de la agenda, así

[41] El Observatorio de Equidad de Género de Chile, y los observatorios argentinos de Salud, Género y Derechos Humanos, de Salud Reproductiva de Argentina.

como a la facilitación y relatoría del Foro.

El proceso de construcción de la agenda evidenció una **mayor participación de los observatorios latinoamericanos**, más acostumbrados a este tipo de procesos participativos que los observatorios peninsulares. De esta forma, el Foro pasó a ocupar un lugar preferencial en la agenda de estos observatorios, que dieron asimismo un mayor seguimiento a posteriori a las propuestas planteadas en el mismo, difundiendo y compartiendo informaciones y actividades, y proponiendo proyectos en red.

En este período, el OSPC abrió al mismo tiempo un **proceso nuevo de investigación acción participativa**[42] con el ***Estudio sobre determinantes en salud de la población gitana en Cantabria***. Con este estudio nos plateamos investigar los determinantes de la salud de la población gitana de Cantabria, con el objetivo de identificar sus principales problemas, necesidades y prioridades en salud, y emitir recomendaciones a la Administración Sanitaria de medidas encaminadas a la cobertura de las mismas y a la eliminación de las desigualdades existentes en la salud de este colectivo.

Aunque desde el inicio del proceso de planificación del OSPC queríamos analizar la situación de salud de la población gitana, el hecho de que el estudio partiera de **la demanda de la Plataforma de Asociaciones Gitanas** de Cantabria "Romanes" a la Consejería de Sanidad, **aportaba legitimidad** al mismo. De haber partido la idea del OSPC, el estudio hubiese podido levantar sospechas de ser un *"estudio más"* (en las propias palabras de los líderes gitanos al respecto) que no revirtiera en medidas concretas. De esta forma y contando con el encargo de la Dirección General de Salud Pública, el OSPC planteó una investigación junto a la Plataforma de Asociaciones Gitanas como principal interlocutora con el pueblo gitano para la realización de la misma. Tomando como base la experiencia y aprendizajes del estudio de salud de la población inmigrante y teniendo en cuenta la importancia de las colaboraciones en la legitimación de este tipo de investigaciones cualitativas y participativas emprendidas por el OSPC, contamos para este estudio con otro experto investigador en el tema para colaborar en el proyecto.

Desde el enfoque de investigación acción participativa concebido por el OSPC para este estudio, comenzamos por reunirnos con la/los líderes de las asociaciones

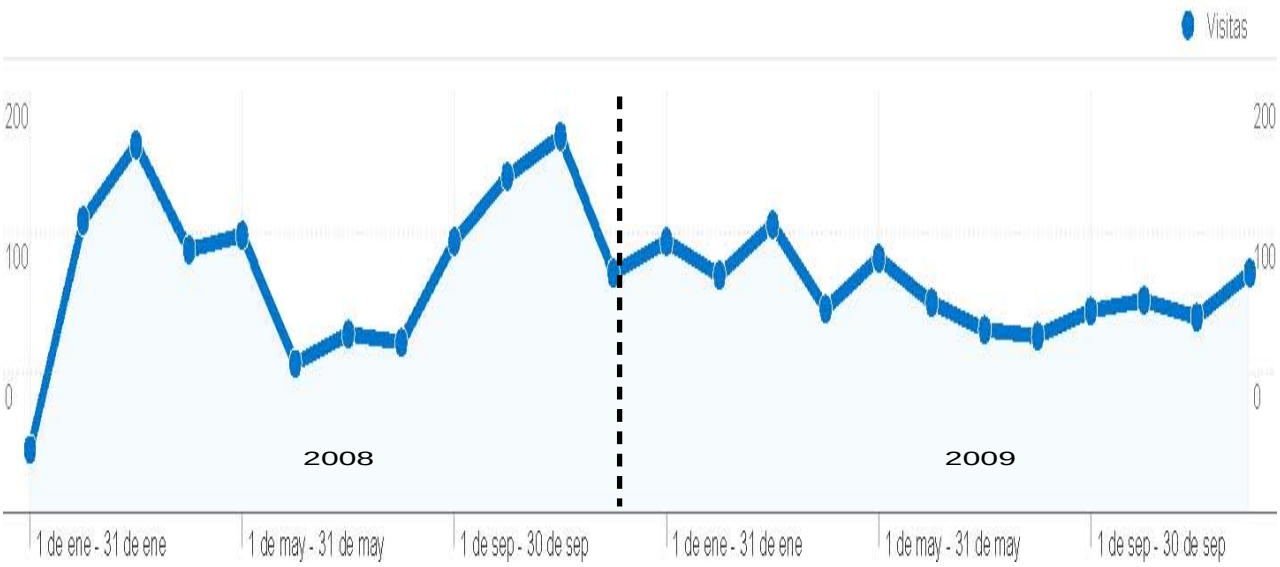
[42] La investigación acción participativa parte de la realización de la investigación con y para las personas, en vez de tratarlas como sujetos de investigación. Este concepto de investigación acción implica contar con métodos participativos, que parten de la igualdad entre investigadores y participantes, así como de la capacidad de la investigación de influenciar positivamente las prácticas (Zúñiga, 2004).

gitanas de donde había surgido la demanda para comprender las motivaciones de la misma y negociar un plan para el estudio. De dicha negociación salimos con el plan de crear una Comisión Técnica de Seguimiento del estudio conformada por una diversidad de actores que reflejarían distintos perfiles dentro de la comunidad gitana con quienes era necesario contar para todo el desarrollo del estudio, así como con personas expertas en el tema desde distintos ámbitos de la Administración y de los servicios de salud. **La Comisión participó en todo el proceso de trabajo**, desde el diseño del estudio, al trabajo de campo y a las conclusiones del mismo, aportando la información y retroalimentación necesaria para el equipo investigador. La Comisión realizó propuestas, planteó dudas, complejizó, argumentó y retroalimentó los productos que se fueron desarrollando, guiando en suma el estudio. Además de ayudar con el lenguaje y facilitar el acceso a los distintos colectivos del pueblo gitano en las áreas geográficas de Cantabria donde residen. El OSPC se ganó de esta forma la legitimidad por parte del liderazgo gitano y de las asociaciones gitanas, entrando éstas a participar en su Comité Asesor.

10.2.1.4. La estrategia de difusión de resultados

Utilización de la página web www.ospc.es: en 2008 el OSPC comenzó a monitorizar la utilización de la página web con el fin de evaluar de forma interna su grado de visibilización y utilidad.

El periodo 2008-2009 obtuvo **2.261 visitantes** que generaron 3.772 visitas y 13.615 secciones vistas. Los dos años contaron con casi el mismo número de visitas (ver gráfico siguiente de 2008 y 2009, cada punto corresponde a un mes), aunque se dio una tendencia descendente de visitas en 2009: la bajada de 2008 a 2009 fue de un 20,3% de visitas, un 5,62% de visitantes y un 35,9% de secciones vistas. El tiempo medio en la página descendió un 23,75%.



Los espacios más visitados fueron: los **enlaces de interés, mapas y listados de observatorios** (19,97% en 2008 y 17,85% en 2009); **los proyectos** (creció el interés del 15,63% en 2008 al 21,82% en 2009, de los cuales los más visitados fueron la ESCAN-2006 (4,35%) y la Evaluación del I Plan de Salud de las Mujeres (3,65%); **Quiénes somos** (18,65% en ambos años); **Qué es el OSPC** (9,81% en 2008 y 10,2% en 2009); y el **Foro iberoamericano de Observatorios de Salud** (creció del 1,54% en 2008, año de su realización, al 3,50% en 2009). En general, aunque se dio un descenso en las visitas de 2008 a 2009, el interés por los proyectos aumentó.

Los lugares desde donde más se visitó la página en 2008 fueron: en Cantabria, en Santander (36,4%) y Camargo (25,2%), seguidas de Madrid (14,5%) y Barcelona (2,8%). Por países, España concentró el 89,9% de las visitas, seguido de Colombia (2,3%), Argentina (1,7%), México (0,9%), Uruguay (0,7%) y en menor proporción otros países. En 2009, por regiones fue el sur de Europa, España fundamentalmente el que concentró la mayoría del tráfico de la web (85,7%), seguido de América de Latina (12%), debido al impacto posterior que tuvo el Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud realizado a fines de 2008.

El Centro de documentación virtual (CDV) de la página web del OSPC incrementó ostensiblemente la sección de Documentos de interés. El objetivo del CDV fue hacer accesible al público visitante de la página una serie de documentos de especial interés en salud pública y de enfoque del OSPC, con énfasis en los estudios y materiales sobre desigualdades en salud y contenidos de los cursos realizados por el OSPC sobre investigación cualitativa y evaluación. Debido a que el CDV lo manejábamos internamente con un procedimiento distinto al resto de la

web, no pudimos obtener resultados en cuanto a su utilización con la herramienta google analytics.

Entre las nuevas iniciativas de difusión web que emprendimos en este período fue la ***Creación del Blog del OSPC http://www.ospc-cantabria.blogspot.com***. El Blog fue una recomendación directa del Comité Asesor con el que nos planteamos difundir información relevante a los diversos públicos que conforman la Salud Pública, a los distintos colectivos profesionales, asociaciones y a la ciudadanía en general, en cuanto a las actuaciones del OSPC y entidades colaboradoras, y a temas de interés en salud con especial énfasis en la atención a las desigualdades en salud[43]. El blog no tuvo en ese período el seguimiento de nuestra parte que hubiésemos querido darle, a pesar del potencial que le veíamos como herramienta de comunicación, por escasez de personal y/o tiempo de dedicación al mismo.

La **estrategia** de difusión del ***Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud*** consistió en negociar con la Consejería de Sanidad la cobertura informativa del mismo, teniendo en cuenta la relevancia internacional del evento. El equipo del OSPC llevó a cabo todo el trabajo con los medios de comunicación, con la única cobertura informativa por parte del gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad de la presentación del evento por parte del Consejero. El alcance de la difusión incluyó a la prensa regional (artículo en el Diario Montañés), radio (entrevistas en 4 radios), televisión (noticias de Telecantabria y entrevista en Aquí Televisión), noticias en 6 medios digitales y en 16 páginas web, incluyendo la página del Gobierno de Cantabria, de la Fundación Marqués de Valdecilla y del Servicio Cántaro de Salud. Además conseguimos, a través de las relaciones establecidas con colegas europeos, presentar el Foro en el stand Innovation Village de la European Public Heath Association en el 10º Aniversario del Observatorio Europeo de Sistemas de Políticas Sanitarias.

Nuestra divulgación del Foro en el año de su realización **generó invitaciones** a varias representantes de observatorios latinoamericanos para participar en otros eventos, así como **nuevas oportunidades de financiación** desde los organismos de Naciones Unidas (OMS, OPS, UNFPA) para algunos de estos observatorios. En el año 2009 **ampliamos la red de relaciones** difundiendo los resultados del Foro a través del envío por vía electrónica del informe en español y en inglés a múltiples observatorios, instituciones y entidades interesadas tanto entre los países

[43] La primera edición del blog salió con las siguientes secciones: noticias, estudios de investigación, formación y participación, además de una sección para presentar un Tema en Foco, y otra para presentar y dar seguimiento al Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud celebrado en noviembre de 2008.

participantes como en otros de Europa y América[44].

Por otro lado, la difusión de la ***Evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*** por parte de la Consejería de Sanidad fue superior a la del Foro, tomando para comenzar la decisión de **publicarla**, lo cual facilitó su divulgación dentro y fuera de Cantabria. Además la Consejería cumplió con el **compromiso de devolución** de los resultados a todas las personas **participantes** en la evaluación, negociado por el OSPC con los responsables de la Consejería desde el inicio de su desarrollo. Esta devolución se materializó en la presentación que se realizó a los distintos **actores involucrados** y a los **medios de comunicación** en febrero de 2009. Asimismo, el Consejero de Sanidad presentó los resultados de la evaluación en el **Parlamento de Cantabria** en mayo del mismo año.

La estrategia de difusión de la evaluación en el **ámbito académico** en el campo de la salud pública y de la evaluación de políticas de salud la llevó a cabo el OSPC a través de **comunicaciones en congresos nacionales e internacionales**[45]. A este nivel, la evaluación obtuvo el **Premio Federica Montseny** que otorgó el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad durante el Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en Sevilla en febrero de 2009.

El trabajo de evaluación del PSM con las mujeres usuarias del sistema, y en concreto con las mujeres pertenecientes a asociaciones de **personas con enfermedades raras y con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales**, puso en evidencia las necesidades y demandas específicas en salud de este sector de población. El OSPC desplegó en este sentido una **estrategia de oportunidad**

[44] En concreto establecimos comunicaciones con el Instituto de Género y Salud de Canadá que forma parte del Instituto Canadiense de Investigación en Salud (Institute of Gender and Health (IGH)/Canadian Institutes of Health Research (CIHR), y con otras organizaciones y redes interesadas, CLAE en Latinoamérica, Human Rights Watch, International Women´s Health Coalition, Ipas y Empower. Varios observatorios se pusieron en contacto a raíz del Foro para conocer sobre los resultados del mismo: el Observatorio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba (Argentina), el Observatorio Kroniker con base en Bilbao que trabaja en enfermedades crónicas, y la Asociación de Observatorios de Salud Pública del Reino Unido (Association of Public Health Observatories (APHO) a quienes enviamos el informe en inglés.

[45] Se realizaron las siguientes comunicaciones en congresos:

-V seminario sobre Experiencias de Evaluación de Programas y Políticas. Centro superior de estudios de gestión, análisis y evaluación. Universidad complutense de Madrid, 30 de septiembre de 2008.
-Jornadas "Género y Salud: De la invisibilidad a una atención especifica y de calidad". Cabildo Insular de Tenerife, 13 de noviembre de 2008.
-Conferencia de la Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA). Lisboa 3-6 de noviembre de 2008.
-Congreso SESPAS, Sevilla, 4-6 de febrero, 2009.
-Congreso Mundial de Salud Pública 27 de abril a 1 de mayo de 2009, Estambul.
-VI Conferencia de Evaluación de Políticas Públicas, organizadas por la Sociedad Española de Evaluación y por el Institut de Govern i Polítiques Públiques. Barcelona, 6-8 de mayo de 2009.
-Jornadas formativas sobre Evaluación de Políticas Públicas. Málaga, 23 al 25 de junio de 2009.

de visibilizar el tema en los medios de comunicación, escribiendo un artículo con motivo de la conmemoración del *"Día Mundial de las Enfermedades Raras"*, que una vez pasado a la Consejería de Sanidad para recibir su aprobación, resultó en la **publicación en el Diario Montañés** el 28 de febrero de 2009 con la firma del Consejero. En el mismo se destacaba la serie de entrevistas, reuniones y grupos de discusión realizados en 2008 por el OSPC con las asociaciones de COCEMFE, de las que resultó un **diagnóstico de necesidades prioritarias** para facilitar un abordaje integral de las enfermedades y de las personas afectadas. El interés del OSPC por continuar trabajando el tema de las enfermedades raras se topó con la estructura de la Consejería de Sanidad, en la que este tema pertenecía a la Dirección General de Ordenación Sanitaria (DGOS), por lo que no pudimos darle seguimiento. Esta decisión planteó un nuevo **dilema** al OSPC en cuanto a si un observatorio de salud pública debe de estar condicionado a una estructura particular de la Consejería (que puede tener mayor o menor sentido a nivel administrativo) o debe de poder desarrollar su misión de trabajar en los temas de salud pública de interés para el estudio de desigualdades en salud, independientemente de en qué sección particular estén encajados. En general, la escasa comunicación entre ambas direcciones generales (DGSP y DGOS) no ha facilitado al OSPC acceder y compartir información con la DGOS, ni colaborar y participar en espacios promovidos por ésta.

El OSPC decidió por otra parte publicar un artículo al respecto: *"La merecida atención a las enfermedades raras"* en la sección **"Tema en foco" del nuevo Blog del OSPC** http://www.ospc-cantabria.blogspot.com/, compartiendo toda la información generada con las asociaciones de COCEMFE, como **estrategia de apoyo** a la federación y a las asociaciones de pacientes, y de **visibilidad** pública del tema.

La **estrategia de acercamiento a la ciudadanía** desplegada con la organización del ***Foro por el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres*** se materializó en 2008 en la primera celebración organizada por el OSPC y la primera organizada con motivo de ese día en Cantabria, contando con la aprobación de la Consejería de Sanidad[46]. El evento se difundió a través de una nota en el Diario Montañés y una entrevista en la Radio Nacional, además de en los medios digitales.

En 2009 **nuestra apuesta para el II Foro fue más ambiciosa**. En esa ocasión propusimos a la Consejería un Foro sobre participación de las mujeres en la salud,

[46] El tema de ese año fue: "Tejiendo redes hacia un abordaje integral de la violencia de género, una experiencia brasileña", a cargo de Rebeca Rohlfs Barbosa, directora del Instituto Albam de Belo Horizonte, Brasil. Centro Cultural de Caja Cantabria, 28 de mayo.

que contó con una diversa participación de mujeres representantes de COCEMFE, AMUCCAM, Cantabria Acoge, ALEGA, Asociación de Mujeres de los Pueblos de Cantabria, Asociación de Mujeres Gitanas Progresistas, Asociación de Emprendedoras en el Medio Rural, así como responsables del Plan de Salud de las Mujeres de la Dirección General de Salud Pública, la Unidad de Igualdad de Género de la Dirección General de la mujer y la Federación de Municipios de Cantabria.

La afluencia y respuesta masiva de diferentes sectores sociales y personas que acudieron desde distintas zonas de la Comunidad Autónoma, llenando la sala del Parlamento de Cantabria, puso en evidencia el interés que suscitan los temas relacionados con la salud de las mujeres y la importancia que se otorga a los espacios de debate desde donde realizar propuestas y ser escuchadas. Pero asimismo evidenció que cuando hay una **buena estrategia de difusión** (como la que llevó a cabo el OSPC en distintos medios: radio, TV, medios digitales y de prensa escrita) y motivación, la ciudadanía participa.

Mientras tanto, en base a nuestra **estrategia de sensibilización** y **formación** sobre la importancia para la atención sanitaria y la gestión de los servicios de las diferencias por sexo en el acceso, diagnósticos y utilización de los servicios de urgencias y hospitalización, diseñamos un **plan de difusión** de resultados del ***Estudio sobre diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria*** a gestores, profesionales sanitarios del Servicio Cántabro de Salud, investigadores y público general.

Los espacios en los que presentamos desde el OSPC los resultados del estudio fueron a la **comunidad científica**, en el Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología en Girona (2008), y a las **mujeres** participantes en la Jornada "La salud de las mujeres y el género" organizada por el Consejo de la Mujer de Cantabria en el mismo año. El informe lo hicimos asimismo **accesible en la página web** www.ospc.es

La información sobre el acceso, utilización de servicios, tiempo de estancia y **morbilidad diferencial** entre hombres y mujeres en la hospitalización era la primera vez que se analizaba en Cantabria, por lo que considerábamos que era **de interés general**. Desde ese punto de vista, planteamos tanto al IFIMAV, como al HUMV y a la DGSP, diversas acciones de difusión, desde una rueda de prensa acordada con la gerencia del HUMV que participó en el estudio, una presentación a las/los profesionales en forma de seminario y una presentación organizada por el IFIMAV de los proyectos ganadores de las becas de Salud y Género, entre los que se contaba este proyecto. Ninguna de estas propuestas recibió seguimiento por

parte de las instituciones, por lo que no se llegó a presentar a las/los profesionales sanitarios e investigadores de Cantabria.

Respecto a la ***Encuesta de Salud de Cantabria 2006***, primeramente la Consejería de Sanidad publicó el análisis de la misma, realizado por el OSPC, difundiéndose en la institución sanitaria, asociaciones, entidades y público participante en el espacio del OSPC, equipos de salud pública e investigación dentro y fuera de Cantabria, e instituciones públicas. El Ministerio de Sanidad y Política Social hizo la publicación disponible en su página web.

La **estrategia de difusión web** del OSPC posibilitó el acceso al **documento** publicado y a la **plataforma web** diseñada para hacer accesibles las tablas y gráficos de todos los análisis efectuados de la ESCAN-2006[47] (no solo de los contenidos en el informe publicado) en la página del OSPC www.ospc.es

El OSPC compartió además resultados de la ESCAN **con la comunidad científica** en el ámbito de la investigación en salud pública en la Conferencia de la Sociedad Española de Epidemiología en Zaragoza en 2009[48].

La Consejería de Sanidad, no obstante, decidió no presentarla a la opinión pública ni a las/los profesionales de salud. El envío de la publicación a los centros de salud sin una presentación de la misma a las/los profesionales, no resultó eficaz como **método de difusión**, dado que como se ha demostrado en otras ocasiones, el libro suele quedar en una estantería del centro sin que lleguen a enterarse de su existencia las/los posibles interesados (como se nos ha recordado por parte de varios profesionales en referencia particular a esta publicación). La **estrategia de difusión** del OSPC **a los distintos públicos** en forma de presentación o seminario, planteada en el plan anual de 2009, no se llegó a realizar en este período por no contar con la aprobación por parte de la Consejería para llevarlo a cabo.

Los informes anuales del ***Barómetro Sanitario de Cantabria*** analizados por el OSPC se han difundido a través de nuestra página web www.ospc.es. Cada año desde 2008[49] el OSPC se ha encargado del análisis de los datos para Cantabria del

[47] Todos los datos fueron analizados por las variables: sexo, edad, nivel de estudios, clase social y tamaño de municipio.
[48] Posteriormente en 2010 se presentarían resultados de análisis más avanzaos sobre obesidad y salud mental en la Conferencia de la Sociedad Española de Epidemiología en Valencia. Asimismo se presentó durante el Foro organizado por el OSPC en conmemoración del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres de 2010.
[49] Se publican siempre los barómetros del año anterior, por lo tanto en 2008 se publicó el de 2007.

Barómetro Sanitario, por encargo de la DGSP. Sin embargo la Consejería no se ha hecho eco del análisis del OSPC.

10.2.1.5. Los recursos humanos y materiales utilizados

En 2008, **el equipo del OSPC** llegó a su máximo tamaño de 4 personas de nivel técnico con diversos perfiles (salud pública, epidemiología, enfermería, medicina, sociología) y distinto tipo de experiencias laborales en ámbitos de la investigación en salud pública y en estudios sociológicos, análisis estadístico, docencia, servicios de salud, evaluación de programas, trabajo en políticas de salud y cooperación al desarrollo en salud.

El presupuesto anual del OSPC de 2008 proveniente de la DGSP fue de 260.606€ (275.683€+10.491€ del remanente del presupuesto de 2007, al que se restaron 25.568€ de gasto administrativo de la FMV). Además en 2008 se recibieron 50.526€ de las dos becas obtenidas del Instituto Carlos III para la evaluación del *I Plan de Salud para las Mujeres* y para las acciones formativas en evaluación, así como los 36.989€ del Ministerio de Sanidad y Consumo para el *Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud,* realizado en noviembre del mismo año.

En 2009 el OSPC tuvo un presupuesto efectivo de la DGSP de 327.459€, el más alto de todo el ejercicio del Plan (322.557€+37.158€ del remanente del presupuesto de 2008, al que se restaron 32.256€ de gastos de administración de la FMV). Los ingresos de las becas en 2008 contribuyeron asimismo a que en 2009 tuviéramos el mayor remanente de los 4 años de ejercicio del Plan (93.507€).

Analizando las distintas iniciativas desarrolladas por el OSPC por separado, el ***Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud*** demostró nuestra **capacidad de captación de recursos**. Las **negociaciones** del OSPC **con el Observatorio de Salud de la Mujer**, del Ministerio de Sanidad y Consumo, obtuvieron como resultado las tres cuartas partes de la financiación del Foro (el otro 25% salió del presupuesto anual del OSPC), además de negociar que la **Organización Mundial de la Salud** contribuyera financiando los gastos de cinco participantes del Foro, dos desde Europa y tres desde Nicaragua. La propuesta que hicimos en primer lugar a la Universidad Internacional Menéndez Pelayo –UIMP- para que el Foro se celebrase en el programa de los cursos de verano de su sede del Palacio de la Magdalena de Santander fue aceptada, pero posteriormente la retiramos por el elevado coste de la misma y por no contar con financiación del Gobierno de Cantabria para el evento. Calculamos que el **ahorro** por haber organizado el Foro internamente desde el OSPC y fuera del marco de la UIMP (aunque mantuvimos la

misma sede del Palacio de la Magdalena) fue del 75-80%.

Por otro lado, la ***Evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*** demostró igualmente la capacidad del OSPC de **generar vínculos estratégicos y recursos** para llevarla a cabo. El OSPC convino la colaboración para la evaluación con una entidad académica de reconocido prestigio, la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona. A nivel de los recursos, el OSPC partió para la realización de la evaluación y para las acciones formativas en evaluación desarrolladas paralelamente de las dos becas del Instituto Carlos III para acciones en evaluación ya especificadas anteriormente.

