



EDITA

Gobierno de Cantabria
Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública
Fundación Marqués de Valdecilla

COORDINACIÓN Y REDACCIÓN

Ángeles Cabria, Directora del OSPC

EQUIPO DE TRABAJO

Ana Pérez, Técnica
Rubén Cordera, Becario
Ángeles Cabria, Directora

DIRECCIÓN

Observatorio de Salud Pública de Cantabria
Hospital Santa Cruz, 4^ª planta
Barrio Las Mazas nº 17
39120 Liencres (Cantabria)
www.ospc.es

Fundación Marqués de Valdecilla
www.fmdv.org

Consejería de Sanidad
www.saludcantabria.org

PRESENTACIÓN

La Salud Pública tanto en Cantabria, como en el resto de comunidades autónomas del Estado Español y en el entorno europeo e internacional, se enfrenta hoy en día a la necesaria confluencia de viejas necesidades con los nuevos desafíos emergentes en el siglo XXI. Éstos incluyen afrontar las desigualdades de género, socioeconómicas, étnicas o culturales en salud, además del envejecimiento de la población y las nuevas epidemias cotidianas, como son la violencia, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, y el cáncer o el sida, entre otras.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria está comprometida en la puesta en marcha y seguimiento de las recomendaciones de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea en cuanto al fortalecimiento de la salud pública, con la creación de un modelo de coordinación intersectorial en el abordaje de los determinantes de la salud, de la eliminación de las desigualdades en salud y en la integración de la Evaluación de Impacto en Salud en sus áreas y funciones.

Encauzar este reto requiere el esfuerzo de renovar conceptos y así permitirnos evolucionar hasta un modelo más moderno e integral de la salud pública, garantizando un estado de salud sostenible y consecuente con la diversidad de la población que integra nuestra región. Para la consecución de este nuevo modelo se precisa nuestra responsabilidad política, priorizando de manera clara el fortalecimiento de la Salud Pública en Cantabria y el desarrollo de nuevas prácticas en la gestión e implementación de la misma.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria durante la anterior legislatura, aprobó la creación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC), instrumento que nos permite analizar y emitir recomendaciones sobre las áreas emergentes en la Salud Pública desde un prisma cualitativo, con atención especial a las desigualdades en salud.

El Plan de Actuación 2007-2010 del OSPC, que presentamos aquí, integra una visión de equidad en el derecho a la salud desde una perspectiva de género, clase, edad y origen étnico, cultural y geográfico, que va a influenciar tanto en el análisis de la situación de la salud pública de la población en nuestra región, como en la construcción de políticas de salud y en la elaboración de planes y programas que atiendan las necesidades específicas de la población de Cantabria en toda su diversidad.

Con el convencimiento de que la salud pública se construye desde y para los diversos públicos, el OSPC transversaliza este enfoque participativo en la investigación y evaluación en salud para integrar tanto a gestores, profesionales e investigadores, como a la ciudadanía.

Luis María Truán Silva
Consejero de Sanidad

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas, asociaciones de la sociedad civil (incluyendo asociaciones de mujeres, de pacientes, de inmigrantes, y las que proporcionan apoyo y servicios a la población inmigrante) e instituciones cántabras (de las distintas consejerías del Gobierno, en particular a la Consejería de Sanidad y del Servicio Cántabro de Salud, de la Universidad de Cantabria, sindicatos y entidades privadas) entrevistadas por el OSPC, que han contribuido con su conocimiento y experiencia a la elaboración de este Plan de Actuación.

Igualmente agradecemos a las personas que han integrado la formación inicial del Comité Asesor del OSPC, por su apoyo y comentarios al Plan; así como a las personas y equipos de investigación y análisis en salud de otras comunidades autónomas que apoyan con su colaboración y asesoría al equipo del OSPC, entre las que no podemos dejar de mencionar a Carme Borrell, Maica Rodríguez y equipo de la Agencia de Salud Pública de Barcelona; a Izabella Rohlf; a Marga Pla de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona; a Lucía Mazarrasa de la Escuela Nacional de Sanidad; a Fernando Conde del CIMOP; y además a Ana Güzmes del Observatorio del Derecho a la Salud de Perú y del Fondo de Población de Naciones Unidas, y Anahí Viladrich del Hunter College de la City University of New York, por la inspiración recibida, entre otras/os expertos y colegas de dentro y fuera de Cantabria.

Finalmente, nuestro especial agradecimiento a Rosario Quintana Pantaleón, Consejera de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria durante el período 2003-2007, y a Rosario Fernández López, Directora Gerente de la Fundación Marqués de Valdecilla durante el mismo período.

ÍNDICE

Introducción	9
Fases de desarrollo del OSPC: Resultados de la Fase I de elaboración del proyecto	13
Modelos de observatorios	17
Marco Conceptual, Valores y Ejes Temáticos Transversales	21
Fundamentación del enfoque en Desigualdades en salud	25
Plan de Actuación	39
Evaluación del Plan de Actuación	45
Fuentes de Información y Entidades Colaboradoras	49
Fases de desarrollo del OSPC	53
Análisis final	57
Organigrama y Gestión	61
Bibliografía	65
Fuentes consultadas en la Web	69



INTRODUCCIÓN

*“El verdadero descubrimiento no es descubrir nuevos paisajes,
es tener nuevos ojos”*

M. Foucault (1978) ¹

INTRODUCCIÓN

El Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) es una iniciativa de la Consejería de Sanidad, y de la Dirección General de Salud Pública, creado a través de la Fundación Marqués de Valdecilla como órgano participativo de investigación, análisis e información sobre la situación de la salud pública de Cantabria. El Patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, en sesión celebrada el 8 de julio de 2005, acordó crear un Observatorio de Salud con el fin de generar y elaborar información relevante en el ámbito de la salud. A fines de septiembre de 2006 se puso en marcha la elaboración del proyecto del OSPC. El 9 de mayo de 2007 se presentó el OSPC ante las entidades y los medios de comunicación de Cantabria. El presente documento describe la visión y fundamentación del OSPC y presenta el Plan de Actuación para el período 2007-2010.

El OSPC surge como respuesta a la necesidad de desarrollar nuevas áreas de investigación y análisis cualitativo en salud pública como son, al momento de la creación del Observatorio, la transversalización del enfoque de género en todos los programas y servicios de salud de la Consejería de Sanidad, y la situación de la salud de la emergente población inmigrante en Cantabria. Igualmente, el OSPC responde a la necesidad de adaptación del sistema de salud y actualización de las prácticas del personal sanitario para proveer servicios adecuados a las demandas específicas de la diversidad socio-cultural de la región, así como de proporcionar información relevante a la población.

El Observatorio parte de una concepción de la salud como derecho humano y su misión es contribuir a la consecución del más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de la población, garantizando la equidad en salud, es decir, la igualdad en el acceso a la información y a los servicios de salud, con perspectiva de género y particular atención a los diversos grupos étnicos y a la pluralidad étnica, socio-económica y cultural de la población.

El **propósito** es generar información relevante a gestores, investigadores, profesionales de la salud y a la ciudadanía para la mejora de políticas, programas y servicios sanitarios que respondan de forma equitativa y

¹ Citado en artículo de Ana Gúezmes (Observatorio del derecho a la salud. CIES): “Políticas de reforma del sector salud: desafíos para la investigación”.

eficiente a las necesidades de salud de la población y contribuyan a la reducción de desigualdades en salud en Cantabria.

El OSPC esencialmente desarrollará **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, el costo y la efectividad de las intervenciones, y el análisis de la práctica de los servicios y del personal de salud que los integra.

El OSPC se marca en su primer cuatrienio de existencia **4 áreas prioritarias de actuación**:

- 1) Investigación y análisis:** Generando nuevo conocimiento sobre el estado de la salud de la población y su acceso a información y servicios sanitarios en Cantabria, y analizando las desigualdades en salud en base a: género, edad, clase socio-económica, cultura, etnia, origen geográfico y país de procedencia. El OSPC planteará y desarrollará estudios de acuerdo a tres modalidades: estudios internos del OSPC; en colaboración con otros centros; y externos promovidos por el OSPC y ejecutados por otras instituciones.
- 2) Información y comunicación:** Sirviendo como centro de difusión de información y referencia para la diversidad de actores participantes en la salud pública (administración, profesionales, investigadores y la ciudadanía).
- 3) Formación:** Captando necesidades formativas en áreas relevantes a la salud pública y contribuyendo a la formación continuada del personal sanitario y de otras disciplinas involucradas en la salud pública en Cantabria.
- 4) Participación:** Fomentando y coordinando colaboraciones y procesos participativos con la diversidad de sectores involucrados en la salud pública de la región.

En cada una de estas áreas prioritarias de actuación, el OSPC emitirá 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.

Los principales **productos del OSPC** incluirán:

- Elaboración de estudios y edición de informes propios y externos.
- Gestión y mantenimiento de una base datos y un centro de documentación virtual.
- Estrategia de comunicación y difusión de informaciones del OSPC.
- Talleres y seminarios de formación.

- Organización de foros, jornadas o encuentros de debate.
- Recomendaciones y propuestas.

El OSPC evaluará de forma continuada su propia evolución en base a los objetivos e indicadores definidos por cada una de las cuatro áreas de su Plan de Actuación, así como su impacto en las políticas, programas y atención en los servicios. En base a los resultados de la evaluación, el OSPC pondrá en marcha los cambios estratégicos y/o metodológicos necesarios para la consecución de sus objetivos generales, y valorará las posibilidades de ampliación paulatina de la cobertura del observatorio.



FASES DE DESARROLLO DEL OSPC

RESULTADOS DE LA FASE I
DE ELABORACIÓN
DEL PROYECTO

FASES DE DESARROLLO DEL OSPO: RESULTADOS DE LA FASE I DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO

En la primera fase de elaboración del proyecto de observatorio de salud pública, el OSPO llevó a cabo una **valoración de necesidades e identificación de sus áreas prioritarias de trabajo**, líneas de investigación e intervención, fuentes de información y posibles entidades colaboradoras, definiendo sus objetivos y funciones, así como su estructura, productos y recursos. Para ello exploró modelos de observatorios sobre temas relevantes a salud pública, como se analiza en la siguiente sección². Además el OSPO ha establecido un Consejo de Dirección y un Comité Asesor, ha creado el marco teórico que se presenta en este documento y ha desarrollado la propuesta de plan, organigrama y equipo de trabajo de acuerdo al presupuesto inicial del OSPO para 2007³.

El OSPO ha participado en congresos, reuniones, y foros⁴, y ha organizado 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”⁵.

Asimismo, en esta fase el OSPO identificó gestores, investigadores, agentes, informantes clave y posibles futuros colaboradores, realizando entrevistas⁶ con asociaciones de inmigrantes (12) a las que se incorporaron

² El OSPO visitó el Observatorio de Salud de Castilla-La Mancha, el Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio de Salud Pública de Barcelona así como la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, y mantuvo conversaciones con otros observatorios nacionales e internacionales.

³ Actualmente el equipo del OSPO consta de una directora, una técnica y una becaria.

⁴ Participado en: Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología, Logroño, octubre de 2006; Seminario Internacional sobre Mainstreaming de Género, Santander, octubre de 2006; Simposio sobre Igualdad de Género en Europa, en Bilbao, noviembre de 2006; Jornada Inmigración y Salud, Madrid, noviembre de 2006; III Foro Mujer, Género y Salud, Madrid, noviembre de 2006; Jornadas Inmigración e Integración Social, Santander, diciembre de 2006; Curso de Social Epidemiology en la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, febrero de 2007; y presentado ponencias en: III Encuentro Internacional sobre Políticas y Derechos Sexuales y Reproductivos, Madrid, octubre de 2006; El Proyecto de Buenas Prácticas en Extranjería en las Administraciones Públicas, Santander, diciembre de 2006; Jornadas Técnicas sobre Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en África, Barcelona, en el marco del Programa VITA de cooperación al desarrollo, Barcelona, marzo de 2007.

