

Salud para las mujeres (2004-2007)



PLAN de ACTUACIÓN

Salud para las mujeres

(2004-2007)

EDITA: Gobierno de Cantabria.
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
Dirección General de Salud Pública.

IMÁGENES PORTADA Y CONTRAPORTADA: Pedro Sobrado

© Consejería de Sanidad y Servicios
Sociales. 2005

IMPRIME: Gráficas Calima, S. A.

DEPÓSITO LEGAL: SA-14-2005

El enfoque de género en salud, nos ha permitido reconocer como la diferente forma en que la sociedad construye el hecho de ser hombre o mujer influye en la salud de ambos.

Indudablemente, el hecho de que la vida de los hombres se oriente hacia el trabajo productivo, mientras que la de las mujeres lo haga hacia el trabajo reproductivo y que el conjunto de las tareas realizadas por las mujeres sea menos valorado socialmente que las realizadas por los hombres, tiene que tener consecuencias.

Tienen que influir en la salud la **dedicación exclusiva al trabajo doméstico** con jornadas sin horarios, sin reconocimiento social y sin posibilidad de autonomía económica; la **responsabilidad y la carga de trabajo adicional que supone el cuidado** de enfermos, mayores o discapacitados, **el hacerse cargo de los hijos e hijas** en solitario o la **doble o triple jornada de la mujer trabajadora**; las **diferencias en las condiciones de trabajo y de retribuciones salariales**, con un mercado laboral que concentra a las mujeres en un número de ocupaciones menor de lo que sus capacidades les permiten, que pone trabas a su promoción y que las mantiene con un alto nivel de desempleo; **la situación de subordinación económica y social** que está permitiendo que el rostro de la pobreza o del SIDA se feminice; **la violencia contra las mujeres y el acoso sexual** que, desgraciadamente, todos los días son noticia en nuestros medios de comunicación; **el enfrentarse al envejecimiento** con pensiones inferiores y menor apoyo social...

Además, tiene que influir en la salud que tan importantes diferencias en las condiciones de vida actúen sobre una persona cuyas actitudes, valores y normas han sido conformados mediante una educación discriminatoria, una educación para la dependencia económica y emocional y para la identificación con modelos de feminidad que imponen un tipo de vida enormemente restrictivo.

Estamos en condiciones de reconocer, por tanto, que la salud de hombres y mujeres, además de ser diferente porque existen factores de tipo biológico inmodificables que tienen distintas implicaciones en la salud, es también DESIGUAL porque hay factores sociales y por tanto **modificables** que establecen diferencias injustas y evitables.

El Gobierno de Cantabria consciente de que las desigualdades de género colocan a la mujer en una situación de discriminación en relación a la salud, ha aprobado en Consejo de Gobierno el 22 de diciembre de 2004, el *Plan de Actuación "Salud para las Mujeres"* (2004-2007), con el objetivo contribuir a identificar y actuar sobre estas desigualdades y, de esta forma, mejorar la salud de las mujeres y con ella la de toda nuestra Comunidad.

ROSARIO QUINTANA PANTALEÓN
Consejera de Sanidad y Servicios Sociales

Índice

INTRODUCCIÓN	7
LA SALUD DE LAS MUJERES DE CANTABRIA	9
Situación socio-demográfica	11
Situación educativa y laboral	18
Feminización de la pobreza	21
Estilos de vida	21
Morbilidad	23
Problemas prevalentes o emergentes en las salud de las mujeres	24
Salud Reproductiva	24
Cáncer de mama	29
Violencia contra las mujeres	31
Mujer y salud mental	33
Salud de la mujer en la madurez	34
Cartera de Servicios específicos para la mujer del Servicio Cántabro de Salud	35
LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN	37
CONVERGENCIA CON OTROS PLANES DEL GOBIERNO DE CANTABRIA	51
EVALUACIÓN	55
FINANCIACIÓN	59
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXO: MARCO NORMATIVO DEL PLAN DE ACTUACIÓN	69

La salud de las mujeres ha mejorado de forma importante en los últimos años como resultado de los cambios producidos en las condiciones de vida y en su situación social. Sin embargo, siguen existiendo desigualdades que colocan a la mujer en una situación de discriminación en relación a la salud, como se pone de manifiesto en el *Informe sobre la Salud de la Mujer en la Comunidad Europea* (Comisión de las Comunidades Europeas, 1997), donde se ha considerado a las mujeres como grupo con características sanitarias específicas y se reconoce que su salud está ampliamente determinada por factores socioeconómicos o en el *Informe SESPAS 2004* (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), donde se recoge que las mujeres son discriminadas en los servicios sanitarios frente a los hombres, ya que son peor diagnosticadas, soportan mayores esperas en los servicios de urgencias, menores hospitalizaciones y son excluidas de los ensayos clínicos, a veces con la excusa de que pueden quedarse embarazadas durante su desarrollo.

La salud de las mujeres se ve afectada por una serie de condicionantes socioeconómicos, tales como niveles de vida inferiores, mayor desempleo, niveles más elevados de exclusión social, un mayor porcentaje de núcleos monoparentales cuya titular es mujer, niveles de remuneración más bajos, pensiones inferiores y la carga de una desigual distribución del trabajo doméstico. Además en nuestra sociedad, las mujeres desempeñan un rol fundamental como cuidadoras de salud, al responsabilizarse del mantenimiento y cuidado de la salud de la familia y de las personas de su entorno. Esta realidad puede resultar perjudicial para su propia salud al descuidar su bienestar en orden a terceras personas, al ignorar sus propios problemas de salud y no buscar ayuda cuando lo necesitan.

Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, sin embargo presentan mayor morbilidad y peor calidad de vida a causa de dolencias e incapacidades. La *Encuesta Nacional de Salud 2001* realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, pone de manifiesto que las mujeres tienen un estado de salud percibida peor que los hombres, mayor incidencia de determinadas patologías crónicas (hipertensión, diabetes, depresión, obesidad), mayor consumo de medicamentos y mayor número de accidentes domésticos, sobre todo en mujeres mayores.

Son muchos los determinantes que subyacen en el malestar de las mujeres y tienen que ver con aspectos biopsicosociales y ambientales, pero también con un hecho: hombres y mujeres, por sus características biológicas y sus distintos roles, tienen necesidades y circunstancias diferentes que tradicionalmente se han traducido en desigualdades de género.

Conscientes de que las desigualdades de género colocan a la mujer en una situación de discriminación en relación a la salud, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a través de la Dirección General de Salud Pública ha elaborado el *Plan de Actuación "Salud para las Mujeres"* cuyo objetivo es establecer estrategias dirigidas

Introducción

a la promoción de las mujeres y la formulación de políticas que promuevan la igualdad y equidad de género.

Este Plan de Salud está orientado bajo la óptica de considerar a la mujer en su integridad, con un enfoque biopsicosocial y no únicamente ligado al hecho biológico de la reproducción, y teniendo en cuenta las distintas etapas vitales de la mujer y las necesidades prioritarias de salud en cada una de ellas.

El Plan ha sido elaborado por profesionales de la Salud pertenecientes a la Dirección General de Salud Pública y del Servicio Cántabro de Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, con la colaboración de profesionales de la Universidad de Cantabria y de Organizaciones de Mujeres. Durante su elaboración se ha planteado la dificultad de definir su campo de actuación. Un abordaje exhaustivo del tema, acabaría incluyendo todos y cada uno de los posibles aspectos de salud de las mujeres susceptibles de intervención y paradójicamente perdería sentido, por ser excesivamente ambicioso e inabarcable. Por ello se abordan aquellos problemas que se consideran prioritarios por su gravedad, magnitud o impacto social.

El Plan propone objetivos y estrategias que en algunos casos son específicos para las mujeres (salud reproductiva, cáncer de mama, violencia contra las mujeres, etc.) y en otros casos, se orientan a introducir la perspectiva de género en medidas generales de salud dirigidas a toda la población. Se hace referencia también a la mejora de la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables, con especial atención a las mujeres mayores, a las condiciones de trabajo y a la salud mental. En todas las actuaciones se plantea como eje fundamental la formación de las y los profesionales de la salud para lograr una mejor adecuación de los servicios sanitarios a las diversas situaciones y necesidades de las mujeres.

Este *Plan de Actuación "Salud para las Mujeres"* proyecta su desarrollo durante el periodo 2004-2007 y ha supuesto uno de los compromisos establecidos por el Gobierno de Cantabria en su Plan de Gobernanza, dentro del ámbito de la Salud Pública.

La salud de las mujeres de Cantabria



Situación socio-demográfica

Crecimiento demográfico sostenido

La población de Cantabria ha experimentado en los últimos años un débil crecimiento demográfico desde 1986 hasta 1991, un estancamiento hasta 1996 y un crecimiento constante y sostenido hasta el momento actual (Tabla I).

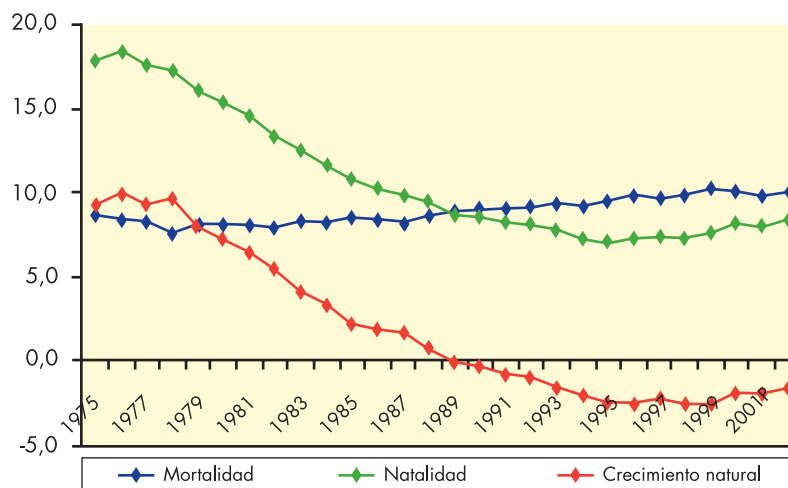
CANTABRIA			
Año	Total	Varones	Mujeres
1986	522.664	255.847	266.817
1991	527.326	257.805	269.521
1996	527.437	256.946	270.491
2001	537.606	261.967	275.639
2002	542.275	264.492	277.783
2003	549.690	268.309	281.381

Tabla I. Fuente: INE. Censo de Población de 1981, 1991 y 2001. Padrones de Habitantes de 1986 y 1996. Censo de Población de 2001 y Padrones Municipales Actualizado en el año 2003.

Dado que el saldo vegetativo (diferencia entre nacimientos y defunciones) es negativo desde 1989 (Figura 1), este crecimiento sostenido puede justificarse por los saldos migratorios positivos.

Tasa de mortalidad, natalidad y crecimiento vegetativo de Cantabria
Fuente: INE (Periodo 1975-2002)

Figura 1



La población femenina de Cantabria

Cantabria cuenta en la actualidad con 549.690 habitantes, 281.381 son mujeres que representan el 51,19% del total, de las cuales el 11,50% son menores de 15 años, el 66,70% tienen entre 15 y 65 años y el 21,78% son mayores de 65 años.

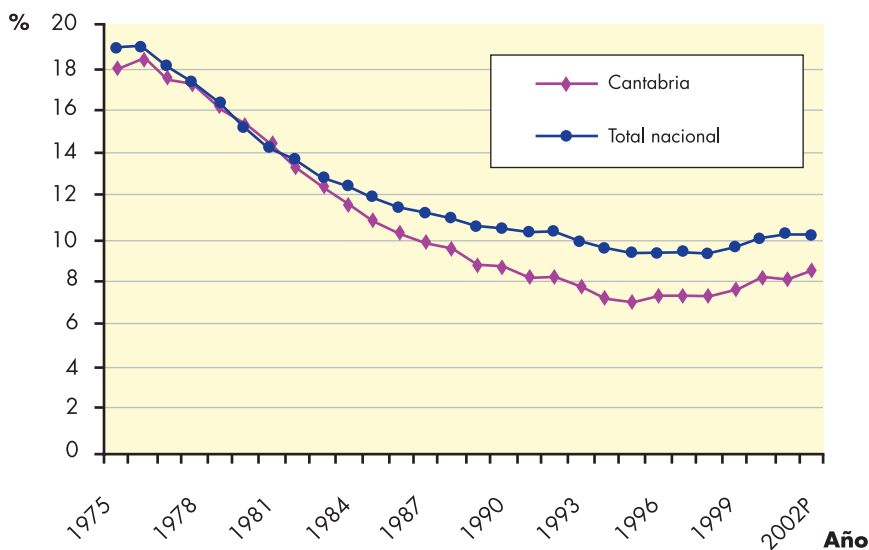
Caída de la natalidad y de la fecundidad, retraso en la maternidad y alejamiento progresivo del nivel de reemplazo generacional

La tasa de natalidad (número de nacimientos por cada 1000 habitantes) en Cantabria, presenta en los últimos 25 años, al igual que en el resto de España, un descenso significativo, pasando de 17,92 en 1975 a 8,41 en el 2002, siendo esta cifra inferior a la media nacional que se sitúa en 10,11 (Figura 2).

Tasa de Natalidad en Cantabria y Nacional

Fuente: INE. MNP. Periodo 1975-2000

Figura 2



A partir de 1996 se aprecia un leve incremento de la tasa de natalidad hasta la actualidad, que puede relacionarse con el aumento de nacimientos de madre extranjera. En el año 2002, el 5,2% del total de nacimientos de la comunidad fueron de madres extranjeras (Tabla II).