El ejemplo del proyecto de la ***Encuesta de Salud de Cantabria 2006*** resulta particularmente interesante de analizar a nivel presupuestario por ser la primera encuesta de salud en la que la Consejería de Sanidad invertía recursos económicos y técnicos. Para ello la Consejería firmó un convenio con el INE para la ampliación de la muestra por un coste de 25.000€[50]. Los recursos técnicos por parte del OSPC involucraron el trabajo de tres personas (2 técnicos dedicados en un alto porcentaje de su tiempo por un período de un año en las tareas de diseño, depuración y análisis de datos, y elaboración del informe y de la plataforma web; y la directora dedicada en menor porcentaje de su tiempo a las funciones de coordinación, diseño, análisis y redacción del informe). La publicación de la misma añadió un coste de 10.000€. La **inversión** se podría calcular en su totalidad aproximadamente en unos 80.000€, cantidad sin lugar a dudas inferior al coste de una consultora, y ciertamente merecedora del valor que tiene la encuesta de salud para la planificación en salud pública y para el conocimiento de los distintos públicos interesados en ella. A lo que hay que añadir el desarrollo de competencias técnicas que supone la experiencia de haber llevado a cabo la labor de análisis desde una entidad de la propia Administración, por lo que representa de inversión en recursos técnicos para los trabajos futuros en encuestas de salud. De todas formas es preciso también plantearse que una optimización de la utilización de la misma hubiese hecho el proyecto en general más eficiente.

[50] Coste muy bajo para el trabajo de campo que supone la ampliación de una muestra, por lo que al INE no le resultó rentable y en 2011 decidió no realizar más ampliaciones de muestra con las comunidades autónomas que no tienen encuesta propia, como es el caso de Cantabria.

10.2.2. La posición del OSPC como actor político: las relaciones con la diversidad de actores y la legitimidad del espacio del OSPC

Las relaciones del OSPC con la diversidad de actores en Cantabria siguieron vinculadas al **Comité Asesor**, aunque en este período nos acercamos más a la **ciudadanía** cántabra a través de los foros organizados por el OSPC. A nivel de las **relaciones con otras comunidades autónomas, y con organismos estatales e internacionales** se promovió desde el OSPC una expansión de sus redes a través de grupos de trabajo y participaciones en jornadas técnicas, congresos y otros eventos, y particularmente a través del *Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud*.

El Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud demostró la **capacidad de articulación** del OSPC con entidades y organismos nacionales e internacionales. **La estrategia** de organizar un foro de este tipo era múltiple; por un lado representaba una oportunidad de enriquecimiento del espacio propio en su momento de creación en términos del conocimiento adquirido a través de las experiencias, estrategias y herramientas desarrolladas por los observatorios participantes, al tiempo que abría un debate más político sobre el rol y la incidencia de los observatorios en sus ámbitos de acción, generaba una red de relaciones con actores que contribuían a legitimar el espacio del OSPC, fomentaba colaboraciones con y entre los mismos, y situaba al OSPC como un nuevo actor en el contexto de las políticas de salud en Cantabria.

El espacio abierto y participativo del Foro que generó el OSPC fue **legitimado** a distintos niveles: desde las instituciones de la Administración Sanitaria de Cantabria y Municipal de Santander, a las entidades sociales participantes de dentro y fuera de Cantabria, que buscaron las sinergias y establecieron lazos fundamentalmente con los observatorios latinoamericanos; los organismos de Naciones Unidas, que a su vez se comprometieron a apoyar varias iniciativas de los observatorios de Latinoamérica[51], y primordialmente desde los observatorios de los países, Estado Español y comunidades autónomas participantes. La posterior legitimación ha llegado con la visibilidad obtenida por el Foro y por las alianzas generadas entre los observatorios participantes con los organismos multilaterales y

[51] La Organización Panamericana de la Salud apoyó al Observatorio Nicaragüense de Salud de la Mujer, el Fondo de Población de Naciones Unidas apoya al Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva de Uruguay.

con nuevos observatorios que se han creado desde entonces y que se han vinculado con participantes del Foro[52].

Uno de las cuestiones más relevantes que surgieron del Foro, por ser **clave para entender las posibilidades reales de influencia del OSPC** en las políticas públicas, fue el grado de **autonomía** en la actuación y la toma de decisiones. Mientras los **observatorios Latinoamericanos** están más vinculados a la sociedad civil (movimientos sociales), o a entidades académicas, universidades y consorcios diversos, y gozan de una **elevada autonomía y capacidad decisoria** sobre la agenda que manejan; los **observatorios de la Península Ibérica** están por lo general vinculados a la Administración o a universidades y gozan de **menor autonomía** de decisión (particularmente los vinculados a las administraciones públicas) que los Latinoamericanos, por lo que tienen a su vez un menor control sobre la agenda de trabajo y un **menor potencial de impacto** en las políticas o en la opinión pública.

Dentro de cada uno de estos dos modelos, los observatorios participantes identificaron una serie de **fortalezas y debilidades comunes** que son clave para su planificación, así como para entender su potencial de actuación y de contribución a las políticas de salud. Mientras el OSPC comparte con los observatorios de su entorno geográfico la falta de autonomía en la toma de decisiones que hace necesario un mayor esfuerzo de negociación, así como el riesgo de institucionalizarse como una oficina técnica más; comparte al mismo tiempo con los observatorios de Latinoamérica la visión del espacio del observatorio como sujeto político que analiza, argumenta y propone mejoras de las políticas de salud, y en el que se integran una multiplicidad de actores, así como un enfoque más participativo (ver anexo VI: Fortalezas y debilidades de los Observatorios de Latinoamérica y de la Península Ibérica).

Por otro lado, la ***evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*** contribuyó a **legitimar una línea de trabajo** del OSPC planteada desde su inicio en el Plan de Actuación, y abrió una **ventana de oportunidad** en el ámbito de la evaluación, en el que como ya se indicó existía un vacío en materia de políticas, planes, programas y servicios de salud. Desde un punto de vista **estratégico**, el OSPC contempló en todo momento la oportunidad que se habría en el sentido expuesto para su propio

[52] El Observatorio de Salud de la Provincia de Córdoba y el Observatorio de Salud de la Universidad de Mendoza entraron en contacto con el OSPC, compartimos contactos con el Foro, experiencias y participamos en la presentación del Observatorio de Mendoza. En mayo de 2011 se celebró en Quito, Ecuador, un Encuentro Regional de Observatorios en Salud Sexual y Reproductiva en el que participaron algunos de los observatorios del *Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud*, llevando la experiencia del mismo al nuevo foro.

espacio y para la Consejería de Sanidad. No obstante tomó un tiempo de **sensibilización** y **negociación** con los responsables de la Consejería para salvar las **resistencias** a evaluar desde una perspectiva innovadora pero desconocida en el ámbito sanitario en Cantabria. Las resistencias se limaron en buena parte con la **legitimación que proporcionó** a la propuesta de la evaluación **la obtención de una beca del Instituto Carlos III** para su realización, haciéndose explícito a partir de ese momento el encargo de la evaluación al OSPC. La financiación con Fondos de Investigación Sanitaria significó una oportunidad para la **creación de sinergias con marcos estatales** que contribuyó a su desarrollo y a la institucionalización de la evaluación, además de facilitar la **difusión** de resultados. Al final se consiguió que fuese una **iniciativa gubernamental que apostó por un modelo de evaluación innovador** que incluyó la voz de los distintos agentes implicados.

La iniciativa de la evaluación se llevó a cabo desde una **visión colaborativa** con una **entidad** externa al Gobierno de Cantabria **con reconocimiento** en el ámbito de la evaluación[53]. Para la misma se utilizaron marcos de evaluación compartidos con otros agentes con amplia trayectoria en el campo de la evaluación que contribuyó a **validar el trabajo a nivel científico**[54].

La estrecha **vinculación del equipo planificador** del Plan de Salud para las Mujeres a la evaluación del mismo contribuyó asimismo a la **validación** de los resultados y facilitó que la dimensión de "**utilidad**" de la evaluación de cara a la **planificación** del siguiente Plan de actuación estuviera siempre presente. Además, la **amplia participación** de una gran diversidad de sectores en la evaluación y la apropiación que éstos hicieron de ella le confirió la **legitimidad** de los actores involucrados.

La estrategia de difusión, de la que ya se ha comentado, **contribuyó** en gran medida **a su legitimación**[55]**.**

Por lo tanto, la **legitimación conferida por el organismo público** que diseñó e implementó la Política de salud de las mujeres, con una intención manifiesta de recoger las conclusiones de la evaluación para retroalimentar la siguiente edición del Plan representó una de las principales **fortalezas** de la evaluación. Además el

[53] La Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Doctor Robert.
[54] Ver informe de la Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres 2004-2007 en la web www.ospc.es
[55] La **publicación** de la evaluación (teniendo en cuenta el escaso número de evaluaciones que se publican), su **presentación** a todas las personas **participantes** en la misma y **al público general** y **medios de comunicación**, y la presentación de la evaluación por parte del Consejero de Sanidad en el **Parlamento** de Cantabria.

proyecto contó con elementos que garantizaban su **sostenibilidad**, como haber sido coordinado por un organismo de la Consejería de Sanidad (el OSPC) que veló por la **continuidad**, **visibilidad** y **efectividad** del proceso.

A otro nivel, la evaluación obtuvo, como ya se ha mencionado, el **reconocimiento de la comunidad científica** a través del **Premio Federica Montseny** que otorgó el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social por la ponencia *"Participación de stakeholders en la Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres 2004-2007 de Cantabria"* durante el Congreso de SESPAS en Sevilla, en febrero de 2009. La relevancia de este premio radica sobre todo en que **legitima la perspectiva participativa** de la evaluación.

Paralelamente, la invitación por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social al OSPC a participar en el **Grupo de Trabajo sobre Desigualdades en Salud** de la Dirección General de Salud Pública, como preparación a la Ley General de Salud Pública, nos aportó el **reconocimiento** institucional estatal y la **oportunidad** de colaborar en el proceso más importante para la salud pública en toda la legislatura.

Al mismo tiempo, en el ***campo de la legitimación institucional*** se daban varios escenarios. En el primero la Consejería de Sanidad había legitimado por ejemplo la evaluación del *I Plan de Salud para las Mujeres*, publicándola y presentándola incluso en el Parlamento, y publicando el análisis de la Encuesta de Salud de Cantabria, entre otras cuestiones que ya se han valorado. En el segundo escenario, la ***Comisión de Dirección*** no era unánime en el apoyo al espacio y programa del OSPC, cuestionando un sector de la misma, en particular la Gerencia del Servicio Cántabro de Salud, la relevancia de las temáticas abordadas por el OSPC. Sus concepciones y posiciones respecto a las necesidades de análisis estadístico en las que debería trabajar el OSPC estaban ligadas a la gestión de los servicios sanitarios, y por tanto alejadas de las defendidas por la Consejería de Sanidad en el Plan de Actuación 2007-2010 del OSPC.

En las dos reuniones celebradas en este período, el OSPC hizo una exposición y argumentación solventes del trabajo realizado. El apoyo del Consejero de Sanidad a la continuación del Plan de Actuación del OSPC se resumió en una frase: *"alguien tendrá que pensar en estas cosas".*

Paralelamente, el OSPC fue realizando **cambios de estrategia** ante las situaciones coyunturales y tensiones que se fueron presentando con sus gestores, fundamentalmente la FMV y la DGSP, y que supusieron cambios importantes, como en algunos casos la anulación de ciertas actividades programadas en los planes

anuales de trabajo[56].

A **nivel administrativo**, primeramente es necesario destacar que la pertenencia del OSPC a la Fundación Marqués de Valdecilla ha proporcionado la oportunidad de estar inserto en una estructura diseñada para facilitar la existencia y gestión de unidades de distinto tipo, como la que representa el OSPC como nuevo espacio en Salud Pública. En ese sentido hemos podido desarrollar las funciones del OSPC en coordinación con la DGSP. Pero la gerencia de la FMV fue introduciendo cambios en línea con una visión centralizadora de la toma de decisiones que conllevó un menor grado de flexibilidad y agilidad en su funcionamiento, no ofreciendo por otra parte, oportunidades de **diálogo** a sus unidades de gestión.

Por otro lado, una de las cuestiones que generaron diferencias de opinión entre la Dirección General de Salud Pública y el OSPC fue en lo relativo a la disyuntiva entre la **propiedad** y la **autoría** de los trabajos realizados por el OSPC, que representó un obstáculo, por ejemplo, para la presentación de la evaluación del *I Plan de Salud para las Mujeres* a la III edición de los Premios de Calidad del Sistema Nacional de Salud. La decisión de no presentar la evaluación a los premios fue consecuencia de la respuesta de la DGSP a la problematización efectuada por el OSPC (que elaboró la propuesta a demanda de la Consejería) de que se eliminara de la dirección del proyecto y del equipo evaluador a personas clave del mismo para sustituirlas por responsables de Salud Pública; sustitución que por cuestiones metodológicas hacia incongruente el proyecto, ya que la evaluación del PSM era una evaluación externa, por lo que las personas responsables de Salud Pública y del Plan no podían presentarse como directores de la misma o como miembros del equipo evaluador directo; es decir, desde ese diseño no podían ser arte y parte de la evaluación. La relevancia del rol político de la Consejería de Sanidad y de la propia DGSP, por otra parte, era el de haber sido facilitadores y patrocinadores de la evaluación, y en ese sentido era de suma importancia, teniendo en cuenta las pocas evaluaciones apoyadas y publicadas por las administraciones públicas. El OSPC resaltó en la propuesta la importancia del rol de la institución pública, desde la consideración de que la presentación a los premios reforzaba de esa forma el valor de un proyecto que fue esencialmente colaborativo.

Para el OSPC, propiedad y autoría no son conceptos sinónimos y siempre hemos considerado necesario establecer las diferencias. Mientras que está claro que la

[56] Entre los seminarios o jornadas especializadas que no pudimos llevar a cabo en este período se encuentran las relacionadas a la participación en salud; a la evaluación de políticas, planes y programas de salud; y a la interculturalidad y relaciones con personal sanitario. Tampoco se llevó a cabo la presentación de resultados del informe del *Estudio sobre diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria*.

propiedad material de toda la producción del OSPC es de la Consejería de Sanidad (más allá de que desde la **visión** del OSPC la propiedad simbólica es de todos los públicos que participan y a los que va dirigida), la autoría es de las personas que realizan el trabajo. El cuestionamiento de este argumento no es exclusivo del ámbito de la DGSP sino que es compartido por otras instancias, fundamentalmente gubernamentales. El problema que se deriva no es únicamente la falta de reconocimiento del trabajo de las personas que lo realizan, sino la imposibilidad de conocer y por tanto poder contactar a las/los autores. A nivel internacional la norma establecida es que junto a los nombres de las/los autores se incluya su correo electrónico de contacto o la página web que lo contenga, como venimos haciendo en las publicaciones del OSPC y hacen asimismo otras secciones en la Consejería de Sanidad. Asimismo, la importancia del reconocimiento del trabajo de las personas y colectivos que desarrollan los proyectos, tanto interna como externamente, es el de la transferencia del conocimiento entre personas y organizaciones, que siempre hemos considerado que debe ser esencial al OSPC y al resto de las instituciones.

10.2.3. La contribución a la salud pública y a las políticas de salud: los cambios, resistencias, aprendizajes y recomendaciones

A lo largo del segundo período el OSPC contribuyó a la salud pública y a las políticas de salud en diversos niveles. La realización del ***Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud*** contribuyó a **generar conocimiento** relevante entre el OSPC y los observatorios y entidades participantes de dentro y fuera de Cantabria, a través de las experiencias y lecciones aprendidas compartidas, así como **fomentó colaboraciones** entre los actores presentes y los que se han contactado con el Foro a posteriori. Pero el Foro constituyó fundamentalmente un espacio de contribución al **debate** que circuló por distintas temáticas, desde el plano de las problemáticas de los observatorios frente a las desigualdades en salud desde la perspectiva de género, en los diversos contextos sociales, políticos y económicos de los países y entornos geográficos de los observatorios, a sus líneas estratégicas desarrolladas y a la incidencia en las políticas de salud y de equidad de género. El tema que generó mayor interés por la dificultad que conlleva fue esencialmente cómo **evaluar el impacto de los observatorios** en las políticas. Tema compartido por todos, independientemente de su vinculación o contexto, y que generó mayor motivación por fomentar colaboraciones y compartir informaciones al respecto. Al momento de la realización de esta evaluación, el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos de Argentina, participante en el Foro, estaba llevando a cabo su evaluación y el OSPC colaboró en la misma.

Entre los **cambios** en la dirección deseada que propició ***la evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*** destaca su **legitimación** por parte de los responsables de la Consejería y el buen grado de **aceptación** de la evaluación por parte de los **profesionales de la salud**, quienes contribuyeron ampliamente en el transcurso de la misma. Asimismo, recogemos como un cambio importante la acogida de la evaluación y primordialmente la **apropiación**, en el sentido de reconocimiento de la utilidad de sus resultados, que hicieron de la misma las **asociaciones** de pacientes y de **usuarias** involucradas, considerándola de gran importancia como **vehículo de participación en las políticas de salud**.

En la línea de los cambios, es destacable la **mayor sensibilización** en cuanto a la importancia de la evaluación entre el **personal técnico de la Dirección General de Salud Pública** que participó en la *evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres* o en el *Curso de Evaluación de planes, programas y servicios de salud*, organizado por el OSPC en 2008. La evaluación contribuyó asimismo a **abrir** a ciertos niveles de profesionales y de asociaciones **el debate sobre políticas de género y salud** en Cantabria. En este sentido, **evaluar desde un enfoque de género** implicaba igualmente un proceso de sensibilización y comprensión de su significado para los distintos actores involucrados en el Plan de Salud para las Mujeres.

El **seguimiento** que se dio a los procesos que se empezaron a desarrollar en materia de evaluación a raíz de la evaluación del PSM y de las formaciones, se materializó en la ***evaluación de la Estrategia Regional de Drogas 2005-2008***. El OSPC recomendó a la Consejería de Sanidad realizar una evaluación participativa y formativa de su estrategia de drogas y facilitó la comunicación con el equipo que la llevaría a cabo[57]. El OSPC participó asimismo en la Comisión de Seguimiento de la Evaluación y asesoró al equipo del Servicio de Drogodependencias en la planificación del siguiente período de la estrategia.

Los **aprendizajes** principales de esta experiencia que siguen resultando útiles para otras iniciativas incluyen el fomento de nuevos **espacios de intercambio** y nuevas relaciones entre profesionales. Primeramente cabe destacar la riqueza de la experiencia colaborativa y de la **transferencia de conocimientos y herramientas** entre el equipo evaluador, el equipo ejecutor del PSM y la diversidad de personas y entidades que participaron en la evaluación. Es igualmente notable el enriquecimiento del **capital social y las redes de apoyo** que supuso este proyecto para las instituciones participantes, para el OSPC y para

[57] Equipo de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Fundación Dr. Robert.

la propia Consejería de Sanidad.

Algunos de los aprendizajes han contribuido asimismo a señalar las **recomendaciones** de continuación para posteriores procesos evaluativos que surjan de esta experiencia aprovechando todo lo aprendido. Por ejemplo, la ***evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*** identificó la necesidad de un **debate a nivel político** sobre las políticas de género y salud que no se ha dado, con la intención de que éstas sean asumidas por todos los agentes de cambio (nivel de planificación y gestión). A su vez, la experiencia participativa de esta evaluación marcó mucho más la necesidad de promover la puesta en marcha de **procesos participativos** y aumentar la capacidad de las/los profesionales y asociaciones de participar en la planificación y evaluación de las políticas y programas de salud.

Como coadyuvante a la **sensibilización** y **formación** promovida a partir de la Evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres, nos planteamos como **estrategia de oportunidad** de refuerzo la realización de un ***Curso de Evaluación de planes, programas y servicios de salud*** dirigido a una selección estratégica de gestores, técnicos y profesionales de la salud, claves para el desarrollo de un nuevo modelo de coordinación intersectorial en salud que integrase la evaluación en todas sus acciones[58]. Éste suscitó una serie de **recomendaciones** de las personas participantes para **incentivar la evaluación** de planes, programas y servicios en la región, que compartíamos y contribuían a justificar la iniciativa de realizar un análisis sobre necesidades en evaluación en salud pública, que plantearíamos para el último año del ejercicio del Plan. Las recomendaciones principales incluían: **difundir las evaluaciones** en todo el ámbito sanitario (por ejemplo: organizando jornadas de trabajo en evaluación); **implicar a los gestores** en órganos de decisión; **formar a personas clave** en los planes, programas y servicios; **desarrollar una estructura de apoyo técnico** a la evaluación; y **crear una unidad de evaluación** desde la cual apoyar los proyectos. Todas estas recomendaciones fueron tomadas en cuenta a la hora de planificar los pasos a dar en materia de evaluación, de acuerdo a lo ya planteado en el Plan de Actuación del OSPC, para poder plantear a la Administración la creación de una unidad de evaluación de los procesos de planificación e implementación de las políticas de salud, así como del progreso del propio sistema de salud de Cantabria, dentro de la Consejería de Sanidad, o de un área dentro de la estructura del OSPC, con el apoyo

[58] Se recibió una subvención del Instituto Carlos III (Resolución de 25 de julio de 2007) en acciones de sensibilización y formación en evaluación, para formación 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.

que precisaría dicha medida.

La organización de los cursos, tanto de evaluación como de investigación cualitativa respondía a la **estrategia** del OSPC de **sensibilizar**, **contribuir al conocimiento** y **generar masa crítica** entre los profesionales de distintas disciplinas y sectores respecto a nuestras temáticas de interés y/o metodologías de trabajo utilizadas, y no en convertirnos en un instituto de formación para el que no contábamos con personal necesario ni creíamos que era la función principal como observatorio. Por ello, decidimos no organizar cursos de forma sistemática sino coyuntural y **apoyar las actividades formativas y la motivación** de las/los profesionales que hubieran participado o no en los cursos del OSPC, a través de **tutorías** a proyectos de interés para la salud pública. De esta forma, nuestra **participación en las comisiones científicas y político estratégicas de las becas de género en salud** del IFIMAV formaba parte de nuestra estrategia de apoyo a la investigación en este terreno.

En este período continuamos dando gran importancia a las **contribuciones del OSPC en otros espacios de debate en salud pública**, ya que estos espacios nos permitían compartir y contrastar resultados de estudios y opiniones sobre nuestros temas de trabajo e interés con otros colegas, ampliar nuestras redes de colaboradores, visibilizar al OSPC y en definitiva aportar nuevos aprendizajes a nuestro equipo y entorno[59].

Asimismo, como ya mencionamos, la participación del OSPC en el **Grupo de Trabajo sobre Desigualdades en Salud** de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social, ofreció la **oportunidad** a una entidad del Gobierno de Cantabria de contribuir junto a colaboradores de otras comunidades autónomas y organismos estatales en la preparación de la Ley General de Salud Pública.

La experiencia del ***Estudio sobre diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria*** nos permitió aportar una serie de recomendaciones en cuanto a la adopción de medidas que pudieran contribuir a la mejora de la recogida de información de los registros hospitalarios, así como facilitar tanto la gestión de los recursos por parte del hospital, como la investigación en servicios de salud. Algunas de las

[59] En todo el período las efectuamos a través de presentaciones en 26 cursos, congresos o jornadas técnicas, así como de nuestra participación en otros 21 foros, debates y seminarios (ver anexo V y Memorias de 2008 y 2009 en la web www.ospc.es).

recomendaciones que aportamos se incorporaron durante el proceso de la investigación, aunque de la mayor parte desconocemos el grado de seguimiento que se ha hecho. De igual forma, nuestro objetivo con este estudio era que a la vista de los resultados, el hospital realizara un seguimiento de los más relevantes. Este seguimiento suponía que previamente se hubieran llevado a cabo las recomendaciones propuestas en cuanto a la mejora de la recogida de la información y de las propias bases de datos.

En materia de ***cooperación al desarrollo*** en salud, a lo largo de este período, el Ministerio de Sanidad y la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo continuaron solicitando la contribución del OSPC en reuniones estratégicas multi-país sobre salud de las mujeres africanas, así como en el programa formativo en Latinoamérica[60]. Este espacio formativo con participación multidisciplinar y multisectorial de un buen número de países latinoamericanos contribuyó asimismo a **ampliar la red** de organizaciones que se articulan con el OSPC y con las que éste comparte información y ha apoyado en diversos proyectos. De esta forma el OSPC ha expandido el campo de difusión de su trabajo y del modelo de observatorio[61]. Además el OSPC coordinó y realizó el diagnóstico del **proyecto de la Consejería de Sanidad de cooperación sanitaria en Guinea Bissau** como encargo de la DGSP. El OSPC elaboró un informe comprensivo que incluía las recomendaciones para la estrategia del proyecto, y contribuyó a la planificación y seguimiento del mismo a través de la asesoría a la ONGD ejecutora en el país, Asamblea de Cooperación por la Paz. De esta manera, el OSPC contribuyó con la asesoría técnica y estratégica aportada al fortalecimiento del proyecto y de la organización responsable del mismo.

En suma, el período de desarrollo del OSPC representó la **consolidación** del proyecto de observatorio, con los consiguientes **retos**, **logros** y **aprendizajes** a través de las distintas experiencias en investigación, evaluación y formación analizadas, y con el **fortalecimiento** del equipo y de las relaciones con los actores involucrados en las mismas y colaboradores de otros ámbitos.