⁵ Patrocinado por OSPO-IFIMAV en colaboración con el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁶ Aproximadamente 60 entrevistas en profundidad, semiestructuradas. En algunos casos las entrevistas fueron grupales.

las experiencias de las 4 mediadoras interculturales de la Consejería de Educación, asociaciones que trabajan con inmigrantes (9), sindicatos (3), personas expertas de diversas áreas de conocimiento como universidades y centros de investigación (6), y representantes de la estructura administrativa (30 aprox. en los niveles de actuación regional, autonómico y/o estatal) en las que se incluyen 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.

El objetivo de las entrevistas fue valorar desde la diversidad de ámbitos, perspectivas, experiencias e intereses, tanto las distintas visiones de la necesidad y las posibles funciones y roles del OSPC, como una variedad de temas sobre los que la estructura administrativa tiene mayor capacidad de intervención que las organizaciones del tejido social.

El análisis de la información de las entrevistas permite identificar fundamentalmente dos tipos de recomendaciones en cuanto a las funciones del observatorio; por un lado las que denominamos propuestas "*internalistas*"⁷, aportadas mayoritariamente desde la propia administración, que sugieren la implementación de medidas desde el observatorio que podrían ayudar al desempeño de las funciones de la misma administración. Entre las mismas destacan las siguientes:

- Llevar registros de salud.
- Ser centro estadístico y base de datos de referencia para el sector salud.
- Dar apoyo estadístico a salud pública.
- Contribuir al plan de actuación de salud de la mujer con la transversalización de género.
- Ser centro de formación de profesionales.
- Llevar a cabo estudios sobre salud laboral: visibilizar la carga del Servicio Cántabro de Salud en las cuestiones de salud laboral que no le competen, con análisis de costes, y aumentar la concienciación del problema entre los gestores.

Las recomendaciones *internalistas* proporcionan asimismo información importante sobre las áreas de conocimiento a las cuales las personas entrevistadas consideran que el observatorio podría contribuir. Si bien aparecen

⁷ Dichas concepciones suelen utilizarse para construir variables a partir del análisis de opiniones, identificando las lógicas de pensamiento que subyacen a las respuestas de los encuestados e indican orientaciones diferentes en materia de políticas y programas. Las opiniones agrupadas en la concepción *internalista* manifiestan una preocupación sobre todo por temas o problemas internos al sistema, mientras que las que forman la concepción *externalista* provienen de entidades externas al sistema y se inclinan a la resolución de problemas sociales. Fuente: Secretaría de Ciencia y Tecnología, Ministerio de Educación, Argentina.

áreas de interés, del tipo de la fibromialgia, de más incidencia en mujeres, o el cáncer de colon en los hombres, como temas concretos de propuesta de estudio, también se espera que el observatorio identifique problemas incipientes o proyecciones a futuro y contribuya a visibilizar las áreas donde se necesita invertir recursos y esfuerzos.

Aunque las propuestas *internalistas* advierten de las necesidades del propio sistema sobre las que el observatorio debe procurar incidir, al mismo tiempo se recomienda crear un plan para el observatorio que no responda exclusivamente a las demandas de la administración sino que cuente con sus propias líneas de trabajo.

El análisis ha permitido conocer que las recomendaciones desde la administración al OSPC responden en su mayoría a sus propias necesidades en áreas “vacantes” (aquellas sobre las que aún no hay un alto grado de conocimiento), y a las “carencias” que sus propias instituciones tienen en materia de recursos y que actúan como barreras para un desarrollo integral hacia el cumplimiento de sus propios objetivos.

Por otro lado, en el segundo perfil de propuestas “*externalistas*”, aportadas fundamentalmente desde el tejido social (asociaciones de mujeres, organizaciones que trabajan con inmigrantes, asociaciones de inmigrantes y las mediadoras interculturales), se presentan sugerencias de medidas concretas orientadas a la satisfacción de necesidades específicas de grupos con diversos grados de vulnerabilidad. Estas medidas que se proponen al OSPC deberían de ir por tanto en concordancia con las que se tomaran con y desde la administración. En líneas generales, se percibe que el OSPC puede contribuir, a través del trabajo que realice y las informaciones que publique, a cambiar la mentalidad de la población para que mejore el trato que se de a la diversidad de colectivos.

El argumento central de las aportaciones *externalistas* se basa en la concepción de derechos y la reivindicación concreta del derecho universal a la salud, para beneficio de los colectivos más desfavorecidos, como inmigrantes indocumentados. Igualmente consideran importante evidenciar y hacer visibles cuestiones como la necesidad de que los servicios sanitarios y sociales deben de crecer al ritmo de la población, y hasta ahora no se han adecuado a las nuevas demandas.

En suma, el hecho de que la naturaleza de las opiniones y recomendaciones proporcionadas nos permita identificarlas (incluso ocultando los nombres y afiliaciones) con la pertenencia a los distintos tipos de entidades entrevistadas, es un indicativo importante de la necesidad de la participación de la diversidad de actores e instituciones y reafirma la noción de actuar simultáneamente en dos niveles: al interior de la administración y hacia fuera, con y para la población y sus instancias de representación y tejido asociativo.



MODELOS DE OBSERVATORIOS

MODELOS DE OBSERVATORIOS

En los últimos años hemos visto surgir una variedad de observatorios con intereses diversos, patrocinados tanto desde las administraciones públicas como desde instituciones académicas y asociaciones de la sociedad civil. Como común denominador partimos de un concepto de observatorio como mecanismo exclusivo para mirar, escuchar y analizar con óptica propia un escenario o contexto específico, algunas de cuyas características y sesgos puedan escapar a los enfoques tradicionales desde las posiciones habituales.

El significado y los modelos de observatorio son tan diversos como sus áreas de observación e intereses, incluyendo desde la concepción más clásica de observatorio astronómico o de vigilancia para prevenir desastres, como incendios, terremotos o accidentes navieros, a una muestra cada vez más amplia de centros que partiendo de la concepción clásica de observar para generar conocimiento y prevenir, adaptan un modelo a sus objetivos específicos. Por esta razón y para acercarnos más a conocer la diversidad de modelos y analizar con cual de los existentes se identifica más el OSPC, hemos partido de construir una tipología de los observatorios que hemos documentado para este análisis (en torno a cien) relacionados a los temas de interés del OSPC, estableciendo básicamente cinco criterios:

1. La temática observada y el grado de especialización (genérico, temática específica).

Salud	Salud y Género, Salud Laboral, Desigualdades en Salud, Políticas de Salud, Salud Mental, Salud Pública, Salud y Comunicación, Salud y Violencia, Drogas y drogodependencias, Salud Reproductiva, Personal Sanitario, Salud y Medicamentos, Discapacidad, Medicina de Familia, Riesgos Sanitarios
Género	Violencia de Género, Desigualdades de Género, Género y Comunicación
Desigualdades	Desigualdades (en base a diversas variables, incluyendo salud), Derechos Humanos, Familias, Infancia y Juventud, Alimentación, Vivienda, Empleo, Políticas Sociales, Personas Mayores
Inmigración	Inmigración y salud, Movimientos migratorios, Racismo y Xenofobia

2. Las funciones y objetivos. Son comunes a una mayoría de observatorios las siguientes:

- a) 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.
 - b) Promover acciones:
 - Elaborar recomendaciones.
 - Difundir información y servir como ayuda a la toma de decisiones.
 - c) 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.

En este esquema clasificatorio, el OSPC podría caracterizarse como un observatorio que aborda una temática genérica, la salud pública, pero a la vez con un grado de especialización, dada su mayor atención a las desigualdades en salud. Su ámbito de observación es la regional, la Comunidad Autónoma de Cantabria, en toda su diversidad interna. En cuanto a su composición y gestión, el OSPC está vinculado a la administración pública, concretamente a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. En lo que respecta a los objetivos y las funciones, el OSPC se encuadra también en este esquema descrito, más o menos común a una mayoría de observatorios. Por último, el OSPC se presenta como un observatorio “independiente” y que no forma parte de una red de observatorios que aborden sus mismas áreas de interés.

Esta aproximación a los modelos de observatorios ha servido al OSPC para establecer relaciones con un número de ellos tanto a nivel autonómico, como estatal e internacional, considerando para este plan de actuación la organización de un foro de observatorios para compartir experiencias y establecer colaboraciones y vínculos.



MARCO CONCEPTUAL,
VALORES Y EJES TEMÁTICOS
TRANSVERSALES

MARCO CONCEPTUAL, VALORES Y EJES TEMÁTICOS TRANSVERSALES

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 consagra el derecho a la salud: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

El OSPC se fundamenta en el **marco conceptual de derechos humanos con perspectiva de género**. En su planteamiento esencial, el OSPC valora la salud como un derecho humano y por tanto considera que todas las personas que viven en la región de Cantabria deben tener igualdad de derecho a la atención en salud. Es importante definir primeramente lo que entendemos por *género* y *perspectiva de género* en las políticas de salud, ya que el término se ha ligado tan estrechamente a mujer que llega a implicar en muchos casos la asimilación de ambos términos como si de equivalentes se tratase.

A diferencia del término *sexo*, que alude a la diferencia *biológica* entre el hombre y la mujer, *género* hace referencia al significado *psico-social* de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la construcción social de las esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en desigualdades institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el control sobre los mismos. El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre separadamente, sino *las relaciones de desigualdad social* y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas. Por tanto la perspectiva más integral de género supone considerar y atender sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades respectivas de hombres, mujeres y personas transgénero y transexuales que tengan en cuenta la identidad y los estilos de vida, y no solo las diferencias biológicas.

El OSPC se impone 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 reducción**. Estas incluyen la transversalización de la perspectiva y equidad de género en salud en todo el ámbito del concepto. La Organización Mun-

dial de la Salud ha calificado las desigualdades en salud como innecesarias, evitables e injustas⁸ (Whitehead, 1990). Así mismo, 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.

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

La participación es no obstante un tema que supone nuevos retos y dificultades de aceptación por parte tanto de las administraciones como de los profesionales. Sin embargo, los proyectos⁹ que integran la participación ciudadana, por lo general se viven por parte de los profesionales con alto grado de satisfacción. Aunque bien es cierto que resulta más fácil o en todo caso menos complejo enfocar la participación ciudadana desde las organizaciones y asociaciones de la sociedad civil, por su mayor homogeneidad en cuanto a sus posiciones de poder, está claro que las instituciones públicas deben empezar a examinar los mecanismos que la garanticen. La participación no es una opción de los poderes públicos sino “un derecho, una necesidad humana y un requisito para la aplicación de las políticas públicas y programas de intervención comunitaria” (Giménez C, 2002)¹⁰.

La *participación* representa por tanto un valor para el OSPC, así como un eje transversal y un área de actuación, que especificamos como tal para poder concentrar más nuestros esfuerzos en su consecución. La definición de Carlos Giménez de la “participación” responde con claridad a *porqué* el OSPC cree en su importancia:

⁸ Whitehead M. Conceptos y principios de igualdad y salud. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 1990.

⁹ Tanto a nivel local como comunitario e internacional hay múltiples experiencias que acreditan en sus evaluaciones la satisfacción con el aprendizaje adquirido, el proceso y los resultados.

¹⁰ Giménez C. La dinamización comunitaria en el ámbito de la inmigración. Apuntes y propuestas sobre participación, mediación y codesarrollo”, en La Exclusión Social Teoría y Práctica de la Intervención. Coordinadoras: M^a José Rubio y Silvana Monteros. Editorial CCS. Madrid, 2002.