Año	Nacimientos Cantabria	% nacimientos madre extranjera sobre total	Nacimientos España	% nacimientos madre extranjera sobre total
2001	4.280	4,0	406.380	8,2
2002	4.517	5,2	416.518	10,4

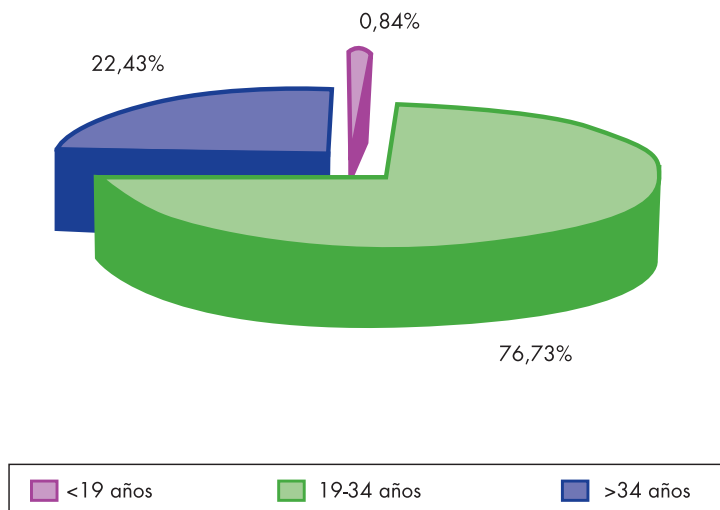
Tabla II: Nacimientos de madre extranjera. Fuente: INE. MNP 2001-2002P

La Tasa General de Fecundidad (nº de nacidos vivos/población femenina entre 15-49 años), ha pasado en nuestro país en poco más de 20 años, de ser de las más altas de los países europeos a una de las más bajas del mundo. Respecto a la tasa específica por edades podemos afirmar que la más alta corresponde al grupo de 30 a 34 años, que se ha producido un incremento en el grupo de 35 a 39 años, mientras que se ha reducido sensiblemente en el grupo de 15 a 24 años.

En Cantabria según datos aportados por el INE, el 0,84% de los embarazos que se produjeron en el año 2001 fueron en mujeres menores de 19 años, el 76,73% en mujeres de entre 19 y 34 años y el 22,43% se produce en mujeres de 35 años o más (Figura 3). Esto nos indica que Cantabria tiene una tasa de embarazos en adolescentes menor que el conjunto de España cuyas cifras están en el 1,76% y con una tasa mayor de embarazos por encima de los 34 años en relación a la media nacional que se sitúa en el 20,77%.

Nacimientos en Cantabria según edad de la madre
Fuente: INE 2001. MNP

Figura 3

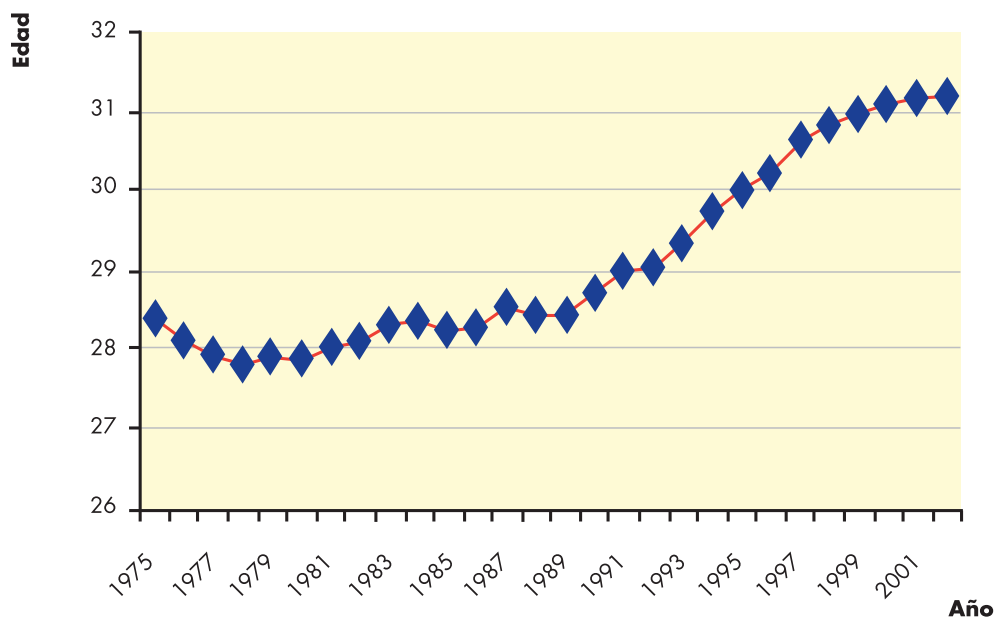


La salud de las mujeres de Cantabria

La edad a la que la mujer tiene su primer hijo/a ha experimentado en nuestra Comunidad, al igual que en el resto de España, un retraso continuado desde 1980, donde se situaba alrededor de los 28 años, hasta la actualidad, donde la edad media de la primera maternidad es de 31,20 años (Figura 4). Aunque las españolas son las ciudadanas europeas que más tarde tienen su primer hijo/a, este retraso no significa necesariamente una renuncia o una menor priorización de la maternidad frente a otras metas, sino que puede tratarse de una mayor responsabilidad frente a las diversas dificultades que comporta la maternidad en la actualidad en nuestro país: el precario desarrollo en España de políticas de apoyo familiar, la rigidez en los sistemas de organización laboral y la inequidad en el reparto entre géneros de las tareas domésticas y la crianza de los hijos/as. Por ello, aún en el caso de parejas que han consolidado su unión, la maternidad sigue siendo una difícil barrera que está causando un significativo crecimiento de parejas sin hijos/as o con un solo hijo/a.

Edad Media de la maternidad en Cantabria
Fuente: INE MNP. Periodo 1975-2002

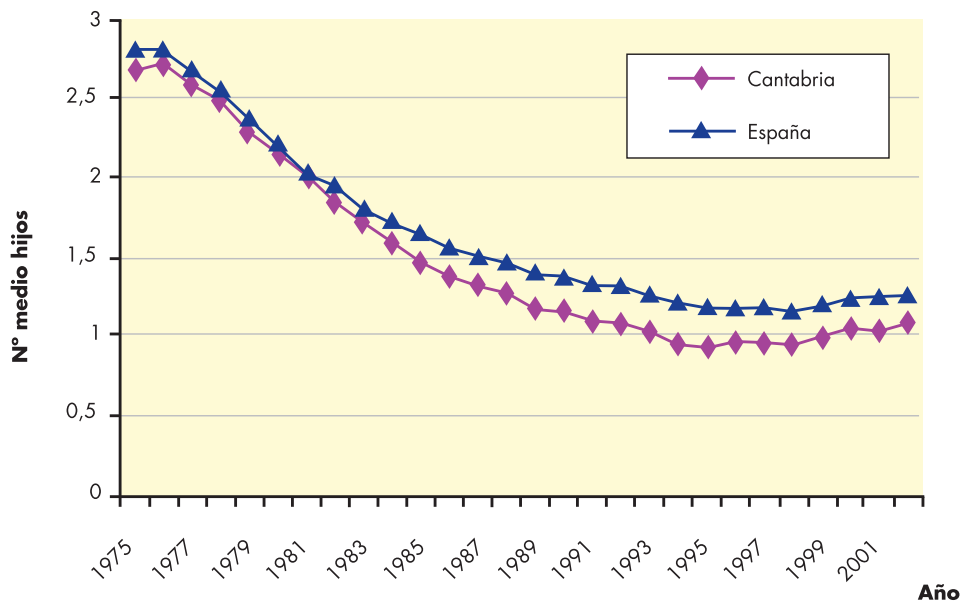
Figura 4



El Índice Sintético de Fecundidad (nº de hijos/as por mujer en edad fértil) se ha reducido en Cantabria sensiblemente en los últimos 25 años, pasando de 2,68 en 1975 a 1,14 en el 2003, estando por tanto debajo de la media nacional que es de 1,3. Con este valor no se puede asegurar el reemplazo generacional, para

Número medio de hijos por mujer
Fuente: INE MNP. Periodo 1975-2002

Figura 5



lo cual el Índice Sintético de Fecundidad tendría que estar situado alrededor del 2,1 (Figura 5).

Principales causas de mortalidad de las mujeres

En relación a la Mortalidad General, Cantabria presentó en el año 2002 una Tasa de Mortalidad de 10,06 por mil habitantes. Esta tasa es superior a la media nacional que se situó en 8,92, debido a que Cantabria, al igual que otras Comunidades Autónomas presenta una población más envejecida que el conjunto de la población española.

A la vista de los datos aportados por el Registro de Mortalidad de Cantabria (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales) se puede afirmar que las grandes causas de mortalidad en nuestra Comunidad, en el periodo 2001-2003, son similares a las de cualquier país desarrollado, apareciendo en primer lugar las enfermedades cardiovasculares, seguidas de los tumores y las enfermedades respiratorias. En este periodo, el 37,2% de las mujeres fallecidas en Cantabria lo hicieron debido a enfermedades cardiovasculares, el 20,7% debido a tumores y el 11,7% debido a enfermedades del aparato respiratorio (Tabla III).

La salud de las mujeres de Cantabria

Grupos de causas	< 15 años		15-34 años		35-54 años		55-74 años		>74 años		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Ciertas enfermedades Infecciosas y parasitarias	7,7	21,4	5,7	8,8	5,9	3,1	1,6	2,4	1,7	1,9	2,2	2,1
Tumores	10,3	7,1	9,3	22,5	32,6	54,8	47,9	43,2	27,2	14,5	34,0	20,7
Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		14,3			0,6	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	0,4
Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas			0,5	2,5	0,6	2,2	1,3	3,3	1,9	3,4	1,5	3,3
Trastornos mentales y del comportamiento			0,5		0,6	0,3	0,8	0,9	3,6	5,9	2,3	4,8
Enf. del sistema nervioso	12,8	7,1	3,1	3,8	1,1	4,0	1,6	2,8	2,3	4,0	2,1	3,8
Enf. del aparato circulatorio	2,6	7,1	9,8	6,3	16,7	13,1	22,9	24,6	33,9	41,5	28,0	37,2
Enf. del aparato respiratorio	7,7		4,6	3,8	5,6	3,7	8,4	7,4	17,3	13,1	13,0	11,7
Enf. del aparato digestivo	2,6		3,6	7,5	10,8	5,6	4,9	4,5	3,4	4,7	4,6	4,8
Enf. de la piel y del tejido celular subcutáneo					0,1		0,1	0,3	0,4	0,6	0,3	0,5
Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo						0,6	0,4	0,4	0,6	0,8	0,4	0,7
Enf. del sistema genitourinario	7,7				0,6	0,9	1,4	2,4	2,9	2,5	2,1	2,4
Embarazo, parto y puerperio												
Ciertas afecciones originadas en el período neonatal	20,5	7,1								0,0	0,1	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anom. cromosom.	5,1		1,0				0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	5,1	28,6	5,2	8,8	8,9	4,0	3,8	3,1	3,4	5,6	4,1	5,3
Causas externas	17,9	7,1	56,7	36,3	15,7	7,2	4,7	4,2		1,0	5,1	2,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla III. Mortalidad porcentual por grupos de causas, edad y sexo. Cantabria 2001-2003.
Fuente: Registro de Mortalidad de Cantabria (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales)

Si consideramos la mortalidad de las mujeres por tramos de edad, en el grupo de mujeres entre 15 a 34 años, destacan como primera causa de muerte las causas externas (accidentes de tráfico: 44,9%, suicidio: 13,8%, efectos adversos de medicamentos o intervenciones médicas: 6,9%, etc.), seguidas de los tumores. En relación a la mortalidad entre los 35 y los 74 años son los tumores la principal causa de muerte. En las mujeres mayores de 74 años se produce una inversión, siendo las enfermedades cardiovasculares las que producen mayor mortalidad (Tabla III).

En relación a la mortalidad por tumores en mujeres, el que produjo mayor número de muertes en Cantabria en el periodo 2001-2003 fue el cáncer de mama, seguido del cáncer hematológico y del cáncer de colon, según datos facilitados por el Registro de Tumores (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales).

Caída progresiva de la mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida

La mortalidad infantil (muertes en el primer año de vida/1000 nacidos vivos), indicador demográfico de gran significado social y sanitario, ha experimentado en Cantabria un fortísimo descenso, pasando de 20,42 en 1970 hasta descender a la bajísima cifra de 1,87 en la actualidad, valor éste que es uno de los más bajos en el contexto de las comunidades autónomas españolas. Por razones biológicas, la mortalidad infantil es ligeramente superior en niños que en niñas.