La **expansión de las redes** del OSPC a través de las colaboraciones con distintas entidades y grupos de investigación en Cantabria, con otras comunidades autónomas y a nivel estatal e internacional, como el Foro Iberoamericano de

[60] Impartiendo cursos sobre construcción de políticas de salud orientadas a la equidad de género en Cartagena de Indias (Colombia) en 2008 y en Antigua (Guatemala) en 2009.
[61] Además el OSPC ha contribuido como ponente en otros espacios (Agencia Laín Entralgo de Madrid y Foro Internacional de Alto Nivel sobre Salud Sexual y Reproductiva, organizado por la AECID y organismos de Naciones Unidas) y como miembro del Jurado del Premio Fundación Abbott a la Cooperación Sanitaria en Iberoamérica.

Observatorios de Salud y las intervenciones en cooperación internacional al desarrollo en salud, contribuyó a aportar **visibilidad** y **legitimidad** a nuestro espacio, al mismo tiempo que **reconocimientos** por los resultados del trabajo.

En conjunto, nuestra participación en jornadas, congresos o seminarios, a donde enviamos propuestas o se nos invitó a presentar resultados del trabajo realizado, constituyó una **oportunidad** de visibilizar las políticas de salud del Gobierno de Cantabria en los espacios de difusión científica.

Las iniciativas desarrolladas favorecieron **cambios** positivos al interior de la Administración, en el ámbito de la salud pública, hacia una mayor aceptación e interés en la evaluación de programas. Igualmente observamos un mayor interés por parte de las/los profesionales por participar en los procesos de evaluación y de investigación cualitativa desarrollados, así como en las iniciativas formativas.

Asimismo, el período de desarrollo se caracterizó por la **negociación** del OSPC con los responsables de la Consejería en relación a las acciones programadas. La experiencia ha evidenciado la necesidad de un mayor **acercamiento** de visiones y posiciones entre OSPC y Consejería, para llegar a puntos de encuentro que nos permitan sumar fuerzas y multiplicar las actuaciones en la línea de seguir investigando sobre los determinantes de la salud y evaluando las políticas y planes de salud de forma participativa.

A continuación se presenta una **síntesis de los cambios** a los que contribuyó el OSPC en el segundo período del ejercicio del Plan de Actuación.

Cambios a los que contribuyó el OSPC en el 2º Período

Visión de Observatorio de Salud Pública /Modelo participativo

*C1. La participación del Comité Asesor alcanzó un **nivel más proactivo** con la creación de un espacio de debate en las reuniones para abordar temas de interés en salud pública de sus miembros y de los colectivos a los que representan.*

*C2. Se abrió por primera vez la participación a **la ciudadanía** en un foro público por la salud de las mujeres.*

*C3. Con los estudios del OSPC se dio una apertura a **nuevas formas** de participación del sistema sanitario.*

*C4. El **abordaje participativo y cualitativo de la investigación y evaluación** que realizó el OSPC contribuyó a convertir a los sujetos de estudio en actores protagonistas.*

*C5 Se realizó el primer estudio de **investigación acción participativa** con población gitana que marcó una nueva forma de trabajar con este colectivo de población.*
Legitimación del trabajo del OSPC / Influencia en la política de salud *C6. Se **publicó** por primera vez una **evaluación** de un plan de salud.* *C7. Se **publicó** por primera vez un **análisis de una encuesta regional de salud** desde un enfoque de determinantes sociales en salud.* *C8. Se **presentó** por primera vez una evaluación de un plan de salud en el **Parlamento** de Cantabria.* *C9. Se concedió por primera vez un **premio** en un congreso estatal de salud pública **a una evaluación participativa con perspectiva de género**, que recibieron el OSPC y la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, colaboradores en la evaluación.* *C10. El OSPC contribuyó a que se colocara por primera vez el **tema de las enfermedades raras en la agenda** de la Consejería de Sanidad y que se publicara un artículo escrito por el OSPC.*
*C11. Se abrió por primera vez a todos los públicos el **acceso** a los datos y análisis de la Encuesta de Salud de Cantabria a través de la web del OSPC.*
*C12. Se evaluó por primera vez una **política de género en salud** y se abrió un **nuevo debate** entre un sector de profesionales y asociaciones, y colaboradoras/es dentro y fuera de la Administración.*
*C13. Se llevaron a cabo **nuevas formas de colaboración** con entidades externas, trabajando como un solo equipo, con aprendizajes mutuos y capitalización de experiencias para posteriores investigaciones y evaluaciones.*
*C14. Se dio un **cambio substancial en la importancia concedida a la evaluación** por parte de los distintos actores intervinientes en las evaluaciones realizadas, particularmente de un sector de profesionales y de las asociaciones.*
*C15. La **formación** en evaluación organizada por el OSPC generó un **nuevo interés** en la evaluación entre el personal técnico de la DGSP que se tradujo en recomendaciones específicas para hacerla efectiva en la Consejería de Sanidad.*
*C16. El OSPC contribuyó a la política de cooperación internacional al desarrollo en salud, dándose con ello una **buena práctica de trabajo intersectorial** dentro de las instancias del Gobierno.*

10.3. Tercer Período: Evaluación (2010-2011)

Este último período del Plan de Actuación 2007-2010 lo hemos dado en llamar período de evaluación por representar el momento cuando por un lado nos planteamos realizar el análisis de necesidades en evaluación en salud pública, pensado desde el inicio del Plan, y cuando además comenzamos a planificar la evaluación de la iniciativa del observatorio en su totalidad y la llevamos a cabo. El marco temporal incluye 2010 y la primera mitad de 2011. En el mismo analizaremos aquellos temas o cuestiones que representan cambios respecto a los períodos anteriores, no volviendo sobre proyectos que ya se han tratado, aunque siguieran en marcha. La narrativa sigue el mismo esquema de analizar (1) el proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento, (2) la posición del OSPC como actor público, y (3) su contribución a las políticas de salud, desde el análisis de los cambios, las resistencias y los aprendizajes que se van dando en los distintos contextos, así como desde las recomendaciones del OSPC.

10.3.1. El proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento

Al igual que en los dos períodos anteriores analizados, para dar cuenta del proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento, abordaremos el proceso interno de desarrollo de competencias del equipo, las dificultades encontradas, nuestro acceso a las fuentes de información, los procesos participativos desarrollados, la estrategia de difusión de resultados y los recursos humanos y materiales utilizados.

10.3.1.1. El proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto

Una de las necesidades ya planteadas en el Plan de Actuación 2007-2010, en base al análisis situacional desarrollado en la primera fase del OSPC, que nos informaba de las carencias en materia de evaluación de las políticas y programas públicos de salud, era *"desarrollar en un futuro un área de evaluación de los procesos de planificación e implementación de políticas, planes, programas y servicios de salud, así como del progreso del sistema de salud de Cantabria en función de la reducción de desigualdades en salud"*. Para lo cual sería necesario *"conocer a priori las dificultades y barreras a las que se enfrenta el propio sistema de salud en la elaboración e implementación de nuevas políticas y programas dirigidas a reducir las desigualdades en salud, y desarrollar un plan que cuente con la financiación y*

los recursos técnicos necesarios". Desde la experiencia vivida por el OSPC a partir de la *evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres* se revelaban una serie de necesidades formativas en materia de evaluación e investigación cualitativa (cursos OSPC), al tiempo que surgían necesidades evaluativas respecto a las políticas, planes, programas y servicios, en el marco de la salud pública en Cantabria. Por ello consideramos ineludible realizar un ***análisis de las necesidades en evaluación en salud pública*** que aportara la información precisa sobre los temas que las/los técnicos y profesionales califican como prioritarios, así como sobre los que más preguntas se hacen en cuanto a su diseño, funcionamiento o impacto.

Este proyecto de realizar el análisis de necesidades se forjó por tanto como esencial para poder hacer un planteamiento de desarrollo de una unidad o área de evaluación, fuese dentro de la DGSP, o del OSPC. Esta iniciativa que vislumbrábamos como posible en la fase de creación del OSPC y que se fue vertebrando como potencial real en el transcurso de la primera mitad del ejercicio del Plan de Actuación (cuando estábamos evaluando primeramente el *I Plan de Salud para las Mujeres* y posteriormente colaborando con la evaluación de la *Estrategia de Drogodependencia*s), se demostró sin embargo, irrealizable al final del mismo.

Nuestra percepción sobre el tema de la evaluación en el transcurso del Plan de Actuación fue de ir no solo evaluando las políticas y planes, sino de ir generando una necesidad y una cultura evaluativa al interior de la institución, percepción corroborada por las oportunidades que se fueron generando. Nuestra estrategia fue por tanto, ir construyendo una "hoja de ruta" con los pasos necesarios, incluyendo el análisis de necesidades evaluativas, para poder avanzar el tema de la evaluación de iniciativas en salud pública en la Consejería de Sanidad. Pero los cambios que se fueron dando durante el proceso, tanto de orden político como económico en la Consejería dieron lugar a que ésta dejara el tema de la evaluación en un segundo plano, por no considerarlo una prioridad. El tema por consiguiente quedó en suspenso hasta encontrar un nuevo momento de oportunidad estratégica.

Por otra parte, en seguimiento a las propias recomendaciones del análisis de la Encuesta de Salud de Cantabria, el OSPC acordó con la DGSP realizar una serie de ***análisis avanzados de la ESCAN-06*** para su difusión en forma de boletines de salud, con el objetivo de profundizar en varios de los temas de la encuesta de especial interés para los programas de salud pública y para las/los profesionales

sanitarios[62]. Los procesos de implementación resultaron más largos de lo anticipado, por un lado por las posibilidades que se fueron abriendo a medida que se iban desarrollando los análisis, pasándose por ejemplo en los temas de sobrepeso-obesidad y de salud mental a realizar monográficos más extensos y con una mayor desarrollo analítico. Por otra parte, los procesos se alargaron en el tiempo debido a las largas esperas por comentarios y decisiones de la DGSP.

La **relevancia** que tiene la *Encuesta de Salud de Cantabria 2006* como **herramienta para la planificación** sanitaria **no ha alcanzado su potencial** en este sentido en nuestra Comunidad Autónoma por la escasa utilización que se ha hecho de ella.

10.3.1.2. El acceso a fuentes de información

En este tercer período continuamos encontrando una excelente disposición a compartir información de las distintas fuentes consultadas para cada uno de los estudios y análisis llevados a cabo.

Sin embargo, el ***Sistema de Información en Salud Pública –SISAPA-*** del que dimos información en el período anterior en cuanto a la participación del OSPC desde el inicio de su desarrollo, se concluyó a comienzos de 2010, realizándose en la DGSP una serie de talleres formativos para las distintas secciones de Salud Pública, a los que **el OSPC no fue invitado a participar**. De igual manera nos fue **denegado el acceso** al sistema cuando lo solicitamos, ante el nuevo y único argumento de la DGSP de ser un sistema para uso de sus secciones. El cambio en la decisión sobre la utilización de SISAPA por el OSPC limita la potencialidad de la herramienta para generar análisis diferentes a los que se realizan desde la DGSP, en la línea del trabajo del OSPC.

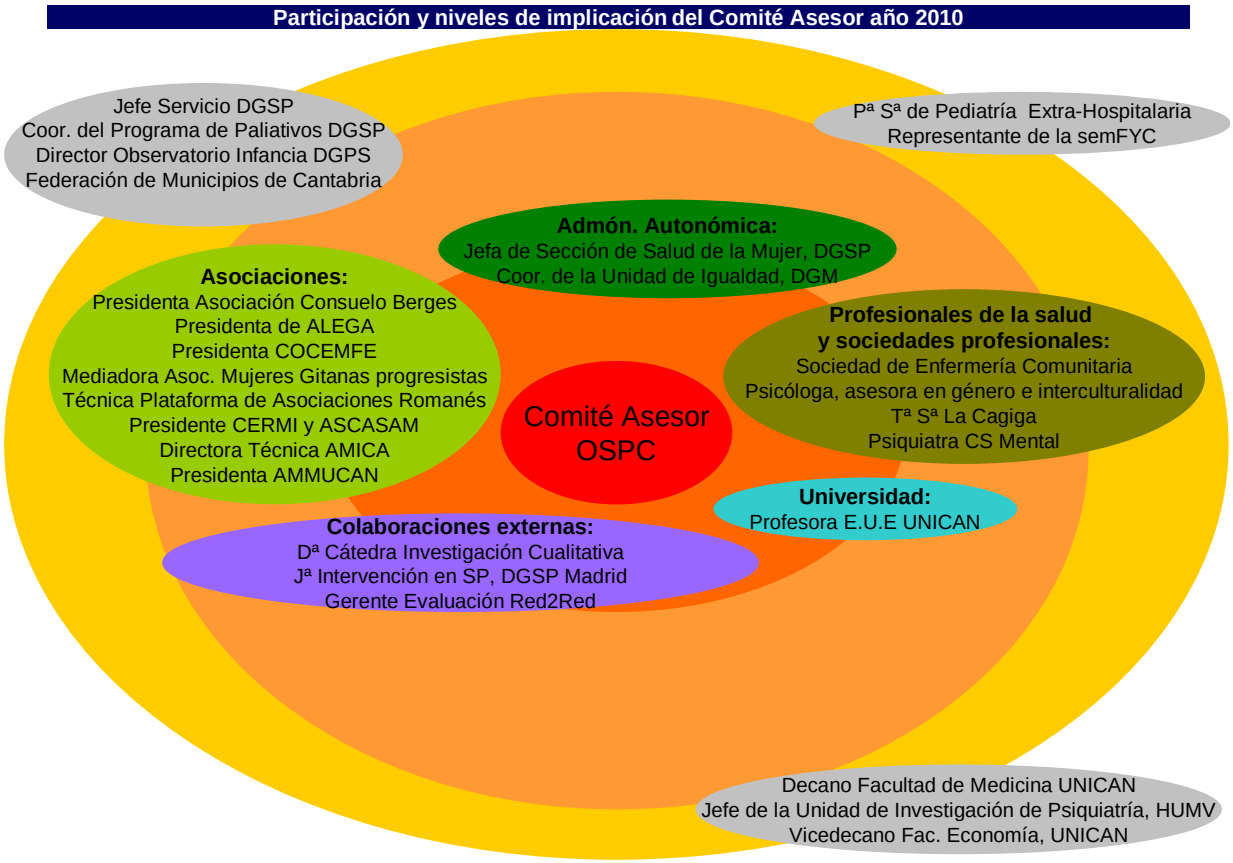
La plataforma para investigadores del IFIMAV no se ha llegado a desarrollar y desconocemos los planes que pueda haber de la misma para el futuro.

10.3.1.3. Los procesos participativos

La evolución de la implicación del Comité Asesor siguió la misma línea descrita en el período anterior, con una creciente cercanía del sector social, de las diversas asociaciones participantes y del sector de profesionales, y con una lejanía mayor de los equipos de investigación de la universidad, permaneciendo únicamente cercana la Escuela Universitaria de Enfermería. Esta evolución se ha correspondido con la

[62] Los temas que se analizaron fueron el sobrepeso y la obesidad, la salud mental, el consumo de medicamentos y la utilización de los servicios sanitarios.

mayor cercanía o lejanía de las personas y entidades miembros a la visión del espacio del OSPC. A medida que unos miembros iban apropiándose más del espacio, sintiéndose parte del mismo, otros no llegaron a comprender o compartir totalmente su esencia. Para algunas entidades, el Comité Asesor ha tenido una relevancia como espacio de participación y de puente con la Administración, a la que de todas formas han ido percibiendo gradualmente más alejada del OSPC.



En este período concluimos el ***Estudio sobre determinantes en salud de la población gitana en Cantabria*** con importantes aportaciones por parte de la Comisión de Seguimiento del estudio, del liderazgo asociativo gitano y de otras personas gitanas y profesionales de salud participantes en el mismo, a los borradores que se fueron elaborando del análisis realizado y a las conclusiones. Esta experiencia recogió muchas de las lecciones aprendidas en el proceso del análisis del *Estudio sobre los determinantes de la salud y acceso a servicios de la población inmigrante en Cantabria*, mejorando los niveles de participación de la población implicada en el mismo.

En este período, el OSPC desarrolló dos proyectos de análisis de género en salud que partían de las recomendaciones de la evaluación del *I Plan de Salud para las Mujeres* y fueron incluidos en el *II Plan de Salud de las Mujeres*: la *Encuesta a*

gestores, técnicos y profesionales de salud de Cantabria en cuanto a percepciones y conocimientos sobre perspectiva de género en el sistema de salud y el *Análisis de género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SCS.*

El nuevo proyecto de análisis participativo promovido por el OSPC en este período fue el ***Análisis de género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SCS***, realizado desde una estrategia de colaboración interna-externa, con la creación de un Grupo de Trabajo formado por profesionales expertas/o de distintas disciplinas y sectores, desde la Dirección General de Salud Pública, el Servicio Cántabro de Salud, la Unidad de Igualdad de Género de la Dirección General de la Mujer y el OSPC, junto a colaboradoras de otros tres grupos de trabajo de otras comunidades autónomas[63]. El proyecto formaba parte de un estudio evaluativo más amplio realizado en el contexto de la beca del Instituto Carlos III otorgada para desarrollar el *"análisis de la introducción de la perspectiva de género al Sistema de Salud de Cantabria"*, desde el que se evaluó el *I Plan de Salud para las Mujeres 2004-2007*. La necesidad de este análisis se incorporó asimismo al *II Plan de Salud de las Mujeres* 2008-2011, con el objetivo más amplio de generar nuevo conocimiento que conformara líneas futuras que incorporaran el análisis de género en los servicios de salud.

El **abordaje participativo del análisis** propiciado por el OSPC llevó al Grupo de Trabajo a hacerse una **reflexión más profunda del modelo de atención primaria del sistema de salud** de la Comunidad Autónoma, consiguiéndose niveles de implicación que podían haber continuado con las propuestas que formuló el grupo, de haberse dado el apoyo necesario desde la DGSP y SCS.

La **estrategia** de participación de representantes del Grupo de Trabajo en las comisiones técnicas a cargo de revisar la Cartera de Servicios en el Servicio Cántabro de Salud podría contribuir además, dadas sus diferentes vinculaciones con otros sectores fuera del sanitario, a ir **introduciendo la participación de la ciudadanía** en el proceso, a través por ejemplo de las asociaciones de pacientes (para comenzar, pero no estando limitado a las mismas), y evaluando dicho proceso. Esta estrategia le daría una visibilidad de **buena práctica** al sistema de salud, a la vez que le aportaría una riqueza de **aprendizaje** al trabajo, pudiendo ser adaptado a otras instancias.

[63] Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Escuela Andaluza de Salud Pública y Servicio de Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad de Madrid.

10.3.1.4. La estrategia de difusión de resultados

La ***Encuesta de Salud de Cantabria 2006***, como herramienta única con la que contamos para analizar las percepciones de la población respecto a su salud, es de suma **importancia para el público general**. El ***Foro*** que cada año ha organizado el OSPC por el ***Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres*** fue uno de los espacios que permitió presentar en 2010, con el título de *"¿Qué opinan las mujeres sobre su salud?",* la información que recoge la ESCAN-06 a un público fundamentalmente de mujeres pertenecientes a asociaciones.

La presentación del *Foro* motivó a la **Dirección General de la Mujer** que estuvo presente a solicitar la **colaboración** del OSPC en compartir la información sobre la ESCAN en forma de talleres a mujeres en distintas localidades de Cantabria.

En el **ámbito de la investigación en salud pública**, desde el OSPC presentamos ***análisis avanzados de la ESCAN-06*** sobre obesidad y salud mental en la Conferencia de la Sociedad Española de Epidemiología en Valencia en 2010. Sin embargo, no se ha autorizado la publicación ni la difusión de los resultados de estos análisis por ningún medio.

El **Comité Asesor** en este caso, conociendo la estrategia del OSPC de difusión y utilización de los datos de la ESCAN, cuestionó durante la reunión que tuvo lugar en junio del mismo año, que la difusión de los resultados se hubiera realizado solo a través de un foro con una participación circunscrita a una celebración por la salud de las mujeres, cuando el tema era de interés general para la ciudadanía, y particular para las/los profesionales de salud. El Comité manifestó no entender el posicionamiento de la Consejería de Sanidad y se preguntó por las razones para su inacción respecto a este tema.

La difusión en **medios de comunicación** que finalmente se le dio en Cantabria a los resultados de la ESCAN-06 partió del interés de dos medios, Telecantabria y el Diario Alerta, que accedieron a la encuesta a través de la página web del OSPC, solicitando a éste (a mediados y fines de 2010, respectivamente) presentar informaciones sobre la ESCAN-06. Dicha solicitud se transmitió a la Consejería de Sanidad, resultando en una breve entrevista televisiva a una responsable de la misma y en tres artículos consecutivos en el Suplemento de Salud del Diario Alerta. El interés de este medio en el OSPC contribuyó asimismo a que se publicaran una entrevista con la directora y un artículo sobre el *Estudio sobre diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria* en su sección El Tema de la Semana (noviembre de 2010), único artículo

publicado en un medio de difusión sobre este estudio. Esta relación con un medio de prensa ha sido posible por estar primeramente los estudios disponibles en la web, y por tener dicho medio un convenio de difusión de temas sanitarios con la Consejería de Sanidad.

Por otra parte, el ***Estudio sobre los determinantes de la salud y acceso a servicios de la población inmigrante en Cantabria*** fue finalmente publicado[64] aunque no presentado ni a las personas participantes ni a la población cántabra. Gracias al interés del Suplemento de Salud del Diario Alerta, se publicó en mayo de 2011 un artículo sobre este estudio.

En cuanto a los dos estudios de análisis de género en salud ya mencionados, el informe de resultados de la ***Encuesta a gestores, técnicos y profesionales de salud de Cantabria en cuanto a percepciones y conocimientos sobre perspectiva de género en el sistema de salud*** (cuyas contribuciones se analizan más adelante) fue **difundido en la intranet del Servicio Cántabro de Salud** como consecuencia de la **llamada a la acción** en este sentido por parte del OSPC en la reunión de seguimiento del II Plan de Salud de las Mujeres. Sin embargo, la Consejería no se hizo eco del mismo para hacer una difusión mayor y una política de mayor atención al respecto, como se recomienda en el informe.

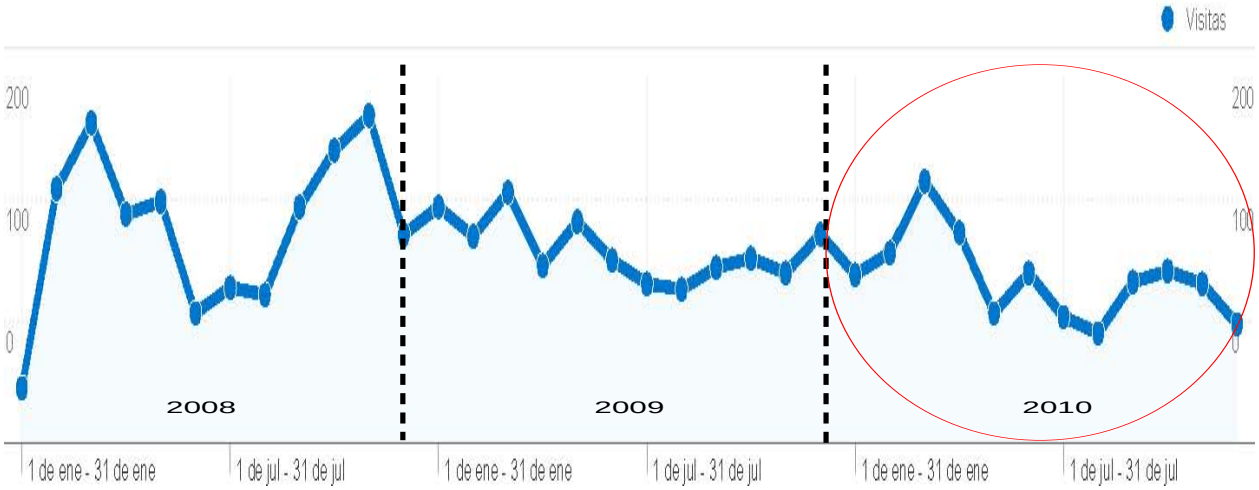
El Análisis de género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SCS es un tema que ha interesado a colegas en esta área de análisis de género en salud. No obstante, la Consejería de Sanidad, a pesar de ser un tema de gran importancia a nivel de las políticas autonómicas estatales y europeas, y de responder a una política explícita del Gobierno de Cantabria, no lo ha difundido a las/los gestores y profesionales.

La utilización de la página web: En 2010 se continuó dando un **descenso** en el número de visitas, de las 1.126 personas en 2009 (que produjeron 1.673 visitas y 5.316 secciones vistas) a las 945 personas que en 2010 generaron un total de 1.523 visitas y 5.249 secciones visitadas. El perfil mayoritario del visitante en 2010 fue una persona que conocía el OSPC y accedió escribiendo la URL, como ocurrió en el 59,5% de las visitas.