“La participación... es estar presente en, ser parte de, ser tomado en cuenta por y para, involucrarse, intervenir en, etc. Participar es incidir, influir, responsabilizarse. La participación es un proceso que enlaza necesariamente a los sujetos y los grupos; la participación de alguien en algo, relaciona a ese uno con los otros también involucrados. Ser participante implica ser coagente, copartícipe, cooperante, coautor, corresponsable” (Carlos Giménez 2002)

Somos conscientes del reto metodológico que supone integrar un enfoque de participación en el trabajo del OSPC. En principio la participación nos sitúa en otro espacio en la relación con los sujetos u objetos de estudio, convirtiéndoles en sujetos activos con voz, lo cual supone superar una visión asistencialista de la salud y colocarnos al mismo tiempo en la necesidad de explorar mecanismos institucionales y estrategias que permitan ese protagonismo de las personas de a pie en el quehacer en salud pública. Además la participación nos plantea cuestiones del orden de hasta qué punto estamos dispuestos a invertir en ella, qué vías podemos utilizar y hasta qué nivel de participación queremos y podemos llegar. Al tiempo que nos obliga a marcarnos objetivos y tiempos realistas, así como una dimensión adecuada que evite expectativas poco razonables. Esto ayudará a soslayar los temores a tomar roles paternalistas o a perder el control de la situación. Para el desarrollo de esta área de participación nos prestaremos de las metodologías y experiencias de disciplinas como la sociología y la antropología que llevan décadas desarrollando procesos participativos en contextos de diversidad cultural¹¹.

Consideramos que el OSPC ocupa 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. Esta buena posición la explicamos por ser el OSPC un espacio nuevo sobre el que, por un lado la gente tiene diferentes percepciones en cuanto a su misión y funciones y se muestra en general interesada por ellas¹², y por otro, por no estar aún “contaminado” por dinámicas tradicionales de trabajo ajenas a la perspectiva participativa. Pensamos igualmente que cuando se proporcionan oportunidades de participación en procesos, la gente de los distintos sectores habitualmente las acepta bien.

¹¹ Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid. Participación. Publicación: Puntos de Vista, nº2, julio 2005.

¹² Entrevistas realizadas a gestores, técnicos de la administración y agentes sociales durante la fase inicial de valoración de necesidades del OSPC.



FUNDAMENTACIÓN DEL ENFOQUE EN DESIGUALDADES EN SALUD

FUNDAMENTACIÓN DEL ENFOQUE EN DESIGUALDADES EN SALUD

Las desigualdades en salud se refieren a las diferencias en cuanto a oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de acuerdo a su género, clase socio-económica, país de procedencia o etnia, lo cual determina un peor estado de salud percibido en los colectivos menos favorecidos ¹³ (Whitehead, 1992).

La investigación en desigualdades en salud, aunque es aun un área de estudio novedosa en España, está adquiriendo una mayor importancia como base de análisis y reforma de políticas de salud. Iniciativas relativamente recientes como las del Grupo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y de la Red Temática de Investigación de Salud y Género (RISG) están abriendo un creciente campo de estudio en desigualdades en salud en función del género. El informe monográfico SESPAS de 2004 ¹⁴ (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscá, 2004) describe en profundidad las desigualdades en la salud percibida y en las conductas relacionadas con la salud desde la perspectiva de género y clase social utilizando los datos de las encuestas de salud. Otro estudio marco reciente sobre desigualdades sociales en salud en la utilización de servicios por comunidades autónomas ¹⁵ (Rodríguez-Sanz, Carrillo y Borrell, 2006) aporta información fundamental para el análisis de la planificación de los servicios sanitarios con enfoque de género. Al mismo tiempo los dos informes de las desigualdades en salud en Cataluña (Borrell y Benach, 2003) (Borrell y Benach, 2005), representan los estudios más exhaustivos sobre las desigualdades en salud en una Comunidad Autónoma. Las encuestas de salud son hasta la fecha las herramientas más utilizadas en los estudios en desigualdades en salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios ya que permiten cruzar estos indicadores con las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población, y monitorizar su evolución.

¹³ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22:429-45.

¹⁴ Borrell C, García-Calvente M, Martí Boscá J.V., La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1):2-6.

¹⁵ Rodríguez-Sanz M, Carrillo P, Borrell C, Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003, Agencia de Salud Pública de Barcelona - Observatorio de Salud de la Mujer, 2006.

Otro estudio comparativo por comunidades autónomas sobre desigualdades en mortalidad por sexo aporta una importante descripción sobre las causas de muerte y muerte evitable, así como sobre las desigualdades en mortalidad de las mismas y su evolución a lo largo de las dos últimas décadas del siglo XX ¹⁶ (Pérez, Cirera, Rodríguez-Sanz y Borrell, 2006).

Sin embargo, el creciente interés y generación de conocimiento en materia de desigualdades de género y sociales en salud en el Estado Español aún no se ha traducido en cambios sustantivos en las políticas sanitarias, ya que en una mayoría de comunidades autónomas (CCAA) todavía no se incluye entre sus objetivos la disminución de las desigualdades en salud (Borrell C, et al. 2004). A esto se añade el hecho de que el sistema de salud no ha integrado en su recogida de datos las variables que aportan la información sobre los determinantes sociales en salud, como son la clase socioeconómica, ocupación, país de procedencia, etc, lo cual supone una limitación significativa para la investigación en desigualdades sociales en salud. La calidad en salud sigue valorándose fundamentalmente en torno a la asistencia sanitaria, no dándose aún suficiente importancia a los factores y determinantes socioeconómicos y culturales.

A) En base al género

Es sabido ya que aunque la mujer tiene por término medio una mayor esperanza de vida que el hombre, no destaca por una vida más saludable. Las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad ¹⁷ (Verbrugge LM, 1990). La discriminación de género que marca muchos aspectos de sus vidas puede ser origen de un peor estado de salud ¹⁸ (Annandale E, 2000).

Está ampliamente documentado que los factores sociales y culturales juegan un papel primordial en el desarrollo de trastornos de la **salud mental**, con diferentes manifestaciones en hombres y mujeres (Montero et al, 2004) ¹⁹. Un estudio en Cantabria muestra una prevalencia psiquiátrica de 8,1% en hombres frente a 20,6% en mujeres (Vázquez-Barquero et al 1987) ²⁰. Es igualmente observado con frecuencia el incremento de la morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad, mientras en los hombres casados se da paradójicamente el

¹⁶ Pérez, Cirera, Rodríguez-Sanz y Borrell, Desigualdades de mortalidad en las Comunidades Autónomas entre 1981 y 2002, Agencia de Salud Pública de Barcelona - Observatorio de Salud de la Mujer, 2006.

¹⁷ Verbrugge LM. Pathways in health and death. En: Apple R (Ed). Women, health and Medicine in América. New York: Garland 1990.

¹⁸ Annandale, E. and Hunt, K. (2000) Gender inequalities in health: research at the crossroads In: (Eds, Annandale, E. and Hunt, K.) Gender Inequalities in Health. Open University Press, Buckingham, pp. 1-35.

¹⁹ Montero I, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social: Gaceta Sanitaria 2004;18 (Supl 1):175-81.

²⁰ En el estudio de Montero et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Informe SESPAS 2004. Tabla de prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios realizados en España.

efecto contrario, siendo el estado civil de “casado” un factor protector frente a la enfermedad mental. Montero y colaboradores señalan la importancia fundamental de educar en las diferencias de género a los profesionales de la psiquiatría, ya que aunque una encuesta realizada a asociaciones de psiquiatría de los países miembros de la Unión Europea revelaba la importancia vital que se daba a la educación en género entre los profesionales, ésta solo se imparte en tres países de la Unión Europea (Reino Unido, Países Bajos y Dinamarca).

Por otro lado y a nivel autonómico, en los últimos años las comunidades autónomas han ido paulatinamente integrando la perspectiva de género en sus **planes de salud**, aunque no siempre ha redundado en programas efectivos sensibles al género. En un estudio sobre sensibilidad de género en los planes de salud en 13 CCAA del Estado Español, excluida Cantabria por no contar con un plan regional de salud (Peiró R, et al. 2004), se comprobó que la sensibilidad de género es mayor en la descripción de los problemas de salud que en las propuestas de intervención. Según la autora, hasta el momento solo algunas CCAA han respondido realizando propuestas, gran parte de las cuales están relacionadas a la reproducción.

Cantabria ha integrado en su Plan de Actuación de Salud para las Mujeres de 2004-2007 como primera línea prioritaria la monitorización de la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas a la salud. El objetivo general de esta línea es reducir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres mediante el análisis de las diferencias de género. La Dirección General de Salud Pública emitió por otra parte un informe en 2005 sobre el *análisis de los sistemas de información y registros sociosanitarios*²¹ que dependen de la Consejería de Sanidad y del Servicio Cántabro de Salud. Dicho informe muestra que solo el 28,6% incorporan la desagregación por sexo tanto en la recogida de los datos como en la explotación de los mismos. El Sistema de Información de Atención Primaria y el Registro del Programa de Hipoacusia no registran el sexo de la persona. El resto, 64,3% recogen los datos por sexo pero no explotan los resultados, perdiéndose por tanto la información y la posibilidad de adecuar los servicios a las necesidades concretas por género.

Integrar por tanto la desagregación por sexo en los sistemas de información y registros sanitarios es un primer paso básico obligado, aunque no suficiente (Gender and Health Group, 2001)²². Un adecuado análisis de género que identifique los problemas y las barreras, tanto institucionales como individuales, a la accesibilidad equitativa a los servicios sanitarios de calidad, debe incluir además variables fundamentales al análisis de las desigualdades en salud, como son la clase socio-económica, edad, etnia, procedencia geográfica (urbana o rural), país de origen y tiempo de residencia en el área.

²¹ Informe interno. Sin publicar.

²² Gender and Health Group at Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the analysis of gender and health. Department for International Development. Social Development Division. Liverpool, 2001. Citado en: Laceras Lozano, M^a L, Pires Alcalde, M y Rodríguez Gimena, M^a M. Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía. 2004.

Enfocándonos en algunos de los determinantes sociales de la salud más importantes, es primordial destacar el trabajo, cuyo impacto en la salud de las personas aun no ha sido muy estudiado en España. Los accidentes en el trabajo continúan siendo la prioridad en **salud laboral**, situación que afecta mayoritariamente a los hombres por desempeñar empleos con más riesgo de accidentes. Por otra parte, el análisis de los determinantes sociales del estado de salud no se ha abordado de igual forma en hombres y mujeres. Mientras que en los hombres se han medido las desigualdades de clase socio-económica en base a la ocupación y el estrés producido por el trabajo remunerado, en las mujeres se ha basado en un marco de roles de esposa, madre y cuidadora en que el de trabajadora se ha considerado como adicional (Artazcoz L, et al, 2004)²³.

Como ilustración sobre la falta de perspectiva de género en la salud laboral, vemos que de las fuentes de información disponibles en Cantabria, el *Informe de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en Cantabria 2005* presenta resúmenes mensuales de siniestralidad laboral en porcentajes globales de mortalidad por accidentes y enfermedades profesionales, sin desagregación por sexo específica a cada indicador. Por otro lado el *Informe de la I Encuesta de Condiciones de Trabajo de Cantabria 2006* analiza datos por sexo en cuanto a las relaciones laborales, promoción, personas a cargo, y conciliación de la vida laboral y familiar, pero no en riesgos y condiciones de trabajo, accidentes, enfermedades profesionales y salud en general, excepto percepción de la salud. Esto resulta indicativo de una perspectiva sesgada de los géneros en la que aun no se consideran las diferencias en el estado de salud y en el impacto de los trabajos en la salud entre hombres y mujeres.

En Cantabria no hay estudios con perspectiva de género en cuanto al rol del trabajo en el sector formal e informal, o al desempleo como determinantes de la salud, por lo que es necesario promover esta línea de análisis. Lo que si sabemos es que las mujeres trabajan en Cantabria en situación de precariedad en un porcentaje muy superior a los hombres, duplicando éstos el número de trabajos con contrato indefinido y a tiempo completo respecto a las mujeres, y siendo éstas las que quintuplican a los hombres en cuanto al desempeño de trabajos con contrato temporal y a tiempo parcial²⁴. Asimismo es importante conocer el estado de salud laboral de las mujeres en el trabajo doméstico, tanto de mujeres autóctonas trabajando sin remuneración en sus propios hogares²⁵, como de mujeres inmigrantes trabajando cada vez más como cuidadoras de personas mayores y dependientes, y como trabajadoras sexuales. De acuerdo a la Encuesta sobre Condiciones de Vida y Pobreza en Cantabria 2006²⁶, en los hogares donde hay personas discapacitadas o que precisan de cuidados, el 20% de las mujeres cuidan a sus maridos, mientras que el 13% de hombres

²³ Artazcoz L, et al. Género, trabajos y salud en España. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 2): 24-35.