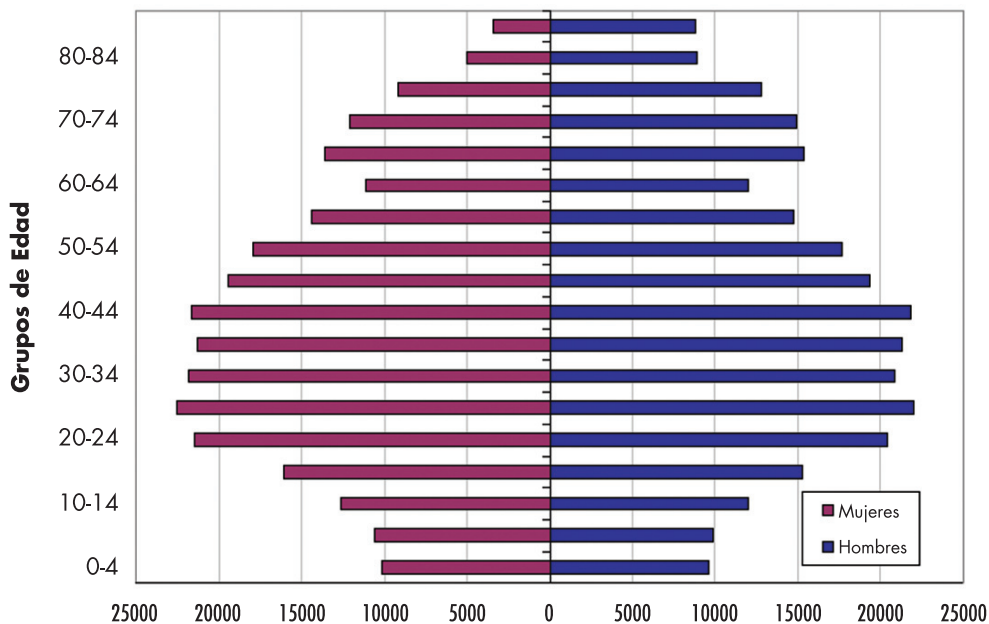
La esperanza de vida al nacer es un indicador sintético de gran significado que aparece ligado tanto al descenso de la mortalidad infantil como al retroceso de la mortalidad general. En la población cántabra se ha duplicado a lo largo del presente siglo, apareciendo las mujeres como el grupo más beneficiado, con una esperanza de vida de 83,13 años frente a 74,26 de los hombres. En efecto, las mujeres de Cantabria junto a las del País Vasco, Navarra y Castilla y León son las que presentan una expectativa de vida más alta en el conjunto de España y de las regiones europeas. Sin embargo, esto no significa necesariamente que gocen de mejor estado de salud, de hecho una parte importante de tiempo que las mujeres sobreviven a los hombres, se asocia con alta frecuencia de incapacidades. En 1996 la esperanza de vida libre de discapacidad en España se situaba en 68 años para las mujeres y en 65 para los hombres.

Envejecimiento progresivo de la población cántabra

La pirámide de población de Cantabria correspondiente al año 2003, muestra una tendencia al envejecimiento en la estructura demográfica, con aumento del peso de las edades avanzadas y un estrechamiento en la base piramidal (Figura 6). Esta evolución demográfica ha seguido la dinámica que se observa en los países desarrollados y que se caracteriza por una disminución de la natalidad, disminución o estancamiento de la mortalidad y un aumento de la esperanza de vida, lo cual ha propiciado un incremento en términos absolutos y relativos de las personas mayores de 65 años, que son mayoritariamente mujeres.

Pirámide de población de Cantabria
Fuente: Padrón 1 de Enero de 2004

Figura 6



Situación educativa y laboral

El nivel educativo de una sociedad está en relación directa con su nivel de salud. En las naciones donde se valora a las mujeres, se les educa plenamente. Su instrucción es un elemento vital para reducir la mortalidad infantil, mejorar el bienestar general de la familia, asegurar una salud óptima para todas las mujeres, estimular su estabilidad económica y prepararlas para un liderazgo. A medida que aumenta el nivel de estudios de las mujeres, su participación en las tareas domésticas se modifica, con las consecuencias que este hecho implica en relación a la salud.

En términos generales, los hombres tienen un nivel educativo más alto que las mujeres. En Cantabria se comprueba que el porcentaje de población analfabeta y sin estudios es mayor en mujeres que en hombres (Tabla IV).

Tasa de Instrucción de la Población de Cantabria de 16 y más años		
Nivel de estudios	Hombres	Mujeres
Población analfabeta	0,5%	0,7%
Sin estudios	5,9%	8,4%
Primarios	23,1%	25,9%
Secundarios	58,1%	52,4%
Universitarios	12,5%	12,6%
TOTAL	100,0%	100,0%

Tabla IV. Fuente: Censo de Población 2001. INE, 2004.

La distribución total por sexo del alumnado matriculado en la Universidad de Cantabria en el curso 2001-2002 es prácticamente homogénea (50,13% de mujeres). A pesar del significativo aumento del alumnado femenino durante las décadas ochenta y noventa, la diferenciación del tipo de estudios elegidos ha variado muy poco, así las mujeres siguen teniendo una presencia mayoritaria en titulaciones fuertemente feminizadas como Humanidades (Magisterio: 69,29%, Psicopedagogía: 85,33%), Ciencias Sociales y Jurídicas y Ciencias de la Salud (Medicina: 71,35%, Enfermería: 89,41) y están poco presentes en titulaciones técnicas como Ingeniería de Caminos (28,23%), Ingeniería de Telecomunicaciones (34,20%) e Ingeniería Industrial (22,01%).

Esta misma segregación por sexos afecta a la Formación Profesional, de tal forma que mientras los hombres se matriculan en mayor proporción que las mujeres en ramas como Automoción, Construcción, Electricidad y Construcciones Metálicas, las mujeres lo hacen mayoritariamente en especialidades como Peluquería, Hogar, Administrativo, Jardines de Infancia y Auxiliar de Clínica.

El mantenimiento de la segregación en los itinerarios formativos elegidos por unos y otras seguirá marcando una realidad ocupacional fuertemente desigual, una situación menos favorable para las mujeres, al tiempo que negativa para el eficiente funcionamiento del conjunto del mundo laboral.

La incorporación de la mujer al ámbito laboral ha sido uno de los cambios más importantes registrados en la sociedad española en los últimos años. Sin embargo, todavía en la actualidad la mujer mantiene índices de empleo que ponen de manifiesto la desigualdad y la discriminación de este colectivo en relación al hombre. Según la Encuesta de Población Activa (INE, 2004) en Cantabria:

- La tasa de empleo femenino es casi un 30% menor que la de los hombres.
- La tasa de paro femenino es doble que la de los hombres.
- El índice de temporalidad en el empleo que soportan las mujeres es dos puntos mayor que en los hombres.

Por otro lado, el acceso de la mujer al mundo laboral no se ha acompañado de una redistribución proporcional en las cargas del trabajo doméstico y las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres. El trabajar fuera de casa no supone para la mayoría de las mujeres una reducción proporcional del tiempo dedicado al trabajo doméstico, sino un recorte en su tiempo de ocio. Esto hace que uno de los problemas más importantes para la salud de las mujeres sea la doble jornada (laboral y doméstica) o triple si se quiere asumir además de lo anterior un compromiso social, político o sindi-

La salud de las mujeres de Cantabria

cal. El resultado de esta sobrecarga física y mental derivada del exceso de trabajo y de la dificultad de compatibilizar la vida laboral con las actividades domésticas tiene importantes repercusiones negativas sobre la salud de las mujeres (estrés, fatiga crónica, dificultades para dormir, cefaleas, dolores en general, etc.). La doble jornada de las mujeres, se reconoce como un serio factor limitativo de la posición de igualdad con los hombres en el medio laboral, la vida social y el ámbito político.

Podemos citar además, como generadores de estrés laboral otros factores de discriminación como es el hecho de tener que demostrar continuamente su valía, la exigencia social en cuanto a su imagen, la discriminación laboral retributiva, el posible acoso sexual que puede presentarse hasta en el 18,3% de las trabajadoras o el acoso psicológico en el trabajo (mobbing).

Otro tipo de segregación que presentan las mujeres en el trabajo, es el relacionado con el tipo de tarea que desempeñan, ya que las mujeres ocupan por lo general los trabajos menos cualificados y centrados en unos sectores de la actividad económica relacionados con el rol que tradicionalmente han venido asumiendo (educación, cuidado de enfermos, trabajo doméstico, industria textil y confección, cadenas de producción, etc.) (Tabla V).

Población ocupada en Cantabria según sexo y tipo de ocupación			
Ocupación	Hombres	Mujeres	Total
Dirección de empresas y de la Administración Pública	8,2%	5,3%	7,1%
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	7,0%	15,4%	10,1%
Técnicos y profesionales de apoyo	9,4%	12,4%	10,5%
Empleados de tipo administrativo	4,3%	10,7%	6,7%
Trab. de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	8,9%	28,9%	16,3%
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	5,4%	4,9%	5,2%
Artesanos y trabaj. cualif. de indus. manufact. constr. y minería, excepto operadores de maquinaria	25,8%	2,8%	17,2%
Operadores de instalaciones y maquinaria; montadores	17,0%	4,1%	12,2%
Trabajadores no cualificados	13,9%	15,6%	14,5%
Fuerzas Armadas	0,1%		0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla V. Fuente: Encuesta de Población Activa. Tablas Anuales 2003. INE, 2004

La incorporación de la mujer a un mundo laboral masculinizado con características intrínsecas de competitividad y escasez de puestos de trabajo, confieren a la mujer una situación de discriminación, acoso, menores sueldos aun desempeñando el mismo trabajo que los hombres, peores puestos de trabajo y mayor temporalidad en el empleo. El trabajo tanto por exceso (doble jornada, estrés, etc.) como por defecto (eventualidad, paro, etc.) afecta deteriorando la salud, además de las relaciones familiares y sociales.

Feminización de la pobreza

En los últimos años se ha producido en nuestro país una importante transformación en la estructura de los hogares, de tal forma que aunque el modelo mayoritario de hogar sigue siendo el que se compone de un núcleo familiar de pareja y descendencia, asistimos a una situación emergente de aumento progresivo de hogares unipersonales y monoparentales.

En el caso de hogares unipersonales, la tendencia obedece todavía a la mayor esperanza de vida de la mujer en los núcleos familiares tradicionales, es decir, hay más mujeres viudas que hombres, con una proporción de 5 a 1. En Cantabria tenemos 32.035 mujeres viudas frente a 5.897 hombres (Censo 2001). Por tanto, van a ser fundamentalmente las mujeres las que van a soportar la precariedad inherente a la viudez y ancianidad.

En cuanto a la creación de hogares monoparentales, es decir, compuesto por un solo adulto/a y sus hijos/as, sabemos que en la actualidad representan aproximadamente el 7% del conjunto de hogares y que de éstos, el 88% están encabezados por mujeres (hogares monomarentales). Esto supone un alto grado de feminización y de forma progresiva este modelo va superando al tradicional modelo de hogar compuesto por una sola mujer viuda.

Según datos del INE (Panel de Hogares de la Unión Europea 2002), la renta media anual de los hogares encabezados por mujeres es significativamente inferior a la de aquellos cuyo sustentador principal es un hombre, con una diferencia de 5.000 euros anuales favorable a los segundos. Por todo ello, podemos decir que los hogares sostenidos por mujeres son los que con mayor frecuencia se acercan al umbral de la pobreza o directamente la padecen, máxime si se trata de grupos desfavorecidos como amas de casa, desempleadas o inmigrantes.

Estilos de vida

Actividad Física y obesidad

Según la Encuesta Nacional de Salud 2001, casi un 50% de la población se manifiesta sedentaria (41% de los hombres y el 52% de las mujeres). El problema afecta en especial a las mujeres jóvenes, donde el 50% reconoce que no practica actividad física, y a las mujeres de más de 65 años, con un 62% de inactividad física.

La obesidad (Índice de Masa Corporal de 30 o más) y el sobrepeso (Índice de Masa Corporal de 25 a 29) ha aumentado en los últimos años. Las personas con obesidad o sobrepeso tienen mayor riesgo de muerte prematura por todas las causas. La

incidencia de cardiopatías, como infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, muerte cardiaca repentina, angina, dolor retroesternal y arritmias es más alta en personas con sobrepeso.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2001, el 13,6% de las mujeres presentan obesidad, frente al 11,9% de los hombres. Tanto en hombres como en mujeres, la obesidad aumenta con la edad. En mayores de 65 años, afecta al 27% de las mujeres, frente al 17% de los hombres, si bien hay que tener en cuenta que los datos de la encuesta son valores autodeclarados (no medidos), por lo que la persona entrevistada tiende a sobrestimar su talla y rebajar su peso, con los consecuentes efectos de subestimación del Índice de Masa Corporal. El sobrepeso afecta más a hombres (44%) que a mujeres (28%) y también aumenta con la edad, de tal forma que en mayores de 65 años, el 52% de los hombres y el 42% de las mujeres presentan sobrepeso.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales

Según datos aportados por la Encuesta Domiciliaria sobre el uso de Drogas 2003 en Cantabria (realizada a personas entre 15 y 64 años) y la Encuesta sobre Drogas a la población escolar de Cantabria 2002 (realizada a población escolar de entre 14 y 18 años) se puede establecer que:

- Las mujeres han aumentado el consumo diario de tabaco, alcanzando un porcentaje igual al de los hombres (35,9%). Aunque las mujeres fuman a diario en la misma proporción que los hombres, tienen un consumo de cigarrillos ligeramente menor (14,2 cigarrillos/día) que los hombres (15,8 cigarrillos/día).
- Las mujeres se inician en el consumo un año después que los hombres, siendo la edad media en que éstas fumaron por primera vez de 16,9 años, frente a los 15,9 años en los hombres. Las nuevas generaciones (jóvenes de 15 a 19 años) tanto de mujeres como de hombres, han adelantado su inicio en el consumo de tabaco a los 13,6 años.
- La prevalencia de jóvenes fumadoras actuales (32,1%), es mayor que la de los hombres (23,6%), lo que ha hecho que éstas sean el principal objetivo publicitario de las empresas tabaqueras.
- El consumo de bebidas alcohólicas está ampliamente generalizado entre la población cántabra. Los hombres, en general, consumen alcohol con mayor frecuencia que las mujeres. El primer contacto con el alcohol entre las mujeres cántabras es a los 17,6 años, frente a los 15,9 años en los hombres.
- En cuanto a las drogas ilegales en Cantabria (cánnabis, cocaína, éxtasis, tranquilizantes y otras sustancias psicoactivas), el consumo de estas sustancias es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Morbilidad

Con el desarrollo económico y social se producen cambios en los patrones de morbilidad. Las patologías asociadas al desarrollo y al envejecimiento de la población nos dan algunas de las claves que definen los problemas de salud de la población. En este sentido, las patologías crónicas constituyen en la actualidad las primeras causas de enfermedad en términos generales.