Durante todo el periodo 2008-2010 se tuvieron 3.145 visitantes que generaron 5.295 visitas a 18.864 páginas. El 62,5% entró directamente a la página web, el 31,5% lo hizo mediante buscadores y el 6,0% mediante lugares que tienen el OSPC enlazado. Entre 2008 y 2010, las visitas cayeron en un 27,4%, las personas

[64] El estudio esperó prácticamente un año entre las revisiones y decisiones de la DGSP.

visitantes en un 20,8% y las secciones vistas en un 36,8%, aunque como nota positiva podemos decir que las personas que entraron en 2010 dedicaron un 18,7% más de tiempo a visitarla que las que entraron en 2008.



En el primer trimestre de 2011 la página web ha seguido la misma tendencia de 2010.

Los **contenidos más visitados** en 2010 fueron (como en 2008 y 2009) las **investigaciones** en curso (24,61% de las visitas), concretamente la ***ESCAN-06*** (el hecho de que el Ministerio de Sanidad hiciera un enlace en su web al informe ha podido contribuir a que haya recogido un 10% del tráfico total de toda la página del OSPC en 2010), los *barómetros sanitarios*, la *evaluación del I Plan de Salud para las Mujeres*, el *Estudio sobre los determinantes de la salud y acceso a servicios de la población inmigrante en Cantabria* y el *Estudio sobre determinantes en salud de la población gitana en Cantabria* (aun sin publicar). Seguidamente las personas que visitaron la página se interesaron por Quienes somos (18,53%), Enlaces de interés, mapas y listados de observatorios (19,98 %), el Plan de Actuación del OSPC (9,66%) y las Entidades colaboradoras (3,73%).

Con motivo del descenso en la utilización de la web y de la propia necesidad de modernizarla, encargamos a un grupo de expertas un análisis web en términos de accesibilidad, funcionalidad, facilidad de acceso, estética, credibilidad y posicionamiento web. El análisis derivó en una serie de recomendaciones para mejorar cada uno de esos aspectos, que hemos seguido en la medida en que no han supuesto ninguna inversión adicional. La modernización de la web supondría una inversión que tendría que ir vinculada a una política más *agresiva* de difusión

de los trabajos del OSPC[65].

En 2010 reactivamos el ***Blog*** que desde su creación a fines de 2008 ha recibido 1.297 visitas (el analizador de visitas del blog no permite discriminar entre períodos anuales). Además en 2010 creamos un perfil en ***facebook***, donde hemos ido colgando contenidos y noticias del OSPC, generándose una media de 400 visitas por nota (entre 200 las que menos visitas tuvieron y 600 las que más).

10.3.1.5. Los recursos humanos y materiales utilizados

En 2010, el equipo del OSPC quedó reducido a 3 personas, con la salida de la técnica socióloga. Esta reducción de personal tuvo un impacto por ejemplo en nuestras posibilidades de poder hacer un trabajo más sostenido con la página web, así como de darle seguimiento a los datos recogidos de diversas fuentes secundarias sobre población inmigrante y monitorizar otros indicadores de desigualdades en salud, como habíamos planeado desde un principio.

En relación a los recursos económicos disponibles, en 2010 contábamos con un presupuesto efectivo de 260.300€[66], que dejó un remanente a fin de año de 68.400€.

Los dos remanentes de 2009 (93.507€) y 2010 (68.400€) se aplicaron al presupuesto de 2011, lo cual permitió a la Consejería de Sanidad reducir el presupuesto anual de este año en un 60% (111.530€, de los que se hay que descontar 18.000€ de gasto administrativo para la FMV).

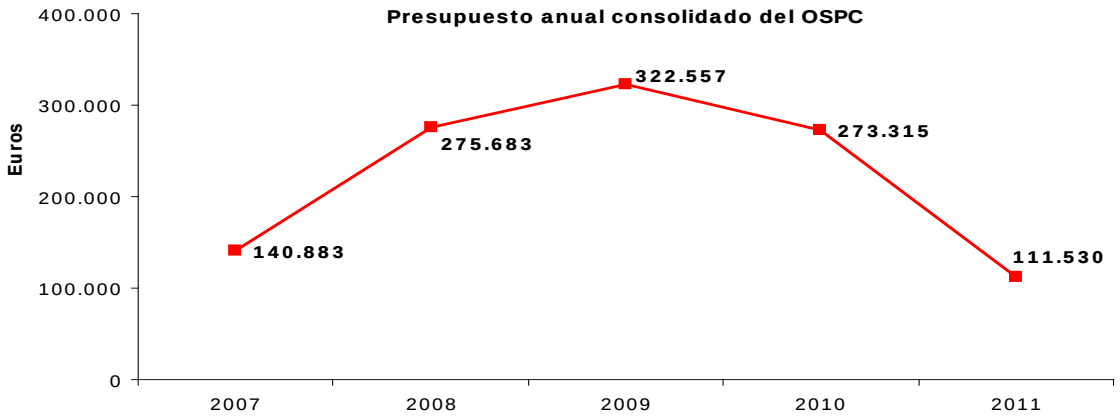
En el siguiente cuadro se presenta una descripción del presupuesto de los 4 años de ejecución del plan más el atribuido a 2011.

[65] El coste del análisis web fue de 227,36€. Todo el coste de la web se cubre desde el presupuesto anual del OSPC.
[66] El presupuesto anual, como se ha indicado previamente, cubre todos los gastos del OSPC, incluyendo salarios, infraestructuras, seguros, equipamientos, materiales, trabajaos técnicos y contrataciones temporales, organización de eventos y viajes, además de material fungible y otros gastos de oficina.

Año	Presupuesto anual	Gasto	Remanente a fin de año
2007[67]	140.883€-21.132€=119.751€	109.260€	10.491€
2008[68]	275.683€+10.491€=286.174€-25.568€=260.606€	223.448€	37.158€
2009[69]	322.557€+37.158€=359.715€-32.256€=327.459€	233.952€	93.507€
2010	273.315€-13.015€=260.300€	191.900€	68.400€
Total (2007-2010)	968.116€	758.560€	209.556€
2011	111.530€+93.507€+68.400€=273.437€-18.000€=255.437€	---	---

Presupuesto del OSPC aportado por la Dirección General de Salud Pública
Presupuesto de la DGSP + remanente del año anterior
Gasto de administración (10% de la FMV desde 2007 a 2009, 5% en 2010 y alrededor del 15% en 2011)
Presupuesto disponible

Como se observa y se ha venido describiendo, cada año el OSPC tuvo un remanente sin gastar que se sumó al año siguiente, excepto en 2010, por lo que en 2011 se sumaron dos remantes (de 2009 y de 2010). En suma, el presupuesto fue creciendo en la primera mitad del ejercicio del Plan de Actuación y descendiendo en los dos últimos, como se observa en el siguiente gráfico.



El pico presupuestario concedido por la DGSP se alcanzó en 2009, teniendo en cuenta que cuando se anunció oficialmente la recesión económica, los presupuestos de 2009 ya estaban aprobados y las instituciones se demoraron aun meses en comenzar a rebajar los presupuestos.

[67] Al presupuesto disponible de 2007 hay que añadir los 15.000€ de la beca del IFIMAV para investigación en género y salud.

[68] Al presupuesto de 2008 hay que añadir los 50.526€ de las dos becas obtenidas del Instituto Carlos III para la evaluación del I Plan de Salud de las Mujeres y para las acciones formativas en evaluación, así como los 36.989€ del Ministerio de Sanidad y Consumo para el Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud realizado en noviembre del mismo año.

[69] Las entradas de dinero a fines de 2008 de las becas para los proyectos de evaluación y formación que se realizarían esencialmente en 2009, además del remanente de 2008 de 37.158€, contribuyó a que en 2009 tuviéramos el mayor remanente de los 4 años de ejercicio del Plan (93.507€).

10.3.2. La posición del OSPC como actor público: Las relaciones con la diversidad de actores y la legitimidad del espacio del OSPC

En esta última fase del ejercicio del Plan de Actuación, el OSPC continuó captando el **interés** de nuevos espacios que contribuyeron de esa forma a su legitimación externa, como fue la invitación del Hunters College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York para participar en dos seminarios compartiendo la experiencia del observatorio, así como el caso de la revista electrónica Sanitaria 2000 que propuso a la directora del OSPC como candidata para sus premios anuales a la Administración Sanitaria Española, o la Fundación Signo con la que comenzamos a colaborar en 2011 como referee de su revista electrónica. En todos estos casos el interés se centraba en la visión y la línea de trabajo del OSPC.

Además, en 2010 el **reconocimiento** a la labor del OSPC en Cantabria llegó a través de la concesión del Premio Aleguita por parte de la Asociación de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales de Cantabria –ALEGA-, de la que informaron los medios de comunicación.

Por otro lado, las entidades miembros del Comité Asesor siguieron contando con el OSPC para colaboraciones, presentaciones y talleres que confirieron asimismo al OSPC la ***legitimación no institucional*** que avala su trabajo. Ser miembros del Comité Asesor del OSPC acredita al mismo tiempo sus espacios y ofrece ese puente entre la Administración Sanitaria y el tejido social. Por ejemplo, el 25 aniversario de AMICA que reunió a todas las autoridades del Gobierno, instituciones públicas y privadas, y entidades sociales en uno de los mayores éxitos de convocatoria de una asociación vistos en Cantabria, hizo mención expresa de la importancia de su participación en el Comité Asesor del OSPC cuando se agradeció a la Consejería de Sanidad.

En el ***campo de la legitimación institucional***, la positiva valoración que se hizo desde el INE y el Ministerio de Sanidad del análisis del OSPC de la ***ESCAN-06***, llevó al primero a proponer a Cantabria como pionera en el nuevo modelo de potenciación regional de la Encuesta Nacional de Salud 2011, desarrollado por el INE y planteado por éste como colaboración con el ICANE y la Consejería de Sanidad, a través del **OSPC** como parte **interlocutora** y **ejecutora** del futuro análisis.

Sin embargo, en este período desaparecieron ya prácticamente los espacios de reunión con los responsables de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, a pesar de las demandas del OSPC de espacios de discusión sobre los proyectos y sobre la

difusión de los resultados de los mismos.

Desde la primera reunión con la ***Comisión de Dirección*** que se conformó en 2008 (tras las elecciones legislativas de 2007), en la que uno de los cinco miembros planteó en primera instancia "*¿qué pasaría si mañana desapareciera el observatorio?"*, la Comisión solo se reunió una vez más, en 2009.

Otras iniciativas llevadas a cabo por el OSPC fueron legitimadas por la DGSP en su planteamiento inicial, pero no se les dio seguimiento por parte de la Consejería, una vez presentados los resultados y las recomendaciones al respecto. Una de estas iniciativas fue el ***análisis de Género de la Cartera de Servicios***, que respondía a la misma política de género del Gobierno de Cantabria de la que partió el *I Plan de Salud para las Mujeres*. El análisis realizado por el Grupo de Trabajo coordinado por el OSPC dio lugar, como ya se ha mencionado, a una **reflexión** más profunda del modelo de atención primaria del sistema de salud de la Comunidad Autónoma.

10.3.3. La Contribución a la salud pública y a las políticas de salud: los cambios, las resistencias, los aprendizajes y las recomendaciones

La **experiencia** del desarrollo de los estudios sobre determinantes de la salud, primeramente de la **población inmigrante** en Cantabria, y de la **población gitana** a posteriori, ha aportado importantes **aprendizajes y recomendaciones**, no solo sobre las culturas de dichos colectivos, sino además sobre la cultura del propio sistema sanitario y de las necesidades del mismo para dar respuestas a los distintos colectivos de población que presentan situaciones de desigualdad respecto a su salud o al acceso a los servicios sanitarios. Ambos estudios han desvelado claves comunes que deben ser tratadas de forma conjunta, ya que en parte responden a creencias y falencias del sistema que han estado presentes por largo tiempo, mientras por otro lado el personal sanitario responde en su mayoría a las crisis y tensiones que emergen en el sistema de forma más adaptativa que reflexiva o cuestionadora.

La Encuesta a gestores, técnicos y profesionales de salud de Cantabria en cuanto a percepciones y conocimientos sobre perspectiva de género en el sistema de salud fue la primera que se realizó sobre la perspectiva de género en este ámbito en Cantabria. Su objetivo fur tratar de contribuir a conocer el grado en el que se había realizado el proceso de integración de la perspectiva de género en el sistema de salud y las necesidades formativas del personal sanitario, así como sus ideas y recomendaciones en cuanto a programas y actividades con este enfoque.

El **bajo índice de participación** en la encuesta (después de un intensivo seguimiento de la misma por nuestra parte), a la luz de los comentarios de los propios profesionales recogidos al respecto, resulta indicativo por un lado de un cierto grado de saturación con lo que algunos consideran un exceso de peticiones a los profesionales de Atención Primaria, así como de una expresión del malestar con la gestión sentido y expresado por un sector de profesionales. Pero fundamentalmente se evidencia un **escaso interés** y **resistencias** al tema de la perspectiva de género en la salud, unido a una **falta de visión de la necesidad de abordarlo** en la práctica profesional. Conjetura que en sí misma revela la **necesidad de una política con mayor implicación** en cuanto a la sensibilización y formación de profesionales de la salud en materia de atención, diagnóstico, tratamiento e investigación con perspectiva de género.

Incorporar dicho enfoque al sistema de salud **implica contribuir desde la Administración Pública a la transformación social y de la cultura organizacional del propio sistema de salud**, para que la sociedad y el sistema de salud progresen en la misma dirección y al mismo tiempo. Por tanto, **se hace preciso el debate político** en cuanto al contenido de las políticas sobre determinantes sociales de la salud, y concretamente de género y salud, al que ya se apuntó en la evaluación del *I Plan de Salud para las Mujeres* y hemos aludido previamente. Este debate a nivel de la planificación de las políticas sanitarias y de los planes, programas y servicios que las ejecutan, se debe dar junto a los profesionales de salud (el 10% que respondió a la encuesta y el 90% que decidió no hacerlo), que son los principales **agentes del cambio**, para que éstos vean la necesidad de adoptarlas y ponerlas en práctica. Aunque se aprecia un aumento de profesionales sensibilizados sobre las diferencias de género en la salud, éstos/as aun se encuentran en franca minoría. Además, los servicios de salud todavía no están incorporando en sus proyectos la perspectiva de género.

La encuesta ha hecho un poco más evidente que aun **queda mucho trabajo por hacer** en materia de sensibilización de gestores, técnicos y profesionales para poder implantar en las gerencias de Atención Primaria la necesidad de visualizar y atender la salud diferencial de hombres y mujeres.

Como fruto del análisis realizado por el Grupo de Trabajo del proyecto de ***Análisis de género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud***, se recomendó encarecidamente a éste llevar a cabo una revisión de la Cartera de Servicios basada en la **participación y consenso de los profesionales, gestores y sociedades científicas de AP**, así como de las **personas usuarias** de la misma. La contribución del Grupo de Trabajo liderado por el OSPC a esta iniciativa fue proponerse como **agente colaborador del SCS** en la reformulación de los criterios de la Cartera de Servicios y en la revisión, en principio, de las áreas que necesitan más desarrollo, como es la salud sexual y reproductiva con inclusión de hombres y mujeres, y la atención a las personas en situación de dependencia. Este pilotaje proporcionaría una experiencia singular y constituiría una **buena práctica** para el sistema de salud de Cantabria y para el Sistema Nacional de Salud.

En síntesis, en este período final del Plan de Actuación, el OSPC abordó las distintas iniciativas con la mirada puesta en la evaluación de la política que sustentó la creación del OSPC y del propio programa del OSPC. La denominación de "período de la evaluación" está asimismo vinculada a la propuesta del análisis de

necesidades en evaluación en salud pública formulada a la Consejería de Sanidad como paso imprescindible en la hoja de ruta hacia la creación de un área de evaluación de políticas, programas y servicios de salud en el seno de la Consejería de Sanidad, esbozado en el Plan de Actuación.

Este último período se caracterizó por la realización de proyectos sobre género en salud (encuesta a gestores y profesionales, y análisis de la Cartera de Servicios de AP) que aportaron **información relevante** al sistema de salud. Además se finalizó el proyecto de investigación acción participativa sobre determinantes sociales de la salud de la población gitana, que ha tenido notable importancia para el asociacionismo gitano y sus relaciones con el sistema sanitario. Al mismo tiempo, los **aprendizajes** de dichos estudios favorecieron la reflexión entre un sector de profesionales que participaron en los mismos sobre la relevancia de las necesidades que plantean al sistema de salud, aportando **recomendaciones** clave para su mejora.

La **legitimación** institucional llegó de la mano del ICANE, del Ministerio de Sanidad y del INE, que junto a la Consejería de Sanidad propusieron al OSPC como interlocutora con todas las instituciones en cuanto a la nueva e innovadora propuesta que se plantea para la Encuesta de Salud de 2011. Mientras que por otro lado, el OSPC recibió reconocimientos de ámbitos diversos, desde el académico y las sociedades científicas, la sociedad civil y los medios de comunicación.

No obstante, el período estuvo asimismo caracterizado por la **escasa difusión** dada por la Consejería de Sanidad a las temáticas trabajadas y productos realizados por el OSPC, no presentándose al público general el *Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria*, ni difundiéndose entre las/los profesionales los análisis específicos de la *Encuesta de Salud de Cantabria* ni los proyectos sobre género y salud (encuesta y análisis de la cartera de servicios de AP). El análisis de necesidades en evaluación en salud pública pasó asimismo a ocupar el espacio de los proyectos en suspenso.

A continuación se presenta una **síntesis de los cambios** a los que contribuyó el OSPC en el tercer período del ejercicio del Plan de Actuación.

Cambios a los que contribuyó el OSPC en el 3º Período
Visión de Observatorio de Salud Pública /Modelo participativo *C1. El análisis participativo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria reunió a un grupo diverso de profesionales de dentro y fuera del sistema sanitario en torno al enfoque de género que evolucionó en un* ***proceso único*** *sobre el modelo de atención, dando lugar por primera vez a una* ***propuesta innovadora*** *de reforma de la CS al SCS.* *C2. La* ***consulta*** *y* ***proceso participativo*** *llevado a cabo con el Comité Asesor respecto a la* ***evaluación del OSPC*** *contribuyó a incrementar el interés de sus miembros en el espacio que representa el Observatorio para las políticas de salud en Cantabria, así como su apreciación de pertenencia al mismo.*
Nuevos intereses y aperturas *C3. La información al* ***Comité Asesor*** *sobre los resultados de la Encuesta de Salud promovió un nuevo interés entre sus miembros, que propició una mayor difusión de la misma a través de las invitaciones que se hicieron al OSPC para presentarla en distintos ámbitos.* *C4. El abordaje que hizo el OSPC de la Encuesta de Salud de Cantabria despertó el interés de los* ***medios de comunicación****, televisión y prensa, que la conocieron a través de la web del OSPC.* *C5. Se percibió una mayor apertura en los* ***gestores*** *hacia facilitar la realización de la primera encuesta a gestores y profesionales de salud sobre perspectiva de género en salud.*
Legitimación del trabajo del OSPC / Influencia en la política de salud *C6. Desde el Ministerio de Sanidad se legitimó al OSPC como agente interlocutor en la innovadora iniciativa planteada por el INE y el ICANE a la Consejería de Sanidad para la futura encuesta de salud.*

A la luz de los **cambios** a los que ha contribuido el OSPC a lo largo de los tres períodos en que hemos estructurado la narrativa del proceso durante su primer Plan de Actuación 2007-2010, presentamos a continuación una síntesis de los **aprendizajes** efectuados durante el mismo, que nos van a guiar hacia el análisis final y las recomendaciones para la continuidad del desarrollo del OSPC.

Aprendizajes del proceso desarrollado en el ejercicio del Plan
*A1. La experiencia desarrollada por el OSPC en el estudio de los determinantes sociales en salud y de las desigualdades ha abierto un **nuevo campo de conocimiento** y ha hecho más incuestionable la necesidad de avance de la investigación en esta dirección en nuestra Comunidad Autónoma.*
*A2. El equipo del OSPC ha crecido en conocimiento y experiencia en la utilización de **métodos mixtos de investigación** (cuantitativos y cualitativos), y ha contribuido al aprendizaje desde personas de distintos ámbitos de dentro y fuera del sistema sanitario que han participado en las iniciativas de formación organizadas por el OSPC, o han buscado su asesoría.*
*A3. El aprendizaje logrado a través de las evaluaciones realizadas por el OSPC y de su iniciativa formativa en evaluación ha contribuido a generar una **cultura evaluativa** en la Administración Sanitaria cántabra, comenzando por la concepción de una nueva necesidad e interés en la evaluación de políticas, planes, programas y servicios de salud.*
*A4. Se ha aprendido de las **visiones y necesidades de los distintos actores** involucrados en los estudios o evaluaciones, que han redundado en recomendaciones de mejora de las políticas y programas de salud.*
*A5. Hemos aprendido de los modelos, experiencias y estrategias desarrolladas por **otros observatorios**, que nos han ayudado a planificar y evaluar la nuestra.*
*A6. Se ha dado una **fertilización de conocimientos** entre las/los miembros del Comité Asesor, colaboradoras/es y el OSPC.*
*A7. Los estudios sobre determinantes de la salud de la población inmigrante y gitana han dado lugar a una fertilización cruzada de aprendizajes que deben suscitar a su vez **estrategias conjuntas** en el sistema de salud y entre los distintos sectores involucrados en la salud pública, para garantizar la equidad en salud de toda la población.*
*A8. El aprendizaje de la experiencia de los **procesos participativos** desarrollados ha mostrado un potencial innegable de los mismos para **avanzar políticas de salud** acordes a las necesidades reales de la diversidad de la ciudadanía cántabra.*

11. ¿Qué podemos inferir del proceso del OSPC para su futuro?: Análisis final y recomendaciones

El viaje que hemos realizado por la narrativa a través de los tres períodos de creación, desarrollo y evaluación del OSPC nos ha llevado a analizar las distintas situaciones que han ido emergiendo en todo el proceso, las estrategias y herramientas que hemos utilizado, los actores que se han involucrado en los distintos momentos, las percepciones de riesgo o de oportunidad que unos y otros hemos ido mostrando con las experiencias vividas, las alianzas y las solidaridades que se han generado y han contribuido a apoyar el espacio del OSPC, las oposiciones y los conflictos que al mismo tiempo se han suscitado, los cambios que se han ido produciendo en los diferentes niveles y los aprendizajes que al final nos van a aportar las claves de la evolución del OSPC y su potencial de futuro en un nuevo contexto en nuestra Comunidad Autónoma.

Todas estas categorías de análisis las hemos ido aplicando en los tres períodos de acuerdo a los ejes temáticos que devinieron de las preguntas de evaluación que nos hicimos el equipo del OSPC y las personas participantes del Comité Asesor. Por ello fuimos analizando la generación y gestión de la información y el conocimiento por parte del OSPC, a través de nuestro propio proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y de los procesos de implementación, de nuestro acceso a la información, de los procesos participativos que generamos, las estrategias de difusión que desplegamos y los recursos que utilizamos, así como analizamos la legitimidad del espacio del OSPC y nuestro potencial de actuación y contribución a la salud pública.

Lo que presentamos en este último Capítulo es un análisis y reflexiones finales sobre una serie de cuestiones clave de la evaluación para comprender los cambios que se produjeron durante todo el proceso del OSPC, las fuerzas que favorecieron o dificultaron los cambios y la contribución del OSPC a los mismos dentro del complejo sistema en el que nos desenvolvemos. Finalmente sugeriremos algunas vías para la continuidad del trabajo y del espacio del OSPC, centrándonos en nuestras fortalezas, en los logros y aprendizajes de este primer ejercicio como observatorio de salud pública, y en las oportunidades que se pueden presentar en el actual contexto social, político y económico.

Como subrayábamos al inicio de la evaluación, lo más importante de la misma es su **utilidad**, **a quiénes sirve y para qué**. La evaluación es, como ya hemos indicado, una **herramienta** indispensable para la toma de decisiones de los

poderes públicos. En la medida en que hemos venido desarrollando el campo de la evaluación a lo largo del ejercicio del Plan de Actuación, captando el interés sobre la misma de técnicos, profesionales, evaluadores, investigadores, entidades sociales y medios de comunicación, esta evaluación contribuye a **generar** una **cultura** de **transparencia** de las instituciones y de **aprendizaje** para la **mejora** y esclarecimiento de la **evolución** del proyecto. Pensamos que esta evaluación puede ser además de **utilidad para los observatorios** con los que nos hemos relacionado y para otros sectores afines.

Esencialmente, la evaluación nos ha servido a las personas que conformamos el **equipo del OSPC**, **individual** y **colectivamente**. Nos ha ayudado a identificar en qué hemos cambiado, qué hemos aprendido, qué necesitamos aprender, nos ha ayudado en definitiva a repensarnos y a crecer. La propia pluralidad de disciplinas, habilidades, experiencias, ideologías y posicionamientos de cada una de las individualidades del equipo ha representado simultáneamente el mayor estímulo y un reto importante. Partimos de que los cimientos de la visión del observatorio no fueron construidos por todo el equipo, por no estar aun constituido éste al inicio de la creación del OSPC y de su Plan de Actuación. Pero en la ruta, con la suma de cada miembro al equipo que se iba formando, hemos ido sumando posiciones y convergiendo en los principios básicos, consolidando de este modo la identidad del espacio común[70].