²⁴ Encuesta de Población Activa, Cantabria 2006. Fuente: ICANE.

²⁵ Tipificadas como "inactivas" en la Encuesta de Población Activa que aún no considera el trabajo doméstico no remunerado como una actividad.

²⁶ Pobreza y Exclusión Social de la Población en Cantabria, 2006. Op. Cit.

cuidan a sus mujeres, y el 43,6% por ciento de las hijas, nueras o hermanas cuidan de sus padres, hermanos o personas mayores en el hogar, en comparación con el 15,4% de los hombres que prodigan los mismos cuidados.

Es igualmente esencial analizar con perspectiva de género las preguntas epidemiológicas básicas del *quién, dónde, cómo y cuándo* se enferman y mueren las personas, observando las diferencias y tendencias en mujeres y hombres para poder planificar y presupuestar adecuadamente los servicios de salud. Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres van más allá del sistema reproductor. Por ejemplo, mientras que la primera causa de muerte entre mujeres es al igual que entre los hombres, los problemas cardiovasculares, los estudios y las campañas informativas se han realizado más entre y para los hombres, con aplicación inadecuada para las mujeres. Éstas por lo general al tener diferentes síntomas y curso de la enfermedad no identifican el problema a tiempo, con las consecuencias que ello tiene en el pronóstico (Rohlf, I. et al. 2004)²⁷. Este enfoque androcéntrico en los procesos de salud-enfermedad es el mismo que se ha aplicado tradicionalmente a la investigación, excluyendo en muchas ocasiones a las mujeres de los ensayos clínicos y atribuyéndoles las características y sesgos masculinos.

La perspectiva de género en la salud pública supone por lo tanto un cambio conceptual profundo desde las diferentes disciplinas involucradas, lo cual implica replantearse la atención en salud a la población desde otra concepción del mundo que integre el conocimiento feminista del que parte la propia perspectiva de género. A través de este enfoque debemos plantearnos investigar y explorar nuevos marcos analíticos que nos aporten un conocimiento más innovador de la realidad en nuestra Comunidad Autónoma y nos ayuden a desarrollar indicadores y estrategias eficaces, incluyendo presupuestos con enfoque de género que atiendan a la diversidad y especificidad de necesidades de la población.

Dentro de las desigualdades por género es importante destacar aquellas que se dan **en base a la identidad de género y/o sexual**. Una de las situaciones más invisibilizadas a nivel social y dentro del sistema sanitario es la atención en salud de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales e intersex, fundamentalmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. Mientras la legislación avanza en los derechos de la ciudadanía, al sistema de salud le cuesta más emitir nuevas normativas y protocolos que garanticen esos derechos. El 1 de marzo de 2007 se aprobó en el Congreso de los Diputados la Ley de Identidad de Género que legitima el cambio de sexo sin necesidad de intervenciones quirúrgicas, así como el cambio de identidad de género. La Sociedad Española de Endocrinología calcula que en España viven alrededor de 3.000 personas transexuales, mientras que asociaciones de transexuales hablan de entre 7.000 y 9.000. Actualmente, las comunidades de Andalucía, Extremadura y Aragón incluyen entre sus prestaciones sanitarias intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo, y en marzo de 2007 se calculaba que comenzaría a funcionar en Madrid

²⁷ Rohlf, I. et al. Género y Cardiopatía isquémica. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 2): 55-64.

una unidad multidisciplinar que también las incluirá. Asturias y Cataluña han anunciado que financiarán la cirugía del cambio de sexo. A Cantabria le corresponde valorar la atención que se vaya a dar a las personas que puedan presentar este tipo de demandas.

B) En base a la edad:

Cantabria es una región que envejece rápidamente, al darse tanto una mayor expectativa de vida como una disminución en la natalidad. El 19% de la población tiene más de 65 años, dos puntos por encima de la media española, y la mitad de este grupo etáreo tiene más de 75 años²⁸. Esta situación plantea nuevos retos al sistema de salud y de servicios sociales que implican una adecuación de los servicios para cubrir las necesidades, tanto en cobertura como en calidad. Según las investigadoras Elena Gonzalo e Isabel Pasarín, el reduccionismo hacia verlo simplemente como un problema de cobertura sanitaria ha tenido como consecuencia la discriminación en el acceso en base a determinantes clave para la salud como el género y la clase social²⁹. En relación a estos determinantes, las autoras apuntan que la vejez se ha definido como una “acumulación de desventajas” en que las más desventajadas son las mujeres y las personas de las clases más desfavorecidas. En Cantabria, los hogares formados sólo por ancianos representan un 19,6% del conjunto de los hogares cántabros, tendiendo a concentrarse en la pobreza leve (35,7%), incrementándose en hogares de recursos bajos (49,1%), y mucho más aún en hogares con personas mayores dependientes (62,6%)³⁰.

En cuanto a la atención a la infancia, parece darse una percepción en España de que es un grupo poblacional sin mayores necesidades de atención y recursos, debido mayoritariamente al continuo descenso en la mortalidad perinatal, neonatal, posneonatal e infantil, y al aumento en la supervivencia del cáncer infantil en las últimas décadas³¹ (Colomer Revuelta C, et al 2004). Sin embargo otros problemas y amenazas a la salud infantil emergen relacionados a la contaminación medioambiental y otros factores asociados a estilos de vida y hábitos nutricionales. A destacar está el gran incremento del asma (entre el 50 y el 80% la empiezan a padecer antes de los cinco años en algunas ciudades europeas)³² y la obesidad infantil (el incremento del sobrepeso en

²⁸ Mapa de la Discapacidad en Cantabria, Colección Estudios Sociales nº4, marzo 2006. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Políticas Sociales. Gobierno de Cantabria.

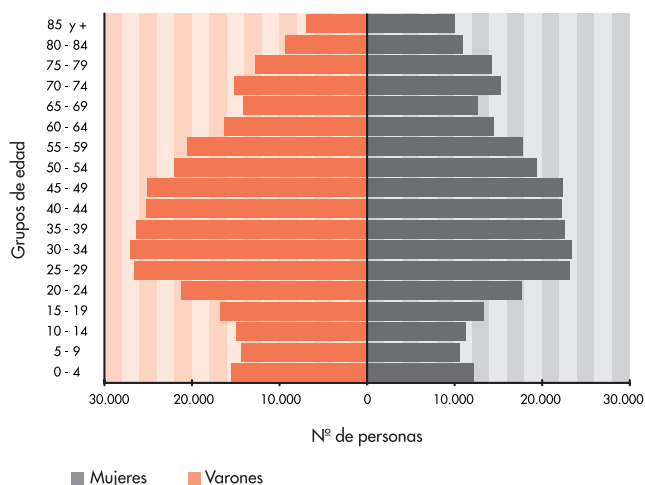
²⁹ Gonzalo E, Pasarín I, La salud de las personas mayores. Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social: Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 1): 60-80.

³⁰ Pobreza y Exclusión Social de la Población en Cantabria, 2006. Op. Cit.

³¹ Colomer Revuelta C, et al. La salud en la infancia. Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social: Gaceta Sanitaria 2004; 18 (Supl 1): 39-46.

³² WHO Regional Office for Europe and European Environment Agency. Children's health and environment: a review of evidence. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003. Environmental issue report N.º29.

la población infantil y juvenil se ha duplicado en la última década, padeciéndola alrededor de un 14% de menores de 18 años) (Hernández M, 2001) ³³.



Fuente: ICANE. Padrón de habitantes 2006

Entre otros problemas importantes de salud que van en aumento se encuentran: las discapacidades, debido a la mayor supervivencia infantil con discapacidades físicas y psíquicas; y el maltrato infantil, cuya mortalidad se triplicó entre 1997 y 2001 ³⁴. De acuerdo a Colomer y colaboradores, la investigación en desigualdades en salud de la población infantil y juvenil es aún escasa, por lo que es fundamental investigar su situación de salud de acuerdo a factores socioeconómicos, que por su dificultad metodológica en asignarles la clase social, permanecen como una gran área de desconocimiento. Es importante considerar que con la población infantil y juvenil no se ha planteado el enfoque de derechos y participación en la toma de decisiones respecto a las intervenciones sanitarias en el mismo sentido ni con el mismo énfasis que con la población adulta.

C) En base a la clase social y económica

En general, en Cantabria el 50,2% de los hogares opina que han aumentado las desigualdades sociales, mientras que en el grupo de las personas en situación de exclusión social ³⁵, es el 66,7% de hogares que opina que han aumentado ³⁶.

El estudio sobre Pobreza y Exclusión Social de la Población en Cantabria 2006, presenta una tipología de acuerdo a los procesos de exclusión social en la región representada por la población inmigrante, las mujeres solas con cargas familiares no compartidas, las personas de etnia gitana, las personas dependientes, las ma-

³³ Hernández M. Consideraciones socio-sanitarias de la obesidad infantil. En: Serra L, Aranceta J, editores. Obesidad infantil y juvenil. Estudio EnKid. Barcelona: Masson, 2001; p.3-9.

³⁴ Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato infantil en la familia, 2000. Serie Documentos n.º 3.

³⁵ La exclusión social definida como la situación extrema de pobreza que además supone una ruptura social, al tiempo que se dan situaciones de vulnerabilidad que pueden transformarse en exclusión.

³⁶ Pobreza y Exclusión Social de la Población en Cantabria, 2006. Op. Cit.

yores con ingresos insuficientes, los desempleados de larga duración, las personas sin hogar o transeúntes, y las personas en situación de prostitución. Estos colectivos tienen escasas posibilidades de participar plenamente en el ámbito político y social.

Mientras que en el área de la Bahía de Santander y Torrelavega se concentra la mayoría del empleo en la región, en las zonas urbanas interiores de Cantabria la oferta se restringe fundamentalmente al sector de la construcción y a los servicios de atención a las personas mayores y dependientes, y en el medio rural del interior de la región, aumenta el envejecimiento y el abandono del territorio por falta de oportunidades.

El informe sobre Pobreza y Exclusión Social de la Población en Cantabria destaca también el elevado porcentaje de hogares pobres en los que la preparación media de sus adultos es muy baja. Este hecho ocurre en la mitad de los casos de pobreza leve y en uno de cada tres hogares que están en situación de pobreza grave. Son por otra parte los hogares en situación de dependencia los que tienen un nivel educativo más bajo, con un 81,7% de hogares con una preparación media muy baja.

En materia de salud, en uno de cada cuatro hogares pobres y excluidos socialmente hay algún miembro enfermo, siendo los hogares pobres y vulnerables en los que con mayor frecuencia todos sus miembros están enfermos (8,3%). Cabe así mismo destacar el elevado porcentaje de hogares dependientes en los que alguno de sus miembros está enfermo (18,1%) o todos sus miembros están enfermos (13,9%), en comparación con el 7,2% de los hogares de Cantabria en que hay algún miembro enfermo o el 2,7% en que todos sus miembros están enfermos. Es igualmente preocupante el elevado porcentaje de hogares excluidos en los que alguno de sus miembros está enfermo (20,8%).

En cuanto a los hogares con personas con discapacidad o enfermos crónicos, el porcentaje aumenta de acuerdo a la situación de pobreza y exclusión, desde el 10,5% de los hogares de renta media hasta el 42,9% en los que se da pobreza y exclusión simultáneamente.

Respecto al consumo de alcohol y drogas, vemos el mismo tipo de patrón por tipos conjuntos de pobreza y exclusión, siendo los hogares en los que se da una situación de pobreza y exclusión simultánea en los que con mayor frecuencia se dan problemas de adicciones, afectando el alcoholismo al 5,6% de estos hogares y las drogas al 3,6%, en comparación con el 0,4% de los hogares cántabros que tiene algún miembro con problemas con el alcohol y el 0,2% con problemas con las drogas.