Para valorar cuales son los motivos por los que enferman las mujeres de Cantabria necesitamos en un principio disponer de un sistema de registro sanitario en todos los niveles asistenciales, que nos permita desagregar la información según la variable sexo.

Para el estudio de morbilidad se pueden utilizar los indicadores que hacen referencia al uso de los servicios sanitarios. En la actualidad disponemos de información sobre las causas por las que ingresan las mujeres en los hospitales públicos de Cantabria a través de indicadores como el CDM (Categoría Diagnóstica Mayor). Las mujeres ingresan fundamentalmente por motivos relacionados con la reproducción (embarazo, parto y puerperio), si bien es cierto que el embarazo y parto por ser un hecho fisiológico, no está asociado en la mayoría de los casos con morbilidad, pero si indica el peso específico que este aspecto tiene dentro de la asistencia sanitaria. La segunda causa de ingreso hospitalario en las mujeres son las enfermedades del sistema músculo esquelético y tejido conectivo, seguido de los problemas cardiovasculares y los trastornos respiratorios (Tabla VI).

9º CDM Hospitales del Servicio Cántabro de Salud. Año 2003		
CDM (Categoría Diagnóstica Mayor)	Mujeres	
	Total	%
Embarazo, parto y puerperio	5.048	20,21
Enf y trastornos sistema musculoesquelético y tejido conectivo	2.890	11,57
Enf y trastornos del aparato circulatorio	2.755	11,03
Enf y trastornos del aparato respiratorio	2.359	9,44
Enf y trastornos del aparato digestivo	2.131	8,53
Enf y trastornos del sistema nervioso	1.565	6,27
Enf y trastornos del aparato reproductor femenino	1.504	6,02
Enf y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas	937	3,75
Enf y trastornos de riñón y vías urinarias	740	2,96
CDM (Categoría Diagnóstica Mayor)	Hombres	
	Total	%
Enf y trastornos del aparato circulatorio	4.235	17,91
Enf y trastornos del aparato respiratorio	4.142	17,51
Enf y trastornos del aparato digestivo	2.909	12,30
Enf y trastornos sistema musculoesquelético y tejido conectivo	2.695	11,39
Enf y trastornos del sistema nervioso	1.624	6,87
Enf y trastornos del riñón y vías urinarias	1.171	4,95
Enf y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	1.061	4,49
Enf y trastornos de boca, nariz, oído y garganta	961	4,06
Enf y trastornos del aparato reproductor masculino	754	3,19

Tabla VI. CDM. Hospitales del Servicio Cántabro de Salud (Valdecilla, Sierrallana y Laredo). Año 2003
Fuente: Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

A nivel de Atención Primaria es difícil conocer los motivos más frecuentes por los que las mujeres acuden, ya que no existe un sistema uniforme de codificación. En nuestra región se está completando la informatización de todos los Centros de Salud, con lo cual dispondremos de un sistema ágil y preciso de explotación de datos clínicos. En la actualidad, únicamente disponemos de información general a través de los indicadores de utilización (porcentaje de la población que tuvo algún contacto asistencial con los servicios) y frecuentación (promedio de consultas/año de las personas que utilizaron los servicios).

Problemas prevalentes o emergentes en la salud de las mujeres

Salud Reproductiva

La salud reproductiva comprende la capacidad de las personas para tener una vida sexual gratificante, la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo cuándo y cómo elijan. Incluye asimismo la posibilidad de protegerse frente a las enfermedades de transmisión sexual.

ANTICONCEPCIÓN Y SEXUALIDAD

En nuestra Comunidad existen 119.854 mujeres en edad fértil (15-45 años) (INE. CENSO 2001), de las cuales un importante volumen de ellas van a requerir de un método anticonceptivo para controlar su fertilidad. La información y seguimiento de los métodos anticonceptivos (hormonales, barrera, naturales) es asumida en Cantabria por los centros de Atención Primaria, si bien es cierto que de una forma desigual, dependiendo más de las actitudes, formación y carga asistencial de los distintos profesionales que de la exigencia de la prestación. A nivel de atención especializada se atienden fundamentalmente las inserciones de DIUs y los métodos quirúrgicos (bloqueos tubáricos, vasectomías).

Cantabria cuenta además con un Centro específico de Orientación Familiar *La Cagiga* que atiende a un volumen importante de mujeres, fundamentalmente del Área de Salud de Santander. En él se atiende anticoncepción de primer nivel (hormonales, barrera, naturales), anticoncepción de segundo nivel (DIUs, métodos quirúrgicos), contracepción de emergencia, disfunciones sexuales, etc. (Tabla XI). Según datos aportados por su Memoria 2002, el principal motivo de consulta en las mujeres que acudieron por primera vez al Centro, fue espaciar los nacimientos (52,87%) y no tener más hijos/as (13,07%). En cuanto a los métodos anticonceptivos por los que optaron las mujeres y/o sus parejas, el primero de ellos fue la anticoncepción hormonal (42,53%), seguido del DIU (25,38%), la vasectomía (14,35%) y el bloqueo tubárico (12,14%).

De la población atendida en *La Cagiga* el 43,01% no habían recibido información sexual con anterioridad. En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales de las mujeres preguntadas en la primera visita, el 43,30% de ellas las habían mantenido antes de los 20 años.

Anticoncepción de emergencia (Píldora Postcoital)

La anticoncepción de emergencia está muy implantada en nuestra comunidad desde el año 1998. Esta píldora es suministrada a las mujeres que lo demandan en todos los Centros de Salud, Servicios de Urgencias y el Centro de Orientación Familiar *La Cagiga* de forma gratuita y mediante receta médica en Atención Especializada. Esta demanda aumenta cada año, así en el año 2003 se administraron en Cantabria desde los centros del Servicio Cántabro de Salud (SCS) 5.500 postcoitales, de las cuales 3.081 (56%) se administraron en La Cagiga. Si tenemos en cuenta que por cada 1000 tratamientos se evitan 53 embarazos, en Cantabria durante ese año se habrían evitado al menos 291 embarazos no deseados.

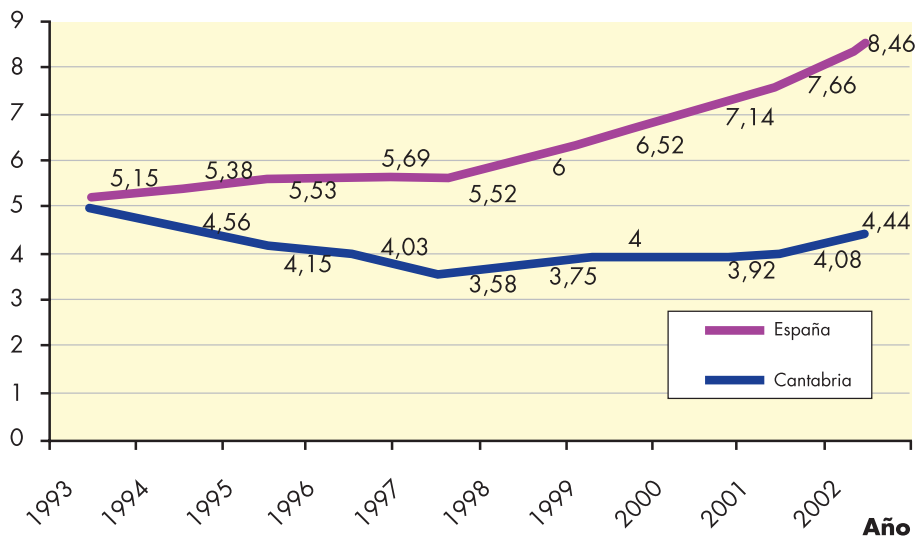
Hay que destacar la objeción de conciencia de determinados profesionales en cuanto a la administración de la píldora postcoital, lo que hace que para muchas mujeres el derecho a elegir se vea condicionado por el profesional que la atiende.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (Memoria 2002), en el año 2002 se produjeron en Cantabria 525 interrupciones voluntarias del embarazo, lo que supone una tasa de 4,44 IVEs por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Esta tasa es muy inferior a la tasa nacional que se situó para el mismo periodo de tiempo en 8,46 IVEs por cada 1000 mujeres. En Cantabria la tasa de IVE ha descendido desde 1989, pero a partir de 1997 ha empezado a experimentar un ligero ascenso, aunque muy inferior al incremento que está experimentando en el resto de España (Figura 7).

Tasas IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Periodo 1993-2002

Figura 7



La salud de las mujeres de Cantabria

El mayor número de IVEs se realizó en el grupo de mujeres de 20 a 24 años (29,52%), seguido del de 25 a 29 años (21,90%). Los abortos practicados a mujeres entre 15 y 19 años representaron el 10,48% del total.

Tan solo el 7,24% de IVEs correspondientes a mujeres de Cantabria se realizaron en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, único centro autorizado en nuestra comunidad para la realización de este procedimiento de acuerdo a los tres supuestos que permite la ley. El 92,76% restantes se realizaron fuera de nuestra Comunidad.

Podemos establecer que el perfil de la mujer de nuestra comunidad que acude a realizarse una IVE corresponde a una mujer de entre 20 y 24 años (29,52%), soltera (61,90%), con estudios de segundo grado (69,23%), trabajadora a sueldo (50,66%), que se encuentra en la octava semana o menos de gestación (55,24%), que no se había practicado ningún aborto voluntario previo (85,90%) y que acude a realizarse la interrupción a un centro privado de fuera de Cantabria, siendo el motivo más frecuente (93,33%) los problemas de salud materna ("alteración psíquica de la madre"), que muy probablemente correspondan en realidad a causas socioeconómicas o de otra índole, ya que si realmente se debiesen a patología psiquiátrica hubieran sido realizados en el H.U. Marqués de Valdecilla.

SIDA COMO ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un importante problema de salud pública para las mujeres, pues se ha convertido en una grave enfermedad de transmisión sexual.

En el año 2003 se notificaron en Cantabria 13 casos de SIDA (Plan Regional del SIDA de Cantabria), lo que supone una tasa de 24,7/millón. El 15,4% de los casos diagnosticados fueron mujeres. Los casos notificados a nivel regional suponen un aumento del 18% respecto del año anterior. Sin embargo, la tendencia de descenso iniciada en 1997 continúa, aunque suavizándose en los tres últimos años.

Los casos atribuidos a relaciones heterosexuales no protegidas, han superado este año tanto en número absoluto como en porcentaje a los casos por vía intravenosa de drogas, invirtiendo la tendencia desde el inicio de la epidemia y colocándose en primer lugar en frecuencia. Alrededor de la mitad de los casos del año 2003, habían contraído la infección por relaciones heterosexuales desprotegidas, de ellos el 54,4% eran hombres y el 45,6% mujeres.

Las mujeres tienen un peso cada vez mayor en la epidemia. Incluso en España, donde la epidemia es marcadamente masculina, la creciente importancia de la transmisión heterosexual del SIDA permite prever una feminización de la epidemia. La vía heterosexual es en la actualidad la principal vía de transmisión de la enfermedad. Las mujeres son biológicamente más vulnerables a la infección por el virus del SIDA. La transmisión hombre-mujer en las relaciones sexuales es 2 veces más probable que a la inversa. En nuestro medio también las mujeres son socialmente más vulnerables porque en ocasiones disponen de una menor información y educación, no pueden nego-

ciar la practica de un sexo más seguro o no tienen métodos preventivos que puedan ser controlados y usados por ellas mismas.

EMBARAZO Y PARTO

Los cuidados prenatales se consideran uno de los aspectos importantes dentro de la salud reproductiva. Estos cuidados deben comenzar incluso antes de la gestación, ya que permite disminuir posibles factores de riesgo que pueden repercutir sobre la futura salud de la madre y de sus hijos/as, por lo que la Consulta Preconcepcional está cobrando gran relevancia. En la actualidad no existe en nuestra Comunidad un Protocolo de Consulta Preconcepcional dentro de los servicios sanitarios públicos, aunque esta actuación se está llevando a cabo de forma ocasional por algunos profesionales.