El equipo ha sido el primer **laboratorio** del OSPC. La primera prueba de la necesidad de confluencias paradigmáticas y metodológicas se dio, para comenzar, en el equipo, aportando un sector de éste más conocimiento y experiencia de trabajo con métodos cuantitativos de análisis, desde una línea más positivista o cientifista[71], mientras otra parte del equipo contribuía con más experiencias con métodos cualitativos desde posiciones más constructivistas[72]. La coexistencia en el equipo de ambas líneas de pensamiento y de práctica, junto a los diferentes niveles

[70] A lo largo del ejercicio del Plan de Actuación hemos visto como fue evolucionando el pequeño equipo del OSPC, desde 1 persona en 2006, a 2 en 2007, a 4 en 2008 y finalmente a 3 en 2010, además de haber contado con becarios/as, pasantes universitarios/as y contrataciones temporales que formaron parte del equipo del OSPC y contribuyeron asimismo a su desarrollo.

[71] El Positivismo es una corriente filosófica que defiende que el conocimiento científico es el único conocimiento auténtico, y que sólo puede derivarse del método científico que se basa a su vez en que sólo hay verdades objetivables y verificables. En esa misma línea se denomina Cientificismo al pensamiento que acepta sólo las ciencias comprobables empíricamente como fuente de explicación de todo lo existente, considerando a éstas como superiores a las ciencias sociales en el campo de la investigación.

[72] El Constructivismo cuestiona la infalibilidad del pensamiento y del método científico en la búsqueda de verdades absolutas, planteando al contrario una ciencia abierta que no separa al sujeto del objeto, y una concepción del conocimiento que guarda una estrecha relación con nuestras experiencias y nuestros entornos. Partiendo de que no existe una verdad o realidad sino múltiples realidades, lo que sugiere entre otras cosas el constructivismo son criterios de observación desde distintas posiciones.

de conocimiento de sus miembros sobre salud pública y las distintas visiones respecto al rol del observatorio en la misma (en una línea similar a la observada entre las/los agentes entrevistados durante el período de creación del OSPC) pasó por un proceso de discrepancias, acercamientos, aprendizajes y cambios paulatinos de posicionamientos.

El **proceso formativo interno** que se produjo con la línea implantada por el OSPC de formación en investigación cualitativa fue muy importante para el acercamiento de posiciones dentro del equipo. La utilización de métodos mixtos (cuantitativos y cualitativos) incrementa nuestra capacidad de análisis y de respuesta, aunque la cuestión fundamental no radica en qué tipo de métodos utilizamos sino en cómo percibimos y desde qué criterios abordamos los problemas. El análisis que hacemos hoy en día de las necesidades individuales y de equipo, tanto teóricas como técnicas, muestra por un lado nuestra interesante pluralidad y por otro la necesidad de seguir construyendo una visión conjunta desde el debate interno.

El análisis de la **eficacia material** del trabajo del OSPC a través de los productos elaborados y de los cambios y aprendizajes a los que se contribuyó como resultado del desarrollo de las distintas iniciativas a lo largo de los tres períodos, es indicativo de un proceso productivo vital y significativo. Los estudios y análisis realizados de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades han tenido resultados concretos relevantes para la mejora de las políticas públicas y de los programas y servicios que las desarrollan. La **eficacia transformadora** de los mismos a ese nivel depende del grado de importancia que se les otorgue desde la Administración Sanitaria, así como de la voluntad de los responsables de la salud pública de valorar y poner en marcha las medidas recomendadas en los mismos. Hemos comprobado que cuando se hace una buena difusión de los resultados de los trabajos y se aplica una estrategia de sensibilización y formación sobre los temas y las problemáticas que abordan, se da una buena recepción por parte de las/los profesionales sanitarios y de los agentes sociales implicados y se perciben notables aprendizajes y cambios en el plano individual y colectivo.

Por otro lado, la **eficiencia del OSPC** ha quedado suficientemente demostrada por la validez del trabajo realizado con presupuestos discretos que aun así han dejado importantes remanentes cada año de ejercicio del Plan de Actuación, como hemos visto en su conjunto en el Capítulo 10.3. No obstante, la eficiencia debe valorarse no solo por la capacidad de quienes hacen el trabajo de ser eficaces de acuerdo al costo planificado, sino al mismo tiempo por el aprovechamiento que se haga de los resultados. Por consiguiente, **la eficiencia real del trabajo desarrollado** por el

OSPC es más difícil de evaluar cuantitativamente, ya que depende en cada caso del grado de **utilización** que se ha hecho o se pueda hacer del mismo, tanto desde la Consejería de Sanidad como por parte del resto de actores interesados. De igual manera, la eficiencia de la acción del OSPC debe estar vinculada a sus objetivos de mejora y cambio, y por tanto guarda relación con el grado de **influencia** de los distintos estudios y análisis realizados en la adopción de las medidas recomendadas en los mismos por parte los responsables de la política sanitaria.

Por ello podemos decir que algunos proyectos, como por ejemplo la evaluación del *I Plan de Salud para las Mujeres* han sido claramente eficientes, contribuyendo no solamente al siguiente plan, sino a la difusión de esa política del Gobierno de Cantabria y al fomento de una cultura evaluativa en el seno de la institución pública. Otros proyectos, sin embargo, y como hemos venido señalando, no han alcanzado todavía un grado de difusión y utilización óptima, aunque hayan aportado información relevante para la salud pública y aprendizajes importantes para el OSPC y agentes participantes en los mismos, y tengan un valor informativo, educacional, investigador e incluso simbólico para los distintos públicos que componen la salud pública, más allá de la Administración. Ciertamente, cuanta mayor difusión se permita dar a los productos del OSPC, a más personas y colectivos llegarán y podrán beneficiarse de los mismos. Pero no se puede obviar, incluso con una menor difusión de la deseada y proyectada, el valor que dicho trabajo haya podido tener para las personas a quienes ha llegado, sean las colaboradoras más cercanas, las/los profesionales involucrados e interesados, o las asociaciones y grupos que de una u otra forma han participado en estudios o eventos desarrollados, organizados o facilitados por el OSPC.

Lo mismo se podría decir de toda la iniciativa del OSPC. Si se optimiza su trabajo puede ser una de las **experiencias** más **"rentables"** de la Administración pública, tanto desde el punto de vista **material**, por el potencial de utilización de los productos del OSPC desde distintos sectores y actores, como **simbólico**, en términos de las rentabilizaciones que se pueden hacer de los cambios que se producen en las personas y en los diversos colectivos a través de los procesos de aprendizaje desarrollados.

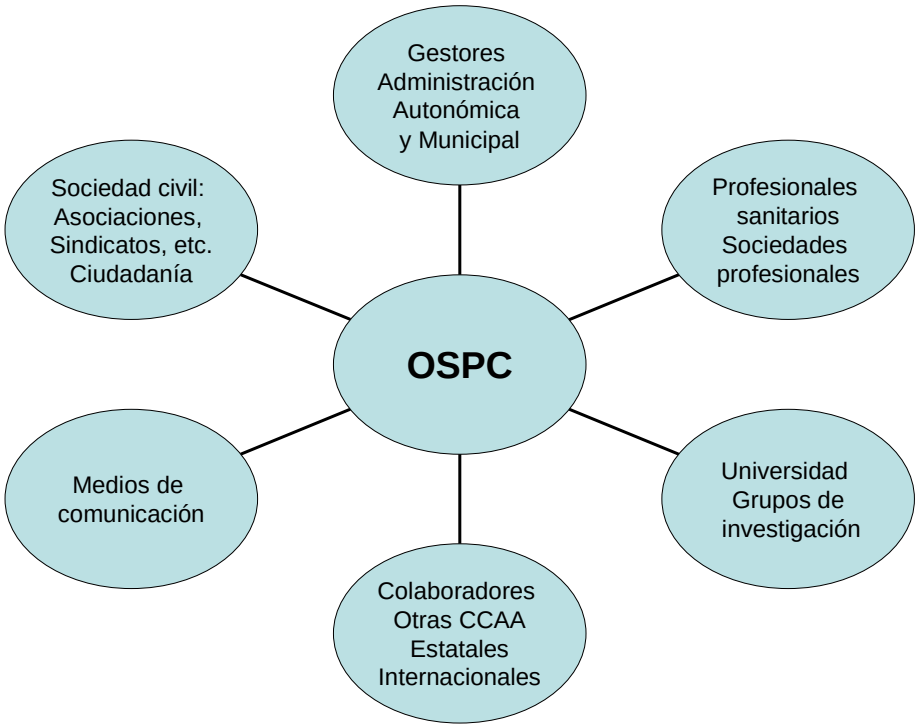
Durante los tres períodos del Plan hemos visto muestras de ambas **rentabilizaciones**, materiales y simbólicas. Por ejemplo, el *estudio sobre los determinantes en salud de la población gitana en Cantabria,* sin haber sido aun publicado ni difundido, ha tenido ya importantes efectos. Por un lado las asociaciones gitanas ya han hecho una utilización simbólica del estudio a distintos

niveles, como herramienta de relación y negociación con los responsables de la Consejería de Sanidad, como canal de participación en la determinación de sus prioridades y de las medidas a recomendar a la Administración Sanitaria para eliminar las desigualdades existentes, como puente con los servicios de salud, y como apoyo en la interlocución con la asociaciones gitanas de otras comunidades autónomas y con la Comisión de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano. El estudio ofrece por tanto un insumo importante a la Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria para su incorporación a dicha Comisión a la que aun no pertenece. En otro plano, las personas participantes en el estudio lo han rentabilizado ya a nivel individual, habiéndose generado una mayor sensibilización en cuanto a la promoción de la salud, en el caso de las personas gitanas, y en cuanto a la necesidad de acercamientos y transformaciones entre la comunidad gitana y la sanitaria.

Por otra parte hubiese sido recomendable que desde la Consejería de Sanidad se hubiese capitalizado más el trabajo del OSPC, fundamentalmente aquellos estudios y análisis que aportan una información relevante para los programas de salud pública, para las/los profesionales y para el público general, como la *Encuesta de Salud de Cantabria*, el *estudio de los determinantes sociales y del acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en Cantabria*, o los proyectos de análisis de género en salud, entre otros.

Las **relaciones** con la diversidad de actores que se han ido involucrando a la labor del OSPC, participando de alguna manera en las iniciativas desarrolladas, o con quienes hemos colaborado en proyectos multicéntricos o grupos de trabajo, han mostrado una tendencia creciente, tanto en la pluralidad de actores y sectores como en el nivel de implicación y en la profundización de los vínculos. Esta red de actores que se han vinculado al OSPC, sintéticamente representados en el siguiente mapa[73], han otorgado distintos niveles de **significación** y **valor** al OSPC y al espacio que representa en la salud pública en Cantabria, convirtiéndose en distintos momentos en agentes legitimadores de su labor, como hemos venido viendo durante el proceso evaluado.

[73] Basado en el mapa más completo del Capítulo 5: ¿A quiénes sirve la evaluación?: actores interesados.



Las **colaboraciones** con colegas de dentro y fuera de Cantabria han aportado una indudable riqueza de experiencias y de debate que no hubiésemos alcanzado de haber trabajo exclusivamente de forma interna. Ambas reflexiones, sobre la importancia del debate interno y sobre las interrelaciones con los distintos actores implicados en el desarrollo de los proyectos, han sido sumamente relevantes al proceso del OSPC y han contribuido a la evolución del equipo de trabajo.

Al mismo tiempo, el complejo entramado de relaciones ha desvelado los distintos niveles de interés de la diversidad de actores y su poder de influencia en los contextos que se fueron perfilando y que pusieron a prueba la capacidad de adaptación del OSPC.

Visualizar interrelaciones, no cosas, y procesos, no fotos. La mayoría de nosotros hemos sido condicionados a lo largo de nuestras vidas a enfocarnos en cosas y a ver el mundo en imágenes estáticas. Esto es lo que nos lleva a una explicación linear de un fenómeno sistémico. (Senge, 1990)

En el siguiente diagrama hemos tratado de reflejar el nivel de *relevancia concedido al estudio de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades* por parte de los implementadores del programa, de los actores involucrados, entre los que destaca el Comité Asesor y las personas y entidades que participaron en los proyectos e iniciativas del OSPC, de los tomadores de decisiones y de la ciudadanía, frente *al poder de decisión y de influencia en la agenda política* de cada uno de

ellos[74]. De acuerdo a nuestra experiencia, el equipo del OSPC, como ejecutores del proyecto, junto a los actores más interesados e involucrados de acuerdo a las diversas temáticas tratadas, confirieron el **mayor nivel de relevancia** a las acciones que se han llevado a cabo durante el ejercicio del Plan.

Por otro lado, los tomadores de decisiones o legitimadores institucionales, la Consejería de Sanidad, concedieron un **bajo nivel de relevancia**, tanto al análisis de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en nuestra Comunidad Autónoma, como al rol del OSPC en el contexto de la política sanitaria cántabra. Al mismo tiempo, se podría decir que la ciudadanía, debido a su desconocimiento de ambos, fundamentalmente por la escasa información que se difunde en los medios de comunicación de Cantabria sobre la salud asociada a factores sociales, ha representado el perfil más bajo de atribución de relevancia a los temas abordados.

En contraste, el **poder de decisión** de los distintos actores siguió un patrón inverso a la relevancia concedida al estudio de los factores sociales que determinan la salud de las personas. Mientras que la Consejería de Sanidad cuenta con un **alto poder** de decisión sobre lo que se realiza y difunde, los actores más involucrados, como un sector del Comité Asesor y los distintos colectivos participantes en los estudios y evaluaciones llevadas a cabo, y la ciudadanía en general, detentan un

[74] Adaptación del OSPC del mapa de actores de Patton (2009).

bajo poder de decisión. Sin embargo, a pesar de su bajo poder sobre las decisiones, los agentes sociales ejercieron un **relativo poder de influencia y de legitimación** sobre las temáticas trabajadas, de acuerdo a los contextos que se fueron presentando y al nivel de participación y visibilidad que tuvieron en cada caso. Por ejemplo, las asociaciones de personas con discapacidades tuvieron una gran influencia a través de la evaluación del *I Plan de Salud para las Mujeres* en integrar al II Plan dos nuevas áreas de atención a la cronicidad y a la salud mental, en las que se especifica por primera vez el cuidado a las mujeres con discapacidades.

Finalmente, el poder decisorio y de influencia del OSPC ha estado mediado por su capacidad negociadora y estratégica para desarrollar las iniciativas planificadas de forma participativa y abrir espacios de colaboración y debate con nuevos actores.

Los **procesos participativos**, como hemos venido analizando en las experiencias desarrolladas a lo largo de los tres períodos del ejercicio del Plan, han constituido al mismo tiempo los mayores retos y los mayores logros. Consideramos que se han dado desde el OSPC algunos pasos relevantes en la dirección de superar el concepto de participación como presencia en actos públicos, por un concepto más democrático de participación activa en los debates sobre las políticas de salud. La experiencia en concreto del proceso participativo generado en el Comité Asesor es un indicativo de que cuando se llega a puntos de encuentro y se generan **intereses comunes**, las resistencias a la participación pertenecen más al orden del mito que de la realidad. No se participa si no se abren oportunidades y canales para ello. Sin embargo, desde el OSPC hemos vivido **resistencias** a la participación cuando los intereses no eran comunes. La experiencia de la baja participación en la *Encuesta a gestores, técnicos y profesionales de salud de Cantabria en cuanto a percepciones y conocimientos sobre perspectiva de género en el sistema de salud* demostró que el sistema puede volverse resistente a sus propias políticas cuando los distintos actores no comparten objetivos o intereses, o cuando el nivel de sensibilización y de formación ante los nuevos temas que introducen las políticas es bajo.

En general, podemos decir que **la iniciativa** de crear un observatorio de salud pública **respondió** en su día y lo sigue haciendo al final de su I Plan de Actuación, **a una necesidad real** de un espacio desde el que analizar los determinantes sociales de la salud y las necesidades de la diversidad de la población cántabra, así como las respuestas del sistema sanitario a las mismas. La **coherencia** del enfoque del OSPC con los marcos políticos vigentes, y por tanto, la **pertinencia** de la realización de los distintos trabajos desarrollados, no guarda lugar a dudas. La

conveniencia estratégica de desarrollar el campo de la evaluación de políticas y programas de salud quedó claramente legitimada a nivel autonómico, estatal y europeo.

La **viabilidad** del proyecto del OSPC, a pesar de las dificultades enfrentadas, hace evidente su **fortaleza**, ganada con la experiencia desarrollada y con los múltiples apoyos recibidos de toda la diversidad de actores que se han involucrado en su proceso, particularmente su Comité Asesor. En su **evolución**, el OSPC ha pasado de ser un experimento a convertirse en un referente para un número creciente de sectores y de colectivos de dentro y fuera de Cantabria, con todo el potencial de cristalizarse en un proyecto firme en el seno de la Consejería de Sanidad.

11.1. Recomendaciones

Finalmente vamos a presentar algunas recomendaciones para el progreso del OSPC que devienen de los aprendizajes de la experiencia de la puesta en marcha y del proceso de desarrollo del I Plan de Actuación.

Una de las primeras cuestiones a resaltar por su importancia para el continuo fortalecimiento del espacio del observatorio es tener en cuenta las legitimaciones del trabajo del OSPC por parte de los distintos sectores y actores, como hemos visto que se ha dado durante los tres períodos del proceso.

El proceso de consulta que generó el OSPC con el Comité Asesor en el transcurso de la evaluación incluyó las recomendaciones en cuanto a los objetivos y enfoques que las/los distintos miembros consideran necesarios para la continuidad del Plan de Actuación del OSPC en una siguiente edición.

Las **recomendaciones del Comité Asesor** se centraron en el papel del OSPC en la **mejora de las políticas** de salud, a través de su **avance en el estudio de los determinantes sociales en salud y de las desigualdades** en la Comunidad Autónoma, así como en el conocimiento sobre las diferencias y/o desigualdades de **género** y sobre las **prácticas de las/los profesionales** desde dicha perspectiva. Asimismo, el Comité Asesor considera esencial **optimizar** los resultados de los estudios y las actuaciones del OSPC a través de una **mayor utilización** de los mismos por parte de las autoridades sanitarias, técnicos, profesionales y sociedad en general. Para ello se hace necesario **mejorar la difusión** de la información y conocimiento producido por el OSPC a todos los públicos, diversificando los canales de comunicación (medios y formatos) y analizando e interpretando la información para hacerla útil y sensible a las necesidades de la población.

"Optimizar hacia dentro y hacia fuera los estudios y actividades del Observatorio, decimos hacia dentro para que quienes participamos en el Observatorio dispongamos del máximo de elementos para emitir nuestra opinión en los debates y en las reuniones y señalamos hacia fuera para que los trabajos del Observatorio tengan incidencia real en la sanidad pública." (Miembro del Comité Asesor, consulta para la evaluación del OSPC)

Se considera que uno de los objetivos del OSPC debe de ser establecer relaciones y vías de comunicación abiertas a la **ciudadanía**, conformándose como un espacio desde donde se promuevan foros de debate sobre la equidad en salud en Cantabria.

"Porque se trata de mantener una continua retroalimentación entre usuarios, técnicos y profesionales de la salud, potenciar las relaciones con la sociedad civil, reflexionar… y todo ello para transmitir opiniones, inquietudes, necesidades, propuestas" (Miembro de Comité Asesor, consulta para la evaluación del OSPC).

Como hemos señalado, la experiencia participativa del Comité Asesor ha corroborado su contribución a la mejora del espacio del OSPC y de las políticas de salud en las que hemos trabajado, al mismo tiempo que se ha demostrado la necesidad de **continuar abriendo canales de participación** en los distintos sectores involucrados en la salud pública, **mejorando los procesos** participativos.

El **acceso** a **la información** por parte del OSPC debe abarcar todas las posibles fuentes que nos permitan ampliar el conocimiento sobre la situación de salud de la población, los factores que la determinan y la respuesta del sistema a sus necesidades específicas. Teniendo siempre en cuenta que una misma fuente puede ser analizada por distintos grupos de formas muy diferentes, llegando a resultados complementarios e igualmente necesarios.

La experiencia del proceso nos ha revelado la necesidad de **estrategias conjuntas** en el sistema de salud y entre los distintos sectores involucrados en la salud pública, para garantizar la equidad en salud de toda la población. Por tanto, el **trabajo interdisciplinar e intersectorial** más que en opción se convierte en obligatoriedad, que supone indudablemente una serie de **retos** que son consustanciales a la realidad compleja que vivimos. Pero los retos no solo no deben frenar la iniciativa sino que deben constituirse en un **estímulo** para desarrollarla, ya que como hemos venido viendo en la evaluación, los retos que ha enfrentado el OSPC han redundado en buena parte en **aprendizajes** y en nuevas **oportunidades**.

Temas complejos como la integración de la perspectiva de género en las acciones en salud han hecho evidente la necesidad de un **debate** amplio a nivel de gestores y profesionales de salud en cuanto a su significado para la toma de decisiones y para las prácticas en el sistema de salud. Debate que el OSPC está en la posición de poder facilitar y que consideramos que daría lugar a un proceso real de puesta en marcha de una política de equidad de género en salud que vaya más allá de un plan de salud de las mujeres.

La **defensa de la investigación en determinantes sociales** de la salud que hemos venido haciendo durante el proceso de desarrollo del OSPC debe permanecer siendo una máxima en el actual contexto en el que continua primando el interés y apoyo a la investigación biomédica desde un paradigma positivista centrado en las causas biológicas y genéticas de la enfermedad, que apenas contempla los contextos individuales, sociales y medioambientales. Como señala Naomar Almeida (2006) *"cada vez más el proceso de producción del conocimiento científico será social, político institucional, matricial, amplificado".* En suma se trata de defender un conocimiento científico que tenga en cuenta las experiencias y los saberes de la vida.

Las distintas temáticas y políticas de salud abordadas por el OSPC han hecho evidente la necesidad de un **marco político** que integre la visión del sistema de salud cántabro y las políticas transversales de salud, es decir, de un Plan General de Salud para Cantabria. Dicho Plan debería contar con el conocimiento y las experiencias de la multiplicidad de profesionales de las distintas especialidades, disciplinas y sectores, tanto de la Administración autonómica como de las locales, así como de las asociaciones de pacientes y de los diversos colectivos que representan los intereses en salud de la ciudadanía cántabra. Solo desde un proceso participativo se podría garantizar la inclusión de las aportaciones de los distintos públicos interesados a un Plan General de Salud. Proceso en el que el OSPC podría contribuir con su experiencia en planificación y en facilitar procesos participativos, así como con su interés en defender que la perspectiva social de la salud y de la enfermedad esté integrada en dicho marco.

Finalmente, pensamos que la Consejería de Sanidad tiene la oportunidad de continuar dando apoyo al incipiente campo de la evaluación de políticas, programas y servicios de salud, y de esa forma desarrollar una buena práctica en el Gobierno de Cantabria. Para lo cual sería necesario comenzar por abordar el análisis de necesidades en evaluación en salud pública que proyectamos en este I Plan de Actuación que hemos concluido. El OSPC ha comenzado a abrir camino en el ámbito

de la evaluación y espera poder continuar generando una cultura evaluativa en el seno de las instituciones públicas.

El avance del OSPC requiere del **apoyo político** y compromiso de las autoridades sanitarias con la equidad en salud en la Comunidad Autónoma y con la participación de la ciudadanía en la mejora de sus políticas de salud. Asimismo y teniendo en cuenta la necesidad de un enfoque intersectorial para la resolución de las desigualdades en salud, el OSPC precisa del apoyo del resto de los sectores públicos, de las entidades sociales y de la ciudadanía en general. Solo contando con la **confianza** de las instituciones se podrá promover el cambio deseado en conjunto.

12. Bibliografía

Aboal-Viñas J.L. (2010). *Salud pública y sistema sanitario*. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria; 24 (Suppl 1):12-18.

Artazcoz L., Oliva J., Escribà-Agüir V. y Zurriaga O. (2010). *La Salud en todas las políticas, un reto para la salud pública de España*. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria; 24 (Suppl 1):1-6.

Artundo C. y Rivadeneira A. (2007). *Nueva Salud Pública en Andalucía*. Consejería de Salud Junta de Andalucía.

Bantuelle M. y Denis Dargent J. M. (2001). *L´évaluation, an outil au service du processus*. Collection Santé Communautaire et promotion de la santé nº 5. Ministère de la Communauté Française.

Batliwala S. y Pittman A. (2010*). Capturing Change in Women's Realities A Critical Overview of Current Monitoring & Evaluation Frameworks and Approaches.* Publicado por the Association for Women's Rights in Development (AWID).

Braveman P. et al. (2011). *When do we know enough to recommend action on the Social Determinants of Health?* American Journal of Preventive Medicine; 40(1S1):S58–S66.

Conde F. (2002). *Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina*. Revista Española de Salud Pública; 76 (5): 395-408.

Criquillion A. (2010). *Struggling with complexity*. Alliance;15 (4):50.