En general aunque la investigación en desigualdades en salud de acuerdo al género y la clase social se realiza más frecuentemente por separado, la persistente evidencia de que las mujeres de clase socio-económica más baja son las que tienen peor salud hace más necesario conocer los factores que la determinan para planificar servicios que atiendan sus necesidades de forma integral (Macintyre S, Hunt K, 1997)³⁷.

³⁷ Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? J Health Psicol., 1997; 2:315-34.

D) En base a niveles de discapacidad

En Cantabria, en 2005 había 32.875 personas (5,92% de la población de la región) con un grado de discapacidad superior al 33%, de las cuales 16.687 eran mujeres (49%)³⁸. Dependiendo a la edad, la distribución no es igual por sexos, siendo mayor en hombres en edad inferior a 64 años, principalmente debido a la mayor incidencia de accidentes laborales en hombres. De acuerdo a la hipótesis del Consejo Económico y Social (CES)³⁹, otro factor contribuyente a la menor ocurrencia de discapacidades en mujeres en ese mismo tramo de edad estaría relacionado a la menor detección de discapacidades en niñas debido a las diferentes expectativas sociales en cuanto a las capacidades (sobre todo físicas) que deben mostrar niños y niñas. Por otra parte, la mayor esperanza de vida en mujeres hace que aumente el número en mujeres mayores.

Las discapacidades psíquicas están presentes en el 24,28% de las personas con discapacidad, siendo ligeramente superior en mujeres (12,58% frente a 11,43% en hombres). Obviamente aunque no todas las personas con diversos niveles de discapacidad son dependientes ni solicitan atención especial de los servicios sociales, a un buen número les afecta su calidad de vida y de relaciones sociales. El sistema sanitario tiene huecos importantes en su cobertura de asistencia, como son la compra de audífonos, gafas, atención buco-dental y tratamiento podológico, que en general (exceptuando algunas subvenciones) tienen que ser pagadas por las personas que las necesitan, que en su mayoría son mayores y con menor poder adquisitivo.

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

E) En base a la procedencia geográfica

La distribución geográfica de los hogares en Cantabria se da en un 22,3% en el área rural, un 40,8% en los barrios residenciales alto, medio y antiguos en buen estado, un 36,3% en los barrios obreros y antiguos deteriorados, y un 0,6% en los suburbios. Pero si observamos la distribución de los hogares en situación de pobreza, la concentración aumenta en zonas rurales (28,9% de los hogares con un nivel de pobreza grave) y en los barrios obreros y barrios antiguos deteriorados (43,7% de los casos de pobreza grave). Además cabe destacar que los hogares de recursos bajos y los hogares dependientes se concentran en mayor porcentaje en zo-

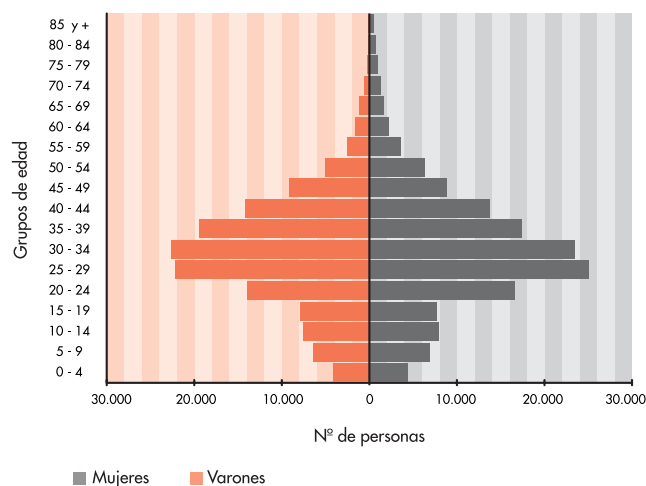
³⁸ Mapa de la Discapacidad en Cantabria, Colección Estudios Sociales nº4, marzo 2006. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Políticas Sociales. Gobierno de Cantabria.

³⁹ Informe del Consejo Económico y Social (CES), de marzo de 2004 "La situación de las personas con discapacidad en España", en Mapa de la Discapacidad en Cantabria.

nas rurales (32,3% y 35,5% respectivamente), mientras los hogares en situación de exclusión social se ubican en barrios obreros y antiguos (57,1%) y en suburbios (2,8%).

La procedencia geográfica marca por lo tanto el nivel de acceso de las personas a la información, comunicaciones y servicios. Esto se da especialmente en una geografía como la cántabra en la que el área rural está caracterizada por localidades pequeñas con escaso movimiento de población y alto nivel de aislamiento, sobre todo en el invierno, significando un determinante importante de su salud.

F) En base al país de procedencia y/o etnia



Fuente: ICANE. Padrón de habitantes 2006

La incidencia creciente de los flujos migratorios en los últimos cinco años ha supuesto un incremento rápido de la población inmigrante en Cantabria, aún siendo una de las autonomías con menor número de inmigrantes del país. Desde el año 2000, en que se promulga la Ley Orgánica 4/2000, a 2007, el número de personas inmigrantes en la región se ha multiplicado por 10, contabilizándose en 23.834, según el Padrón Municipal de 2006, de los que 23.144 tienen Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) ⁴⁰. En la pirámide de la población inmigrante en Cantabria se puede observar la gran diferencia de distribución por edades respecto a la de la población autóctona.

Estas cifras que suponen aproximadamente un 4% de incremento en la población, tienen repercusiones en el aumento de necesidades específicas tanto en salud como en servicios sociales y educación. Corresponde por tanto al gobierno dar respuesta reforzando los servicios donde sea más necesario, lo cual conlleva medidas presupuestarias a valorar junto a los presupuestos de género ya mencionados.

La inmigración a Cantabria procede principalmente de Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Perú, Argentina, Brasil) (54,88%), con una presencia superior de mujeres (59.34%), y de los países del este de Europa (Rumania, Moldavia, Ucrania, Bulgaria). La población extranjera con TSI está concentrada mayoritariamente en la

⁴⁰ Fuente: Servicio Cántabro de Salud, a 6 de febrero de 2007.

gerencia de atención primaria (GAP) de Santander-Laredo (81,27%), por encima del porcentaje de la población total de Cantabria que vive en la misma GAP (71,50%)⁴¹.

Es sumamente importante aprender de la experiencia de otros países en el entorno europeo con una historia de inmigración mucho más larga, y sobre todo de nuestro entorno estatal y autonómico al que la llegada de inmigrantes ha sido mucho mayor que en Cantabria, y cuyas administraciones autonómicas (al igual que la estatal) tardaron en interesarse por el tema y por tanto en afrontar la situación. Esto ha tenido repercusiones sobre los servicios sanitarios, que se han visto en muchos casos desbordados por una demanda que se podía haber anticipado, paliando el impacto sobre los propios servicios y sobre la opinión pública. Asimismo, se hubiesen podido evitar algunas reacciones xenofóbicas que más allá de ver el fenómeno como una falta de previsión política y administrativa, culpan en muchos casos a los colectivos inmigrantes por su “abuso” de las instituciones públicas.

Es de conocimiento público que la población inmigrante por lo general ocupa los puestos de trabajo más precarios y en peores condiciones laborales, con ingresos menores y más inestables, y con las correspondientes dificultades que encuentran para acceder a los recursos públicos y a la vivienda. Esta situación de precariedad, unida a la falta, sobre todo a la llegada, de redes de apoyo familiares o comunitarias, genera un grupo en situación de desigualdad, vulnerabilidad y en muchos casos, exclusión social. Las personas inmigrantes excluidas carecen al mismo tiempo de posibilidades de participación política o de mejorar su entorno social.

Según el reciente informe de Pobreza y Exclusión Social en Cantabria, la pobreza más grave, aunque ha estado limitada normalmente a “grupos sociales recurrentemente pobres o procedentes del círculo de la pobreza, como los gitanos chabolistas y los sin techo”, se hace más evidente actualmente entre el colectivo de inmigrantes, sobre todo entre quienes no tienen regularizada su situación de residencia en España. Al mismo tiempo la presencia de extranjeros cada vez es más importante en albergues y otros centros de acogida.

Diversos estudios a nivel estatal y por comunidades autónomas identifican la existencia de desigualdades que sufre la población inmigrante en relación a la protección y cuidado de la salud y al acceso al sistema sanitario. Estas desigualdades reflejan la existencia de dificultades y barreras de orden:

- Legal y administrativo: la condición de empadronamiento para el acceso al Sistema Nacional de Salud representa una barrera a la asistencia sanitaria para aquellas personas de origen extranjero (en mayor o menor número dependiendo a la comunidad autónoma en que residan) que carecen de cualquier documento acreditativo de su identidad y por tanto tienen vedado el acceso al padrón municipal. Además existen otros motivos condicionantes como son:

⁴¹ Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Tarjeta Sanitaria. Febrero de 2007.

- El desconocimiento del funcionamiento del empadronamiento, del marco legal y de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario español.
- El miedo a ser descubiertos y expulsados por no disponer de documento acreditativo de su identidad.
- La falta de residencia fija.
- Las dificultades en el acceso a la vivienda.
- Diferencias de tipo: cultural, lingüísticas, de percepciones en cuanto a la salud y expectativas respecto a los servicios sanitarios, y de comunicación con el personal sanitario.
- Dificultades relacionadas con la falta de sensibilización o conocimiento de algunos profesionales sanitarios en cuanto al trato con una diversidad de población con necesidades que en ocasiones difieren de las de la población general.
- La situación de marginación y precariedad en las que viven una parte de las personas inmigrantes.

Una limitante importante para conocer la situación de salud percibida de la población inmigrante resulta de su falta de representatividad en las encuestas de salud, por lo que no se puede inferir información específica a este sector de población, haciendo más evidente la necesidad de muestras más ampliadas o estudios específicos con inmigrantes.

La salud mental ha sido ya descrita como uno de los problemas más prevalentes de la población inmigrante, no por producirla la inmigración en sí misma sino por estar asociada al propio proceso migratorio y de adaptación a la sociedad receptora⁴² (Achotegui, 2002). Ya en 1990, Ballús⁴³ alertaba sobre la necesidad de sensibilizar y formar a profesionales en cuestiones sociales y culturales, así como en habilidades de comunicación y comprensión lingüística para tratar adecuada y eficazmente a la población inmigrante. Casi dos décadas más tarde, la necesidad está más vigente ya que el problema de la falta de formación permanece en gran parte en el sector salud (Comelles y Bernal, 2007)⁴⁴. Para ilustrar esta necesidad cabe mencionar que el Servicio Cantabro de Salud, que es el encargado de coordinar la formación continuada de los profesionales de la salud en Cantabria, no ofrece ningún tipo de curso de formación sobre interculturalidad o que incluya temas relacionados a la atención a las necesidades de la población inmigrante a ningún colectivo sanitario⁴⁵. Únicamente se ofrece anualmente un “Curso de Planificación en Atención Primaria”, dirigido a médicos de familia

⁴² Achotegui J. La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Madrid: Ediciones Mayo, 2002.

⁴³ Ballús C. Psiquiatría y migración. Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 1990; 17:243-244.

⁴⁴ Comelles J, Bernal M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on-line. Nº13, marzo 2007.

⁴⁵ Necesidades Formativas y “Buenas Prácticas” en extranjería. ESOMI. Universidade da Coruña

de 22 horas lectivas, en cuyo programa se ha introducido más recientemente un tema de “Demografía” centrado en los cambios demográficos producidos por la inmigración.

En Cantabria hasta la fecha han sido las asociaciones sin ánimo de lucro, como Cruz Roja, Cantabria Acoge y Caritas, las que han absorbido primordialmente las demandas de la población inmigrante y se han especializado en la acogida. Estas asociaciones proporcionan los servicios tanto jurídicos como de asistencia social y de salud, en la medida de sus posibilidades, con aportación económica del Gobierno. Por otro lado, el Servicio Cántabro de Salud proporciona los servicios de atención primaria y especializada a las personas inmigrantes con TSI que los solicitan⁴⁶, aunque sin haber hecho aun una valoración de las necesidades específicas de la diversidad de la población inmigrante.