La asistencia al embarazo normal o de bajo riesgo por parte del SCS se lleva a cabo por la Atención Primaria, en estrecha colaboración con la Atención Especializada según los protocolos establecidos. Si bien es cierto que al igual que ocurría con la anticoncepción, esto se realiza de forma muy desigual dependiendo de los centros. La vigilancia de los embarazos de riesgo, así como algunas de las pruebas complementarias del embarazo normal (ecografías, amniocentesis, etc.) se realiza en Atención Especializada (Hospital Valdecilla, Hospital de Laredo y Hospital de Sierrallana) (Tabla XI). En líneas generales, la vigilancia prenatal que se presta por parte del SCS asegura a todas las gestantes las siguientes actuaciones:

- Captación precoz de la mujer embarazada (antes de la 12 semana de gestación).
- Número mínimo de visitas durante la gestación de 6 a 8.
- Realización de exploración general, exploración gineco-obstétrica y analítica básica.
- Realización de 3 ecografías en el embarazo normal (incluido Diagnóstico Prenatal).
- Diagnóstico Prenatal genético (en embarazos de riesgo genético).
- Educación Maternal.
- Educación para la Salud.

La atención al parto se realiza en nuestra comunidad en dos Hospitales públicos (H.U. Marqués de Valdecilla y Hospital de Laredo) y en un Hospital privado (Clínica Mompía).

En el año 2003 se atendieron en Cantabria 4.599 partos, de ellos el 74,34% se produjeron en el H.U Marqués de Valdecilla, el 9,44% en el Hospital Comarcal de Laredo y el 16,22% en la Clínica Mompía. Por lo tanto, el 83,78% de los partos de Cantabria se produjeron en Hospitales públicos. El Hospital Valdecilla atiende no sólo los partos del Área Sanitaria de Santander, Torrelavega y Reinosa, sino también los partos complicados del Hospital de Laredo.

Los indicadores asistenciales de la atención al parto en los hospitales del SCS se muestra en la tabla VII:

Indicadores año 2003	H. U. Marques de Valdecilla	H. Laredo
Nº partos	3.267	432
Partos por cesáreas	21,61%	26,5 %
Partos pretérminos (< 37 semanas)	8,05%	3,7 %
Partos múltiples	1,74%	0,2 %
Recién nacidos < 2.500 gr.	7,87%	2 %
Partos con analgesia epidural en mujeres que desean y no presentan contraindicaciones	77,9%	65,8%
Partos vaginales con episiotomía	53,13%	51,1 %
Partos con enema	-	76,2 %
Partos con rasurado perineal	-	52%
Acompañamiento de la mujer en el parto	74,50%	100%

Tabla VII. Fuente: SCS. Indicadores de atención al parto.

En cuanto a la mortalidad materna, según una encuesta hospitalaria coordinada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en 69 hospitales españoles, entre los que se encontraba el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, la Tasa de Mortalidad Materna en el periodo 1995-1997, fue de 7,15/100.000 nacidos vivos, significativamente superior a la tasa aportada por el INE que se situaba en 2,74/100.000 nacidos vivos para ese mismo periodo de tiempo. La tasa de mortalidad materna hallada en el estudio se puede aplicar a Cantabria. En cuanto a las causas de mortalidad materna, las causas directas representan según este estudio, el 50% de la mortalidad y son debidas en primer lugar a trastornos vasculares hipertensivos, seguido de hemorragia obstétrica y de embolia pulmonar. Las causas obstétricas indirectas representan el 42,3% de la mortalidad, siendo la más frecuente en esta encuesta la enfermedad cardiovascular.

Por su relación con la salud reproductiva de la mujer cabe citar también la Tasa de Mortalidad Perinatal, indicador que refleja la calidad de los cuidados prenatales de una comunidad. Esta Tasa ha experimentado un gran descenso a lo largo de los últimos años en Cantabria, pasando de 6,74 por 1.000 nacidos vivos en 1996 (INE. Indicadores Hospitalarios), a una tasa de 4,66 por 1.000 nacidos vivos en el año 2003, según datos aportados por el área de partos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

LACTANCIA MATERNA

En los últimos años hemos asistido a una disminución en cuanto a la prevalencia y la duración de la lactancia natural, debido a causas sociales, económicas y culturales. Recuperar la lactancia natural está suponiendo un reto de Salud Pública a nivel mundial, dado el arraigado establecimiento de la pautas de lactancia artificial.

En Cantabria un porcentaje importante de mujeres (80-87%) dan lactancia materna exclusiva a su hijo/a al alta hospitalaria, según los datos referidos por el SCS (Tabla VIII). Sin embargo, a medida que pasa el tiempo la lactancia materna se va abandonando, de tal forma que a los 3 meses de vida tan solo el 40-44% de los niños/as son alimentados con lactancia natural exclusiva. De los dos hospitales públicos que atienden partos, solo uno de ellos (Hospital de Laredo) ha pedido el reconocimiento de "Hospital Amigo de los Niños" de la OMS y de UNICEF que se desarrolla a nivel mundial.

Centro de procedencia de los datos	Periodo	L.M. Alta hospitalaria	L.M 1 mes de edad	L.M 3 meses de edad
Hospital U. Marques de Valdecilla*	2003	84%		
Hospital de Laredo*	2003	80%		
GAP Santander-Laredo**	2002		64,35%	39,92%
GAP Torrelavega-Reinosa**	2002		69%	44%

Tabla VIII. Prevalencia de lactancia materna en Cantabria. Fuente SCS (* En el total de partos, ** En un muestreo de historias clínicas del Programa del Niño Sano)

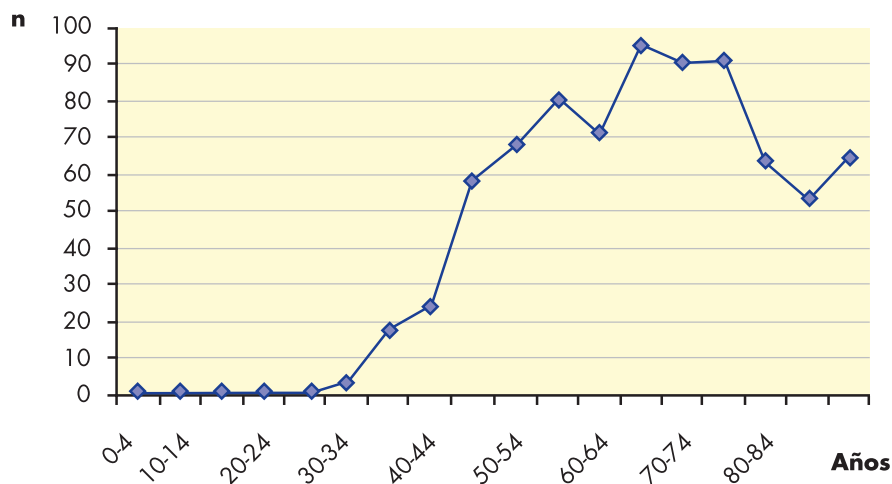
Cáncer de mama

El cáncer de mama es un cáncer que afecta mayoritariamente a mujeres, ya que tan solo el 1% de los cánceres de mama ocurren en hombres. El cáncer de mama en la mujer constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en los países desarrollados, debido a su alta incidencia y elevada mortalidad, ocasionando además una importante repercusión física y psicológica en las mujeres afectadas.

En España, según la valoración realizada por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, el cáncer de mama presentó en 2002 una incidencia de 61,06 casos por 100.000 mujeres y una mortalidad de 20,8 por 100.000 mujeres. En nuestra Comunidad, según los datos del Registro de Tumores, la incidencia referida al año 2000, está en 72,83 casos por cada 100.000 mujeres (Tabla IX), siendo ésta mayor en el tramo de edad comprendido entre los 50 y los 70 años (Figura 8). En cuanto a la mortalidad, el último dato referido al año 2002, se encuentra en 25,25 muertes por cada 100.000 mujeres (Tabla IX).

Incidencia de cáncer de mama en Cantabria en mujeres por tramos de edad
Fuente: Registro de Tumores. Periodo 1997-2000

Figura 8



La salud de las mujeres de Cantabria

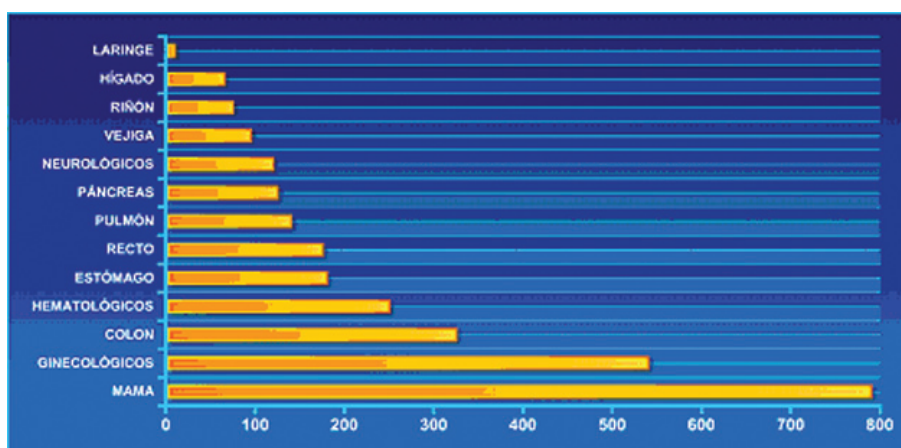
Año	N	Tasa incidencia bruta*	Tasa ajustada por edad*
1997	190	69,13	43,37
1998	235	85,40	54,22
1999	172	61,00	34,97
2000	197	72,83	44,66
Año	N	Tasa mortalidad bruta*	Tasa ajustada por edad*
1997	66	24,40	
1998	64	23,66	
1999	87	32,16	
2000	88	32,53	
2001	68	25,14	
2002	69	25,51	13,55

Tabla IX: Incidencia y mortalidad por cáncer de mama en Cantabria. * Tasa por 100.000 mujeres.
Fuente: Registro de Tumores. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

El cáncer de mama es el cáncer femenino más frecuente (Figura 9) y la primera causa de mortalidad femenina por cáncer en Cantabria. Todo ello sitúa al cáncer de mama como un importante problema de Salud Pública en nuestra Comunidad, sobre el que deben realizarse actuaciones para mejorar la salud de las mujeres.

Frecuencia relativa de tumores en la mujer por localización Cantabria. Periodo: 2001-2002

Figura 9



Fuente: Registro de Tumores. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.

En Cantabria existe un Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama desde 1997, cuyos objetivos son reducir la mortalidad por cáncer de mama, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

El Programa consiste básicamente en la realización de una mamografía a todas las mujeres residentes en Cantabria cuya edad esté comprendida entre los 50 y los 64 años, con una periodicidad bianual. Es un programa de base poblacional, es decir, dirigido a mujeres sanas, cuya participación es voluntaria y gratuita. El número de mujeres exploradas en la última vuelta finalizada (2001-2002) fue de 24.495, sobre una población invitada de 42.777 mujeres, esto supone un Índice de Participación del 57,26%, lo que refleja un baja participación de las mujeres en el Programa. Cabe destacar que un 16,46% de las mujeres invitadas al Programa no participan, por que refieren estar siendo controladas por otros dispositivos tanto públicos como privados. Las tasa de detección de cáncer de mama del Programa en la vuelta 2001-2002 fue de 3 cánceres por cada 1.000 mujeres exploradas.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama se lleva a cabo en los tres hospitales del SCS, (Tabla X y XI), existiendo en el caso del H. Marques de Valdecilla una Vía Clínica de atención a este tipo de cáncer.

Servicios relacionados con el Cáncer de mama	H.U. Marqués Valdecilla	H. Sierrallana	H. Laredo
Reconstrucción mamaria	X	–	–
Prótesis mamaria	X	X	–
Fisioterapia Linfedema	X	X	X
Cuidados Paliativos	X	X	–
Apoyo psicológico	X	X	X

Tabla X: Encuesta sobre Unidades de Diagnostico y Tratamiento del Programa de Detección de Cáncer de Mama. Año 2003. Fuente: Hospitales del SCS.

Violencia contra las mujeres (Violencia de género)

La violencia que se ejerce contra las mujeres supone un atentado contra los derechos humanos y representa un importante problema de Salud Pública, no solo por su incidencia, sino también por los efectos negativos sobre la salud de las mujeres.

Las consecuencias que este tipo de violencia tiene sobre la salud de las mujeres son devastadoras y diversas, desde la más grave de todas, la muerte, a consecuencias que afectan a la salud física (lesiones, discapacidad parcial o permanente, enfermedades de transmisión sexual, aborto, esterilidad, etc.), a la salud mental (depresión, ansiedad, estrés, alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, etc.) y a la salud social (aislamiento, desconfianza hacia los demás, desvalorización y dificultades para entablar relaciones sociales). Es frecuente además, que en ocasiones esta violencia se ejerza durante el embarazo, por lo que sus consecuencias afectan no solo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. Sin olvidar además que este tipo de violencia tiene también repercusiones para la salud de sus hijos e hijas y otros miembros de la familia como víctimas de la misma.

En cuanto a la magnitud del problema, la violencia que se ejerce contra las mujeres se puede considerar como una *epidemia silenciosa*. Según datos facilitados por el Ministerio del Interior, durante el año 2003 hubo en España 50.088 denuncias por malos tratos producidos a mujeres por el cónyuge o análogo, de las que 608 correspondieron a Cantabria y 6.191 delitos conocidos de abusos, acoso y agresión sexual, de los que 70 correspondieron a Cantabria. Los expertos consideran que estas denuncias son solo la punta del iceberg y que representan del 5 al 10% de los casos reales de malos tratos que se dan en todo el territorio nacional.

El Centro de Atención e Información a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria ha atendido desde su apertura (junio de 2004) hasta el 5 de diciembre de 2004 a 308 mujeres, de las cuales 234 corresponden a tipología de maltrato y 74 a violencia sexual y/o acoso sexual.

En cuanto al número de mujeres asesinadas como consecuencia de la violencia de género, en el año 2003 han muerto en nuestro país 72 mujeres según los datos del Ministerio del Interior y 98 según los datos de las organizaciones de Mujeres. Las cifras que se están registrando a lo largo del 2004 indican que a finales de este año superaremos estas trágicas cifras. El 73% de estas muertes, han ocurrido como consecuencia de la violencia ocurrida en el seno de las relaciones de pareja o expareja. La violencia de género es la principal causa de mortalidad prematura de las mujeres en nuestra sociedad.

En Cantabria dentro del ámbito sanitario existe un *Protocolo de Atención a las Víctimas de Agresiones Sexuales*, desde el año 1990, junto con un *Plan de Coordinación para la Asistencia Inmediata a Víctimas de Agresiones Sexuales*, en el que participan el sector sanitario, el policial, el judicial y los agentes sociales.

En 1999 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estableció un *Protocolo Sanitario ante los Malos Tratos Domésticos* y posteriormente en el año 2000 se firmó un *Acuerdo de Coordinación de Actuaciones en casos de Malos Tratos en el Ambito Familiar* entre el sector sanitario, el policial, el judicial y los agentes sociales de nuestra Comunidad. Sin embargo, tanto el Protocolo como el Acuerdo de Coordinación iban dirigidos a la atención a la mujer maltratada en situación aguda, y no a la detección precoz y sistemática de la violencia como un problema de salud.

En Cantabria está en vigor desde abril de 2004 la Ley 1/2004, *Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*, que en su artículo 20 hace referencia a las actuaciones a realizar en el ámbito sanitario en nuestra Comunidad, por considerar que los servicios sanitarios puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que son objeto de violencia, ya que la mayoría de ellas entra en contacto con los servicios sanitarios en el año siguiente a la agresión y además hacen uso frecuente de los mismos, y según demuestran recientes estudios, muchas están deseosas de hablar en las consultas de su situación siempre que se sientan seguras y no juzgadas. Los profesionales sanitarios tienen por tanto un importante papel en la lucha contra la erradicación de la violencia contra las mujeres.

Mujer y salud mental

La salud mental de las mujeres se reconoce cada vez más como el campo de mayor impacto en el bienestar individual, familiar y social. La mayoría de los estudios muestran que existen más mujeres que hombres sufriendo enfermedades mentales.

Según estudios comunitarios de prevalencia psiquiátrica realizados en España, se observa que las mujeres presentan unas cifras elevadas de alteraciones psiquiátricas, situándose la prevalencia para la globalidad de los trastornos mentales entre el 18,7 y el 36,1%. Esta variabilidad depende en gran medida del instrumento de exploración psicopatológico utilizado. En los estudios que hacen referencia a la comunidad de Cantabria (Vázquez-Barquero et al, 1987) la prevalencia de patología psiquiátrica está alrededor del 20,6% para las mujeres, frente a un 8,1% para los hombres.

En las mujeres observamos la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y por somatización, seguidos de lejos por el trastorno del comportamiento alimentario (anorexia nerviosa, bulimia), mientras que en los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias. La depresión y los trastornos de ansiedad se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, con una relación de 2 a 1, mientras que para la anorexia nerviosa y la bulimia la relación es de 10 a 1.

Hay diferencias significativas de morbilidad psiquiátrica según la edad de las mujeres. En los grupos de edad más jóvenes, se ha producido un incremento de las formas de patología tradicionalmente vinculadas a los roles masculinos, como el consumo de alcohol y otras sustancias. En edades más avanzadas, se produce un incremento de los cuadros afectivos y ansiosos.

En el origen de la patología psiquiátrica de la mujer hay que tener en cuenta factores genéticos y biológicos, pero también factores socioculturales que influyen de manera diferentes en mujeres y hombres: la exigencia del cumplimiento de sus funciones como ama de casa, monótonas y repetitivas, no reconocidas ni gratificadas, junto al exceso de sometimiento a los intereses de los demás (cuidado de los familiares enfermos o débiles); los efectos de la doble jornada; la nociva distorsión del ideal de belleza occidental (relacionado con los trastornos de conducta alimentaria); la violencia de género de la que puede ser víctima; la limitación de sus relaciones sociales; la impotencia para producir cambios frente a estas situaciones y una educación sexista basada en la sumisión y en la dependencia que les impide verbalizar estas vivencias de injusticia, hace que utilicen como única vía de expresión el malestar somático y psíquico.

Respecto al acceso a los servicios sanitarios, las mujeres tienen mayor predisposición que los hombres para acudir a los servicios de salud mental. Ellos suelen retrasar la visita hasta que los síntomas llegan a ser más severos. Por ello, los hombres utilizan con mayor frecuencia los servicios de urgencias psiquiátricas. A esto habría que añadir que el personal facultativo es más proclive a diagnosticar trastornos de depresión y ansiedad cuando es una mujer la que demanda asistencia médica refiriendo síntomas inespecíficos sin clara afectación orgánica.

Es importante tener en cuenta el hecho de que un alto porcentaje de pacientes mentales crónicos conviven con sus familias, principalmente por la falta de desarrollo de recursos comunitarios. El peso de los cuidados recae, en la mayoría de los casos, en madres, esposas o hermanas, que llegan a presentar repercusiones en su estado de salud físico y psíquico.

Salud de la mujer en la madurez

El inicio de la madurez se suele asociar cronológicamente con la llegada del climaterio, siendo la menopausia el hecho fisiológico que marca el cese de la capacidad reproductiva y que se produce a una edad media de $48,5 \pm 3,8$ años. Esta etapa es vivida de muy diferente manera por las mujeres, dependiendo de sus experiencias personales y de factores culturales de la sociedad en la que viven. La entrada en la madurez hace que las mujeres estén expuestas a una mayor susceptibilidad para algunas enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis.

La mujer en esta etapa biológica demanda en ocasiones atención sanitaria, por desconocimiento de los cambios fisiológicos que se producen en el climaterio y que se manifiestan generalmente por síntomas de intensidad leve a moderados. La Organización Mundial de la Salud, ha declarado que la mayoría de los problemas de salud en ese periodo se derivan de factores sociales más que realmente patológicos, y que dependen de la actitud de cada sociedad ante el proceso de envejecimiento.

La menopausia se produce en un momento vital en el que coinciden varios factores potencialmente positivos: el fin de la etapa fértil y, por tanto, la desaparición del temor al embarazo; la mayoría de edad de los hijos, la disminución del trabajo doméstico; una mayor disponibilidad económica en muchos casos; una mayor experiencia vital y por lo tanto, la posibilidad de disfrutar de mejores expectativas, incluyendo una nueva forma de vivir la sexualidad. No obstante, la necesidad cada vez mayor de cuidar de los padres y familiares ancianos, representa una pesada carga para estas mujeres cuya propia salud comienza a deteriorarse. Además, teniendo en cuenta que aún se mantiene en nuestra sociedad una ideología dominante en la que se valora a la mujer, ante todo, por su juventud y belleza, la menopausia se ve asociada, a menudo, no sólo con la pérdida de la capacidad de procrear, sino también con la desaparición de todo atractivo sexual. A esto habría que añadir el posible distanciamiento de la pareja, el vacío ante la emancipación de los hijos/as.

Señalar que por el hecho de haber considerado la menopausia como un proceso patológico, hemos asistido en los últimos años a una medicalización de esta etapa de la vida, fundamentalmente a través de la utilización generalizada de la Terapia Hormonal Sustitutiva cuyos beneficios para la salud, en cuanto a la reducción del riesgo de padecer cardiopatía isquémica y osteoporosis no han sido demostrados.

Otro problema de salud emergente vinculado con el aumento de la edad de la mujer, son las patologías o disfunciones de suelo pélvico (incontinencia urinaria, prolapso, ...). La incontinencia de urinaria y demás disfunciones del suelo pélvico afectan a la calidad de vida de las mujeres, además de ser un problema de alta prevalencia, ya que entre el 21% y 60% de las mujeres con más de 30 años de edad en nuestro medio, presentan incontinencia de orina. Estas disfunciones suponen en muchos casos una limitación para la actividad laboral y social, lo que las hace cada vez menos tolerables y que demandan solución cada vez con mayor frecuencia.

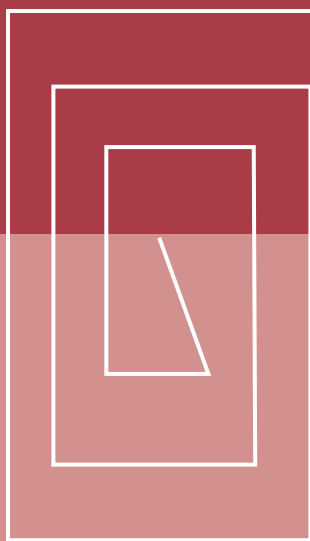
Con el aumento de la esperanza de vida, el volumen de mujeres mayores de 65 años ha aumentado notablemente y estas mujeres van a presentar mayor número de enfermedades crónicas, tasas elevadas de discapacidad e incremento de la situación de dependencia, lo que provocará una demanda creciente de atención por parte de los servicios sanitarios y sociales.

Cartera de Servicios específicos para la mujer del SCS (Año 2004)

ATENCIÓN PRIMARIA			
Cartera de Servicios	Centros de Salud/Consultorios Médicos		
Captación y valoración de la mujer embarazada		X	
Seguimiento de la mujer embarazada		X	
Preparación al parto		X	
Visita en el primer mes de postparto		X	
Información y seguimiento de métodos anticonceptivos		X	
Vacunación de la rubéola		X	
Diagnóstico Precoz de cáncer de cervix		X	
Diagnóstico Precoz de cáncer de endometrio		X	
Diagnóstico Precoz de cáncer de mama		X	
Atención a la mujer en el climaterio		X	
Consulta Joven		En 3 Centros de Salud	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA			
Cartera de Servicios	H.U. Marqués de Valdecilla	H. Sierrallana	H. Laredo
Vigilancia embarazo normal	X	X	X
Vigilancia del embarazo de alto riesgo	X		
Diagnóstico Prenatal ecográfico	X	X	X
Amniocentesis/funiculocentesis	X		
Asistencia al parto normal	X		X
Asistencia al parto patológico	X		
Ecografía Doppler Obstétrica - ginecológica	X	X	
Punción aspiración aguja fina (PAAF)	X		
Vigilancia del puerperio normal y patológico	X		X
Asistencia y tratamiento de esterilidad, infertilidad	X	X	X
Reproducción asistida	X		
Interrupción legal del embarazo (3 supuestos)	X		
Planificación familiar	X	X	X
Asistencia y tratamiento de la patología oncológica y ginecológica	X	X	X
Laparoscopia, histeroscopia, colposcopia	X	X	X
Cirugía Mayor ambulatoria	X	X	X
Tratamiento de la incontinencia urinaria	X	X	X
Cirugía de mama y biopsia dirigida	X	X	X
Mamografía/ecografía mamaria	X	X	X
Esterotaxia mamaria	X		
CENTRO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR LA CAGIGA			
Información sanitaria		X	
Anticoncepción		X	
Diagnóstico precoz de cáncer		X	
Estudio de esterilidad		X	
Diagnóstico y atención de ETS y VIH		X	
Patología ginecológica		X	
Área psicosexológica		X	
Área de trabajo social		X	
Consulta Joven		X	

Tabla XI. Elaboración propia. Cartera de Servicios del SCS relacionada con áreas específicas de la salud de las mujeres (Año 2004)

Líneas prioritarias de actuación



Del análisis del estado de salud de las mujeres de Cantabria, se desprenden las líneas prioritarias de actuación que debemos establecer para dar respuesta a los problemas relevantes, prevenir riesgos y añadir calidad de vida.

Las líneas prioritarias de actuación se han establecido teniendo en cuenta aquellos problemas de salud que se consideran prioritarios por su gravedad, magnitud o impacto social y la posibilidad de intervención desde el Sistema Público de Salud.

Líneas prioritarias de actuación:

1. Visibilizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud
2. Mejorar la salud reproductiva
3. Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama
4. Reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género
5. Mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables

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

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Estrategias

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

Criterios de evaluación e Indicadores

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

Mejorar la salud reproductiva

Objetivos generales

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

Objetivos específicos

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

Estrategias

- Desarrollar programas de información y accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos de la población en edad fértil, con especial atención a los grupos de mayor riesgo (adolescentes, inmigrantes, discapacitados/as, etc.).
- Promover en el ámbito educativo programas que favorezcan las relaciones afectivo-sexuales autónomas y responsables entre la población adolescente.
- Garantizar la información y dispensación gratuita de la Anticoncepción Postcoital en toda la red sanitaria.
- Promover la salud de la mujer embarazada y de su futura descendencia, mediante realización de la Consulta Preconcepcional.
- Reevaluar la Vigilancia Prenatal en la Comunidad, tanto a nivel de protocolos como de estructura asistencial.