Cronbach L. J. (1989). *Ninety five thesis for reforming program evaluation*. En Dans Manaus G. F., Scriven M. S. y Stufflebeam D. L. (Eds.). Evaluation models. Viewpoints in educational and human services evaluation. Boston, MA : Luwer-Nijhoff, 405-412.

Denzin D. (2008). *Los nuevos diálogos sobre paradigmas y la investigación cualitativa. Un compromiso en la relación universidad-sociedad*. Reencuentro; agosto 052: 63-76.

Earl S., Carden F. y Smutylo T. (2001). *Outcome Mapping: Building learning and reflection into development programs*. International Development Research Centre. Otawa, Canada.

Edwards N. y Di Ruggiero E. (2011). *Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation*. Scandinavian Journal of Public Health; 39 (Suppl 6): 43-49. Disponible on line en: http://sjp.sagepub.com/content/39/6_suppl/43.full.pdf+html

Foucault M. (1978) *The History of Sexuality. Vol. 1: An Introduction*. New York: Pantheon Books.

Fawcett S, Schultz J, Watson-Thompson J, Fox M, Bremby R. (2010). *Building multisectoral partnerships for population health and health equity. Preventing* chronic disease; 7(6). Disponible on line en:

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/nov/10_0079.htm.

Fetterman, D.M. (2001). Foundations of Empowerment Evaluation. California, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 192pp.

Franco T. y Merhy E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. Salud colectiva; 5 (2): 181-194. Disponible on-line: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73111763003

Frenk J. (1993). *The new public health*. Annual Review of Public Health; 14: 469-90.

Gattini C. H. (2009). *Implementing National Health Observatories: Operational Approach and Strategic Recommendations*. Technical Series on Information for Decision-Making. PWR CHI/HA/02. Pan American Health Organization. WHO. Disponible on line en: http://new.paho.org/chi/images/PDFs/national%20health%20observatories_final.pdf

Generalitat de Catalunya (2005). *La Reforma de la Salut Pública a Catalunya*. *Informe del comité comité científico para dar soporte técnico y científico al proyecto de reordenación del sistema de salud pública en Cataluña*. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública

Glouberman S. y Zimmerman B. (2002*). Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?*_Commission on the Future of Health Care in Canada. Discussion Paper 8. Disponible online en: http://www.healthandeverything.org/files/Glouberman_E.pdf

Gobierno de Cantabria (2003). *Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria 7/2002, 10 de Diciembre*. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

Guba y Lincoln (1989). *Fourth Generation Evaluation*. California, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Gudmundsdottir S. (1998). *La naturaleza narrativa del saber pedagógico sobre los contenidos*. McEwan, H. y Egan, K. (comp.). La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Guenther J. (2010). *Measuring the unmeasurable: dealing with complex and complicated evaluations*. Australasian Evaluation Society, Hobart, 16 July. Disponible online en:

http://www.catconatus.com.au/docs/100716_AES_measuring_unmeasurable.pdf

Hemmings J. y Wilkinson J. (2003). What is a public health observatory? Journal of Epidemiology Community Health; 57: 324-326.

Hopson R. (2003). Overview of Multicultural and Culturally Competent Program Evaluation. Issues, Challenges and Opportunities. Multicultural Health Evaluation. The California Endowment.

Jaccard J y Jacoby J. (2010). *Theory Construction and Model-Building Skills: A Practical Guide for Social*. New York, NY: The Guilford Press. 391pp.

Lacayo V. (2006). *Approaching social change as a complex problem in a world that treats it as a complicated one*. Tesis sin publicar. Ohio University.

Mehry E. (2006). *Salud, la cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial; Colección Salud Colectiva. Dsiponible on line en: http://www.uff.br/sa.udecoletiva/professores/merhy/

Monnier E. (1995). *Evaluación de la acción de los poderes públicos*. Estudios de Hacienda Pública. Ministerio de Economía y Hacienda, Instituto de Estudios Fiscales.

Montero M. (2006). *El fortalecimiento de la Comunidad. Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Musitu G. *Desenvolupament comunitari i potenciació (empowerment).* Universitat Oberta de Catalunya. P01/10050/00969

Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2007). *Plan de Actuación 2007–2010*. Santander: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2008). *Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007 de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria*. Santander: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2009). *Diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres de Cantabria 2002-2006*. Santander: IFIMAV-FMDV. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Disponible on line en: http://www.ospc.es/Docs/Estudio_Diferencias%20por%20sexo_Urgencias_Hospitalización_OSPC.pdf

Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2009) *Encuesta de salud de Cantabria 2006*. Santander: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2010) *Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria*. Santander: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Ostlin, P., Schrecker, T., Sadana, R., Bonnefoy, J., Gilson, L., Hertzman, C., Kelly, M., Kjellstrom, T., Labonté, R., Lundberg, O., Muntaner, C., Popay, J., Sen, G. y Z. Vaghri, (2010). *Priorities for research on equity and health: Implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. World Health Organization (WHO) Task Force on Research Priorities for Equity in Health. Informe Final – November 2010. Disponible on line: http://www.who.int/social_determinants/publications/measurementandevidence/finalreportnovember2010.pdf

Osuna J.L. y Márquez C. (Directores) (2000). *Guía para la evaluación de políticas públicas*. Instituto de desarrollo Regional. Fundación Universitaria. Sevilla

Patton M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text*. California, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 431pp.

Patton M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*, 4th ed., California, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 667pp.

Patton M. Q. (2011). *Developmental Evaluation. Applying Compexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York: The Guidlford Press. 375 pp.

Pérez-Rocha M. (1997). *Evaluación y autoevaluación. Algunas definiciones*. Serie de materiales de apoyo a la evaluación educativa nº 27. México: CIEES-CONAEVA, SEP-ANUIES. Disponible on line: http://www.ciees.edu.mx/ciees/publicaciones.php

Prilleltensky, I. (1994). *The morals and politics of psychology: Psychological discourse and the status quo*. Albany: State University of New York Press. 283 pp.

Rogers P. (2008). *Using Program Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventios*. Evaluation; 14 (1): 29-48.

Sánchez-Candamio M. (1999). Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. Aten Primaria; 24:487-91.

Santos Guerra M. A. (2001). *Sentido y finalidad de la evaluación de la universidad*. Revista Perspectiva Educacional; 37-38: 9 -33.

Savigny D. y Adam T. (Eds.) (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*. Ginebra: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AIPSS). OMS.

Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions.* Jossey-Bass higher education series. San Francisco: Jossey-Bass. 355 pp.

Scriven, M. (1967). *The methodology of evaluation*. En R. W. Tyler, R. M. Gagne, y M. Scriven (Eds.), Perspectives of curriculum evaluation. Chicago: Rand McNally.

Segura A. y Oñorbe de Torre M. (2010). *Informe SESPAS 2010*. Gaceta Sanitaria; 24 (Suppl 1):19-22.

Senge P. (1990). *The leader´s new work: building learning organizations*. Sloan Management Review; 32 (1): 7-23.

Soriano I. (2008). *La inclusión y transversalización del enfoque de género en la metodología de evaluación de programas y políticas públicas*. Trabajo final del Diploma en Salud Pública y Género. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

Springer J. y Peerbhoy D. (2001). *Evaluation for Community Change. A workbook*.

Stame N. (2010). *What doesn't work? Three failures, many answers*. *Evaluation;*16 (4): 371-387.

Tarsilla M. (2010). *Inclusiveness and Social Justice in Evaluation: Can the Transformative Agenda Really Alter the Status Quo? A Conversation with Donna M. Mertens.* Journal of MultiDisciplinary Evaluation; 6 (14): 1556-8180.

Vedung E. (2010). *Four Waves of Evaluation Diffusion*. *Evaluation;* 16 (3): 263-277.

Wallerstein N (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).

Watkins F., Bendel N., Scott-Samuel A. y Whitehead M. (2002). *Through a glass darkly: what should public health observatories be observing?* Journal of Public Health Medicine; 24 (3): 160-164.

Weiss C. (1997). *Evaluation second edition*. New Jersey: Prentice Hall.

Zimmerman B., Lindberg C. y Plsek P. (1988; 2nd ed 2001). *Edgeware: Insights From Complexity Science for Health Care Leaders.* VHAInc., Irving, Texas.

Zúñiga R. (2004). *La evaluación en la acción social. Autonomías y solidaridades.* Québec. Canadá: Universidad de Montreal.

Zúñiga R. (2009a). *El psicólogo social en la evaluación social de programas. Psicología Social, Evaluación de Programas*. Québec. Canadá: Universidad de Montreal.

Zúñiga R. (2009b). *Resituando la evaluación en le desarrollo local. Evaluación y Desarrollo Local*. Québec. Canadá: Universidad de Montreal.

Anexo I: Viaje a través de las generaciones y olas en la historia de la evaluación

Para comprender cómo la evaluación ha ido avanzando conceptual y metodológicamente a tenor de los movimientos ideológicos, sociales, políticos y económicos, vamos a hacer un breve recorrido por su historia a través de dos visiones simbolizadas en dos metáforas y desde dos regiones del mundo dominantes en el ámbito de la evaluación. Por un lado, las **cuatro generaciones** descritas por Guba y Lincoln en 1989 en Estados Unidos, donde más se ha desarrollado y escrito sobre evaluación, utilizando la metáfora de la generación para capturar la dimensión del tiempo; y por otro, las **cuatro olas** definidas por Evert Vedung (2010), desde Suecia y los países del Atlántico Norte donde también más ha evolucionado el terreno de la evaluación en el contexto europeo[75], empleando asimismo el concepto de ola para representar el paso del tiempo, además de para expresar el hecho de que varias olas han barrido como tsunamis partes del mundo en distintos momentos. Desde ambas miradas se refleja el crecimiento de la evaluación y los cambios experimentados a distintos niveles en el marco histórico del siglo XX.

La **Primera Generación** de la Evaluación, de acuerdo a Guba y Lincoln, es considerada la generación de **"la medida"**, comenzando por las influencias más tempranas de los test escolares utilizados a principios del siglo XX en Estados Unidos. En este período los términos "medida" y "evaluación" pasan a ser utilizados indistintamente. La **Segunda Generación** de la Evaluación es alentada por las propias deficiencias de la primera generación. En los años 30 los estudios de Ralph Tyler en el mismo ámbito de la educación en Estados Unidos dan nacimiento a la **"evaluación del programa"**, estableciéndose los objetivos del programa junto al análisis de las fortalezas y debilidades del mismo. La medida ya no es considerada como equivalente de evaluación, siendo la **descripción a través de los objetivos** lo que caracteriza a la segunda generación de la evaluación, y a Tyler como el "padre de la evaluación". La mayoría de evaluaciones realizadas en España continúan siendo de primera y segunda generación, es decir basadas en la medida meramente cuantitativa o exclusivamente en los objetivos del programa. La **Tercera Generación** de la Evaluación llega como consecuencia de las insuficiencias de la evaluación por objetivos. La evaluación para entonces echa en falta lo que Robert Stake denomina en 1967, la otra cara de la evaluación, **el juicio de valor**, siendo éste justamente lo que caracteriza a la evaluación de tercera

[75] Además de en otros países como Francia.

generación. La llamada a la búsqueda del juicio de valor en la evaluación es impulsada asimismo por Michael Scriven, quien puntualiza paralelamente los problemas que las anteriores generaciones no habían podido resolver, como es la propia necesidad de problematización de los objetivos. Scriven considera objeto de evaluación a todos los efectos provocados por el programa y no sólo a aquellos que estaban previstos inicialmente en su definición, en los objetivos. En el contexto de la tercera generación surge el movimiento de rendición de cuentas de los programas (y de sus responsables) a los contribuyentes.

Cada una de las tres generaciones de la evaluación descritas por Guba y Lincoln representa un avance respecto a la anterior. No obstante, los autores identifican en su conjunto tres falencias importantes: la tendencia a evaluar de acuerdo a la demanda o manera del gestor o administrador responsable del programa, el fracaso en acomodar el pluralismo de valores existentes, y el excesivo compromiso con el paradigma científico o positivista de indagación. Esta aproximación positivista a la evaluación implica una dependencia en métodos cuantitativos de medida, cuyo rigor recae en la dureza de los datos, llegándose a la conclusión de que lo que no puede ser medido no es real. Para resolver las múltiples necesidades de la evaluación, como indagación compleja que es, Guba y Lincoln proponen una vía constructivista o naturalista para la **Evaluación de Cuarta Generación** acuñada por ellos[76]. El enfoque de la misma se organiza alrededor de **las demandas, preocupaciones y problemas que sobre el programa a evaluar identifican los actores** directa o indirectamente involucrados en el mismo. Cada uno de los posibles actores mantendrá diferentes posturas y construcciones con respecto a una determinada demanda, preocupación y problema, que deberá ser debatida y negociada entre los mismos. Todo el proceso constructivista o naturalista de la evaluación de cuarta generación es percibido como educador y empoderador de cada uno de los actores implicados. Esta visión más holística de la evaluación es la que menos se pone en práctica hoy en día, sea porque las demandas de quienes encargan las evaluaciones están estancadas en generaciones previas o por las limitaciones de los contextos en los que se lleva a cabo la evaluación, como veremos en el caso de nuestra evaluación del OSPC.

El recorrido europeo por la historia de la evaluación a través de las **cuatro olas** de

[76] Esta vía constructivista o naturalista implica para comenzar que la evaluación no sea tratada como un proceso científico. De hecho, según aseguran los autores, tratar a la evaluación como tal es no comprender en absoluto su carácter fundamentalmente social, político y valorativo. De esa manera, desde el punto de vista ontológico, el constructivismo niega la existencia de una realidad objetiva, afirmando al contrario, que las realidades son construcciones sociales de la mente y que existen tantas construcciones como individuos.

Vedung comienza más tarde que en Estados Unidos, en los años 50 del siglo pasado, con la **ola científica**, como parte de un movimiento ideológico izquierdista más amplio que pretendía hacer los gobiernos más científicos en sus medidas para erradicar la pobreza y forjar una economía más eficaz y eficiente. Esta ola científica implicaba la utilización de métodos experimentales para alcanzar metas externamente fijadas, desde posiciones admitidamente subjetivas. Pero la ola científica comienza a erosionarse en los años 70 ante los crecientes argumentos de que la evaluación debiera ser participativa y no experimental, y cuya información por tanto debiera provenir de los utilizadores y beneficiarios de la misma, es la **ola orientada al diálogo** (que correspondería a la cuarta generación de Guba y Lincoln). Esta ola dura solo hasta que llega la **ola neoliberal** en los años 80, enfocada en la desregulación de los mercados y la privatización, y en la que la eficiencia se convierte en el criterio dominante, imponiendo los conceptos de rendición de cuentas, análisis costo-beneficio y satisfacción del cliente, pugnando por los modelos de calidad como el EFQM y centrándose en los resultados. Hasta que a mediados de los 90 retorna la experimentación a través del movimiento de la evidencia, que apoya la noción de que lo que importa es lo que funciona, y a lo que funciona se le llama “evidencia”. Esta llamada, por tanto, **ola de la evidencia** es la que barre en ese momento y continúa creciendo en popularidad en la actualidad. Tanto en el campo de la salud pública, como en la educación, el trabajo social, la biodiversidad o la cooperación internacional, se vienen realizando cada vez más revisiones sistemáticas basadas en la evidencia. Los diseños de evaluación en este contexto se puntúan de acuerdo a su habilidad de establecer una relación causa-efecto de las intervenciones. Los estudios experimentales y quasi-experimentales son los más valorados, en detrimento de los estudios de las opiniones de los agentes implicados, que son los menos valorados. Aunque la evaluación de la evidencia utiliza ocasionalmente algunos métodos cualitativos, se considera que este movimiento representa una vuelta a la evaluación científica, digamos que con una nueva imagen. Sin embargo, y a pesar de que la ola de la evidencia se pueda interpretar como un retorno a la ola científica, Vedung puntualiza que ideológica y políticamente ambas son diferentes, dado que mientras la primera ola científica provenía de un movimiento progresista más enfocado en el desarrollo social, la ola de la evidencia responde a una visión socioeconómica más conservadora.

Anexo II: Áreas de actuación y plan de evaluación contenido en el Plan de Actuación 2007-2010

Área I: Investigación y Análisis

I. Objetivo General: Generar nuevo conocimiento sobre el estado de la salud de la población y su acceso a información y servicios sanitarios en Cantabria, analizando las desigualdades en salud en base a: género, edad, clase socio-económica, nivel de discapacidad, cultura, etnia, origen geográfico y país de procedencia.

Objetivos Específicos:

1.1 Estimar tendencias en salud pública que permitan a la Administración Sanitaria prever posibles riesgos y planificar actuaciones

1.2 Desarrollar estudios y proyectos de análisis de las desigualdades en salud en Cantabria

1.3 Explorar y promover colaboraciones con otras entidades y equipos investigadores

1.4 Contribuir al debate en investigación y análisis sobre determinantes sociales y desigualdades en salud en Cantabria

1.5 Analizar el grado y el proceso de integración del enfoque de género en las políticas, planes, programas y servicios de salud de la Consejería de Sanidad

1.6 Emitir recomendaciones en base a resultados de los estudios, para la mejora de políticas, planes, programas y servicios que contemplen la reducción de desigualdades en salud a nivel regional

Actuaciones:

- Identificar áreas de análisis de creciente desarrollo e interés en salud pública de cara a la mejora de problemas incipientes o a proyecciones a medio y largo plazo
- Desarrollo de Diagnóstico sobre la situación de la salud y acceso a servicios de la población inmigrante en Cantabria, identificando necesidades en investigación e intervención
- Analizar el enfoque de género en las políticas de salud de Cantabria, en la cartera de servicios de Atención Primaria y en los planes, programas, servicios e informes de salud de la Dirección General de Salud Pública, y de la Consejería

de Sanidad, así como en las bases de datos disponibles en Cantabria de interés para salud pública

- Evaluar el Plan de Salud para las Mujeres (2004-2007) y analizar la integración de la perspectiva de género en el mismo, contribuyendo al desarrollo del nuevo plan de actuación
- Desarrollar estudio sobre desigualdades en el acceso y utilización de servicios de atención especializada desde la perspectiva de género
- Analizar la Encuesta Nacional de Salud-ENS (muestra de Cantabria) 2006 con enfoque de género y clase social, identificando prioridades en salud de la población y áreas de interés de estudio para salud pública
- Desarrollar estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas del personal de salud en la Atención Primaria en cuanto a las comunicaciones y relaciones con pacientes y su tratamiento, en base a las variables del objetivo general
- Participar en proyectos multicéntricos de investigación

Indicadores[77] :

→ Estudios y proyectos desarrollados sobre las necesidades identificadas por el OSPC y de relevancia para salud pública

→ Acuerdos de colaboración y convenios en investigación con diversas entidades a nivel regional, con otras CCAA y estatal

→ Espacios en los que se ha contribuido a promover el debate y análisis en desigualdades en salud

→ Planes y programas de salud analizados con la perspectiva de género

→ Obstáculos y oportunidades encontradas

→ Nivel de visibilización y seguimiento de prioridades encontradas y recomendaciones emitidas

Área II: Información y Comunicación

II. Objetivo General: Servir como centro de difusión de información y referencia para la diversidad de actores participantes en salud pública (Administración, profesionales, investigadores y la ciudadanía).

Objetivos Específicos:

2.1 Gestionar y mantener una base de datos y un centro de documentación virtual con información útil y de fácil acceso

[77] Los indicadores presentados en cada una de las 4 áreas de actuación son generales. En el transcurso del período de actuación se elaborarán indicadores adicionales (cuantitativos y cualitativos) que brindarán mayor información sobre cada uno de los objetivos específicos de cada área.

2.2 Difundir información relevante e informes especializados a distintos agentes y niveles implicados en la salud pública y a la ciudadanía

2.3 Desarrollar materiales de difusión

2.4 Promover debate con gestores, investigadores, profesionales de la salud y la sociedad civil sobre temas de interés en salud pública, con énfasis en la reducción de desigualdades en salud

Actuaciones:

- Diseñar página Web del OSPC
- Elaborar boletines electrónicos de difusión principalmente a través de la página web y por vía electrónica
- Diseñar materiales informativos y educativos de divulgación a un público diverso
- Editar y difundir resultados de investigaciones y proyectos, tanto propios como de colaboradores, en las temáticas de interés del OSPC y de la Dirección General de Salud Pública.
- Difundir en coordinación con la Dirección General de Salud Pública, informaciones de interés a la ciudadanía a través de los medios de comunicación
- Organizar foros y jornadas especializadas de debate sobre temas de interés en salud pública, con énfasis en la reducción de desigualdades en salud
- Elaborar memorias anuales del OSPC e informe de evaluación 2007-2010

Indicadores:

- → Nivel de divulgación a diversos públicos de la base de datos y el centro de documentación virtual y acceso a los mismos (Nº y tipo de solicitudes individuales o institucionales realizadas)
- → Grado de satisfacción con la calidad de la información ofrecida por el OSPC
- → Tipos de canales de difusión de la información, destinatarios/as principales, comunicados emitidos en medios de comunicación, Nº de Boletines electrónicos
- → Materiales informativos elaborados
- → Publicaciones de informes de resultados de investigaciones y artículos
- → Foros y jornadas especializadas organizadas por el OSPC y evaluación de las mismas por los/las participantes
- → Contribuciones del OSPC en otros espacios de debate, congresos, jornadas técnicas, etc.
- → Memorias anuales e informe de evaluación 2007-2010 del OSPC difundidos

Área III: Formación

III. Objetivo General: Captar necesidades formativas en áreas relevantes a la salud pública y contribuir a la formación continuada del personal sanitario y de otras disciplinas involucradas en la salud pública en Cantabria.

Objetivos Específicos:

3.1 Contribuir a la sensibilización y formación profesional del personal de salud en materia de comunicación e interculturalidad con enfoque de género en salud pública

3.2 Promover la formación en investigación cualitativa con enfoque de género en salud pública

Actuaciones:

- Diseñar en colaboración con otras entidades un plan de sensibilización y formación a través de talleres y seminarios, fundamentalmente dirigidos a profesionales de la salud, sobre estrategias y habilidades en comunicación e interculturalidad con perspectiva de género, edad, clase, etnia y cultura en la salud
- Organizar talleres de formación en investigación cualitativa en salud con enfoque de género

Indicadores:

→ Actuaciones dirigidas a la formación y sensibilización del personal de salud (tanto ejecución, como colaboraciones o diseño de talleres, materiales etc.) para distintos destinatarios/as y niveles

→ Valoración de la sensibilización y/o formación adquirida mediante cuestionario a las/los participantes

→ Módulos formativos en: comunicación e interculturalidad, e investigación cualitativa en salud con enfoque de género

Área IV: Participación

IV. Objetivo General: Fomentar y coordinar colaboraciones y procesos participativos con la diversidad de sectores involucrados en la salud pública de Cantabria.

Objetivos Específicos:

4.1 Crear el Comité Asesor del OSPC y fomentar colaboraciones y vínculos con sus miembros/as y las entidades que representan

4.2 Establecer canales de participación activa con diferentes agentes de la Administración, ámbito académico y asociaciones con el fin de facilitar el flujo de información relevante y promover mayores niveles de implicación en la salud pública de la región

4.3 Crear una red de colaboradores/as a nivel regional, nacional e internacional

4.4 Promover intercambios y vínculos con otros observatorios

Actuaciones:

- Reunir al Comité Asesor dos veces al año en sesión plenaria y crear grupos temáticos de trabajo ad hoc
- Establecer espacios de participación y debate a través de la organización de reuniones y mesas de discusión
- Promover intercambios con colaboradores/as a nivel regional, nacional e internacional
- Participar en proyectos multicéntricos, reuniones inter-sectoriales y foros
- Organizar un foro con observatorios de salud con perspectiva de género y enfoque en políticas de salud, con el fin de compartir experiencias, lecciones aprendidas y estrategias, y fomentar vínculos y colaboraciones

Indicadores:

→ Niveles de participación del Comité Asesor en el OSPC

→ Colaboraciones y proyectos desarrollados con y a través de las/los miembros del Comité (vínculos fomentados, nuevos contactos generados)

→ Operatividad de los grupos temáticos de trabajo

→ Seguimiento por parte del OSPC de las recomendaciones emitidas por el Comité Asesor

→ Canales e instancias de participación promovidas desde el OSPC

→ Representatividad de diversidad de sectores y colectivos en el OSPC

→ Tipos de intercambios de experiencias con otros observatorios, nuevos convenios y vínculos, Nº y tipo de colaboraciones a nivel regional, con otras CCAA, nacional o internacional.

→ Participación en eventos: foros, jornadas, debates, seminarios etc.

Plan de Evaluación

Objetivo General: Desarrollar una evaluación continuada del desempeño del OSPC en base a objetivos e indicadores definidos por cada una de las cuatro áreas de actuación, así como una evaluación del impacto de las intervenciones del OSPC.

La evaluación es la herramienta fundamental para el progreso del OSPC, el espejo que le permite observarse a sí mismo, definir específicamente sus líneas de trabajo y modificar sus estrategias en base al proceso y a los resultados de sus actuaciones y a la valoración cualitativa que emana de la propia evaluación.