Con el fin de promover un sistema equitativo de salud integral, el OSPC se plantea indagar específicamente sobre los diversos perfiles de la inmigración, procesos migratorios y realidades en que conviven, como determinantes de su estado de salud. Por ejemplo, el tráfico, legal o ilegal, de trabajadores inmigrantes y la diversidad de oficios a los que se abocan en muchas ocasiones en situación de precariedad laboral determinará su situación específica de salud o enfermedad a la que el sistema sanitario deberá dar respuesta. La situación de irregularidad administrativa condiciona por otra parte y limita el acceso de la población inmigrante a los servicios de salud. Es por ello fundamental a la visión integradora del observatorio contar con la participación y la información que puedan brindar otros sectores sociales.

Para favorecer la integración de la población inmigrante de Cantabria en el sistema de salud es preciso partir de una interpretación integral de la salud de la inmigración que vaya más allá del estereotipo de las enfermedades infecto-contagiosas e incluya todos los aspectos de la salud y la enfermedad que atañen al resto de la población de la región. Uno de los aspectos más importantes de esta política inclusiva de salud será fomentar el entendimiento y la comprensión entre la diversidad de comunidades que integran la región. Si la población inmigrante no es percibida como una amenaza a la salud de la sociedad, tendrá más posibilidades de vivir libre de discriminación y xenofobia.

⁴⁶ Cabe destacar que las personas sin TSI solo tienen derecho a atención de urgencias.



PLAN DE ACTUACIÓN

ÁREA I: INVESTIGACIÓN & 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.

Indicadores⁴⁶:

- 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 & 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.

⁴⁶ 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 OSPO.
- 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 OSPO 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 OSPO 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 OSPO.
- 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 OSPO y evaluación de las mismas por los/las participantes.
- Contribuciones del OSPO en otros espacios de debate, congresos, jornadas técnicas, etc.
- Memorias anuales e informe de evaluación 2007-2010 del OSPO difundidos.

ÁREA III: FORMACIÓN**III. Objetivo General:**

Captar necesidades formativas en áreas relevantes a la salud pública y contribuir a la formación continua 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, N° y tipo de colaboraciones a nivel regional, con otras CCAA, nacional o internacional.
- Participación en eventos: foros, jornadas, debates, seminarios etc.



EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN

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 podemos 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 dirigida a reducir las desigualdades en salud, y desarrollar un plan que cuente con la financiación y los recursos técnicos necesarios.

Financiación:

La Consejería de Sanidad a través del presupuesto de la Dirección General de Salud Pública es la fuente principal de financiación del OSPC, que garantiza el mantenimiento de la oficina en el Hospital de Santa

Cruz de Lienres y del equipo de trabajo. Para el desarrollo del ambicioso Plan de Actuación en el que se embarca el OSPC, éste planteará a la Dirección General de Salud Pública un plan progresivo de necesidades, con indicadores de crecimiento y propuesta de incremento del presupuesto anual que permita el logro de los objetivos marcados a 2010. Además el OSPC procurará otras fuentes de financiación y colaboraciones que le permitan la ejecución de las actuaciones planteadas.



FUENTES DE INFORMACIÓN Y ENTIDADES COLABORADORAS

FUENTES DE INFORMACIÓN Y ENTIDADES COLABORADORAS

- a) Consejería de Sanidad: las direcciones generales de Salud Pública, Ordenación Sanitaria y Servicio Cántabro de Salud; Consejería de Empleo y Bienestar Social: las direcciones generales de Servicios Sociales, Políticas Sociales, de la Mujer, de la Juventud, y de Asuntos Europeos y Cooperación al Desarrollo; la Consejería de Educación, y otras consejerías.
- b) Los subsistemas de información y registros de Salud Pública:
 - a. Sistemas de información sanitaria de base poblacional:
 - I. Registro de mortalidad.
 - II. Registro de enfermedades: tumores, SIDA (la Dirección General de Salud Pública cuenta con un Plan Regional de SIDA en Cantabria), meningitis, programa de hipoacusia.
 - III. Registro de Sistema Integral de Vacunación (SIVAC).
 - IV. Encuestas de Salud: Encuesta Nacional de Salud 2006.
 - V. Sistemas de notificación:
 - 1. Registro de accidentes de tráfico (Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior).
 - 2. Siniestralidad laboral, enfermedades profesionales (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social): Informe de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en Cantabria 2005 e Informe de I Encuesta de Condiciones de Trabajo de Cantabria 2006.
 - b. Sistemas de información sanitaria procedentes de los servicios sanitarios (Ministerio de Sanidad y Consumo a nivel estatal y Servicio Cántabro de salud):
 - I. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) y datos de los informes sobre Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria, y de la Encuesta sobre drogas a la Población Escolar (la Dirección General de Salud Pública cuenta con un Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de

- Cantabria y una Estrategia Regional sobre Drogas).
- II. Sistema de información sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (Ministerio de Sanidad y Consumo).
 - III. Sistema de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).
 - IV. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
 - V. Encuestas de morbilidad hospitalaria.
 - VI. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).
 - VII. Lista de Espera de Consultas y Técnicas (LECYT).
 - VIII. Lista de Espera Quirúrgica (LEQ).
 - IX. Sistema de Información de Atención Primaria.
 - X. Registro de Incapacidad Temporal.
- c) Registros de la Dirección General de Servicios Sociales: Procedimientos de Menores, solicitudes de centros de día psicogeriátricos, centros de día de rehabilitación psicosocial, centros de discapacitados, residencias de 24 horas, ayudas alquiler vivienda habitual, Ayudas Individualizadas (urgente necesidad), Fondo de Asistencia Social (FAS), pensiones no contributivas de jubilación y de invalidez, Ingresos Mínimos de Inserción (IMI).
 - d) Bases de datos e informes de la Dirección General de Políticas Sociales: Mapa de la discapacidad de Cantabria 2006, Condiciones de vida y pobreza de la población de Cantabria 2006, Adolescentes en situación de riesgo o exclusión social en la Comunidad Autónoma de Cantabria 2006.
 - e) Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto Cántabro de Estadística (ICANE): padrón, censo y movimiento natural de población, Encuesta Social 2006, Encuesta de Población Activa 2006, Encuesta Nacional de Salud 2006, Encuesta de Migraciones, Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003, Mujeres y Hombres desde la perspectiva de género Cantabria 2006.
 - f) Otras fuentes de la administración: educación, trabajo, vivienda, medioambiente, etc.
 - g) Memorias anuales y datos de asociaciones y entidades sin ánimo de lucro que proveen servicios a inmigrantes: Cantabria Acoge, Cruz Roja, Caritas; los sindicatos C.C.O.O., U.G.T. y U.S.O.; y asociaciones de inmigrantes.

- h) Asociaciones de mujeres, de pacientes, Consejo de la Mujer, Consejo de la Juventud.
- i) Otros observatorios e institutos: Observatorio Permanente de la Inmigración: (ODINA sobre Inmigración), Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud (informes especializados en desigualdades en salud y salud y género por CCAA), el Observatorio de Salud de Castilla-La Mancha, el Observatorio de Salud Pública de Barcelona, el Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid, y otros.
- e) Centros de información de otras comunidades autónomas, Europa y países de Latinoamérica y el Caribe fundamentalmente (de donde procede la mayoría de la población inmigrante de la región), además de informes de los organismos de Naciones Unidas.



FASES DE DESARROLLO DEL OSPC

FASES DE DESARROLLO DEL OSPC

Fase I (Octubre de 2006-Marzo de 2007)

- Valoración de necesidades, análisis de modelos de observatorios, identificación de áreas prioritarias de trabajo, líneas de investigación e intervención, fuentes de información y posibles entidades colaboradoras.
- Establecimiento de un Consejo de Dirección y un Comité Asesor.
- Desarrollo de Plan de Actuación 2007-2010.
- Elaboración de propuestas de estudios.

Fase II (Abril-Diciembre de 2007)

- Presentación oficial del OSPC a las instituciones y a los medios de comunicación.
- Inicio de desarrollo del Plan de Actuación del OSPC.
- Formalización de vínculos y convenios de colaboración.
- Diseño y lanzamiento de página web.
- Elaboración de propuestas para estudios y foros.
- Desarrollo de primera fase de estudios del OSPC.
- Creación de primer boletín electrónico informativo.
- Organización de primer curso de formación en investigación cualitativa.
- Organización de presentaciones y debates.
- Evaluación de la fase inicial del OSPC: implementación de cambios necesarios, valoración de las posibilidades de ampliación de cobertura y financiación del OSPC.

Fase III (2008-2009)

- Memoria del OSPC de 2007 y plan específico para 2008.
- Continuación del desarrollo del Plan de Actuación del OSPC con las modificaciones necesarias en base a los resultados de la evaluación de 2007. Igualmente, al Plan de 2009 se integrarán las recomendaciones de la evaluación anual de 2008.
- Elaboración de diseño de centro de documentación virtual como fuente de apoyo para profesionales y para la población en general.
- Desarrollo de plan de comunicación y establecimiento de relaciones con prensa, televisión y radio locales, en coordinación con la Dirección General de Salud Pública.
- Evaluación de la trayectoria del OSPC y su impacto inicial en las políticas, programas y servicios de salud.
- Memorias y planes actualizados anuales.

Fase IV (2010)

- Como en los años anteriores, el Plan de 2010 integrará las recomendaciones de la evaluación anual de 2009. Este último año del Plan de Actuación será una Fase de evaluación del primer período 2007-2010, de planificación estratégica y de expansión del OSPC para un siguiente período 2011-2014.



ANÁLISIS FINAL

ANÁLISIS FINAL

El proyecto del Observatorio de Salud Pública de Cantabria se inicia en un momento estratégico en cuanto al desarrollo de nuevos enfoques en la salud pública de la región, como son la integración de la perspectiva de género en los programas de salud, la formación a los equipos de atención primaria en el abordaje de la violencia de género, la creación de un programa innovador de cuidados paliativos en atención primaria, la elaboración de un plan de salud laboral y un plan de salud mental, y el establecimiento de un grupo de trabajo para la coordinación de acciones en cuanto a la atención de las necesidades específicas de la población inmigrante de la región.

El OSPC cuenta para su desarrollo con el compromiso político de la administración y la Consejería de Sanidad, así como con el apoyo de los diversos sectores a nivel autonómico y estatal consultados para su valoración inicial de necesidades.

No obstante, es importante considerar los retos a los que se enfrenta el OSPC, entre los que cabe destacar (aparte de los ya comentados en la fundamentación del proyecto) la aún escasa práctica de evaluar tanto políticas de salud como planes y programas. Esta situación puede generar resistencias a un órgano que se puede percibir como “inspector”, en un sentido menos positivo de evaluador. Por otro lado, existe un cierto escepticismo dentro de algunos sectores de la misma administración ante iniciativas nuevas que no vayan a cubrir los vacíos y las necesidades del propio sistema. El OSPC parte de conceptos de orden más cualitativo que no están aún muy establecidos en el sector ni entre los profesionales de la salud, lo cual puede cuestionar que el OSPC consiga resultados que le sirvan al sistema. Al mismo tiempo, el enfoque participativo se puede percibir con cierto recelo ya que no hay todavía mucha costumbre en la administración sanitaria de compartir información y articularse con otros actores sociales.

Al momento de su creación, el OSPC cuenta con una infraestructura básica de oficina y equipo para arrancar con el proyecto inicial sobre el que desarrollar el Plan de Actuación presentado en este documento. Además de contar con el presupuesto de la Dirección General del Salud Pública del que parte, el OSPC explorará otras vías de financiación y apoyo a las actuaciones del Plan, con las consiguientes oportunidades adicionales de colaboraciones que éstas puedan reportar.