- Potenciar sistemas de información que permitan la transferencia de la información entre todos los niveles asistenciales implicados en el proceso de atención al embarazo y parto (“Documento de Salud del Embarazo”).
- Colaboración en la implantación del “Plan de Humanización de la Atención al Parto y Nacimiento”, en los hospitales públicos de nuestra Comunidad que atienden partos, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza (OMS).
- Facilitar la adopción en los hospitales públicos de nuestra Comunidad que atienden partos, de los “Diez pasos para una Lactancia Feliz”, garantizando en todo momento el respeto a las mujeres que deciden no amamantar.
- Elaborar documentación divulgativa (folletos, libros, soportes audiovisual, etc.) sobre aspectos de salud reproductiva para su distribución tanto a los centros y profesionales sanitarios, como a las mujeres y sus parejas.

Criterios de evaluación e Indicadores

- Número de actuaciones de información y educación realizadas en materia de salud reproductiva.
- Grado de implantación de la Consulta Preconcepcional.
- Hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma que atienden partos en los que exista un Plan o Vía Clínica en el que se recoja la atención al parto y nacimiento siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza.
- Hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma que atienden partos que cumplan los “Diez pasos para una Lactancia Feliz”.

Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama

Objetivos generales

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

Objetivos específicos

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

Estrategias

- Potenciar el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Cantabria:
 - Creación de Unidades Fijas de cribado mamográfico.
 - Realización de lectura mamográfica del Programa en Cantabria, incorporando la doble lectura.
 - Elaboración de Protocolos de Garantía de Calidad en el cribado mamográfico siguiendo las directrices de las Guías Europeas.
 - Aumentar la edad de cribado del Programa: 50-69 años.
 - Campañas de difusión del Programa a la población diana de mujeres.
 - Campañas de difusión del Programa entre los y las profesionales sanitarios.
 - Implantación de un nuevo sistema informático del Programa.
- Promover un Plan Integral (Proceso asistencial integrado) de atención al cáncer de mama en Cantabria, en el que se garantice tanto la detección, tratamiento y rehabilitación integral de las mujeres que sufren esta enfermedad.

Criterios de evaluación e Indicadores

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

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

Objetivo general

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

Objetivo específico

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

Estrategias

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

Líneas prioritarias de actuación

- Proponer o participar en acciones, campañas, jornadas sobre la violencia o colaborar con las que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

Criterios de evaluación e indicadores

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

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

OBJETIVO GENERAL 1

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

Estrategias

- Sensibilizar a los Servicios de prevención para que tengan en cuenta la incidencia diferencial de los factores de riesgo de cada puesto de trabajo en mujeres y hombres.
- Implicar a la Comisión Cántabra de Seguridad y Salud en el Trabajo para desarrollar estudios y programas específicos de prevención y protección de la mujer trabajadora bajo la perspectiva de género.
- Sensibilizar tanto al personal sanitario como a la población en general sobre los riesgos físicos, psíquicos y sociales del trabajo domestico y de la “doble jornada”.
- Investigar sobre los riesgos de accidente y enfermedad derivados de la realización de los trabajos domésticos.
- Elaboración y distribución entre los centros sanitarios de material divulgativo dirigido a aumentar la sensibilidad social para equiparar los roles y responsabilidades sociales entre ambos sexos (cuidados de los mayores, crianza de los hijos/as, etc).
- Facilitar acuerdos que permitan la conciliación de la vida familiar y laboral en el ámbito sanitario: flexibilidad horaria, permisos parentales, etc.

Criterios de evaluación e Indicadores

- Número de actuaciones de información y educación realizadas.
- Número de actuaciones realizadas para facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Número de mujeres que se han beneficiado de programas de ayuda para facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral.

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

OBJETIVO GENERAL 2

Promover la salud mental de las mujeres

Estrategias

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

Criterios de evaluación e indicadores

- Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y su distribución según el género.
- Prevalencia de problemas de ansiedad y depresión y su distribución según el género.

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

OBJETIVO GENERAL 3

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

Estrategias

- Programas de información y educación sobre hábitos y estilos de vida saludables (ejercicio físico adecuado, abandono del hábito tabáquico, alimentación equilibrada, consumo de calcio, vida cotidiana, etc.) dirigidos a prevenir problemas de salud específicos de esta etapa (cardiovasculares, osteoporosis, etc).
- Informar a las mujeres y a los/as profesionales sobre la eficacia, ventajas e inconvenientes de las medidas preventivas y tratamientos que se utilizan en la menopausia, con el fin de adecuar el uso de las terapias hormonales a las recomendaciones actuales, evitando la sobremedicalización de un proceso natural fisiológico.
- Desarrollo de una Guía de actuación frente a las patologías o disfunciones del Suelo Pélvico, dirigida a mejorar la calidad de vida de las mujeres.
- Colaboración con instituciones y asociaciones comunitarias a través de jornadas, charlas, etc. dirigidos a fomentar la autonomía y revalorizar la imagen y la sexualidad de la mujer madura.
- Desarrollar programas especiales de atención sociosanitaria a las mujeres mayores solas con enfermedades crónicas o discapacidad, asegurando su permanencia en el entorno elegido.
- Potenciar la investigación sobre la calidad de vida y la salud percibida por las mujeres de Cantabria de más de 45-50 años.

Criterios de evaluación e Indicadores

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

Convergencia con otros Planes del Gobierno de Cantabria



El Plan ha priorizado 5 ejes transversales de actuación y para su desarrollo precisa del concurso de varios sectores, por lo que requiere de un trabajo intersectorial con otros organismos e instituciones que trabajen en este mismo campo y que permita sumar acciones conjuntas.

Desde esta perspectiva el Plan de Actuación "Salud para las Mujeres" presenta una serie de conexiones con otros planes y normativa del Gobierno de Cantabria actualmente en vigor:

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

- Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en Cantabria (2004-2007) (Dirección General de Salud Pública).
- Plan Regional de SIDA en Cantabria (Dirección General de Salud Pública).
- Plan Regional de Drogas en Cantabria (Dirección General de Salud Pública).
- Plan Regional de Salud Mental (Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria).

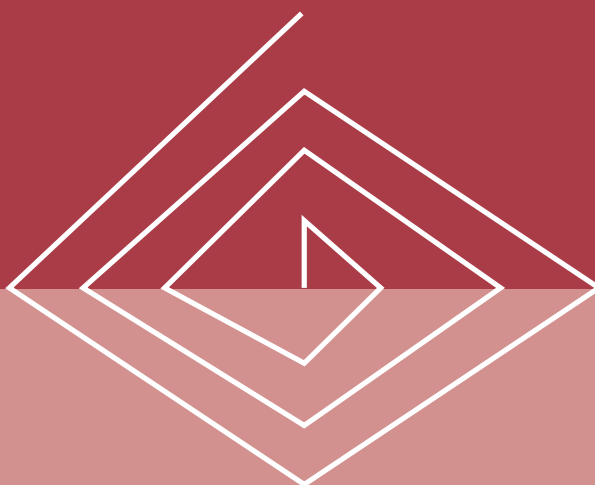
Consejería de Relaciones Institucionales y Asuntos Europeos

- III Plan de Igualdad entre Hombres y Mujeres de Cantabria 2003-2006 (Dirección General de la Mujer).
- Ley 1/2004, Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.

Evaluación



Financiación



La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales dedicará la dotación presupuestaria suficiente para la consecución de los objetivos marcados en el Plan, debiendo adecuarse a los incrementos de cobertura y calidad alcanzados cada año.

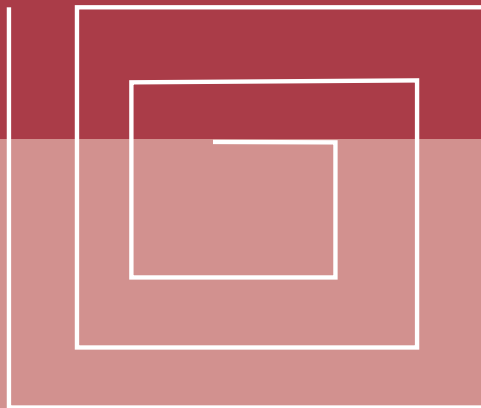
La financiación se realizará mediante:

Recursos humanos y materiales ya existentes en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y en el Servicio Cántabro de Salud.

Financiación específica recogida en el Plan de Gobernanza del Gobierno de Cantabria 2004-2007, con cargo a la Dirección General de Salud Pública y con una estimación presupuestaria:

	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007
Inversión	547.480 €	495.480	540.000	540.000

Bibliografía



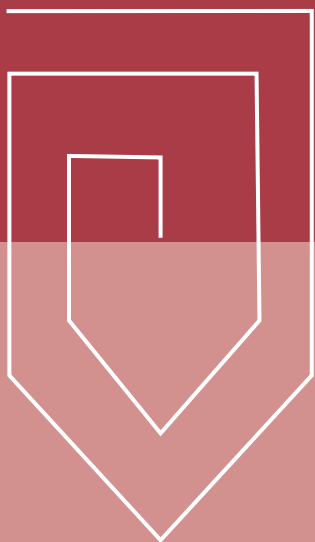
- BLANCO P., RUIZ-JARABO C., GARCIA DE VINUESA L., MARTIN-GARCIA M. *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Gac Sanit. 2004; 18(supl): 182-188.
- BLANCO-PRIETO P., RUIZ-JARABO C. y Cols. *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*. Madrid: Ed. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Madrid, 2002.
- CAGIGAS ARRIAZU A. *Una década trabajando en la erradicación de la violencia de género en Cantabria (1993-2003)*. Santander, Ed. Asociación "Consuelo Berges", 2004.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2003). *Segundo Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*. Sesión del Pleno de 10 de Diciembre de 2003. Colección informes. Madrid, 2003.
- DE MIGUEL J. R., TEMPRANO M. R., MUÑOZ P., CARARACH V., MARTÍNEZ PÉREZ J., MINGUEZ J. A., VILAR E., CABRILLO E. *Mortalidad materna en España en el período 1995-1997: resultados de una encuesta hospitalaria*. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2002; 45: 525-534.
- DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER. CONSEJERÍA DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y ASUNTOS EUROPEOS. GOBIERNO DE CANTABRIA. *III Plan para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de Cantabria (2003-2006)*. Santander, 2003.
- EMAKUNDE/INSTITUTO VASCO DE LA MUJER. *III Plan de Acción Positiva para las mujeres en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Enfoque de género en las Políticas Públicas*. 1999.
- EQUIPO DAPHNE. *IV Encuesta Schering sobre Anticoncepción en España*. Madrid, 2003.
- ESTEBAN M. L. *El trabajo feminista en el ámbito de la salud*. Mujer y Salud. Barcelona, 2003; nº 11-12: 10-12.
- FATHALLA M., ROSENFELD A., INDRISO C., SEN D., RATNAM S. *Salud Reproductiva. Aspectos Globales (FIGO, manual de reproducción humana)*. Barcelona, Edika Med, 1990; 3.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (F.A.S.P.). *La salud de las mujeres en Atención Primaria*. F.A.S.P. Madrid, 1991.
- FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD. *Sexo, Genero y Salud. Escenarios de Progreso Social. Análisis Prospectivo Delphi*. Colección informes. 2004.
- GARCÍA SANTIAGO A., ZUBIETA IRÚN J. C. *Mujeres de Cantabria. Informe 0*. Gobierno de Cantabria. Consejería de Presidencia. Dirección General de la Mujer. Santander, 1997.
- GOBIERNO DE CANARIAS. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. SERVICIO CANARIO DE SALUD. *Programa de atención a la mujer*. 1996.
- GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA. DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER. *Guía de recursos para mujeres*. Santander, 2003.

Bibliografía

- GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Incidencia del consumo de drogas en Cantabria (2003)*. Santander, 2004.
- GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Encuesta sobre drogas a la población escolar de Cantabria 2002*. Santander, 2003.
- GOBIERNO DE LA RIOJA. CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. *II Plan integral de la mujer (2001-2004)*. Colección: Servicios Sociales. Serie: Planes nº 5. Logroño, 2002.
- GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS. *La salud de las mujeres en Asturias. Informe de un grupo de trabajo*. Serie programas. 2002.
- INE. *Aspectos demográficos. Encuesta nacional de salud. Encuesta de salud y hábitos sexuales*. Madrid, 2004.
- INSALUD. *Programa de atención a la mujer*. Gerencia del Área 9. Atención Primaria. Madrid, 1999.
- INSALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA. ÁREA DE ESTUDIOS, DOCUMENTACIÓN Y COORDINACIÓN NORMATIVA. *Plan integral de atención a la mujer*. Madrid, 1998.
- INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER. *Una perspectiva de género. Boletín jurídico. Artículo 14*. 2004.
- INSTITUTO DE LA MUJER. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional*. Madrid, 2002.
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID. *Sistema de información sobre salud de carácter sociocultural. Las concepciones de salud de las Mujeres. Informe 2000*. Madrid, 2001.
- JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA DE SALUD. *III Plan Andaluz de Salud (2003-2008)*.
- WILLIAMS K., KURINA L. M. *Estructura social, el estrés y la salud de la mujer. Aspectos del estilo de vida de las mujeres*. *Clínica. Obst. y Ginec.* 2002; 4: 1051-1054.
- MARTÍNEZ GONZÁLEZ M. A., MORENO JIMÉNEZ G. "Salud Laboral: diferencia de género". Confederación sindical de CC.OO. Federación de comunicación y transporte de CC.OO. 2001.
- MATA N., RUIZ PÉREZ I. *Detección de la violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria*. Vol XVIII. Máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2002.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA. *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2002*. Madrid, 2004.

- OMS. *Guía práctica de cuidados en el parto normal. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra, 1996.
- PERRY N., BROEDERS M., DE WOLF C., TOERNBERG S. (EDITORES). *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. 3ª ed. Luxemburgo: Comisión Europea, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2001.
- SALBER P. R., TALIAFERRO E. *Reconocimiento y Prevención de la Violencia Doméstica en el Ámbito Sanitario*. Cedecs Edit., S.L. Barcelona, 2000.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. PROGRAMA REGIONAL DE PREVENCIÓN DEL SIDA. *Sexualidad y Juventud. Guía educativa para un sexo más seguro*. Formación de formadores. 1997.
- SERVICIO MURCIANO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA. *Programa integral de atención a la mujer*. 2003.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA. *Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Gac. Sanit. 2004; 18 (sup 1).
- UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. *Declaration on the elimination of violence against women*. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva, 20 de diciembre de 2003.
- VELASCO ARIAS S. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Instituto de la Mujer. Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Madrid, 2002.
- VERBRUGGE L. M. *Gender and health: an update on hypotheses and evidence*. J Health Soc Behav. 1989; 26:156-82.
- WALDRON I. *Sex differences in illness, incidence, prognosis, and mortality: issues and evidence*. Soc Sci Med. 1983; 17:1107-23.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). *Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution)*. WHA, 25 de mayo de 1996 (Sixth plenary meeting. Committee B fourth report 3rd ed).
- XUNTA DE GALICIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Plan integral de atención sanitaria y social de la mujer*. Santiago de Compostela, 1999.
- ZUBIETA IRÚN J. C., GARCÍA SANTIAGO A., GARCÍA LASTRA M. *Datos sobre la situación de las mujeres de Cantabria. Elementos para un diagnóstico de la discriminación de las mujeres (Una referencia específica a la situación laboral)*. Iniciativa comunitaria equal. Proyecto G.E.M.A. Santander: Códice, 2002.

Anexo
Marco normativo del Plan
de Actuación



Marco Internacional

I Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de las Mujeres en México (1975). Se señala como objetivo principal de la educación social enseñar a respetar la integridad física de la mujer y se declara que el cuerpo humano, sea de hombre o mujer, es inviolable y el respeto por él es un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana.

II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas, (Copenhague, 1980). Esta Conferencia estableció tres esferas en que era indispensable adoptar medidas concretas y con objetivos precisos para que se alcanzaran las amplias metas de desarrollo y paz, determinados por la Conferencia de México D.F. Estas tres esferas eran: la igualdad de acceso a la educación, las oportunidades de empleo y los servicios adecuados de atención a la salud.

III Conferencia Internacional sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer en Nairobi (1985). Se revisan los logros de las Naciones Unidas y se aprueban las “Estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer entre 1986 y el año 2000”, para mejorar la situación de las mujeres en el mundo en relación a la igualdad, al desarrollo y la paz.

IV Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing (1995). A partir de ella se considera que el cambio de la situación de las mujeres afecta a la sociedad en su conjunto y se considera por primera vez que su tratamiento no puede ser sectorial y tiene que integrarse en el conjunto de políticas. Se aprobó por unanimidad la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, que era en esencia un programa para la potenciación del papel de la mujer y representa un momento decisivo para el adelanto de la mujer en el siglo XXI.

Conferencia Mundial Beijing + 5- “La Mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI”, Nueva York (2000). Periodo extraordinario de sesiones para examinar el progreso alcanzado en los cinco años transcurridos desde la aprobación de la Plataforma de Acción de Beijing. Pese a los avances experimentados, factores como la resistencia sociocultural, las limitaciones financieras y la negativa de dar la suficiente prioridad al avance de las mujeres han impedido que se logren la mayor parte de los objetivos concretos establecidos en la Conferencia de Beijing.

Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993). Se declaró que los derechos de las mujeres constituían derechos humanos. Quedó reafirmada, en virtud de esta iniciativa, la declaración de 1948 según la cual los derechos humanos son universales e inseparables, y quedó asimismo rechazado el razonamiento que propugna que los derechos humanos no se aplican a esferas “privadas” como la vida en familia o las prácticas tradicionales o religiosas.

Declaración 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (20 de diciembre de 1993). Realizó en su artículo 1 un acotamiento conceptual de lo que se considera este tipo de violencia al determinar que es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psico-

Anexo. Marco normativo del Plan de Actuación

lógico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”.

Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985.

Declaración de Innocenti, sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. OMS/UNICEF - 1990.

Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo (1994). Adopción de una amplia definición de salud reproductiva que abarca la planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), y una maternidad sin riesgos.

Comité Regional Europeo de la OMS (1993). Definió unos objetivos para los países miembros a conseguir en el año 2000. El número ocho dice: “Para el año 2000, debería haber una mejora ininterrumpida y continua en la salud de todas las mujeres”.

Marco de la Comunidad Europea

Orientación del IV Programa de Acción Comunitario (2001-2005). Tiene el objeto de promover la igualdad entre mujeres y hombres, en particular, mediante la asistencia y el apoyo a la estrategia marco comunitaria. Ésta abarca todas las políticas y todas las acciones comunitarias encaminadas a alcanzar dicha igualdad, incluidas las políticas de integración de los sexos y las acciones específicas dirigidas a las mujeres.

Declaración de Madrid sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa. Madrid, 14 de Septiembre de 2001.

Decisión nº 803/2004/CE del Parlamento Europeo de 21 de abril de 2004, por la que se aprueba un programa de acción comunitario (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo.

Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Informe 2004 sobre la igualdad entre mujeres y hombres.

Boletín de la Comisión de los Derechos de la Mujer y la Igualdad de Oportunidades del Parlamento Europeo. Boletín nº 7, mayo de 2004.

Directiva 92/85/CEE. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.

Resolución A-44/86 de Parlamento Europeo (1986), sobre Agresiones a la Mujer, donde se abordaba el problema de estas agresiones bajo diversos puntos de vista, desde las agresiones sexuales y las agresiones en el ámbito privado hasta la prostitución.

Resolución A3-0349/94 del Parlamento Europeo (1994), sobre las violaciones de las libertades y los derechos fundamentales de las mujeres, en la que se ponía de manifiesto, fundamentalmente, la problemática de la violación de los derechos de las mujeres y, tenía en cuenta el derecho de las mujeres a la integridad de su cuerpo.

Resolución A4-0250/97 del Parlamento Europeo (1997), por la que se adopta una Campaña Europea sobre Tolerancia Cero ante la Violencia contra las Mujeres, en la que considera que la violencia masculina contra las mujeres tanto en la familia o en el lugar de trabajo o en la sociedad, incluye, entre otros, los malos tratos, las agresiones físicas y psíquicas que se puedan realizar contra las mismas.

Directiva 2000/78 CE del Consejo de 27 de Noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.

Decisión del Consejo de 27 de Noviembre de 2000, por la que se establece de acción comunitaria para luchar contra la discriminación (2001/2006).

Resolución del Consejo y de los Ministros de Trabajo y Asuntos Sociales, reunidos en el seno del Consejo de 29 de Junio de 2000, relativa a la participación equilibrada de hombres y mujeres en la actividad profesional y en la vida familiar.

Directiva 96/34 de la Unión Europea. El presente Acuerdo establece disposiciones mínimas cuyo objetivo es facilitar la conciliación de las responsabilidades profesionales y familiares de los padres que trabajan. El presente Acuerdo se aplica a todos los trabajadores, hombres y mujeres, que tengan un contrato o una relación de trabajo definida por la legislación, los convenios colectivos o los usos vigentes en cada Estado miembro.

Directiva 97/80 de la Unión Europea. El objetivo de la presente directiva es mejorar la eficacia de las medidas adoptadas por los Estados miembros en aplicación del principio de igualdad de trato, que permitan que todas las personas que se consideren perjudicadas por la no aplicación, en lo que a ellas se refiere, del principio de igualdad de trato, puedan invocar sus derechos en vía jurisdiccional después de haber recurrido, en su caso, a otros órganos competentes.

Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala Quinta), de 27 de Febrero de 2003. Igualdad de trato entre Hombres y Mujeres. Protección de la Mujer Embarazada.

Marco Estatal

La Constitución Española de 27 de diciembre de 1978:

- En su artículo 9.2 dispone “2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas y de los gru-

Anexo. Marco normativo del Plan de Actuación

pos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

- En su **artículo 14** establece “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”
- En los **artículos 43 y 49** se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

Ley General de Sanidad de 1986, donde se dice que “Todos tienen derecho en cuanto a las Administraciones públicas sanitarias, al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, tipo social, sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical”.

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, referente al aborto. En él se dice que el aborto no será punible cuando sea practicado por un médico o bajo su dirección, en un centro o establecimiento sanitario público o privado acreditado y con el consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes: 1º) que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada, 2º) que el embarazo sea consecuencia de un delito constitutivo de delito de violación o 3º) que se presuma que el feto va a nacer con graves taras físicas o psíquicas.

Real Decreto 938/1989 que establece los procedimientos y los plazos para la formulación de los Planes Integrales de Salud.

Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. En esta ley se configura el marco general en el que habrán de desarrollarse las distintas acciones preventivas, en coherencia con las decisiones de la Unión Europea que ha expresado su ambición de mejorar progresivamente las condiciones de trabajo y de conseguir este objetivo de progreso con una armonización paulatina de estas condiciones en los diferentes países europeos.

Ley 35/1995 de ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad sexual, establece un sistema de ayudas públicas sobre las víctimas. Se establece un sistema de ayudas públicas en beneficio de las víctimas directas e indirectas de los delitos dolosos y violentos, cometidos en España, con el resultado de muerte, o de lesiones corporales graves, o de daños graves en la salud física o mental.

Ley 39/1999 de 5 de Noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Esta ley introduce cambios legislativos en el ámbito laboral para que los trabajadores puedan participar de la vida familiar, dando un nuevo paso en el camino de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Trata además de guardar un equilibrio para favorecer los permisos por maternidad y paternidad sin que ello afecte negativamente a las posibilidades de acceso al empleo, a las condiciones del trabajo y al acceso a puestos de especial responsabilidad de las mujeres. Al mismo tiempo se facilita que los hombres puedan ser copartícipes del cuidado de sus hijos desde el mismo momento del nacimiento o de su incorporación a la familia.

Ley Orgánica 14/1999, de 9 de Junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Con ella se persigue el objetivo de facilitar la inmediata protección de la víctima en los delitos de referencia, mediante la introducción de una nueva medida cautelar que permita el distanciamiento físico entre el agresor y la víctima, medida que podrá acordarse entre las primeras diligencias. Se permite la persecución de oficio de las faltas de malos tratos, al tiempo que se elimina la obsoleta referencia a la desobediencia de las mujeres respecto de sus maridos o de los hijos respecto de sus padres.

R.D. 1686/2000, de 6 de octubre, por el que se crea el Observatorio de la Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres. (BOE nº 251, de 19/10/00).

IV Plan para la igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003-2006), aprobado el 7 de marzo de 2003 por el Consejo de Ministros. En él se establecen las líneas de actuación del Instituto de la Mujer para los próximos cuatro años, con el fin de introducir la igualdad de género en todas las políticas de intervención, así como de impulsar el avance de las mujeres en aquellos ámbitos de la vida social en que su presencia se muestra, todavía, insuficiente.

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación. La presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales, dando especial importancia a la autonomía del paciente. Pretende ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

Ley 27/2003, de 31 de Julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Esta ley pretende proporcionar una acción integral y coordinada que aúne tanto las medidas cautelares penales sobre el agresor como las medidas protectoras de índole civil y social que eviten el desamparo de las víctimas de la violencia doméstica y den respuesta a su situación de especial vulnerabilidad.

R.D. 429/2003 de 11 de Abril, por el que se modifica el R.D. 738/1997 de 23 de Mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Ayudas a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.

Marco Autonómico

Real Decreto 2030/82. Traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Ley Orgánica 11/98, de 30 de Diciembre, en su Art. 25 dice que corresponde a esta Comunidad, dentro del marco de legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención, y restauración de la salud.

Anexo. Marco normativo del Plan de Actuación

Real Decreto 1472/2001, establece que quedan traspasados a la Comunidad Autónoma de Cantabria las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, así como los bienes, derechos y obligaciones, personal y presupuestos.

Ley 10/2001 de 28 de Diciembre, por la que se crea el Servicio Cántabro de Salud.

Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de Abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas. Esta ley pretende la adopción de medidas integrales para la sensibilización, prevención y erradicación de la violencia de género, así como la protección, atención y asistencia a las víctimas y a sus hijos e hijas o personas sujetas a su tutela o acogimiento. Se trata de aportar a nuestra sociedad, y principalmente a las víctimas, una necesaria regulación jurídica específica en los términos que exige nuestra Constitución.

III Plan para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de Cantabria 2003-2006. Gobierno de Cantabria. Consejería de Relaciones Institucionales y Asuntos Europeos. Dirección General de la Mujer. El Gobierno de Cantabria pretende continuar su labor de promoción de las políticas de igualdad de género, perfeccionando el trabajo iniciado en los planes anteriores, a la vez que define los grandes objetivos hacia los que avanzar en los próximos años que son: la igualdad entre hombres y mujeres en la vida económica, la participación igualitaria en los ámbitos de toma de decisiones, la mejora de la calidad de vida de las mujeres, la conciliación de la vida familiar y laboral y por último la transmisión de valores y actitud igualitarias.