La metodología de evaluación se basará en criterios de:

1. Transparencia
2. Participación de las entidades colaboradoras en el proceso evaluativo
3. Consistencia de la visión del Plan de Actuación con cada una de sus áreas, así como con el trabajo interno del equipo y el proceso de crecimiento del OSPC.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar cada una de las cuatro áreas del Plan de Actuación: investigación y análisis, información y comunicación, formación, y participación, en base a los indicadores de proceso y de resultados
2. Evaluar el impacto de las recomendaciones por cada una de las áreas de actuación del OSPC en las instituciones o programas a las que vayan dirigidas
3. Evaluar el proceso interno de desarrollo del equipo y de crecimiento del OSPC

Actuaciones:

- Monitorizar la labor del OSPC por cada una de sus áreas de actuación
- Elaborar indicadores cualitativos que recojan las percepciones de colaboradores del OSPC, empezando por el Comité Asesor, en cuanto al papel del OSPC en la salud pública de la región y su impacto en las políticas y/o programas
- Recoger y sistematizar las recomendaciones del Comité Asesor y de las entidades colaboradoras en cuanto al desarrollo del OSPC
- Analizar de forma continuada las dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades (análisis DAFO) del OSPC

Indicadores Generales:

- → Desempeño y grado de cumplimiento del OSPC, mediante la medición del alcance de los objetivos generales del plan de actuación, así como los específicos y las actividades planificadas/realizadas
- → Definición de batería de indicadores de seguimiento, resultados e impacto (con dimensiones cualitativa y cuantitativas)
- → Percepciones y opiniones de colaboradores/as, y en particular del Comité Asesor, sobre la actuación del OSPC
- → Dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades percibidas y materializadas
- → Lecciones aprendidas para la planificación futura
- → Propuesta de cambios estratégicos y/o programáticos en base a los resultados obtenidos

Planes de evaluación a futuro: Partiendo de la base de que la evaluación tanto de resultados como de proceso y de impacto es fundamental al desarrollo de políticas y programas de salud, pensamos que en la evolución del OSPC podamos desarrollar en un futuro un área de evaluación de los procesos de planificación e implementación de políticas, planes, programas y servicios de salud, así como del progreso del sistema de salud de Cantabria en función de la reducción de desigualdades en salud. Para lo cual será necesario conocer a priori las dificultades y barreras a las que se enfrenta el propio sistema de salud en la elaboración e implementación de nuevas políticas y programas dirigidos a reducir las desigualdades en salud, y desarrollar un plan que cuente con la financiación y los recursos técnicos necesarios.

Anexo III: Matriz de preguntas y ejes temáticos de la evaluación

Preguntas de Evaluación	Ejes Principales	Ejes Secundarios
-¿Cómo trabajamos y valoramos los resultados? individual y equipo -¿Qué competencias necesitamos que no tengamos? -¿Es efectivo y eficiente nuestro proceso de trabajo? -¿Qué hemos aprendido desde el equipo? ¿Qué necesitamos mejorar? -¿Con qué criterios prioriza y define el OSPC las áreas sobre las que empieza a estudiar y hacia dónde mirar? -¿Cómo sabemos que las áreas de intervención seleccionadas están respondiendo a las necesidades de la población? -¿Qué nuevas estrategias, áreas o temas debe emprender? -¿Qué pensamos que puede aportar la evaluación a la evolución del OSPC? Qué oportunidades se abren?	1. Analizar el proceso de generación y gestión de la información y el conocimiento	1.1 Analizar el proceso interno de desarrollo de competencias del equipo y los procesos de implementación del proyecto
-¿Cómo y de dónde consigue el OSPC la información? -¿Qué dificultades tenemos en el acceso a la información? -¿Qué nuevas fuentes necesitamos explorar?		1.2 Evaluar el acceso del OSPC a fuentes de información
-¿Hemos conseguido la participación deseable? ¿Qué es lo deseable? -¿Quiénes están en el Comité Asesor y quiénes deberían estar? -¿Cómo hacer que participe la ciudadanía? -¿En qué medida los distintos agentes valoran su participación? -¿Qué potencialidades y debilidades tiene el CA para desarrollar su función? ¿Cómo ha contribuido el CA? -¿Qué percepción de influencia y credibilidad tiene el CA? -¿Cuál es el potencial de influencia que otorga la Administración Sanitaria a los diferentes actores del CA?		1.3 Analizar los procesos participativos

-¿A quiénes ha llegado la producción del OSPC? -¿Ha llegado a quienes queríamos que llegara? -¿Conoce el personal sanitario y la población, la existencia y el trabajo del OSPC? ¿Visitan la página web? -¿La estrategia de difusión es adecuada? -¿Qué necesidades del OSPC no se han cubierto?		1.4 Analizar la estrategia de difusión de resultados 1.5 Analizar los recursos utilizados: humanos y materiales
-¿Qué actores ha priorizado el OSPC y por qué? -¿Qué estrategia de vertebración de redes ha utilizado el OSPC? -¿Cómo se posiciona el OSPC respecto a los actores con los que interactúa? -¿Estamos legitimados como observatorio? ¿Por parte de quiénes? -¿Qué imagen proyectamos como OSPC? ¿Con qué nivel de solvencia nos perciben los demás? -¿Qué nivel de autonomía goza el OSPC? -¿Por qué los responsables apoyan una política y luego no permiten su desarrollo? -¿Se entiende el OSPC como un órgano técnico establecido más allá de cambios electorales/políticos? -¿En qué le venimos bien a la Consejería?	2. Analizar la posición del OSPC como actor público	2.1 Analizar las relaciones del OSPC con la diversidad de actores 2.2 Analizar la legitimidad del espacio del OSPC y su potencial de actuación
-¿Qué aportes ha hecho el OSPC al conocimiento de los distintos actores/sectores involucrados en Cantabria? -¿Cómo el conocimiento y las actividades que genera el OSPC contribuyen al cambio a nivel individual, grupal o institucional? -¿Quiénes cambiaron? ¿Cómo cambiaron? ¿Si no cambiaron como esperábamos, qué necesitamos hacer diferente para promover ese cambio deseado o para reorientar nuestras expectativas?	3. Analizar la contribución a la salud pública y a las políticas de salud	3.1 Analizar los aprendizajes y los cambios que se han dado entre los distintos actores involucrados y sectores relacionados al OSPC

-¿Cuáles han sido los mayores éxitos? ¿y fracasos? **-¿Qué fortalezas y debilidades tiene el OSPC?** **-¿Cuales han sido las principales dificultades con las que se ha encontrado el OPSC para no poder llevar a cabo los objetivos/actuaciones propuestos en estas áreas?** **-¿Cuáles han sido aquellos objetivos/actuaciones más importantes del Plan de Actuación 2007-2011 que no se han podido llevar a cabo?** **-¿Qué se ha llevado a cabo y no estaba planificado?** **-¿Qué debe seguir haciendo el OSPC? ¿Qué debe dejar de hacer?** **-¿Qué utilización se ha hecho de nuestro trabajo?** **-¿Qué nuevas áreas de trabajo y qué puertas nos ha abierto el trabajo desarrollado a participar en otros espacios, proyectos, etc.?** **-¿En qué áreas prioritarias de salud y atención se ha contribuido y cómo?**		**3.2 Evaluar la contribución de las recomendaciones del OSPC a las instituciones, programas e individuos a los que fueron dirigidas**

Anexo IV: Proyectos realizados por el OSPC

Proyectos realizados	Publicados	Presentados públicamente	Difundidos por el OSPC (en la web, etc..)
2007			
Plan de actuación 2007-2010	X	**9-05-2007**	X
Acceso de la población inmigrante a la Tarjeta Sanitaria Individual en Cantabria			X
2008			
Memoria anual 2007			X
Informe barómetro sanitario 2007			X
Informes y reportes sobre el Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud			X
Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007 de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria	X	**04-02-2009 (público) 12-05-2009 (Parlamento)**	X
2009			
Memoria anual 2008			X
Informe barómetro sanitario 2008			X
"Diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria 2002-2006".			X
Encuesta de Salud de Cantabria 2006	X		X
2010			
Memoria anual 2009			X
Informe Barómetro sanitario 2009			X
Encuesta sobre género y salud a profesionales de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria			X
Análisis de Género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Cantabria			X
Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria	X		X
2011			
Memoria anual 2010			X
Barómetro sanitario 2010			X
Determinantes en salud de la población gitana en Cantabria	X		X
Monografía y Boletín: Sobrepeso y Obesidad en Cantabria			X
Monografía y Boletín: Determinantes de la Salud mental en la población adulta de Cantabria			X
Boletín sobre utilización de servicios en la comunidad autónoma de Cantabria			X
Boletín sobre consumo de medicamentos en la población de Cantabria			X

Anexo V: Ponencias, presentaciones y cursos impartidos por el OSPC

2007

- Curso a gestoras/es, investigadores y profesionales de salud de siete países de Latinoamérica sobre Políticas de Género en Salud. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. 8 al 11 de octubre.
- Presentación del Plan de Actuación del OSPC con motivo de la entrega del Premio Nacional de Investigación en Enfermería en su 9ª edición. El premio y acto fueron patrocinados por el Hospital Marqués de Valdecilla y Caja Cantabria. Santander, 14 de diciembre.
- Jornadas Técnicas sobre Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en África**,** participación en la mesa sobre aborto inseguro**.** Realizadas en el marco del Programa VITA, por la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD), la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Metges del Món y el Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE). Barcelona del 27 de febrero al 3 de marzo.
- Curso de Verano de la Universidad de Cantabria, en Laredo: "Economía de la Salud, Discapacidad y Empleo: Nuevos Retos y Perspectivas", dirigido por David Cantarero y Marta Pascual. Presentación del Plan de Actuación del OSPC en materia de reducción de desigualdades en salud. Laredo, 9 al 13 de julio.
- Organización del "Curso introductorio de investigación cualitativa en salud y sus aplicaciones", celebrado en Santander el 19, 20, 26 y 27 de octubre y el 9, 10, 15 y 16 de noviembre de 2007, con una duración de 48 horas lectivas. Docentes: Cristina Santamarina, Fernando Conde y Milagros Ramasco Gutiérrez
- I Encuentro de Familias Homoparentales organizado por ALEGA y la FELGT con la colaboración de diversos organismos tanto del Gobierno de España como del Gobierno de Cantabria. Facilitación de foro de salud. Santander 19 a 20 de octubre.
- IV Foro Mujeres, Salud y Género organizado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo. Taller de Evaluación de Género en las Políticas y Programas de Salud. Madrid, 6 y 7 de noviembre.

2008

- Curso "Interculturalidad y cooperación en el campo de la salud" organizado por la Agencia Laín Entralgo. Ponencia sobre "Experiencias en proyectos de cooperación y desarrollo en el ámbito de la salud". Madrid, 14 de mayo.
- Organización del "Curso intermedio de investigación cualitativa en salud y sus aplicaciones", celebrado en Santander del 16 de mayo al 20 de junio de 2008, con una duración de 48 horas lectivas. Docentes: Milagros Ramasco Gutiérrez, Fernando Conde y Cristina Santamarina.
- Curso de formación "Elaboración de un protocolo de investigación para profesionales de enfermería". Organizado por el IFIMAV. Santander, Junio.
- Curso de verano de la UNICAN "Conocimientos y Habilidades Prácticas en la Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares". Sesión sobre "La participación en salud: retos para la salud pública". Laredo, 15 de julio.
- Encuentro de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP): "Múltiples identidades, múltiples discriminaciones. La interseccionalidad en la discriminación". Ponencia en la Mesa redonda: "Género, discriminación y

políticas públicas: análisis desde el paradigma de la interseccionalidad". Santander, 19 de agosto.

- Curso de formación "Elaboración de un protocolo de investigación para investigadores emergentes (licenciados y diplomados)" organizado por el IFIMAV. Clase impartida; "Variables del estudio: Selección de las variables; Clasificación de las variables según su papel en el estudio; Definición de las variables; y Medición de las variables". Santander, Octubre.
- Organización del curso "Evaluación de planes, programas y servicios de salud", celebrado en Santander del 8 al 10 octubre y del 12 al 14 noviembre de 2008, con una duración de 60 horas. Docentes: Margarita Pla y Ramón Crespo.
- Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología. Presentación de póster "Diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres de Cantabria 2002-2006". Gerona, 14-16 octubre.
- Curso: "Construyendo políticas en salud orientadas a la equidad de género", organizado por la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Cartagena de Indias, Colombia, 27-31 de octubre.
- Congreso Europeo de Salud Pública de la European Public Health Association. Presentación de póster "Multimethod evaluation of the gender health policy framed in the Women´s Health Plan of the autonomous community of Cantabria, Spain. 2008". Lisboa, 3-6 de noviembre.
- Jornada "La salud de las mujeres y género", organizada por el Consejo de la Mujer en colaboración con la Obra Social Caja Cantabria y la Dirección General de la Mujer. Ponencia sobre "Diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres de Cantabria 2002-2006". Santander, 6 de noviembre.
- Jornadas del Cabildo Insular de Tenerife sobre "Género y Salud: De la invisibilidad a una atención especifica y de calidad". Conferencia sobre: "La calidad de la salud pública: la evaluación desde la perspectiva de género de planes, programas y servicios de salud". Tenerife, 13 y 14 de noviembre.
- Seminario en la Escuela Universitaria de Enfermería sobre desigualdades en salud. Santander, 19 de noviembre.

2009

- Jornadas Seguridad y Mujeres, Una mirada crítica desde el género. Participación en mesa sobre "Algunas reflexiones sobre la inseguridad, el espacio privado y personal. Santander, 18 y 19 de febrero.
- XIII Congreso SESPAS. Mesa Políticas de Salud y participación ciudadana, Presentación de ponencia: "Participación de stakeholders en la Evaluación del Plan de salud para las mujeres 2004-07 en Cantabria". Sevilla, 5 de marzo.
- Presentación sobre metodología de evaluación de planes, programas y servicios de salud pública. DGSP. Santander, 17 de marzo.
- VII Xornadas Sensibilización Arteixo: Jornadas sobre Inmigración y Salud. Ponencia sobre "Análisis de los determinantes sociales de la salud y del acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante: El ejemplo de Cantabria". A Coruña, 17 de abril.
- Diploma de Especialización en Salud Publica y Genero de la Escuela Nacional de Sanidad dentro del convenio de colaboración establecido con el Instituto de la Mujer y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Presentación sobre la Evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres de Cantabria. Madrid, 22 de abril.
- 12th World Congress on Public Health. Ponencia: "Challenging the Health System of the Autonomous Community of Cantabria in Spain: Evaluation of

An Innovative Gender Health Policy Framed in the Women´s Health Plan". Estambul, Turquía, 27 de abril a 1 de mayo.

- Jornada de la Red AUPA de Centros de Atención Primaria de Cataluña: "¿Qué aportan desde la salud comunitaria?". Institut de Estudis de la Salut. Participación comentarios sobre presentaciones de experiencias. Barcelona, 7 de mayo.
- VI Conferencia de Evaluación de Políticas Públicas, organizadas por la Sociedad Española de Evaluación y por el Institut de Govern i Polítiques Públiques. Presentación "Retos y oportunidades de la evaluación participativa: la Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres del Gobierno de Cantabria". Barcelona, 6-8 de mayo.
- Foro Internacional de Alto Nivel sobre Salud Sexual y Reproductiva, patrocinado por la Vicepresidencia del Gobierno de España y organizado por la AECID, FNUAP, UNIFEM y Grupo GIE. Presentación y participación en debates. Madrid, 22 al 24 de junio.
- Red de Mujeres Africanas y Españolas: Lanzamiento y Primera Reunión del Grupo de Trabajo de la Salud. Organizado contiguamente al Foro sobre Salud Sexual y Reproductiva. Presentación en la mesa: "Experiencias adquiridas a partir de las intervenciones llevadas a cabo a nivel nacional en pos de la igualdad de género y de los derechos de las mujeres a la salud sexual y reproductiva". Madrid, 22, 24 y 25 de junio de 2009.
- Jornadas formativas sobre Evaluación de Políticas Públicas. Presentación de la Experiencia de la Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres del Gobierno de Cantabria. Málaga, 23 al 25 de junio.
- Encuentro en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP): "Mujer y estrategias de salud. salud y género las mujeres en la toma de decisiones en salud". Participación en la mesa redonda "Los nuevos derechos del paciente. Hacia un paciente formado e informado". Santander, 16 de julio de 2009.
- XIV Encuentro de Salud y Genero. Presentación sobre: La evaluación como instrumento facilitador de la incorporación de la perspectiva de género a los planes de salud. Cáceres, 30 de septiembre.
- Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Presentación de la comunicación oral "Diferencias en salud percibida y utilización de servicios sanitarios por sexo y clase social en Cantabria". Zaragoza, 28-30 octubre.
- Jornada sobre "La salud y los derechos sexuales y reproductivos", organizado por la Federación de Planificación Familiar. Presentación sobre Perfiles de la inmigración en relación a la salud. Escuela Universitaria de Enfermería, Santander, 16 de diciembre.
- Curso Políticas de Género en Salud. Organizado por el Ministerio de Sanidad y la AECID, con la colaboración de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Antigua, Guatemala. 3-6 de Noviembre.

2010

- Jornadas "Ayuda eficaz para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos: desafíos de un sector en cambio". Organizado por Red ACTIVAS y Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor, con el patrocinio de UNIFEM y del Gobierno de España. Presentación y participación en debates. Madrid, 15 y 16 de abril.
- Curso de introducción a la metodología de la investigación del IFIMAV. Clase impartida sobre "Variabilidad de las mediciones y diseño de cuestionarios". IFIMAV. Santander, 19 de mayo.
- IX Conferencia Internacional de la Sociedad Europea de Evaluación: "Evaluation in the Public Interest – Participation, Politics and Policy". Ponencia sobre: "Evaluation of a Gender Health Policy framed in the

Women´s Health Plan of the Autonomous Community of Cantabria in Spain". Praga, República Checa. 6 al 8 de octubre.

- Jornada para la Salud de las Mujeres. Presentación sobre: "Lo que tenemos en común y lo que nos hace diferentes: ¿Cómo pensamos y percibimos la salud las mujeres y los hombres?". Espacio de Mujeres de Camargo. Camargo, 25 de octubre.
- XXVIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Presentación de la comunicación oral:"Clase social y exceso de peso en la población adulta de Cantabria" y del poster: "Diferencias de género en la salud mental en las personas adultas en Cantabria". Valencia, del 27 al 29 de octubre de 2010.
- II Conferencia Europea de Salud Pública: "Integrated Public Health". Presentación sobre: "What do we have in common, what makes us unique?: reflections from a forum of observatories focused on gender health inequities". Cantabria, Spain. 2008-2009". Ámsterdam, Holanda. 10 a 13 de noviembre.
- Jornada de Enfermería en la Educación y Cooperación al Desarrollo. Organizada por la Fundación Salud y Sociedad y Enfermeras para el Mundo. Ponencia: "Género e interculturalidad: ejes para el desarrollo en salud". Santander, 24 de Noviembre de 2010.
- Talleres sobre: "Mujeres y Salud", Programa REDACTIVAS. Dirección General de la Mujer. Potes, 2 de diciembre, Torrelavega, 16 de diciembre, Camargo, 22 de diciembre.
- Presentación de la Campaña por los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Organizada por la Federación de Planificación Familiar Estatal. Presentación en la mesa redonda constituida para la misma. Santander, 14 de diciembre.
- Curso del Master de Género de la Universidad de Cantabria. Unidad de Igualdad de Género. UNICAN, Santander, 6 de marzo.
- Charla sobre salud en AMICA. Torrelavega, 24 de marzo.
- Clase sobre evaluación para el tercer curso de enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. UNICAN. Santander, 29 de octubre de 2010.
- Seminario sobre inmigración y salud. Nueva York, 12 al 14 de abril.

Anexo VI: Fortalezas y debilidades de los Observatorios de Latinoamérica y de la Península Ibérica

En el siguiente cuadro se reflejan algunas de las principales fortalezas y debilidades de los observatorios de Latinoamérica y de la Península Ibérica. En amarillo se resaltan las compartidas por el OSPC con los observatorios latinoamericanos, teniendo en cuenta que compartimos igualmente las de los observatorios de nuestro país.

FORTALEZAS

Observatorios de Latino-América:

- Autonomía del Estado para la toma de decisiones, ejecución de los proyectos y evaluación del impacto en las políticas.
- Alianzas con diferentes actores (academia, sociedad civil, redes).
- Gestión participativa.
- Legitimidad/reconocimiento.
- Influencia en órganos decisorios.
- Están conformados por equipos interdisciplinarios.
- Trabajo con multiplicidad de actores.
- Incidencia en diversidad de escenarios (local, regional, provincial, nacional).

Observatorios de la Península ibérica:

- Contribución con información relevante para decisiones de efectores/políticos.
- Efectividad de los equipos (conformados por pocas personas pero muy productivas).
- Accesibilidad a la información y facilitar su recuperación.
- Construcción de herramientas.
- Concreción de alianzas.
- Utilización de diversas estrategias de difusión.

DEBILIDADES

Observatorios de Latino-América:

- Discontinuidades en las coyunturas políticas.
- Vacíos de información y dificultad de acceso a la existente.
- Escasez de equipo humano.
- Escasez de recursos de financiación.
- Dependencia de financiación externa.

Observatorios de la Península ibérica:

- Volubilidad política.
- Escaso control de las dependencias del Estado sobre las temáticas.
- Convertirse en oficinas técnicas, que se institucionalicen.
- Dificultad de evaluar el impacto.
- Dificultad en la ampliación de base para la participación.

Agradecimientos

❖ A las compañeras y compañeros que han formado parte del equipo del OSPC:

- ❖ Cordera, Rubén. Becario
- ❖ Farfán, Tatiana. Pasante del Instituto Complutense de Estudios Internacionales
- ❖ Gómez Estébanez, Cristina. Colaboradora
- ❖ Pérez, Ana. Técnica Superior, OSPC
- ❖ Ramos, Álvaro. Pasante de la Escuela Universitaria de Enfermería. UNICAN
- ❖ Sosinski, Olga Halina. Pasante del Georgia Institute of Technology

❖ A las personas que han integrado el Comité Asesor:

- ❖ Arruti, Mar. Presidenta de Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE CANTABRIA).
- ❖ Cabo, Mª José. Directora Técnica de Programas y Servicios de la Asociación de Personas con Discapacidades de Cantabria (AMICA).
- ❖ Caicedo, Ángela. Psicóloga, asesora en género e interculturalidad.
- ❖ Cantarero Prieto, David. Vicedecano y profesor de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Cantabria (UNICAN).
- ❖ Cardeñoso, Rocío. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria representante de la Sociedad de Enfermería Comunitaria, enfermera de AP.
- ❖ Cerrajería, Maite. Representante de la Asociación para Ayuda a las Mujeres con Cáncer de Mama de Cantabria (AMMUCAN).
- ❖ Cuesta, Mª Jesús. Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Puertochico. Servicio Cántabro de Salud (SCS).
- ❖ Estébanez, Ana. Trabajadora Social, COF “La Cagiga”, SCS.
- ❖ Fernández, Iñigo. Jefe de Salud Laboral, Dirección General de Salud Pública (DGSP).
- ❖ Galán, Manuel. Jefe de Servicio de Salud Pública, DGSP.
- ❖ Gallego, Puerto. Alcaldesa de Santoña, Comisión de Sanidad de la Federación de Municipios de Cantabria.
- ❖ Gimon, Antonia. Presidenta de la Asociación de Mujeres con Cáncer de Mama de Cantabria, AMMUCAN.
- ❖ Herrera, Susana. Representante de la Asociación Cantabria Acoge.
- ❖ Higuera, Ángela. Jefa de Sección, Servicio de Drogodependencias, DGSP.
- ❖ Llorca, Javier. Decano y profesor de la Facultad de Medicina, UNICAN.
- ❖ López Ochoa, Pablo. Director, Observatorio de Infancia, DG de Políticas Sociales.
- ❖ Martínez Bueno, Helena. Coordinadora de la Unidad de Igualdad, Dirección General de la Mujer, Vicepresidencia del Gobierno de Cantabria.
- ❖ Narváez, Carmen. Directora Técnica de Programas y Servicios de AMICA.
- ❖ Nespral, Celia. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería. UNICAN.
- ❖ Plà, Margarita. Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona (Fundación Dr. Robert).
- ❖ Puente Martínez, Dolores. Técnica de la Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria.
- ❖ Quijano, Ana. Mediadora y presidenta de la Asociación Nueva Gente.
- ❖ Ramasco, Milagros. Jefa de Sección de Intervención Pública, Servicio de Promoción de la Salud, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

- Richard, Carlos. Director del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV).
- Rodriguez Martínez, José Ángel. Técnico, DG de Políticas Sociales.
- Rodríguez, Carmen. Presidenta de la Sociedad de Pediatría Extra-hospitalaria y de AP, pediatra del Centro de Salud Dávila.
- Rosental, Perla. Presidenta de la Asociación de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales de Cantabria, ALEGA.
- Ruiz-Tagle, Mª Ángeles. Presidenta de la Asociación Consuelo Berges, Facultativa del HUMV.
- Sáiz, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Sánchez, Pascual. Coordinador, Unidad de Apoyo Metodológico del IFIMAV.
- Sánchez-Movellán, Mar. Jefa de Sección de Salud de la Mujer, DGSP.
- Solas, Olga. Jefa del Observatorio de Salud de Castilla-La Mancha, FISCAM
- Tazón, Alfonso. Presidente, CERMI y ASCASAM.
- Trueba Calatayud, Lola. Colaboradora de la Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria.
- Valiente, Maria Luisa. Representante de la Sociedad Española de Medicina de Familia, Coordinadora del Programa de Paliativos de la DGSP.
- Vázquez-Barquero, José Luis. Jefe de la Unidad de Investigación de Psiquiatría, HUMV, profesor de la Facultad de Medicina. UNICAN.