Este Plan de Actuación, que pretende ser coherente y realista con las posibilidades del contexto de la administración y de la región, constituye una oportunidad de construcción de un espacio de análisis útil tanto para los gestores de la administración como para la diversidad de sectores y actores con quienes el OSPC busca colaborar e invita a participar en sus actuaciones. La capacidad del OSPC de emitir recomendaciones a la administración representa una posibilidad privilegiada de incidencia en las políticas de salud de la región hacia mejoras en sus programas y servicios.

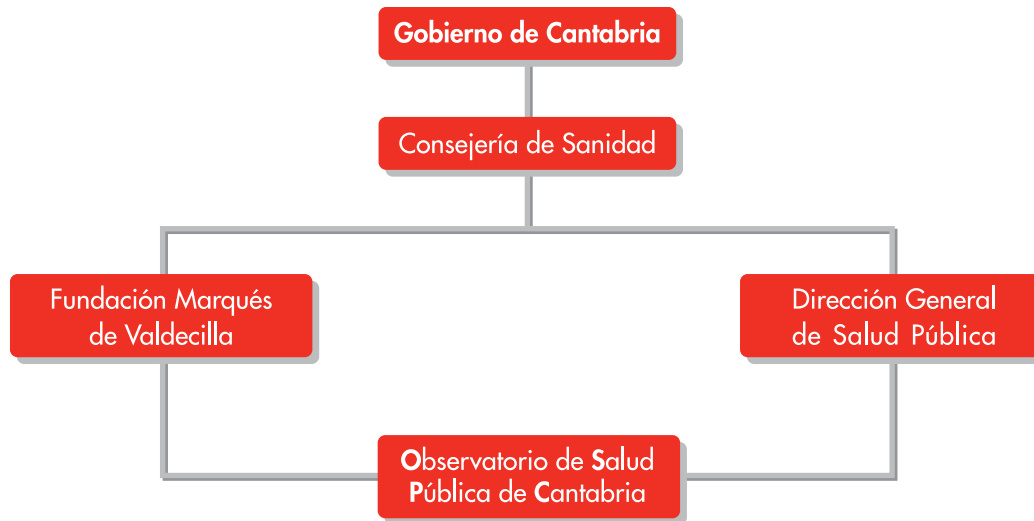
El OSPC pretende contribuir a la salud pública de Cantabria con una perspectiva innovadora de participación de los diversos sectores y de la ciudadanía, basada en las colaboraciones en la construcción de la salud pública. Este esfuerzo tiene el potencial de proporcionar una legitimidad al OSPC que le abra puertas para las alianzas con otros actores sociales. Este enfoque persigue igualmente la complementariedad en el trabajo con nuestros colaboradores y el aprendizaje de los aportes de otras disciplinas.



ORGANIGRAMA Y GESTIÓN

ORGANIGRAMA Y GESTIÓN

ORGANIGRAMA



GESTIÓN

El Observatorio de Salud Pública de Cantabria es un proyecto de la Consejería de Sanidad y de la Dirección General de Salud Pública, gestionado a través de la Fundación Marqués de Valdecilla. El OSPO cuenta con una Directora, una Comisión de Dirección y un Comité Asesor. Las funciones y estructura del OSPO son aprobadas por el Patronato de la Fundación.

Comisión de Dirección

La Comisión de Dirección es el órgano de dirección y representatividad del OSPC con la responsabilidad en la toma de decisiones ejecutivas sobre el plan estratégico. La Comisión de Dirección se reunirá al menos dos veces al año. Lo componen:

- Luis Truan Silva, *Consejero de Sanidad*.
- Santiago Rodríguez Gil, *Director General de Salud Pública*
- Luis Carmelo Anchóriz Tejedor, *Director Gerente de la Fundación Marqués de Valdecilla*
- José María Estolaza Osa, *Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud*
- José Luis Bilbao León, *Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*
- Ángeles Cabria García, *Directora del Observatorio de Salud Pública*

Comité Asesor

El Comité Asesor es 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 aportar rigor científico y humanista, y apoyar al equipo del OSPC en la toma de decisiones en cuanto a sus líneas estratégicas de actuación. El Comité Asesor se reunirá en pleno dos veces al año para evaluar el progreso y hacer recomendaciones al OSPC. Además el OSPC contará con la asesoría de las y los representantes del Comité en temas puntuales para lo que se establecerán pequeños grupos de trabajo ad hoc.

La formación inicial del Comité Asesor la integran las siguientes personas: Comité Asesor Externo:

- Milagros Ramasco Gutiérrez, *Jefa de Sección de Intervención en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid*.
- Olga Solas Gaspar, *Jefa del Observatorio de Salud de Castilla-La Mancha, FISCAM*.
- Concepción Colomer Revuelta, *Directora del Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo*.

Integrantes del Comité Asesor de Cantabria:

- Ana Estébanez Ortega, *Trabajadora Social, Centro de Planificación Familiar "La Cagiga", Servicio Cántabro de Salud (SCS)*.

- Helena Martínez Bueno, *Coordinadora de la Unidad de Igualdad, Dirección General de la Mujer, Consejería de Empleo y Bienestar Social.*
- Mar Sánchez-Movellán, *Jefa de Sección de Salud de la Mujer, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad.*
- M^{re} Ángeles Ruiz-Tagle, *Presidenta de la Asociación Consuelo Berges, Facultativa del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).*
- Ana Quijano, *Presidenta de la Asociación Nueva Gente, Mediadora Intercultural, Consejería de Educación.*
- Leila Elasri, *Mediadora Intercultural de la Consejería de Educación.*
- Trinidad Dierssen Sotos, *Responsable de Calidad del SCS.*
- Carlos Richard Espiga, *Director del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla –IFIMAV, Fundación Marqués de Valdecilla (FMDV).*
- Javier Llorca Díez, *Decano y profesor de la Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria (UNICAN).*
- Jose Luis Vázquez-Barquero, *Jefe de la Unidad de Investigación de Psiquiatría, HUMV, profesor de la UNICAN.*
- David Cantarero Prieto, *Vicedecano y profesor del Departamento de Economía, UNICAN.*
- María Luisa Valiente Millán, *Coordinadora del Programa de Paliativos de la Dirección General de Salud Pública, representante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria –semFYC.*
- Mercedes Losilla Domínguez, *Médica de Atención Primaria (AP), Representante de la semFYC.*
- Rocío Cardeñoso Herrero, *Enfermera de AP, Representante de la Sociedad de Enfermería Comunitaria y Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria.*
- Carmen Rodríguez, *Presidenta de la Sociedad de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria, Peditra del Centro de Salud Dávila.*
- Pascual Sánchez Juan, *Coordinador de la Unidad de Apoyo Metodológico del IFIMAV-FMDV.*
- Domingo Álvarez González, *Director del Centro de Planificación Familiar “La Cagiga”, SCS.*
- Isabel Arias Sayago, *Presidenta de la Asociación Cantabria Acoge.*



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ACHOTEGUI J., *La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Madrid: Ediciones Mayo, 2002.
- ANNANDALE, E. AND HUNT, K. *Gender inequalities in health: research at the crossroads* In: (Eds, Annandale, E. and Hunt, K.) *Gender Inequalities in Health*. Open University Press, Buckingham, 2000.
- ARTACOZ L., *Género, trabajos y salud en España*. Gaceta Sanitaria; 18 (Supl 2) 2004.
- BALLÚS C., *Psiquiatría y migración*. Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 1990.
- BORREL C., GARCÍA-CALVENTE M, MARTÍ BOSCA J.V., *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Gac Sanit; 18 (Supl 1) 2004.
- BORRELL C., *Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?*. Gac Sanit; 18 (Supl 2) 2004.
- BORRELL C., & BENACH J., coordinadores. CAPS i Fundació J. Bofill. *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
- BORRELL C., BENACH J, coordinadores. CAPS i Fundació J. Bofill. *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
- COLOMER REVUELTA C., *La salud en la infancia. Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*: Gaceta Sanitaria; 18 (Supl 1) 2004.
- COMELLES J., BERNAL M., *El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España*. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on-line. Nº13, marzo 2007.
- Consejo Económico y Social. *“La situación de las personas con discapacidad en España”*, en Mapa de la Discapacidad en Cantabria 2004.
- *Encuesta de Opinión Pública para la elaboración del Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2002*. Secretaría de Ciencia y Tecnología. Ministerio de Educación. Argentina; 2002.
- FOUCAULT M., *The History of Sexuality. Vol. 1: An Introduction* [1976]. New York: Pantheon Books, 1978.
- Gender and Health Group at Liverpool School of Tropical Medicine. *Guidelines for the analysis of gender and health*. Department for International Development. Social Development Division. Liverpool, 2001. En Laceras Lozano, M^º L, Pires Alcalde, M y Rodríguez Gimena, M^º M. *Género y Salud*. Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía. 2004.
- GIMÉNEZ C., *La dinamización comunitaria en el ámbito de la inmigración. “Apuntes y propuestas sobre participa-*

- ción, mediación y codesarrollo”, en *La Exclusión Social Teoría y Práctica de la Intervención*. Coordinadoras: M^a José Rubio y Silvana Monteros. Editorial CCS. Madrid, 2002.
- GONZALO E., PASARÍN I., *La salud de las personas mayores*. Informe SESPAS 2004: *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*: Gaceta Sanitaria 18 (Supl 1) 2004.
 - GÚEZMES A., (Observatorio del derecho a la salud. CIES): *“Políticas de reforma del sector salud: desafíos para la investigación”* 2004.
 - HERNÁNDEZ M., *Consideraciones sociosanitarias de la obesidad infantil*. En: Serra L, Aranceta J, editores. *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio EnKid. Barcelona: Masson, 2001.
 - ICANE. *Encuesta de Población Activa, Cantabria* 2006.
 - ICANE. *Padrón Municipal de Habitantes, 2006*.
 - *Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria 7/2002*, 10 de diciembre. BOC nº 242, de 18 de diciembre de 2002. BOE nº 6, de 7 de enero de 2003. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
 - LÓPEZ LERA D., *Necesidades Formativas y “Buenas Prácticas” en extranjería*. ESOMI. Universidad da Coruña 2007.
 - MACINTYRE S., HUNT K., *Socio-economic position, gender and health. How do they interact?* J Health Psicol., 1997; 2:315-34.
 - *Maltrato infantil en la familia*. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Serie Documentos N.º3. 2000.
 - *Mapa de la Discapacidad en Cantabria, Colección Estudios Sociales N º4*, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Políticas Sociales. Gobierno de Cantabria; 2006.
 - MONTERO I, ET AL. *Género y salud mental en un mundo cambiante*. Informe SESPAS 2004: *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*: Gaceta Sanitaria;18 (Supl- 1) 2004.
 - *Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid*. Participación. Publicación: Puntos de Vista, N º2, julio 2005.
 - PÉREZ, CIRERA, RODRÍGUEZ-SANZ Y BORRELL, *Desigualdades de mortalidad en las Comunidades Autónomas entre 1981 y 2002*, Agencia de Salud Pública de Barcelona - Observatorio de Salud de la Mujer, 2006.
 - *Pobreza y Exclusión Social de la Población en Cantabria*, investigación realizada por el instituto de estudios sociales avanzados de Andalucía en el marco de un convenio de colaboración firmado entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria y el IESA-CSIC, abril 2006.
 - RODRÍGUEZ-SANZ M., CARRILLO P., BORRELL C., *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003*, Agencia de Salud Pública de Barcelona - Observatorio de Salud de la Mujer, 2006.
 - ROHLFS I., *Género y Cardiopatía isquémica*. Gac Sanit; 18 (Supl 2) 2004.
 - VERBRUGGE L.M., *Pathways in health and death*. En: Apple R (Ed). *Women, health and Medicine in América*. New York: Garland 1990.

- WHITEHEAD M., *Conceptos y principios de igualdad y salud*. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. 1990.
- WHITEHEAD M., *The concepts and principles of equity and health*. Int J Health Serv. 1992.
- WHO Regional Office for Europe and European Environment Agency. *Children's health and environment: a review of evidence*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, Environmental issue report N.º 29. 2003.



FUENTES CONSULTADAS EN LA WEB

FUENTES CONSULTADAS EN LA WEB

• EUROPA E INTERNACIONAL

- Agencia de la ONU para los refugiados (ACNUR). <http://www.acnur.org>
- Association of Public Health Observatories, APHO. <http://www.apho.org.uk>
- Europe, Public Health, Dissemination of Health Information, ECHI.
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/dissemination_en.htm
- Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS). <http://www.fnors.org>
- Immigration and Health Initiative. <http://www.immigrationandhealthinitiative.org>
- International Organization for Migration, IOM. <http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp>
- London Health Observatory. <http://www.lho.org.uk>
- Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO). <http://www.who.int>

• LATINOAMÉRICA

- Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos, Argentina. <http://www.inpade.org.ar>
- Foro de Migrantes en Línea. <http://migrantesenlinea.org>
- Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/default_spa.htm

• ESPAÑA

- Asociación de Economía de la Salud. <http://www.aes.es>
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria. <http://www.saludcantabria.org>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. <http://www.easp.es/web/esp/index.asp>
- Instituto Cántabro de Estadística (ICANE). <http://www.icane.es>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). <http://www.ine.es>
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- Servicio Cántabro de Salud. <http://www.scsalud.es>
- Servicio de publicaciones de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid.
<http://www.publicaciones-isp.org>
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). <http://www.sespas.es>

• OBSERVATORIOS

Derechos humanos

- Observatori DESC. <http://www.descweb.org>
- Observatori Solidaritat. <http://www.ub.es/solidaritat/observatori/esp/indiceobs.htm>
- Observatorio derechos humanos y VIH/SIDA. <http://www.observatorio.red2002.org.es>

Familias

- Observatorio de la Familia.
<http://www.accionfamiliar.org/presentacion.cfm?idPresentacion=145&CFID=13950205&FTOKEN=53908648&jsessionid=aa304073408e626e8869>
- Observatorio Cántabro de Apoyo a las Familias. <http://familiasdecantabria.es>

Infancia y Juventud

- Observatorio de la Infancia en Andalucía (OIA).
<http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/OIA/esp/index.aspx>
- Observatorio de la infancia y la adolescencia de Asturias. <http://www.graficosweb.com/observatorio>
- Observatorio de la Infancia. <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia>
- Observatorio Vasco de la Juventud.
<http://www.gazteaukera.euskadi.net/r58-854/es/Desigualdades en Salud>
- Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS). <http://www.omiss.ca>
- Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche.
<http://www.observatoriogenerosalud.cl/araucania/index.php>

Inmigración

Inmigración y Salud

- Observatorio latino. <http://www.observatoriolatino.org>

Movimientos migratorios

- Observatori Municipal de la Immigració. <http://www.observatoripalma.org>
- Observatorio de la inmigración de la Comunidad de Canarias.
http://www.gobcan.es/empleoyasuntossociales/inm_detalle servicio.jsp?DS42.step=3&DS42.PRIDID=5441
- Observatorio de la Inmigración de Tenerife. <http://www.obiten.net>
- Observatorio de las Migraciones y la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid (OMCI).
<http://www.munimadrid.es/portal/site/munimadrid/menuitem.f4bb5b953cd0b0aa7d245f019fc08a0c/?vgnextoid=3e52dc578588a010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD&vgnnextchannel=8db7566813946010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- Observatorio de las migraciones. http://www.ceimigra.net/index.php?option=com_wrapper&Itemid=98
- Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM).
<http://www.juntadeandalucia.es/gobernacion/opencms/portal/PoliticasyMigratorias/ContenidosEspecificos/OPAM/index.html?entrada=servicios>

- Observatorio Permanente de la Inmigración. http://extranjeros.mtas.es/es/general/ObservatorioPermanente_index.html
- Observatorio Socioeconómico Permanente de la Inmigración en Asturias (ODINA). <http://www.accem.es/programas/observatorio.htm>
- Observatorio Vasco de la Inmigración. <http://www.ikuspegi.org/cas/main.htm>

Racismo y Xenofobia

- European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EUMC). <http://eumc.europa.eu/eumc/index.php>
- Observatorio de la Comunidad de Madrid contra el Racismo y la Intolerancia. http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1114194029876&idListConsj=1109265444710&c=CM_Agrupador_FP&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&idOrganismo=1109266226986&pid=1109265444699&language=es&cid=1114194029876

Género

Violencia de Género

- Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpi/cgpi/observatorio.htm>
- Observatorio de la Violencia de Género en Bizkaia. http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/ca_index.html
- Observatorio de la Violencia de Género (OVG). <http://www.observatorioviolencia.org>

Desigualdades de Género

- Observatorio de Género. <http://www.uc3m.es/uc3m/inst/MGP/observatorio/index.html>
- Observatorio de Género. http://www.jcyl.es/scsiau/Satellite/up/es/Familia/Page/PlantillaN2TematicoLemaBuscadores/1156428070111/_/_/_?asm=jcyl&tipoLetra=x-small
- Observatorio de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/igualdad/index.htm>
- Observatoire de la parité entre les femmes et les hommes. <http://www.observatoire-parite.gouv.fr>

Género y Comunicación

- Observatori de les Dones en els Mitjans de Comunicació. <http://www.observatoridelesdones.org>
- Observatorio de la publicidad. <http://www.mtas.es/mujer/medios/Publicidad/observatorio.htm>
- Observatorio de Publicidad y la Comunicación Sexista. <http://www.gobiernodecanarias.org/icmujer/011obs.htm>

Medio Ambiente

- Observatorio de la Sostenibilidad en España (OSE). <http://www.sostenibilidad-es.org/Observatorio+Sostenibilidad>
- Observatorio de Medio Ambiente Urbano (OMAU). <http://www.omau-malaga.com>
- Observatorio del Paisaje. <http://www.catpaisatge.net/esp/index.php>
- Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS). <http://www.cimas.eurosur.org/staticpages/index.php?page=20030916201352186>

Salud

Discapacidad

- Observatorio de la Discapacidad (ODC). <http://sid.usal.es/odc/odc.asp>
- Observatorio de la Discapacidad. <http://www.ua.es/es/servicios/observatorio.discapacidad>
- Observatorio Regional de la Discapacidad. <http://www.carm.es/ctra/ord>

Drogas y Drogodependencias

- Observatorio Español sobre Drogas (OED). <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm>
- Observatorio europeo de la droga y las toxicomanías. <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11518.htm>
- OD. Observatorio de drogodependencias de Castilla La Mancha. <http://www.fiscam.es/od>

Medicina de familia

- Observatorio de medicina de familia.
<http://www.semfyec.es/www/semfyec/es/medicina-de-familia/observatorio-semfyec.html>

Personal Sanitario

- Observatorio de los Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales.
<http://www.observatoriorh.org/esp>

Políticas de Salud

- European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/observatory>
- Observatorio de Políticas Públicas y Salud. <http://www.ua.es/webs/opps/index1.html>
- Observatorio de Salud en Europa.
<http://www.easp.es/web/otrosproyectos/ose.asp?idSub=547&idSec=422&idCab=304>
- Observatorio del Derecho a la Salud, CIES, Perú. <http://www.consortio.org/observatorio>
- Plan de calidad para el SNS. Estrategia 3.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm>

Riesgos Sanitarios

- Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?vest=1156827010184&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContentoFinal&language=es&rendermode=preview&cid=1162209989406

Salud y Comunicación

- Observatorio Comunicación y Salud (OCS). <http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/index.asp>

Salud y Género

- Observatorio de desigualdades de género en la salud. http://genero.sespas.es/ob_presentacion.htm
- Observatorio de Equidad de Género en Salud. <http://www.observatoriogenerosalud.cl>
- Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm>
- Observatorio de Salud y Mujer (OBSYM). <http://www.obsym.org>
- Observatorio de salud, género y derechos humanos. <http://www.insgenar.org.ar/observatorio>

Salud Laboral

- Observatorio de Buenas Prácticas en prevención de riesgos laborales para trabajadores autónomos. <http://www.lapreencion.com/autonomos/index.php?seccion=presentacion>
- Observatorio de Salud Laboral, Cataluña. <http://www.osl.upf.edu>
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. <http://www.ugt.es/slaboral/observ/index.php>

Salud y Medicamentos

- Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad. <http://www.cofa.org.ar/observatorio.htm>
- Observatorio del medicamento. <http://www.fefe.com/observatorio.asp>

Salud Mental

- Observatorio de Salud Mental, AEN. <http://www.aen.es/aAW/web/cas/observatorio/index.jsp>

Salud Pública

- Association of Public Health Observatories (APHO). <http://www.apho.org.uk/apho>
- Das Gesundheitsobservatorium. <http://www.obsan.ch/e/index.htm>
- Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS). <http://www.fnors.org/Default.htm>
- Fundación Investigación Castilla La Mancha, FISCAM y Observatorio de Salud. <http://www.jccm.es/sanidad/fiscam/indexbis.html>
- Observatori de la Salut Pública de Barcelona. <http://www.aspb.es/quefem/salutbcn.htm>
- Observatorio de Hidratación y Salud (OHS). <http://www.hidratacionysalud.es>

Salud Reproductiva

- Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva. <http://www.mysu.org.uy/observa.htm>

Salud y Violencia

- Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS). <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co>

Socioeconómicos

Alimentación

- Observatoire Cidil des Habitudes Alimentaires (OCHA). <http://www.lemangeur-ocha.com>
- Observatorio de la Alimentación (ODELA). <http://www.odela-ub.com/cat/pres/pres.htm>

Desigualdades

- L'Observatoire des inégalités. <http://www.inegalites.fr>
- Observatorio de la Exclusión Social. <http://www.um.es/psuv/observatorio>

Empleo

- European Employment Observatory (EEO). <http://www.eu-employment-observatory.net>
- Observatorio argos. <http://www.juntadeandalucia.es/empleo/argos/inicio.jsp>
- Observatorio de Empleo y de la Formación Profesional de Canarias. <http://www.gobiernodecanarias.org/empleoyasuntossociales2/observatorio>

- Observatorio de Inserción Laboral. http://www.aneca.es/actividades/ilaboral_present.html
- Observatorio del Mercado de Trabajo del MERCOSUR. http://www.aneca.es/estudios/estu_oil.asp
- Observatorio del Mercado de Trabajo.
http://www.egailan.es/plsql/egailan/eg_observatorio?idioma=C
- Observatorio Navarro de Empleo.
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Empleo+y+Economia/Empleo/Informacion/Observatorio
- Observatorio Ocupacional de Castilla La Mancha. <http://www.sepecam.jccm.es/observatorio/index.php>
- Observatorio Ocupacional. <http://trabajastur.com/trabajastur/index.html?pg=400>
- Observatorio Ocupacional. <http://www.sepecam.jccm.es/observatorio/index.php>
- Observatorio Ocupacional. <http://traballo.xunta.es/index.jsp?lang=esp&menu=cu0&entry=cu2&item=&content=>
- Observatorio Ocupacional. <http://www.inem.es/inem/ciudadano/observatorio/index.html>
- Observatorio Regional de Empleo. <http://www.empleocastillayleon.com/prepararObservatorioAction.do>

Organizaciones no lucrativas

- Observatorio del Tercer Sector. <http://www.tercer-sector.org>

Políticas Sociales

- Observatoire Social Européen (OSE). <http://www.observatorio.net>

Personas Mayores

- Observatorio de Personas Mayores. http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/may_obs00.html
- Observatorio Municipal de Personas Mayores. http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/may_obs00.html

Vivienda

- Observatorio de la Vivienda. <http://www.notariado.org/observatorios/vivienda>
- Observatorio de la Vivienda. <http://www.ej-gv.net/etxebehategia>
- Observatorio Joven de Vivienda en España (OBJOVI).
<http://www.cje.org/C14/C6/OBJOVI/default.aspx?lang=es-ES>