A las/os participantes en los foros organizados por el OSPC:

Foro Iberoamericano de Observatorios de Salud:

- A las personas representantes de asociaciones y ciudadanía cántabra
- Arminchiardi, Susana. Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos, INSGENAR (Argentina).
- Arroyo Cortés, Elga. Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche (Chile).
- Borrell, Carme. Observatorio de la Salud Pública de Barcelona, Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- Calderón, Leonor. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Representante para América Latina y el Caribe.
- Cascant, Lorena. Observatorio de Desigualdades en Salud, CIBERESP.
- Castañeda, Sandra. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).
- Chapman, Evelina. Observatorio de Salud Reproductiva de Argentina.
- Checa, Susana. Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales – CONDERS (Argentina).
- Eguiguren, Pamela. Observatorio de Equidad de Género en Salud (Chile).
- Escoval, Ana. Observatorio Portugués de Sistemas de Salud, Escuela de Salud Pública de Portugal.
- Ezcurra, Enrique. Coordinador para las Américas del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación: Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- Fernández Díaz, José. Servicio de Salud del Principado de Asturias y Médicos del Mundo.
- García Bastante, Yedra. Médicos del Mundo.
- García Sánchez, Inés. Observatorio de Salud en Europa, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García, Ana Mª. Observatorio de Salud Laboral, Universidad Pompeu Fabra.
- Gil, Diana. Observatorio de Políticas Públicas y Salud, Universidad de Alicante.
- González, Ana Cristina. Asesora de la Oficina Técnica para Latinoamérica de la OMS.
- Hormiga Sánchez, Claudia Milena. Observatorio de Salud Pública de Santander (Colombia).

- Jirón, Matilde. Observatorio Nicaragüense de Salud de la Mujer (ONSM).
- López, Alejandra. Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva (Uruguay).
- López, Rosa. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Martínez Bueno, Helena. Coordinadora de la Unidad de Igualdad de Género, Dirección General de la Mujer, Gobierno de Cantabria.
- Narváez, Sylvia. Observatorio Nicaragüense de Salud de la Mujer (ONSM).
- Omeir, Darlene. Observatorio Nicaragüense de Salud de la Mujer (ONSM).
- Ortiz Martínez, Rafael Gustavo. Observatorio de Salud Pública de Santander (Colombia).
- Petrera, Margarita. Observatorio de la Salud (Perú).
- Plà, Margarita. Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ramasco, Milagros. Jefa de Sección de Intervención Pública, Servicio de Promoción de la Salud, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.
- Saiz, Isabel. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Solas, Olga. Observatorio de Salud de Castilla-La Mancha, FISCAM.
- Tapia, Emiliana. Grupo de interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE).
- Valladares, Eliette. Observatorio Nicaragüense de Salud de la Mujer (ONSM).

Foros del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres

- A la ciudadanía cántabra
- Caicedo, Angela. Cantabria Acoge.
- Cerrajeria, Maite. AMUCCAM.
- Gallego, Puerto. Alcaldesa de Santoña, Federación de Municipios de Cantabria.
- Gutiérrez, Nieves. Asociación de Mujeres de los Pueblos de Cantabria.
- Martínez Bueno, Helena. Unidad de Igualdad de Género, DGM.
- Narváez, Carmen. COCEMFE.
- Pelayo San Emeterio, Henar. Asociación de Emprendedoras en el Medio.
- Plà, Margarita. Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rohlfs, Rebeca. Directora del Centro ALBAM de Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil.
- Rosental, Perla. ALEGA.
- Vázquez, Aurora. Asociación de Mujeres Gitanas Progresistas.

A las/los docentes y participantes en los cursos y seminarios organizados por el OSPC:

Docentes

- Conde, Fernando. Director del CIMOP.
- Crespo, Ramón. Investigador de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert.
- García Riolobos, Carmen. Técnica del Servicio de Evaluación de Salud Pública. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.
- Mazarrasa, Lucía. Jefa de Sección de Salud y Desarrollo Internacional, de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.
- Morán Arribas, Mónica. Técnica de Salud Pública de la Sección de Evaluación del Servicio de Programas de Salud Pública. Subdirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

- Peiró, Rosana. Técnica de Salud Pública. Oficina del Plan del Cáncer. Dirección General de Salud Pública, Centro Superior de Investigación en Salud Pública.
- Pernas, Begoña. Gerente Senior de Evaluación. Red2Red.
- Plà, Margarita. Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona (Fundación Dr. Robert).
- Ramasco, Milagros. Jefa de Sección de Intervención Pública, Servicio de Promoción de la Salud, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.
- Ribes, Fanny. Encargada de la Biblioteca Universitaria Marques de Valdecilla. IFIMAV.
- Rodríguez, Maica. Técnica de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- Rohlfs, Izabella. Consultora en género y salud. Técnica de la Unidad de planificación del CatSalut Región Sanitaria Girona.
- Santamarina Vaccari, Cristina. Directora docente del CIMOP.
- Viladrich, Anahí. Hunter College City University of New York.

Participantes

- A las/los profesionales de los distintos sectores, asociaciones y ciudadanía
- Agudo Tirado, Mª Jesus
- Ajo Bolado, Purificación
- Alconero, Ana Rosa
- Alvarez García, Mª Paz
- Alvarez Gutierrez, Lourdes
- Alvarez, Lurdes
- Arribas Gómez, Mª Carmen
- Beltran, Cristina
- Blanco, Sandra
- Brugos Llamazares, Verónica
- Campos Nieto, Adoración
- Colomo, Luis -SUAP Castro-
- Cuesta, Mª Jesús
- Díaz Iglesias, Marta
- Dominguez Roncero, Mª Jose
- Elena Sinobas, Pilar
- Estébanez, Ana
- Fernandez Acebo, Margarita
- Fernández Diego, Mª Consuelo
- Fernández Fernández, Mª Luz
- Fernandez, Susana
- Fontecha Cuetos, María Teresa
- Galán Cuesta, Manuel
- Gayoso Rodrigue, Mª Sonia
- Gil Urquiza, María Teresa
- Gómez Acebo, Inés
- Gonzalez Puentes, Mª Mercedes
- Gutiérrez Cruz, Alexandra
- Gutierrez García, Leticia
- Gutierrez, Belen
- Herrera, Pedro
- Herrero, María Dolores
- Higuera Soldevilla, Angela
- Lanza Saiz, Ricardo
- López Ochoa, Pablo
- Lopez, María
- Madrazo Perez, María
- Nespral, Celia
- Nogal, Juan Carlos

- Novo Robledo, Inmaculada
- Oloriz Rivas, María Rosario
- Ortiz Gonzalez, Mª Guiomar
- Otero, Soraya
- Pérez del Oso, Mª del Carmen
- Perez, Flora
- Prior Vargas, Susana
- Quintana Pantaleón, Rosario
- Rayón, Oscar
- Rodríguez Fernández, Carmen
- Rosental, Perla
- Ruiz Lancina Yolanda
- Sánchez San Martín, Carmen
- Sanchon Macias, Maria Visitacion
- Santos Abaunza, Mª Pilar
- Santos Sainz, José Francisco
- Valiente Millán, Luisa
- Villota, Rosario
- Wallmann, Reinhard

A las personas que han colaborado y participado en los diferentes estudios del OSPC

Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007 de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria

Colaborador/as en la evaluación

- Crespo, Ramón. Investigador de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert.
- Mena, María. Investigadora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert.
- Plá, Margarita. Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona (Fundación Dr. Robert).

Comisión de seguimiento

- Aja, Purificación. Técnica de la Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.
- Barreda, Marta. Técnica de la Gerencia de Atención Primaria de Torrelavega-Reinosa-GAP2- SCS.
- Cloux, Javier. Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Santander-Laredo -GAP1.
- Estébanez, Ana. Trabajadora Social Centro de Planificación Familiar La Cagiga.
- Fernández, Susana. Técnica del Servicio de Atención Primaria de la Subdirección de Asistencia Sanitaria del SCS.
- Martínez, Helena. Coordinadora de la Unidad de Igualdad de Género, Dirección General de la Mujer.
- Muñoz, Pedro. Técnico de salud. GAP1.
- Rohlfs, Izabella. Consultora en género y salud. Técnica de la Unidad de planificación del CatSalut Región Sanitaria Girona.
- Sánchez Movellán, Mar. Coordinadora de la Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.
- Santos, José Francisco. Técnico de la Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.
- Sastre, Concha. Técnica de la Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.

Participantes y facilitadoras/es del proceso de evaluación:

- 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.
- 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.
- Jefe de Servicio, Jefes de Sección, y Técnicos de la DGSP de la Consejería de Sanidad de Cantabria.
- Gerentes y Directores y Subdirectores Médicos y de Enfermería de las Gerencias de Atención Primaria y de Especializada, Subdirector de Asistencia Sanitaria y Técnicos del SCS.
- 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-Miera, CS Santoña. CS Laredo).
- Supervisora y Personal de Enfermería de la Planta de Gineco-obstetricia 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, con diferentes perfiles profesionales (médico coordinador del centro, psicólogo, personal de enfermería, trabajadora social).

Estudio sobre diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres en Cantabria

Colaborador/as en el estudio

- Bilbao, José Luis. Gerente Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. SCS.
- Herrera, Sara. Investigadora de la Unidad de Investigación en Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Rodríguez, Maica. Técnica de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Facilitadores

- Rojo, Fernando. Sistemas de información. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Marqués de Valdecilla. SCS.

- Sáez, Ricardo. Jefe del Servicio de Informática del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. SCS.

Encuesta de Salud de Cantabria 2006 - ESCAN06-

- Cantarero, David. Profesor titular en el Área de Economía Aplicada de UNICAN
- Galán, Manuel. Jefe de Servicio de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- García Ferruelo, Margarita. Subdirectora General Adjunta. Subdirección General de Estadísticas y Análisis Sociales. Instituto Nacional de Estadística.
- Herrera, Sara. Investigadora de la Unidad de Investigación en Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. SCS.
- La Parra Casado, Daniel. Profesor del Departamento de Sociología de la Universidad de Alicante.
- Llorca, Javier. Decano de la Facultad de Medicina y Profesor titular en el Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas de la Universidad de Cantabria
- López, Mª Eugenia. Subdirectora de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- Luis Rivas, Isabel. Técnica, Sección de Cartografía. Servicio de Planificación Territorial y Urbanística. Dirección General de Ordenación del Territorio y Urbanismo. Gobierno de Cantabria.
- Pascual, Marta. Profesora titular en el Área de Economía Aplicada de la Universidad de Cantabria.
- Pérez Giménez, Roser. Profesora de l'Escola Universitària Creu Roja. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rodríguez, Carmen. Coordinadora de la Encuesta Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria

Colaborador en el estudio
- Conde, Fernando. Director del CIMOP.

Participantes y facilitadoras/es
- A las mujeres y hombres inmigrantes que participaron en las entrevistas y grupos de discusión.
- A las asociaciones de inmigrantes y a las entidades sociales que proveen servicios a la población inmigrante.
- Acón, Mª Dolores. Subdirectora de Gestión. Hospital Sierrallana. SCS.
- Arroyo, Alberto. Técnicos del Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria. Servicio Público de Empleo Estatal.
- Bilbao, José Luis. Gerente del Hospital Marqués de Valdecilla. SCS.
- Caicedo, Ángela. Psicóloga. Cantabria Acoge.
- Campo, Lorena. Técnica socio-demográficas del Instituto Cántabro de Estadística.
- Castillo, Yolanda. Secretaria de Políticas Sociales Mujer e Inmigración. CCOO Cantabria y equipo del Centro de Información de Trabajadores Extranjeros.
- Celorio, Blanca. Jefa de Negociado de Siniestralidad Laboral. Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo. Consejería de Empleo y Bienestar Social.
- Del Pozo, Lorena. Jefe (actual) de la Oficina de Extranjeros. Delegación de Gobierno en Cantabria.
- Elicegui, Ignacio. Técnico del Servicio de Informática. Hospital Comarcal de Laredo. SCS.
- Estébanez, Ana. Trabajadora Social, COF "La Cagiga", SCS.

- Fernández, Iñigo. Jefe de Sección de Salud Laboral. DGSP.
- Gallastegui, Adelia. Jefa del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Comarcal de Laredo. SCS.
- Gutiérrez, Ramón. Técnico del Servicio de Informática. Hospital Marqués de Valdecilla. SCS.
- Herrera, Pedro. Supervisor de Enfermería. Área de Calidad, Docencia, Formación e Investigación.
- Luis Rivas, Isabel. Técnica Sección de Cartografía. Dirección General de Protección Civil. Gobierno de Cantabria.
- Martínez, Raúl. Técnico Superior de Sistemas y Tecnologías de la Información. Hospital Sierrallana. SCS.
- Montero, Justa. Técnica. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE).
- Nieto, Laura. Técnica socio-demográficas del Instituto Cántabro de Estadística.
- Pequeño, Juan Antonio. Técnico del Servicio de Informática.
- Rioz, Nieves. Técnicos del Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria. Servicio Público de Empleo Estatal.
- Rojo, Fernando. Sistemas de información. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Marqués de Valdecilla. SCS.
- Sáez, Ricardo. Jefe del Servicio de Informática. Hospital Marqués de Valdecilla. SCS.
- Tato, María Luisa. Técnica del SCS.
- Tolosa, José Miguel. Jefe (anterior) de la Oficina de Extranjeros. Delegación de Gobierno en Cantabria.
- Villalba, Asunción. Secretaria de Políticas Sociales UGT Cantabria y equipo del Centro Guía Migraciones. UGT Cantabria.
- Profesionales médicos inmigrantes.
- A todas las Gerencias de Atención Primaria – GAP - Santander-Laredo y Torrelavega-Reinosa del SCS
  - Gerentes, Directores, Subdirección Médica y de Enfermería.
  - Coordinadores de todos los Centros de Salud de Atención Primaria – CAP- y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria – SUAP -.
  - Profesionales Médicos, Enfermería, Trabajo Social y Personal Administrativo de todos los CAP.
- A los Hospitales de Sierrallana, Laredo y Valdecilla
  - Gerencia, Dirección, Subdirección Médica y de Enfermería.
  - Profesionales Médicos de Urgencias y Hospitalización.
  - Profesionales de Enfermería de Urgencias y Hospitalización.
  - Profesionales de Trabajo Social.
  - Personal Administrativo.
- Gerentes, Directores y Subdirectores Médicos y de Enfermería, así como profesionales médicos y de enfermería y personal administrativo de las Gerencias y los centros de Atención Especializada.
- A las unidades de Salud Mental.
- A todo el personal de la Cagiga.

A las expertas en la temática

- Aerny Perreten, Nicole. Dirección General de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Ramasco, Milagros. Jefa de Sección de Intervención Pública, Servicio de Promoción de la Salud, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

❖ Encuesta sobre género y salud a profesionales de la Consejería de Sanidad del gobierno de Cantabria

- A las/los gestores, técnicos/as y profesionales de salud de AP que participaron en la encuesta.
- Ajo, Purificación. Técnica de Sección de Salud de la Mujer, DGSP.
- Amo, Mercedes. Técnica investigadora. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
- Andrés Mantecón, Fernándo. Medico. CS "Campoo" Reinosa.
- Angeles Plaza, Maria. Medica. CS "Altamira". Consultorio Santillana.
- Armentia González, Iciar. Enfermera CS "El Zapaton". Torrelavega.
- Barreda, Marta. Técnica Gerencia de Atención Primaria de Torrelavega-Reinosa.
- Cabré. Montserrat. Profesora investigadora. Facultad de Medicina. UNICAN.
- Cardeñoso, Rocío. Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Castelao, María. Técnica de la Unidad de Igualdad de Género, Dirección General de la Mujer.
- Crespo, Ramón. Investigador de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert.
- Elena Sinobas, Pilar. Coordinadora de investigación. Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Estébanez, Ana. Trabajadora Social, COF "La Cagiga", SCS.
- Martínez Bueno, Helena. Coordinadora de la Unidad de Igualdad de Género Dirección General de la Mujer.
- Nespral, Celia. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería. UNICAN
- Paris, Begoña. Enfermera del CS de El Alisal.
- Peiró, Rosana. Técnica de Salud Pública. Oficina del Plan del Cáncer. DGSP, Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia.
- Pérez, Roser. Profesora de l'Escola Universitària Creu Roja. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Pla, Marga. Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert.
- Ramasco, Milagros. Responsable del Programa de Salud Pública en Colectivos Vulnerables, Servicio de Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad, Madrid.
- Rodriguez, Santiago. Director General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- Rohlfs, Izabella. Consultora en género y salud. Técnica de la Unidad de planificación del CatSalut Región Sanitaria Girona.
- Ruiz Tagle, Mª Angeles. Presidenta de la Asociación Consuelo Berges.
- Sánchez Movellan, Mar. Jefa de Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.
- Santos, Jose Francisco. Técnico de Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.
- Solas, Olga. Jefa del Observatorio de Salud de Castilla-La Mancha, FISCAM.

❖ Análisis de Género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Cantabria

Participantes del Grupo de Trabajo

- Delgado, Ana. Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Elena Sinobas, Pilar. Coordinadora de investigación. Colegio de Enfermería de Cantabria.
- Estébanez, Ana. Trabajadora Social, COF "La Cagiga", SCS.
- López, Marta. Médica de Familia y Técnica del SCS.
- Martínez Bueno, Helena. Coordinadora de la Unidad de Igualdad de Género Dirección General de la Mujer.
- Pla, Marga. Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert.

- Ramasco, Milagros. Responsable del Programa de Salud Pública en colectivos vulnerables del Servicio de Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad de Madrid.
- Rodriguez, Susana. Médica de AP. SCS.
- Santos, Jose Francisco. Técnico de Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.
- A Sara Velasco por su apoyo.

Estudio sobre determinantes en salud de la población gitana en Cantabria

Colaborador en el estudio
- Seoane, Luis. investigador social.

Comisión de Seguimiento
- Alonso, Jaime. Coordinador del Programa de Absentismo Escolar de la Consejería de Educación.
- Borja, Ramón. Presidente de la Asociación la Rueda del Carro de Torrelavega, representante de la Junta Directiva de la Plataforma.
- Duval, Séfora. Mediadora de la Asociación Gitanos de Hoy.
- García Alonso, Jose Luis. Coordinador del Programa de Absentismo Escolar de Torrelavega y secretario de la Asociación Rueda del Carro.
- Jiménez, Carmen. Mediadora de la Asociación Gitanos de Hoy.
- Jiménez, Estrella. Colaboradora de la Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria.
- Paris, Begoña. Enfermera del Centro de Salud de El Alisal.
- Puente Martínez, Dolores. Técnica de la Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria.
- Trueba Calatayud, Dolores. Colaboradora de la Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria.
- Vargas, Juan. Mediador de la Asociación Gitanos de Hoy.
- Vázquez, Aurora. Presidenta de la Asociación de Mujeres Gitanas Progresistas.
- Zamora, Marta. Técnica coordinadora de la Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria.

Participantes
- A las mujeres y hombres gitanos de todas las edades que participaron en las entrevistas y grupos de discusión y contribuyeron inmensamente a la investigación.
- A las/los profesionales médicos, de enfermería, matronas y trabajadoras sociales de los centros de salud participantes:
  - Centro de Salud de El Alisal
  - Centro de Salud de Cazoña
  - Centro de Salud de Isabel II
  - Centro de Salud de Santoña y Servicio de Urgencias de Atención Primaria
  - Hospital Sierrallana
  - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
  - Unidad Ambulatoria de Drogodependencias (UAD) Santander
  - UAD Torrelavega
- A las y los presidentes, miembros y equipo técnico y voluntario de las Asociaciones:
  - Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria
  - Gitanos de Hoy
  - Asociación de Mujeres Gitanas Progresistas de Cantabria
  - Fundación Secretariado Gitano
- A las/los docentes de los Colegios públicos participantes:
  - Gerardo Diego

- Jesús Cancio
- La Anunciación
- María Sanz de Santuola
- Eloy Villanueva
- Leonardo Torres Quevedo
- IES Albericia
- IES Alisal
- IES Cantabria

❖ A los técnicos de las Unidades de Trabajo Social (UTS) del Ayuntamiento de Santander: Centro y Cazoña.

❖ A la Asociación Gitana de Asturias UNGA y a la Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra Gaz Kalo, por su colaboración e inspiración.

A la experta en la temática

❖ Ramasco, Milagros. Responsable del Programa de Salud Pública en Colectivos Vulnerables, Dirección General de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

❖ Instituciones y Entidades con las que nos hemos relacionado y colaborado

❖ Agencia de Salud Pública de Barcelona
❖ Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
❖ Agencia Laín Entralgo
❖ Biblioteca Universitaria Marques de Valdecilla
❖ Cabildo Insular de Tenerife
❖ Cátedra de Investigación Cualitativa de la UAB
❖ CatSalut
❖ CC.OO. de Cantabria
❖ Centro ALBAM de Belo Horizonte. Brasil
❖ Centros de Salud Pública de Alzara y Valencia
❖ Centro Superior de Investigación en Salud Pública de Valencia
❖ CIMOP - Instituto de Comunicación, Imagen y Opinión Pública
❖ Colegio de Enfermería de Cantabria
❖ Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria
❖ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
❖ Consejería de Salud de Madrid
❖ Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria
❖ Departamento de Sociología de la Universidad de Alicante
❖ Dirección General de Asuntos Europeos y Cooperación al Desarrollo del Gobierno de Cantabria
❖ Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria
❖ Dirección General de Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria
❖ Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Valencia
❖ Escuela Andaluza de Salud Pública
❖ Escuela Nacional de Sanidad
❖ Federación de municipios de Cantabria
❖ Federación de Planificación Familiar Estatal – FPFE
❖ FISCAM-Observatorio de Salud de Castilla La Mancha
❖ Fondo de Población de Naciones Unidas
❖ Fundación Abbot
❖ Fundación Signo
❖ Grupo de Interés Español en población, desarrollo y salud sexual y reproductiva
❖ Hunter College, City University of New York
❖ Instituto Cántabro de Estadística
❖ Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla

- Instituto de Salud Carlos III
- Instituto Nacional de Estadística
- L'Escola Universitària Creu Roja. UAB
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad
- Ministerio de Trabajo e Inmigración
- Observatorio de Infancia del Gobierno de Cantabria
- Observatorio de las Familias del Gobierno de Cantabria
- Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria
- Observatorio de salud de la Mujer
- Observatorio del Sistema Nacional de Salud
- Observatorio del Derecho a la Salud de Perú
- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud
- Red2Red
- Sección de Cartografía del Gobierno de Cantabria
- Servicio Cántabro de Salud
- Sociedad de Enfermería Comunitaria
- Sociedad de Pediatría Extra-hospitalaria y de AP
- Sociedad Española de Medicina de Familia
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- UGT de Cantabria
- UNIFEM - UN Women
- Universidad de Cantabria
- Universidad Internacional Menéndez Pelayo

Asociaciones y entidades sociales:

- ALEGA
- AMICA
- AMUCCAN
- Asociación CAVAS
- Asociación Consuelo Berges
- Asociación Cultural Unión Perú
- Asociación de Argentinos
- Asociación de Colombianos
- Asociación de Emprendedoras en el Medio Rural (AEMER)
- Asociación de mujeres de los pueblos de Cantabria
- Asociación de Mujeres Gitanas Progresistas de Cantabria
- Asociación de Quisgueyanos
- Asociación de residentes Bolivianos en Cantabria
- Asociación de Ucranianos y Gente del Este
- Asociación del Paraguay
- Asociación Ecuatorianos amigos del reencuentro
- Asociación El Parto es nuestro
- Asociación Española Contra el Cáncer
- Asociación Gitana de Asturias UNGA
- Asociación La Buena Leche
- Asociación la Rueda del Carro
- Asociación Nueva Gente
- Asociación Nueva Gente
- Cantabria Acoge
- Cantabria por el Sahara
- Caritas
- CERMI-ASCASAM
- COCEMFE
- Cocina Económica
- Consejo de la Mujer de Cantabria.

- Cruz Roja
- Enfermeras para el Mundo
- Federación de Asociaciones Gitanas de Navarra Gaz Kalo
- Fundación Salud y Sociedad
- Fundación Secretariado Gitano
- Gitanos de Hoy
- Mujeres Inmigrantes Asociadas – MIA
- Nueva Gente
- Nueva Vida
- Plataforma de Asociaciones Romanes de Cantabria
- Red ACTIVAS
- Red AUPA de Centros de Atención Primaria de Cataluña
- Red de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor