Salud de las Mujeres

II PLAN DE ACTUACIÓN 2008-2011

GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)

Edita

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
Gobierno de Cantabria

Portada

Obra del pintor cántabro Pedro Sobrado

Depósito Legal

SA-64-09

II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

PRÓLOGO

Las desigualdades de género colocan a las mujeres en una situación de discriminación en relación a la salud y para evitarlo, desde la Consejería de Sanidad se puso en marcha en 2004 un ***Plan de Actuación: Salud para las Mujeres****. En su momento fue pionero y supuso un importante esfuerzo y un reto para todo el Servicio de Salud, por lo innovador de sus planteamientos y objetivos.*

Especialmente valioso y enriquecedor ha sido el proceso de evaluación final que hemos realizado, del que se han extraído importantes recomendaciones que se han plasmado en el nuevo Plan.

Creo que aquella iniciativa ha sido muy útil, no sólo para actuar de forma planificada sobre importantes aspectos de la salud de las mujeres, sino también, para sensibilizar a los servicios sanitarios acerca de las desigualdades en salud por razón de género y la necesidad de incorporar esta perspectiva al diseño de nuestras políticas y a la actividad sanitaria, como forma de adquirir la excelencia asistencial.

Hoy, este Segundo Plan nace en unas circunstancias muy diferentes, ya que la experiencia adquirida nos ha permitido delimitar aún más sus objetivos y ampliar sus áreas prioritarias de actuación. En todo caso siempre con un concepto integral de la salud que toma en consideración los factores biológicos específicos de las mujeres, y la diferente vulnerabilidad psicosocial entre éstas y los hombres.

Poniendo en marcha el ***II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)*** *perseguimos mantener una línea de trabajo necesaria y que ha demostrado ser capaz de mejorar la salud de las mujeres, avanzando en el objetivo de nuestra Consejería de disminuir las desigualdades entre mujeres y hombres promoviendo la equidad en salud.*

Luis Mª Truan Silva
Consejero de Sanidad

ÍNDICE

Introducción 9

Proceso de elaboración del Plan 11

Evaluación del *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)*: Recomendaciones y propuestas 15

Análisis de situación: La salud de las mujeres en Cantabria 21

Contexto normativo que sustenta el Plan 53

Convergencia con otros Planes y Estrategias 57

Plan de Actuación 61

- *Áreas Prioritarias de Actuación* 61
  - . Desigualdades de género en los servicios de salud 63
  - . Salud sexual 64
  - . Salud reproductiva 65
    - . Anticoncepción e IVE 65
    - . Embarazo, parto y nacimiento 65
  - . Promoción de la lactancia materna 67
  - . Cánceres específicos o prevalentes 69
    - . Cáncer de mama 69
    - . Cáncer de cérvix 70
  - . Violencia contra las mujeres 71
  - . Salud mental 73
  - . Atención a la cronicidad 74
- *Seguimiento y evaluación* 75
  - . Monitorización y seguimiento 77
  - . Evaluación 85
- *Cronograma* 87
- *Financiación* 95

Anexos 99

- *Anexo I: Marco normativo* 99
- *Anexo II: Planes o Estrategias estatales o autonómicos* 105

Referencias bibliográficas 111

Participantes en la elaboración del Plan 117

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

INTRODUCCIÓN

A pesar de los importantes avances registrados en la lucha por la igualdad entre mujeres y hombres, todavía persisten desigualdades en el uso del tiempo, la posibilidad de tomar decisiones autónomas, el control de los recursos o la distribución del poder económico y político, que relegan a las mujeres a posiciones de subordinación y desventaja, que repercuten negativamente en su bienestar y en su estado de salud. Este hecho queda reflejado en la Encuesta Nacional de Salud 2006, donde las mujeres declaran peor salud percibida que los hombres.

Los condicionantes sociales de género influyen en las personas, en su vulnerabilidad, en la naturaleza de los problemas de salud que padecen, en la forma de expresar los síntomas, en la búsqueda de atención sanitaria, en el acceso a recursos para promover y proteger la salud y también en el tipo de asistencia que reciben. La invisibilidad del género como un determinante de salud afecta también a los sistemas sanitarios, a la formulación de prioridades en la atención y en la financiación y a los sesgos diagnósticos y terapéuticos, lo que perjudica a las mujeres. La falta de perspectiva de género influye en la ciencia, en la investigación y en la formación, en la falta de conocimiento acerca de las repercusiones sobre la salud de circunstancias que afectan muy específicamente a las mujeres como la doble o la triple jornada, el rol de cuidadora o padecer violencia, en la escasa investigación sobre problemas de salud más frecuentes en las mujeres, como los problemas musculoesqueléticos y las enfermedades autoinmunes y en una ausencia de formación sobre los aspectos relacionados con el género y la salud.

La existencia de desigualdades en la salud de las mujeres, entendidas siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), como diferencias injustas y evitables, es un indicador del incumplimiento de los derechos humanos, sobre el que es preciso intervenir. Desde el ámbito sanitario no es posible actuar sobre todos aquellos condicionantes que contribuyen a estas desigualdades y que dificultan a las mujeres el goce del mayor nivel de salud que podrían alcanzar, pero si es posible percibir las desigualdades de género en salud, las desventajas e inequidades existentes en los servicios sanitarios y elaborar estrategias con sensibilidad de género, como la establecida en el *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)*. Este Plan puso en marcha importantes actuaciones como: la visibilización del género como determinante de salud, la atención a la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, la atención al parto y nacimiento como un proceso fisiológico y sensible a los aspectos emocionales y sociales, la mejora en la detección del cáncer de mama como aspecto fundamental en la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, etc., que sin lugar a dudas han contribuido a la mejora y a la equidad en la atención en salud a toda la población de Cantabria.

El *II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)* se ha elaborado partiendo de la experiencia previa establecida con el Plan anterior tanto en su desarrollo como en su evaluación y supone un compromiso de continuidad con la reducción de desigualdades en salud. El Plan se sustenta en los siguientes principios:

- El marco conceptual del modelo biopsicosocial de comprensión de la salud y la enfermedad.
- El compromiso de rigor científico y de excelencia asistencial.
- La exigencia de disminuir las desigualdades en salud por razón de género y de esta forma contribuir al gran proyecto social de alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres.
- La voluntad de incorporar las necesidades y perspectivas de las mujeres en todas las políticas sanitarias.

Partiendo de un enfoque integral de género, este nuevo Plan aborda diferentes áreas de actuación dirigidas tanto a la atención de las necesidades específicas de salud de las mujeres (salud reproductiva, lactancia materna, cáncer de mama, cáncer de cérvix) como a la atención a las desigualdades e inequidades de género y al análisis de los factores determinantes psicosociales (desigualdades de género en los servicios sanitarios, salud sexual, violencia de género, salud mental, atención a la cronicidad). Alguna de estas áreas ya existían en el Plan anterior y su permanencia en el Plan actual indica lo relevante del tema y la necesidad de seguir actuando en ellas, otras áreas sin embargo, son novedosas y dan la respuesta a nuevos retos.

Este *II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)*, que proyecta su desarrollo durante los próximos cuatro años, representa por tanto el compromiso de acción política de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria con la igualdad de derechos y la equidad en salud.

Proceso de Elaboración del Plan

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

La elaboración de este *II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres*, responde a un compromiso político de legislatura, manifestado por el Consejero de Sanidad, en su comparecencia en la Comisión de Sanidad del Parlamento de Cantabria el 4 de octubre de 2007, que ha sido refrendado por el Gobierno de Cantabria en su *Plan de Gobernanza (2008-2011)*, en el Eje 2: Salud Pública y sistema sanitario accesible y de calidad.

El trabajo de elaboración comenzó en 2008 de forma simultánea al proceso de evaluación final del *Plan de de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)*. Esta evaluación, realizada utilizando tanto métodos cuantitativos como cualitativos, y que ha permitido la participación de más de 111 agentes (gerentes del Servicio de Salud, profesionales de la salud, usuarias, etc.) y entidades, fue diseñada para poder ofrecer recomendaciones y propuestas para la edición de este nuevo Plan.

La formulación del Plan de Actuación se inició con la creación de una Comisión Técnica de Elaboración que se encargó de:

- Definir la metodología, las fases del Plan y el cronograma de desarrollo del mismo.
- Analizar las recomendaciones y propuestas de mejora realizadas por la Evaluación final del Plan anterior.
- Realizar el diagnóstico de situación de salud de las mujeres en Cantabria.
- Analizar la pertinencia del Plan respecto a las directrices de las políticas autonómicas, estatales y europeas.
- Revisar el contexto normativo en que se sustenta el Plan.
- Analizar la convergencia con Planes y Estrategias vigentes, tanto a nivel estatal como de nuestra Comunidad.
- Identificar y definir las Áreas Prioritarias de Actuación.
- Definir el seguimiento y la evaluación del Plan.
- Establecer el cronograma de ejecución de cada una de las actuaciones propuestas.
- Elaborar y redactar el documento final.

Para realizar su trabajo la Comisión Técnica de Elaboración contó con la colaboración y asesoramiento de personas expertas en diferentes áreas.

Tras su elaboración, el *II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)* fue presentado por el Consejero de Sanidad al Consejo de Gobierno y aprobado en su sesión del 11 de diciembre de 2008.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN	
EVALUACIÓN PLAN DE ACTUACIÓN: SALUD PARA LAS MUJERES (2004-2007)	**ELABORACIÓN II PLAN DE ACTUACIÓN: SALUD DE LAS MUJERES (2008-2011)**
AÑO 2007 OCTUBRE - DICIEMBRE	
Formación de la Comisión Técnica de Evaluación	
Formulación de la estrategia de evaluación del Plan	
AÑO 2008 ENERO - JUNIO	
Desarrollo de la evaluación	Formación de la Comisión Técnica de Elaboración
Formulación de propuestas para el II Plan	Formulación de la estrategia de elaboración del Plan
	Análisis de la pertinencia del Plan respecto políticas autonómicas, estatales y europeas
	Análisis de las recomendaciones y propuestas realizadas por la Evaluación del Plan anterior
	Realización del diagnóstico de situación de salud de las mujeres en Cantabria
	Revisión del contexto normativo en que se sustenta el Plan
	Análisis de la convergencia con Planes y Estrategias vigentes
AÑO 2008 JULIO - DICIEMBRE	
Informe final de Evaluación	Identificación y definición de las Áreas Prioritarias de Actuación
	Definición del proceso de seguimiento y evaluación del Plan
	Elaboración del cronograma de ejecución de las actuaciones
	Elaboración y redacción del documento final
	Aprobación en Consejo de Gobierno

Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) Recomendaciones y Propuestas

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

EVALUACIÓN DEL PLAN: RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

La Dirección General de Salud Pública, responsable de la ejecución del *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)*, tomó la decisión de realizar la evaluación del mismo a través de una experiencia sin precedentes en la región. Para ello ha contado con dos instituciones externas al desarrollo del Plan, el Observatorio de Salud Pública de Cantabria como promotor y coordinador de la evaluación, y la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, responsable del diseño y el desarrollo metodológico de la misma, que han trabajado de forma coordinada con la Comisión Técnica de Seguimiento creada para tal efecto.

La decisión de la Dirección General de Salud Pública, perseguía de hecho tres importantes objetivos: evaluar el Plan una vez finalizado, desarrollar un modelo metodológico de evaluación que pudiera servir de referencia para otros planes y programas de la Dirección y que las conclusiones alcanzadas y las propuestas y recomendaciones realizadas sirvieran de base para la elaboración del nuevo *Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)*.

Metodología

La Evaluación se realizó en base a los principios de la evaluación de 4ª generación o "evaluación participativa". Gracias a este enfoque, los agentes "implicados" en el Plan (gestores, profesionales de la salud, asociaciones y usuarias) no sólo proporcionaron respuestas sino que contribuyeron a determinar la información que se necesitaba para realizar la evaluación. La finalidad de todo el proceso evaluativo fue analizar los procesos desarrollados para aplicar el Plan, y no exclusivamente sus resultados.

La Evaluación analizó:

- La concordancia del Plan con los marcos normativos tanto a nivel autonómico, estatal y europeo, y su correspondencia con las necesidades locales.
- Las creencias e hipótesis que sustentaban el Plan.
- La coherencia interna entre los objetivos, las actuaciones y los indicadores elegidos.
- La eficacia de los objetivos propuestos.
- La adecuación del diseño, los procesos, los recursos disponibles, y los resultados de las intervenciones realizadas en cada una de las cinco líneas de actuación del Plan.

Para su desarrollo se ha contemplado la utilización de **fuentes primarias** (opiniones de los agentes implicados) y **fuentes secundarias**. El fin de este planteamiento metodológico fue obtener información de diferente naturaleza en relación a la pertinencia del diseño del Plan, la definición de los modelos de atención a las usuarias, la operatividad y el funcionamiento de los procesos, la adecuación de los recursos disponibles, la consecución de resultados en términos de efectos y el cambio social introducido por el Plan en el marco de las Políticas Públicas de Salud y de Género.

Para obtener la información de las fuentes primarias se utilizaron las técnicas de entrevista individual y grupal, realizándose 43 entrevistas en profundidad (representantes políticos y gerentes, profesionales, asociaciones y usuarias), 7 entrevistas grupales (profesionales, usuarias y asociaciones) y 3 grupos triangulares con profesionales. De esta forma, más de 111 personas contribuyeron a evaluar el Plan y realizaron además recomendaciones y propuestas para el II Plan.

Para obtener información de las fuentes secundarias se procedió a recoger publicaciones, fuentes bibliográficas e informaciones estadísticas sistematizadas por diferentes instituciones relacionadas con el Plan, para ser analizadas en términos evaluativos.

Recomendaciones de Cambio y Mejora para el Nuevo Plan

Generales

- Dirigir la acción política hacia la "transversalidad" e "integralidad" de las políticas de género, desde niveles políticos y de gestión con competencias para asegurar su cumplimiento.
- Seguir trabajando en las políticas de género y salud y que sean asumidas por parte de todos los agentes de cambio (nivel de planificación y gestión).
- Fomentar los procesos participativos que favorezcan la descentralización de las decisiones, lo que a su vez implica aumentar la capacidad e información de los profesionales y asociaciones para mantener el complejo sistema de adopción de decisiones públicas.

Específicas de las Líneas Prioritarias de Actuación del anterior Plan

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

- Explotar la información desagregada por sexo que recoge Atención Primaria (AP).
- Realizar un análisis de género de los planes, programas y protocolos de la Dirección General de Salud Pública y de la Cartera de Servicios del Servicio Cántabro de Salud (SCS).
- Promover el análisis de la morbilidad diferencial entre mujeres y hombres.
- Realizar el mismo tipo de explotación de datos en las dos Gerencias de AP y adecuar el personal técnico a las necesidades.
- Capacitar a los profesionales de la salud para que integren la perspectiva de género y el objetivo de reducción de desigualdades en las intervenciones en salud y de forma especial a aquellos responsables de la elaboración, implementación y evaluación de programas y protocolos.
- Continuar la formación de los profesionales en el uso del OMI-AP.
- Atender necesidades específicas de las mujeres con discapacidades y de las mujeres inmigrantes.

Línea 2: ***Mejorar la salud reproductiva***

- Promover espacios de diálogo entre las Consejerías de Educación y Sanidad con el fin de realizar un análisis del funcionamiento de la Consulta Joven, así como de las necesidades de recursos formativos en sexualidad y salud en las escuelas secundarias.
- Mejorar los procesos de recogida y explotación de los datos relacionados con la administración de la píldora postcoital así como el cumplimiento de su dispensación en todos los centros de salud.
- Mejorar el diagnóstico prenatal de las anomalías cromosómicas mediante la introducción del Test Combinado (marcadores bioquímicos y ecográficos).
- Potenciar el papel de las matronas en la atención al embarazo y al parto normal.
- Formar a los profesionales en la atención al parto normal y el manejo del dolor.
- Incorporar las percepciones de las usuarias en los procesos de atención al embarazo, parto y nacimiento.
- Adecuar los recursos humanos y las infraestructuras de las maternidades hospitalarias al nuevo modelo de atención al parto y nacimiento propuesto por la Estrategia de Atención al Parto del Sistema Nacional de Salud (SNS), basado en la evidencia científica actualmente disponible.
- Evaluar la adecuación y efectividad de los materiales informativos diseñados en este ámbito.
- Incluir las actuaciones de promoción de la lactancia materna en el nuevo *Plan de Actuación: Salud de las Mujeres*.

Línea 3: *Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama*

- Evaluar el impacto (mortalidad, supervivencia, recidivas, yatrogenia y calidad de vida) del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) a los 10 años de su puesta en marcha.
- Diseñar actuaciones que incidan sobre las causas identificadas de no participación en el PDPCM para incrementar la participación y alcanzar la cobertura deseada.
- Mejorar los procesos de asistencia y atención a las mujeres a las que se ha detectado un cáncer de mama:
  - . Mejorar la información y asesoramiento sobre la enfermedad y los tratamientos.
  - . Diferenciar y hacer más acogedores los espacios de atención.
  - . Reducir los tiempos de espera (pruebas complementarias, anatomía patológica y tratamientos).
  - . Mejorar la coordinación entre AP y Atención Especializada (AE) en torno al seguimiento de mujeres con diagnóstico previo de cáncer de mama.
  - . Mejorar el apoyo psicológico a las mujeres afectadas y a sus familias.

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

- Continuar la formación del personal sanitario en atención integral a las mujeres que viven en situación de violencia:
  - . Cómo preguntar sobre la existencia de violencia y que hacer ante una respuesta positiva.
  - . Manejo de las emociones de las mujeres afectadas y de los propios profesionales de salud.
  - . Conocimiento de los circuitos y servicios de atención a mujeres víctimas de violencia.
- Formar a los profesionales de salud de los centros hospitalarios.
- Desarrollar trabajo grupal en los Centros de Salud con mujeres víctimas de violencia, con el apoyo de psicólogos/as.
- Iniciar una línea de trabajo con los maltratadores y con los familiares afectados por la violencia.

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

- Incluir un área de atención a la salud mental, a las mujeres afectadas por enfermedades crónicas, enfermedades raras y discapacidades, así como las necesidades surgidas ante la actual diversidad cultural.
- Atender las necesidades de salud de las mujeres con discapacidades y de las mujeres cuidadoras.
- Fomentar la creación de grupos de apoyo y autoayuda en AP de mujeres con problemas de salud mental y enfermedades crónicas.

Análisis de Situación: La Salud de las Mujeres en Cantabria

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

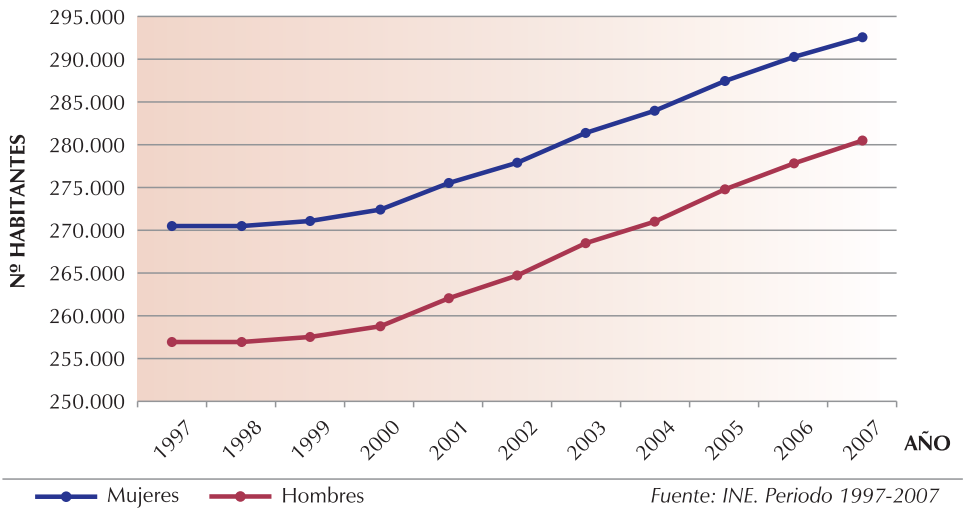
Determinantes Demográficos

La población femenina de Cantabria

La población de Cantabria ha experimentado un leve crecimiento en los últimos años, debido fundamentalmente a los movimientos migratorios, ya que el aumento de la natalidad no ha sido suficiente para generar un crecimiento natural positivo. En el año 2007 Cantabria cuenta, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), con una población de 572.824 habitantes, de la cual el 4,67% corresponde a población extranjera.

Las mujeres representan el 51,06% de la población en nuestra Comunidad; el 11,56% es menor de 14 años, el 67,09% tiene entre 15 y 64 años, y el 21,5% 65 años o más.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE CANTABRIA



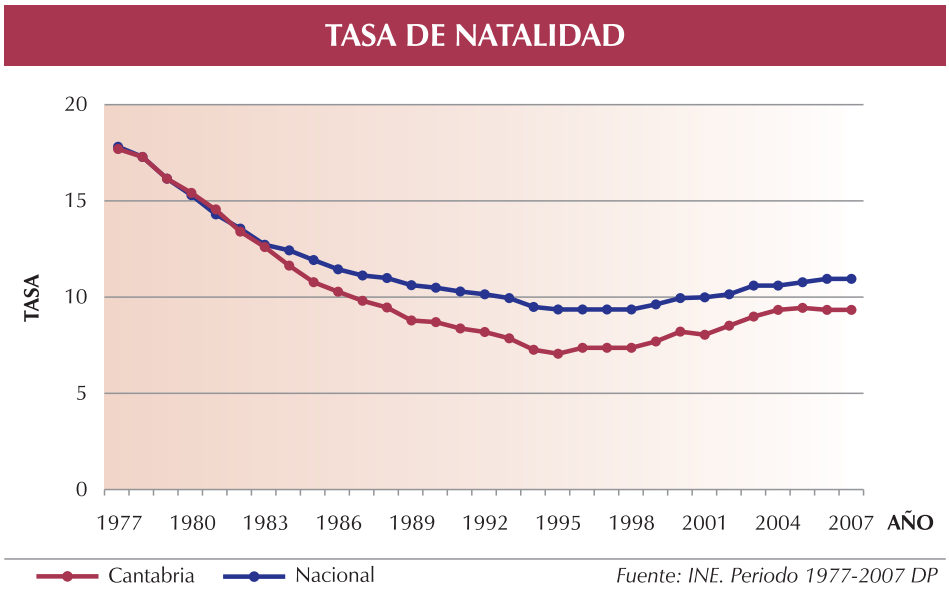
Fuente: INE. Periodo 1997-2007

Debido al desarrollo urbano de nuestra Comunidad, las mujeres tienden a residir principalmente en la Cantabria urbana y costera. Sólo el 9% vive en ámbitos rurales (<2.000 habitantes), menos accesibles y peor dotados de servicios y equipamientos básicos.

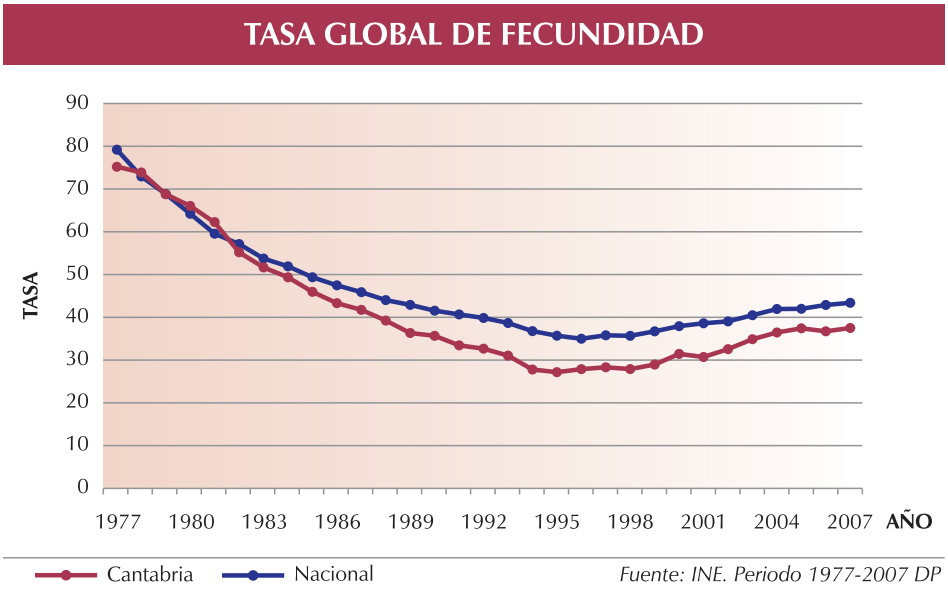
Natalidad y fecundidad

Cantabria presenta unas tasas de natalidad y fecundidad decrecientes e inferiores a la media nacional, aunque se aprecia una ligera recuperación en los últimos años.

La **tasa de natalidad** (número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes) en Cantabria, ha pasado de 17,59 en el año 1977 a 9,32 en el año 2007, siendo en la actualidad la media nacional 10,95. La recuperación de la natalidad que se está apreciando en la última década está permitiendo frenar el constante proceso de envejecimiento que sufre la región desde 1981.

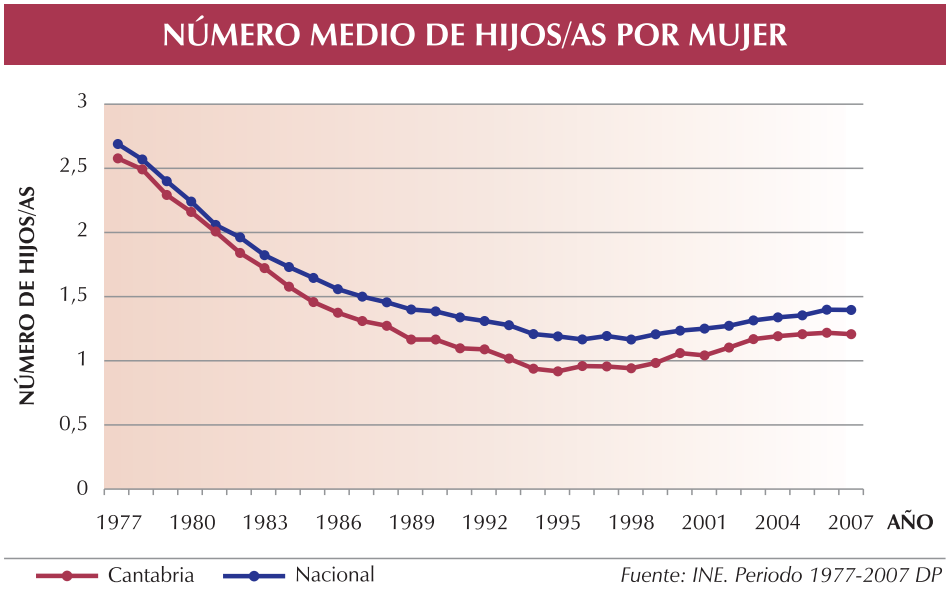


La **tasa global de fecundidad** en Cantabria (nº de nacidos vivos/población femenina entre 15- 49 años) ha descendido a la mitad en los últimos treinta años, situándose en la actualidad en 37,37.



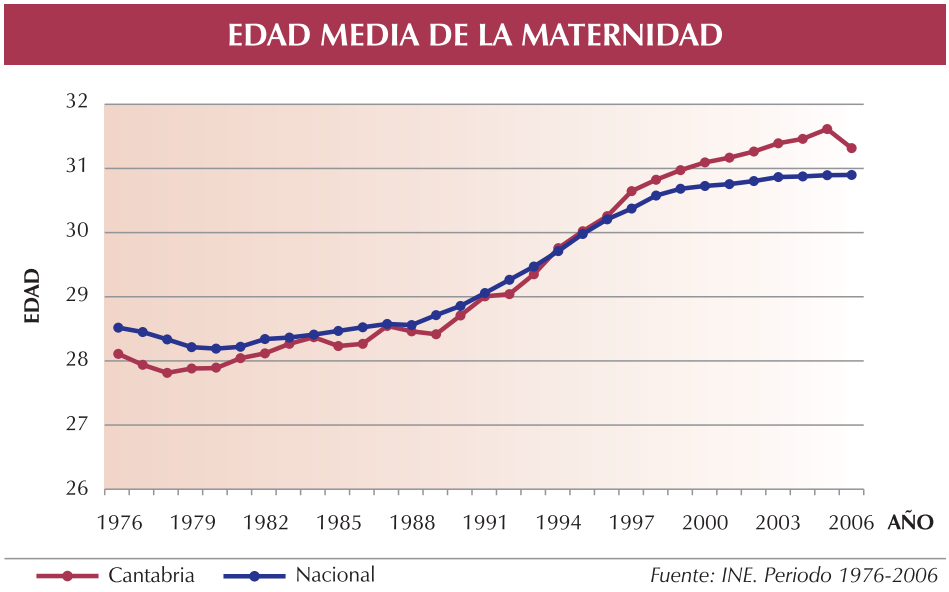
Entre 1977 y 2007 se producen dos fenómenos paralelos: la caída de la tasa de fecundidad en todas las edades y, sobre todo, la tendencia a la concentración de nacimientos entre los 25-34 años.

El **número medio de hijos/as por mujer (Índice sintético de fecundidad)** se situó en el año 2007 en 1,19, muy alejado del 2,1, valor estimado en los países desarrollados necesario para conseguir el reemplazo generacional.



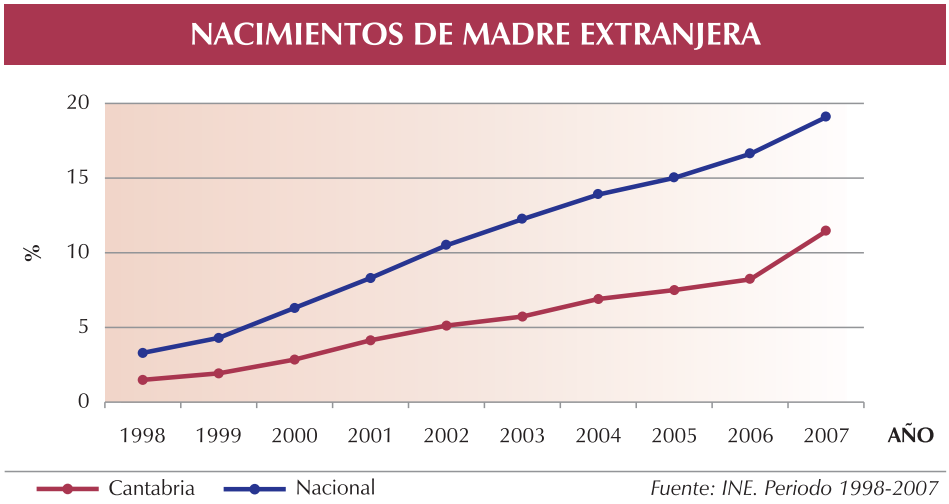
Edad de la maternidad

En Cantabria, la edad media en que las madres tienen su primer hijo/a se ha ido retrasando, así en el año 2006 se situó en 31,28 años, un año más que la media nacional.



Nacimientos de madre extranjera

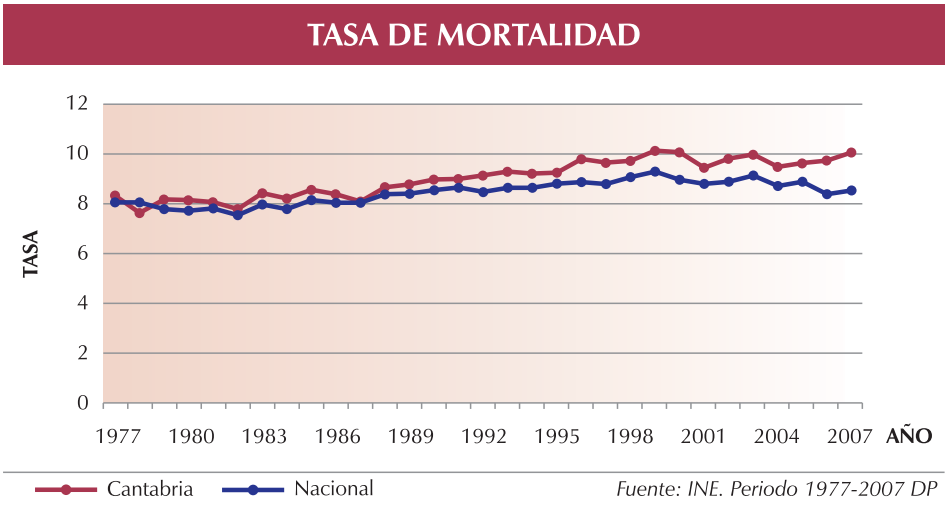
El porcentaje de nacimientos de madre extranjera se ha incrementado de forma muy importante en los últimos años representando en el año 2007 el 11,35% del total. Este valor es inferior al que presenta el conjunto de nuestro país que se sitúa en 18,93%.



Mortalidad

Mortalidad general

En Cantabria se produjeron 5.729 defunciones durante el año 2007, por lo que la tasa de mortalidad general se situó en 10,10 por mil habitantes; cifra superior a la media nacional, que fue para el mismo periodo de 8,57. Este incremento se explica por el fuerte envejecimiento de nuestra población.



Si analizamos la mortalidad desagregada por sexo en Cantabria durante el año 2007, las mujeres presentan una tasa de mortalidad de 9,41 por mil habitantes, claramente inferior a la de los hombres (10,60 por mil).

Mortalidad por causas, sexo y grupos de edad

El análisis de la mortalidad por causas es un indicador poblacional que recoge el impacto último de las enfermedades.

Las principales causas de mortalidad de las mujeres en nuestra Comunidad en el periodo 2005-2007 según el Registro de Mortalidad de Cantabria, son las de cualquier país desarrollado, con los

MORTALIDAD PORCENTUAL POR GRUPOS DE CAUSAS, EDAD Y SEXO CANTABRIA 2005-2007												
Grupos de causas	<15 años		15-34		35-54		55-74		>74 años		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
I-Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,9	7,1	4,3	7,4	6,2	3,3	2,1	3,2	1,6	2,3	**2,2**	**2,5**
II-Tumores (neoplasias)	20,6	7,1	7,7	28,4	34,3	53,2	46,1	47	26,4	15,4	**32,4**	**21,3**
III-Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos			0,5		0,1	0,3	<0,1	0,2	0,2	0,4	**0,1**	**0,4**
IV-Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		3,6	0,5	2,5	0,9	0,6	2,4	2,3	2,5	4,1	**2,3**	**3,7**
V-Trastornos mentales y del comportamiento			0,5		0,8	0,6	0,7	0,6	3,6	6,1	**2,4**	**5**
VI-Enfermedades del sistema nervioso	17,6	17,9	6,2	2,5	1,6	1,8	1,4	3,4	3	4	**2,6**	**3,8**
VII-Enfermedades del ojo y sus anejos					0,1				<0,1		**<0.1**	
IX-Enfermedades del sistema circulatorio	11,8	10,7	12	11,1	17,6	11,5	24,5	21,1	31,4	38,7	**27,7**	**34,9**
X-Enfermedades del sistema respiratorio		3,6	7,7	6,2	6,7	7,7	8,8	5,3	17,3	12,4	**13,6**	**11,2**
XI-Enfermedades del sistema digestivo	2,9	3,6	1,4	3,7	7,4	6,8	5,5	5,9	3,8	4,9	**4,5**	**5,1**
XII-Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo					0,1		0,1	0,5	0,3	1	**0,3**	**0,8**
XIII- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo			0,5	1,2		0,9	0,2	0,5	0,6	1,2	**0,4**	**1,1**
XIV-Enfermedades del sistema genitourinario				2,5	0,3	0,3	1	2,9	3,2	3	**2,2**	**2,9**
XV-Embarazo, parto y puerperio						0,3						**<0,1**
XVI-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17,6	17,9				0,3					**<0,1**	**<0,1**
XVII-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5,9	3,6	1	1,2		0,3		0,2		<0,1	**<0,1**	**0,1**
XVIII-Síntomas, signos y hallazgos anormales y clínicos de laboratorio	5,9	14,2	4,8	7,4	7,4	3,8	3	2,3	3	4,1	**3,4**	**4**
XX-Causas externas de mortalidad	11,8	10,7	52,9	25,9	16,5	8,3	4,1	4,6	3	2,3	**5,7**	**3,1**
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Registro de Mortalidad de Cantabria. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

que comparte cada vez más la exposición a factores de riesgo de carácter ambiental y cultural, y desde luego, un envejecimiento demográfico progresivo, apareciendo en primer lugar las enfermedades cardiovasculares (34,9%), seguidas de los tumores (21,3%) y las enfermedades respiratorias (11,2 %).

Si analizamos la mortalidad de las mujeres por tramos de edad, en el grupo entre 15 a 74 años figura como primera causa de muerte los tumores, que han reemplazado en las mujeres de 15 a 34 años, como primera causa de muerte a las causas externas, respecto al trienio 2003-2005. En las mujeres mayores de 74 años son las enfermedades cardiovasculares las que producen mayor mortalidad.

Si analizamos la mortalidad con un mayor grado de desagregación según la CIE-10 observamos que los datos son equiparables a nivel nacional y autonómico. Existe una sobremortalidad femenina por causas como el cáncer de mama, las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, la diabetes mellitus y otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, los trastornos mentales orgánicos, seniles y preseniles, la enfermedad de Alzheimer, las enfermedades hipertensivas, la insuficiencia cardiaca, las enfermedades cerebrovasculares, la osteoporosis y fracturas patológicas, y la senilidad. Destaca por el contrario, el importante peso como causa de defunción en el hombre, al menos duplicando en casos a la mujer, del SIDA, algunos tumores, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, los accidentes de tráfico y los suicidios.

DEFUNCIONES EN CANTABRIA SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE

Causas	Varones Nº	Mujeres Nº
006 SIDA	10	5
009 Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe	31	11
010 Tumor maligno de esófago	28	6
013 Tumor maligno de recto, porción rectosigmoidea y ano	33	16
017 Tumor maligno de laringe	30	0
018 Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	239	49
023 Tumor maligno de mama	0	72
031 Tumor maligno de vejiga	42	17
042 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4	9
044 Diabetes Mellitus	64	79
045 Otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4	19
046 Trastornos mentales orgánicos, seniles y preseniles	66	137
051 Enfermedad de Alzheimer	39	58
054 Enfermedades hipertensivas	20	58
057 Insuficiencia cardiaca	93	155
059 Enfermedades cerebrovasculares	199	275
064 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	140	19
071 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	47	20
075 Osteoporosis y fractura patológica	10	20
087 Senilidad	11	30
090 Accidentes de tráfico de vehículos de motor	41	12
098 Suicidio y lesiones autoinfligidas	22	3

Fuente: INE 2006 Defunciones por causas (lista reducida) y sexo. Resultados por Comunidades Autónomas

Mortalidad Prematura y Evitable

La Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable abarca todas aquellas muertes para cuyas causas existen actuaciones preventivas y/o tratamientos adecuados, por lo que no deberían de haberse producido dentro de unos rangos de edad determinados. Este indicador es una buena medida del funcionamiento general del sistema sanitario.

La mortalidad evitable, según el Atlas de Mortalidad Evitable en Cantabria del año 2007, tiene como causas más frecuentes en la mujer la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas en edades mayores de 75 años fundamentalmente. En mujeres más jóvenes, la mortalidad evitable es debida a tumores malignos de útero y cuello de útero (35 y 64 años) y de mama (45 y 64 años).

Mortalidad Infantil

Según los datos provisionales del INE para el año 2007 la tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos) se situó en Cantabria en 3,78; siendo la media nacional para el mismo año de 3,67. Este indicador demográfico de gran significado social y sanitario ha experimentado en Cantabria un importante descenso pasando, de 20,42 en 1970 a estabilizarse en cifras en torno al 2-3‰ en los últimos años. Por razones biológicas la mortalidad infantil es ligeramente superior en niños que en niñas.

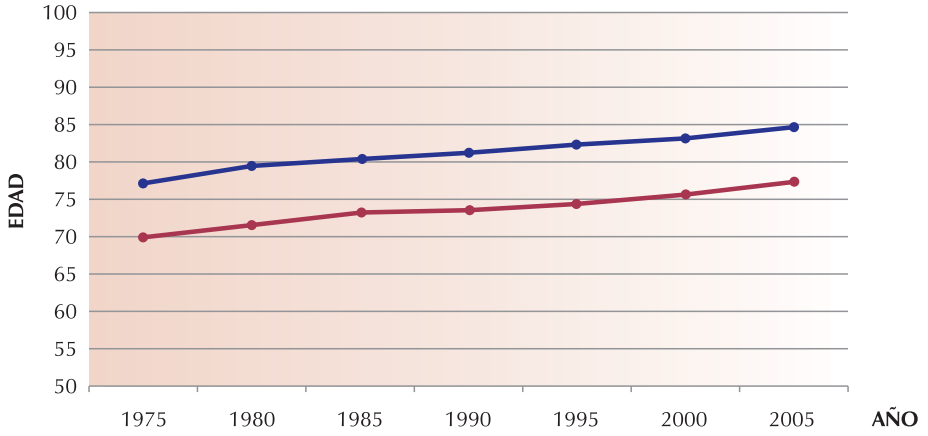
Mortalidad Perinatal

La mortalidad perinatal, es un indicador que refleja la calidad de los cuidados prenatales de una comunidad. La tasa de mortalidad perinatal ha experimentado un gran descenso a lo largo de los últimos años, tanto en Cantabria como a nivel nacional. Así, en el año 2007, la tasa de mortalidad perinatal en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) fue 4,31 por 1.000 nacidos vivos y 3,66 en el Hospital de Laredo, cifras muy inferiores al 9 ‰ encontrado por el estudio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) del año 2004.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer es un indicador sintético de gran significado que ha sufrido un espectacular avance a lo largo del siglo XX. Su incremento aparece ligado tanto al descenso de la mortalidad infantil como al retroceso de la mortalidad general.

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN CANTABRIA



Fuente: Instituto Cántabro de Estadística (ICANE)
Periodo 1975-2005

En el año 2005 la esperanza de vida al nacimiento en Cantabria en los hombres fue de 77,10 y en las mujeres de 84,64, con una diferencia de 7,54 años a favor de las mujeres. La menor esperanza de vida de los hombres se debe a que sufren más enfermedades potencialmente mortales debidas a prácticas de riesgo relacionadas con modelos tradicionales de masculinidad.

Las mujeres de Cantabria presentan la expectativa de vida más alta de España mientras los hombres ocupan el décimo lugar entre las Comunidades Autónomas. El hecho de que las mujeres tengan una esperanza de vida mayor no significa que gocen de mejor salud. De hecho una parte importante del tiempo que las mujeres sobreviven a los hombres, se asocia a discapacidad.

ESPERANZA DE VIDA (EV), ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD (EVLD) Y EXPECTATIVA DE DISCAPACIDAD (ED)

Cantabria	EV	EVLD	%	ED
Hombres	75,26	68,58	91,12	6,68
Mujeres	83,13	73,19	88,04	9,94

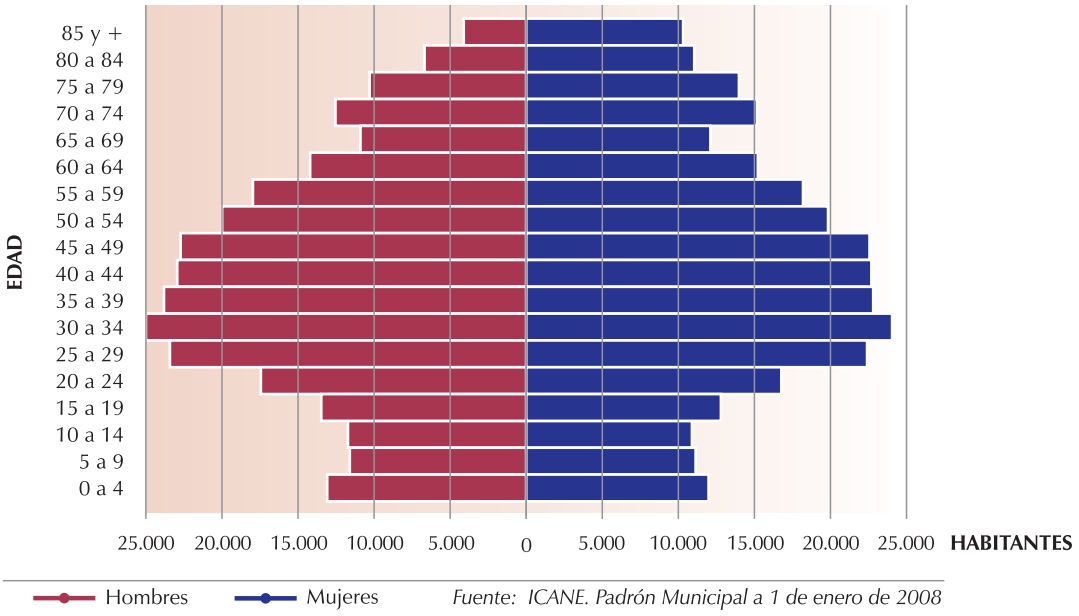
% = (EVLD/EV)x100 ED = (EV-EVLD)

Fuente: Gispert, R., Ruiz-Ramos, M., Aran Bares, M. et al. Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y Comunidades Autónomas en España. 1999

Pirámide de la población de Cantabria

La pirámide de la población de Cantabria correspondiente al año 2007, muestra una tendencia al envejecimiento, con un aumento del peso de las edades avanzadas (fundamentalmente mujeres) y un estrechamiento de la base piramidal. Dicha estructura es el resultado de las bajas tasas de natalidad y mortalidad y del aumento de la esperanza de vida.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

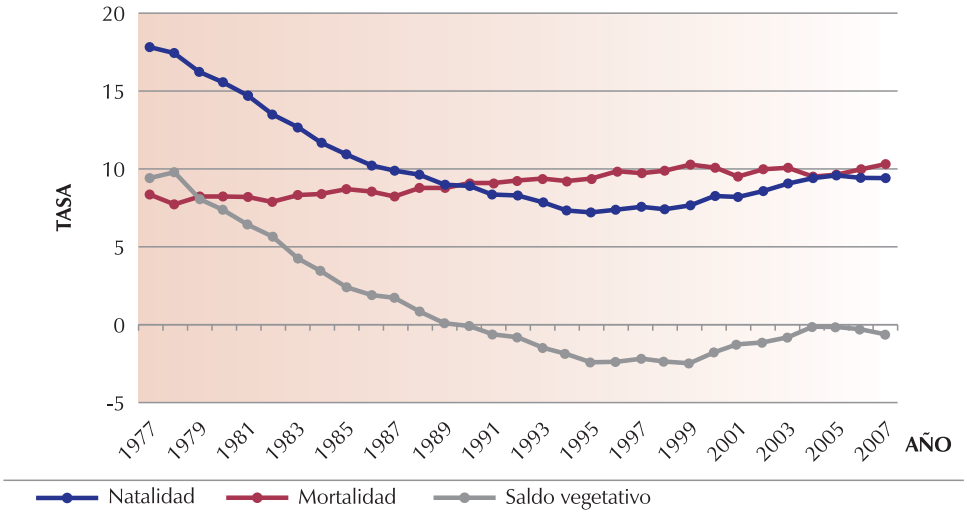


Fuente: ICANE. Padrón Municipal a 1 de enero de 2008

Crecimiento vegetativo de Cantabria

El crecimiento vegetativo en Cantabria (nacimientos menos defunciones) es negativo desde 1989. Sin embargo, a partir de 1999 se observa una cierta recuperación, situándose en 2007 en -0,78.

TASA DE MORTALIDAD, NATALIDAD Y CRECIMIENTO VEGETATIVO



Fuente: INE. Periodo 1977-2007 DP

Esta ligera recuperación se debe al incremento de la natalidad ya que la mortalidad tiende a mantenerse en los mismos valores.

Determinantes Sociales

Situación educativa y laboral

El nivel de salud de las personas esta relacionado con su nivel educativo y laboral. Cuando las mujeres mejoran su formación y profesionalización, su posición social se revaloriza.

Hoy, se aprecia un crecimiento de las tasas femeninas de participación en los niveles de enseñanza no obligatorios y especialmente en los niveles superiores, mientras que los mayores niveles de personas analfabetas o sin estudios, se concentran en la población de edad más avanzada, especialmente mujeres.

TASA DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 16 AÑOS Y MÁS

Nivel de estudios	Hombres	Mujeres
Analfabetos / Sin estudios	0,3%	0,6%
Primarios	29,7%	34,9%
Secundarios	44,4%	39,7%
Universitarios	24,9%	24,7%
Doctorado	0,7%	0,1%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**

Fuente: INE 2007. Encuesta de Población Activa.

Según las estadísticas de la Enseñanza Universitaria en España (INE), la distribución total por sexo del alumnado matriculado en la Universidad de Cantabria en el curso 2006-2007 es prácticamente homogénea (51,6% de mujeres). Sin embargo los modelos y roles de género se reflejan en el mayor número de mujeres en estudios considerados tradicionalmente femeninos frente a la preferencia de los hombres para cursar estudios de tipo técnico.

Las mujeres siguen matriculándose en titulaciones como Humanidades (Magisterio: 72,2%, Psicopedagogía: 86,7%), Ciencias de la Salud (Medicina: 72,41%, Enfermería: 87,44%) y están poco presentes en titulaciones técnicas como Ingeniería Industrial (24,42%), Telecomunicaciones (31,02%), Ingeniería de Caminos (31,68%) e Ingeniería Informática (12,76%). Esta misma segregación por sexos ocurre en los Ciclos Formativos; los varones siguen escogiendo itinerarios relacionados con la electricidad, la construcción o la mecánica, mientras que las mujeres se decantan por ciclos que tienen que ver con la imagen personal, sanidad o servicios socioculturales y a la comunidad.

A pesar de que la mujer ha alcanzado un alto nivel de participación en profesiones que requieren una titulación universitaria, el porcentaje de mujeres que llega a puestos de responsabilidad es todavía hoy muy escaso. Así por ejemplo, la Universidad de Cantabria cuenta con solo una Decana y un 9,1% de Catedráticas. También son llamativas las cifras del Gobierno de Cantabria, donde solo el 20% de las Consejerías y de las Direcciones o Secretarías Generales están encabezadas por mujeres.

Si analizamos la Consejería de Sanidad y el SCS, sólo el 16,7% de sus altos cargos están ocupados por mujeres.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SCS. GOBIERNO DE CANTABRIA

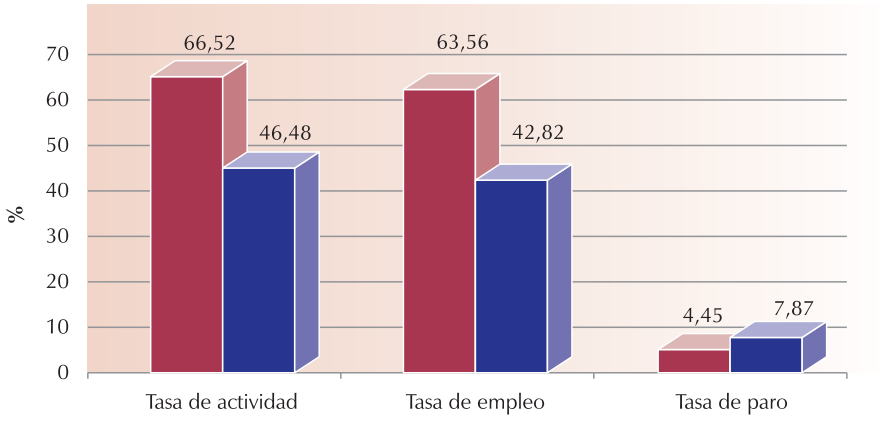
Altos Cargos	Número		BG %	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Consejero	1	-	100	-
Secretaría General	-	1	-	100
Director General	2	-	100	-
Gerente SCS	1	-	100	-
Directores/as Gerentes SCS	5	1	83	17
Gerente de la Fundación Marqués de Valdecilla	1	-	100	-
TOTAL	**10**	**2**	**83,3**	**16,7**

Fuente: Guía de la Comunicación del Gobierno de Cantabria, 2008. BG: Brecha de Género.

En relación al empleo, aunque la incorporación de la mujer al mundo laboral ha sido uno de los cambios más importantes registrados en la sociedad en los últimos años, todavía hoy la mujer mantiene índices de empleo que ponen de manifiesto la desigualdad y la discriminación en relación al hombre.

La tasa de actividad de las mujeres ha crecido de forma significativa en los últimos años, pero todavía es 20 puntos inferior a la de los hombres. El paro en la actualidad afecta al 5,90% de la población activa con una distribución desigual; así la tasa de paro femenina es 3,5 puntos superior a la masculina pero, además, el paro femenino es de larga duración, ya que el 21,5% de las mujeres paradas llevan más de un año en esta situación.

DATOS EMPLEO. CANTABRIA 2007



Mujeres Hombres *Fuente: INE. Encuesta de Población Activa*

La incorporación de la mujer al mercado laboral ha sido paralela al aumento del empleo en el sector servicios, en el que trabaja un 86,8% de las mujeres en Cantabria en el año 2007. Las mujeres ocupadas siguen concentrándose en determinados sectores y actividades, fenómeno conocido como segregación horizontal. Más de una tercera parte de las mujeres ocupadas se concentran en tres actividades: comercio al por menor, sector sanitario y educación.

No hay estadística en la que las mujeres salgan ganando. Las mujeres reciben un salario inferior que los hombres en todas las categorías laborales, según la Encuesta de Estructura Salarial (2005). El salario medio bruto anual femenino en Cantabria es un 31% más bajo que el masculino y estas diferencias salariales persisten incluso en las actividades y ocupaciones feminizadas.

La maternidad es la primera causa de discriminación laboral. Hoy por hoy las mujeres recurren al trabajo temporal o a tiempo parcial como una estrategia para compaginar la vida familiar y laboral

DISTRIBUCIÓN DEL EMPLEO POR OCUPACIONES Y SEXO CANTABRIA 2007

Mujeres Hombres *Fuente: INE. Encuesta de Población Activa*

con el consecuente deterioro de las condiciones de empleo. Según la Encuesta de Población Activa en el año 2007 en Cantabria el 86,4% de las personas ocupadas a tiempo parcial son mujeres y el 13,6% varones. Esta situación, supone una limitación a la hora de competir profesionalmente en términos de igualdad con los hombres, y también que se valoren sus ingresos como complementarios, con una consecuente mayor probabilidad de renuncia al empleo por cuidado de hijos/as. Las políticas de conciliación o la Ley de Igualdad han conseguido tímidos avances y una mayor exposición y sensibilización del problema, pero con contratos precarios y menores salarios algunas mujeres tienen que seguir eligiendo entre su carrera o el cuidado de sus hijos/as.

Pero además de las diferencias de género en el trabajo remunerado, existen desigualdades en el trabajo doméstico derivadas de la persistencia de los roles sociales tradicionales. Las mujeres ocupadas, no sólo continúan asumiendo la mayor parte del trabajo doméstico o del cuidado sino que además lo hacen en un contexto en el que los recursos comunitarios para el cuidado de las personas dependientes son muy escasos, mientras que muchas otras, continúan trabajando a tiempo completo como amas de casa. En este contexto, es frecuente la aparición de problemas físicos y emocionales en las mujeres, que tienden a incrementarse con el paso del tiempo y ponen de manifiesto la necesidad de cambiar las formas de distribuir el trabajo.

Según el Informe de la Encuesta de Salud de Cantabria (IESC) 2006, las mujeres dedican 78 horas semanales más que los hombres al trabajo reproductivo, sin que existan diferencias en cuanto al apoyo social funcional recibido que es en ambos sexos del 51,69 %.

TRABAJO REPRODUCTIVO					
Trabajo reproductivo	Nº de horas semanales			BG %	
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Cuidado de menores de 15 años	53	29	82	64,6	35,4
Cuidado de mayores de 74 años	69	39	108	63,9	36,1
Cuidado de personas con discapacidad	72	56	128	56,2	43,8
Tareas domésticas	25	17	42	59,5	40,5
TOTAL	**219**	**141**	**360**	**60,8**	**39,2**

BG: Brecha de Género

Fuente: IESC 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

Transformación de los hogares y núcleos familiares

Los hogares y núcleos familiares han experimentado fuertes transformaciones en las últimas décadas como consecuencia, entre otros procesos, de la prolongación de la etapa formativa, del acceso de la mujer al mercado laboral, del retraso en la edad de formar una familia, del aumento de separaciones y divorcios y del número de mujeres viudas.

En Cantabria, según el Censo de Población y Viviendas del año 2001, el 76% de los hogares está formado por una pareja y su descendencia, pero asistimos al incremento de hogares encabezados por mujeres en solitario. En nuestra Comunidad, el 37,2% de los hogares unipersonales está formado por una mujer mayor de 65 años y en el 74% de las familias monoparentales el sustentador principal es una mujer. Estos núcleos familiares donde las mujeres son las únicas responsables del mantenimiento y la educación de sus hijos/as, así como del cuidado de personas mayores, enfermas o con discapacidad, se encuentran en situación de desventaja laboral, económica, social y emocional.

Los problemas de dependencia y las enfermedades crónicas que dificultan el desarrollo de una vida autónoma tienen también incidencia directa sobre la familia y sobre la persona o personas que se encargan de la atención. En Cantabria en el 19,8% de los hogares hay una persona con discapacidad o enfermedad crónica. Según el estudio de "Condiciones de vida y pobreza de la población en Cantabria 2005", el 76,9% de las personas que proporcionan estos cuidados son mujeres (hijas, esposas, madres o nueras de la persona cuidada).

Estado de Salud

Salud percibida

Las mujeres de Cantabria declaran tener una peor salud percibida que los hombres: el 76,1% de los hombres refieren una buena o muy buena salud frente al 67,4% de las mujeres. Esto sucede en todos los tramos de edad y clase social.

SALUD PERCIBIDA		
Salud percibida	Hombres	Mujeres
Muy buena o buena	76,1%	67,4%
Regular	18,5%	22,3%
Mala o muy mala	5,4%	10,3%

Fuente: IESC 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Morbilidad

Las patologías crónicas constituyen en la actualidad las primeras causas de enfermedad en términos generales. Para conocer la morbilidad tenemos que hacer referencia a aquellos sistemas de información sanitaria que disponen de datos desagregados por sexo, como la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) que nos proporciona información sobre las causas por las que ingresan las mujeres en los hospitales públicos de Cantabria. Si excluimos los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, por ser procesos fisiológicos, la primera causa de ingreso hospitalario de las mujeres son las enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo, seguido de los problemas cardiovasculares.

CDM HOSPITALES DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD		
10 PRIMERAS CDM (Categoría Diagnóstica Mayor)	Mujeres Total	%
Embarazo, parto y puerperio	5.239	19,67
Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo	3.402	12,77
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	3.076	11,55
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	2.417	9,07
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	2.358	8,85
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	1.476	5,54
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	1.464	5,50
Enfermedades y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas	1.050	3,94
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	922	3,46
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	859	3,22

Hospitales del SCS (Valdecilla, Sierrallana y Laredo). Año 2006
Fuente: Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad

Problemas crónicos de salud

En Cantabria, según el IESC 2006, los diez trastornos crónicos más frecuentes diagnosticados médicamente a las mujeres de 16 y más años, son la artrosis, la hipertensión arterial, las varices en las piernas, el dolor cervical crónico, la depresión y la ansiedad, la hipercolesterolemia, el dolor lumbar crónico, el dolor de cabeza frecuente, la alergia crónica y las cataratas. Similares trastornos son referidos por las mujeres aún sin disponer de diagnóstico médico.

PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS O DE LARGA EVOLUCIÓN DIAGNOSTICADAS POR PERSONAL MÉDICO		
Diagnóstico referenciado por personal médico	**Hombres**	**Mujeres**
Artrosis, artritis o reumatismo	11,07 %	23,43 %
Hipertensión arterial	18,31 %	21,87 %
Varices en las piernas	5,30 %	20,28 %
Dolor de espalda crónico (cervical)	7,12 %	16,47 %
Depresión, ansiedad y otros trastornos mentales	5,97 %	15,22 %
Colesterol elevado	11,96 %	14,61 %
Dolor de espalda crónico (lumbar)	8,44 %	13,93 %
Migraña o dolor de cabeza frecuente	6,37 %	12,30 %
Alergia crónica	6,84 %	10,33 %
Cataratas	3,00 %	7,81 %

Autonomía personal

La dependencia para el desarrollo de actividades relacionadas con el cuidado personal, las labores domésticas y la movilidad sin necesidad de ayuda, es mayor en las mujeres que en los hombres.

PRESENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL		
Población de 65 y más años	**Hombres**	**Mujeres**
Para el cuidado personal	20,9 %	28,7 %
Para las labores domésticas	20,5 %	21,8 %
Para la movilidad	16,4 %	23,0 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Los problemas que limitan las actividades son generalmente físicos, pero la presencia conjunta de los problemas físicos y mentales es más frecuente en las mujeres.

Hábitos de Vida

Ejercicio físico

Las mujeres de Cantabria, al igual que las del resto de España, realizan menos ejercicio físico en su tiempo libre que los hombres, debido fundamentalmente a la falta de tiempo.

ACTIVIDAD FÍSICA		
Actividad física	Hombres	Mujeres
Realizan actividad física en su tiempo libre	62,4 %	55,6 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Sobrepeso y obesidad

Según el IESC 2006, el 39% de las personas de 18 y más años tiene sobrepeso y un 14% presenta obesidad en nuestra Comunidad. Ambos eventos se dan más frecuentemente en los hombres, salvo en las edades extremas entre 18 y 24 años y en mayores de 65 años, donde es más frecuente la obesidad en las mujeres. Hay que tener en cuenta que estos datos son valores autodeclarados (no medidos), y que las personas tienden a sobrestimar su talla y rebajar su peso, con los consecuentes efectos de subestimación del Índice de Masa Corporal.

SOBREPESO Y OBESIDAD				
Índice de Masa Corporal	18 - 24 años		> 65 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Sobrepeso (25-29,9)	18,5 %	23,5 %	57,4 %	49,3 %
Obesidad (≥ 30)	1,7 %	7,2 %	15,8 %	19,8 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Las mujeres se someten a dietas o regímenes especiales con más frecuencia (13,79%) que los hombres (8,95%), y es más frecuente que lo hagan por razones estéticas (perder o mantener su peso).

Conductas de riesgo para la salud

Según el IESC 2006 en Cantabria el 33,9 % de la población de edad igual o superior a los 16 años fuma. El porcentaje de personas que fuman es mayor en hombres (37,9%) que en mujeres (30,2%). Sin embargo entre los 25 y 44 años es mayor el número de fumadoras que lo hacen a diario que el de fumadores y aunque las mujeres consuman menor número de cigarrillos que los hombres, este número se ha incrementado en ellas en los 2 últimos años en mayor proporción que en los hombres. Además las niñas de 0 a 16 años están expuestas al humo del tabaco en su casa con más frecuencia que los niños.

HÁBITO TABÁQUICO		
Hábito tabáquico	**Hombres**	**Mujeres**
Total de fumadores/as	37,9 %	30,2 %
Fuma a diario de 16 a 24 años	41,6 %	39,1 %
Fuma a diario de 25 a 44 años	37,4 %	40,1 %
Fuma a diario de 45 a 64 años	33,8 %	30,4 %
Fuma a diario de más de 65 años	23,3 %	3,9 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Las mujeres consumen alcohol con menos frecuencia que los hombres, pero en las edades comprendidas entre los 16 y 24 años, cuando se valora la ingesta de alcohol en los 12 últimos meses, consumen más veces que los hombres.

CONSUMO DE ALCOHOL		
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses	**Hombres**	**Mujeres**
SÍ en total	27,1 %	20,7 %
SÍ de 16 a 24 años	29,6 %	41,7 %
SÍ de 25 a 44 años	28,3 %	23,2 %
SÍ de 45 a 64 años	32,1 %	17,5 %
SÍ de más de 65 años	17,6 %	14,9 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Demanda de Servicios Sanitarios

Utilización de servicios sanitarios

Las mujeres acuden en mayor medida a los servicios de AP y los hombres más a los Servicios Hospitalarios, en ambos casos mayoritariamente en la sanidad pública. Una de las razones esgrimidas es que la socialización legitima la queja y la petición de ayuda en las mujeres y sin embargo, considera que estas conductas no son propias de los hombres.

Los hombres acuden más a las consultas por el diagnóstico de una enfermedad o problema de salud y las mujeres por revisiones de enfermedades.

CONSULTA MÉDICA		
Consultas médicas en las últimas 4 semanas	**Hombres**	**Mujeres**
Centro de Salud/Consultorio	66,4 %	71,2 %
Centro de especialidades/Consultas externas hospital	24,3 %	18,6 %
Diagnóstico de enfermedad o problema de salud	45,8 %	38,1 %
Revisión por enfermedad	31,5 %	38,4 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Los hombres ingresan mayoritariamente a través del servicio de urgencias y las mujeres por ingresos ordinarios.

HOSPITALIZACIÓN		
Hospitalizaciones en los últimos 12 meses	**Hombres**	**Mujeres**
A través de urgencias	55,4 %	42,7 %
Ingreso ordinario	44,6 %	57,3 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Los hombres acuden más a urgencias por iniciativa propia o recomendados por otros (pareja, familia, amigos, etc.), mientras que las mujeres acuden más por indicación médica. Los hombres solicitan asistencia urgente primero que las mujeres con iguales síntomas de sospecha y además son más rápidamente atendidos en los servicios de urgencias.

SERVICIOS DE URGENCIAS		
Servicios de Urgencias en los últimos 12 meses	**Hombres**	**Mujeres**
Acude a servicios de urgencia por iniciativa propia	93,2 %	88,2 %
Acude a servicios de urgencias derivado por su médico/a	6,8 %	11,8 %
Petición de asistencia en la primera hora desde el inicio de síntomas	31,9 %	25,0 %
Prestación de asistencia en menos de 15 minutos desde la petición de la misma	57,0 %	52,2 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Consumo de medicamentos

Según el IESC 2006, un 63,4% de mujeres y un 47,7% de hombres de nuestra Comunidad han consumido algún medicamento en las dos últimas semanas. Las mujeres refieren consumir más analgésicos, tranquilizantes y antidepresivos que los hombres.

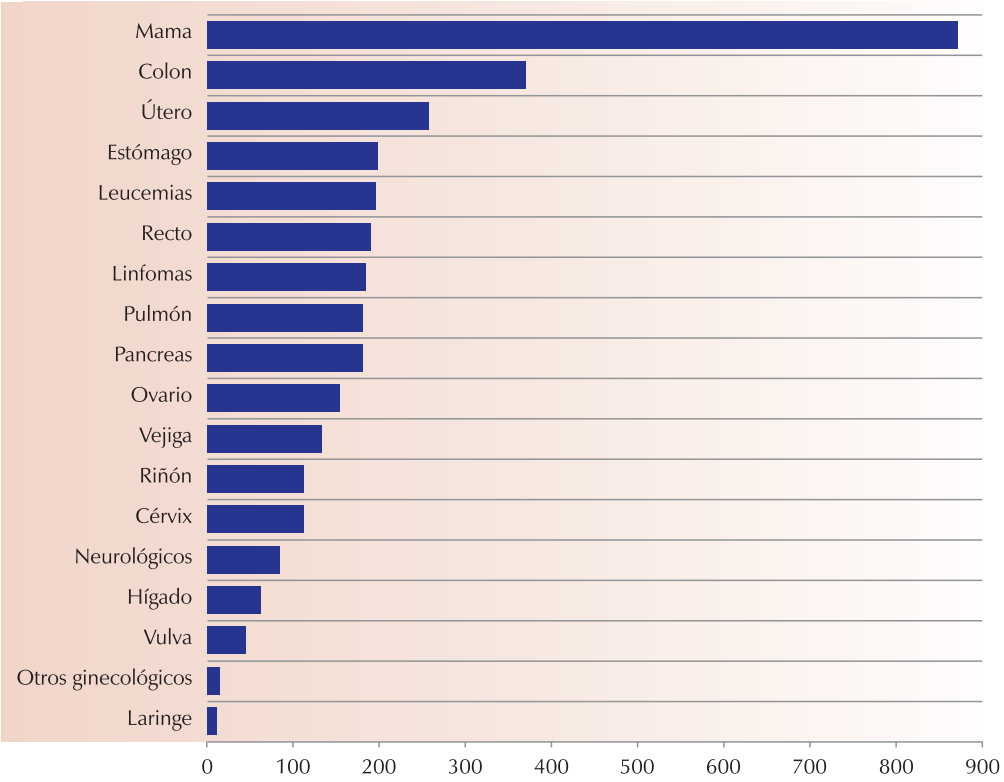
CONSUMO DE MEDICAMENTOS		
Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas	**Hombres**	**Mujeres**
Medicamentos en general	47,7 %	63,4 %
Medicamentos para el dolor	13,8 %	26,2 %
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	5,7 %	13,3 %
Antidepresivos	2,2 %	5,5 %

Fuente: IESC. 2006. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Cánceres Específicos o Prevalentes en la Mujer

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre la población femenina de Cantabria, presentando una incidencia de 76 casos por cada 100.000 mujeres, seguido del cáncer de colon y el de útero. El cáncer de cérvix presenta una incidencia baja en nuestra Comunidad.

NÚMERO DE CASOS DE TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA MUJER (18 PRIMERAS LOCALIZACIONES). CANTABRIA. PERIODO 2004-2007



Fuente: Registro de Tumores. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA. CANTABRIA. PERIODO 2004-2007

Año	Número de casos	Tasa de incidencia bruta*	Tasa ajustada por edad*
2004	191	67,02	41,19
2005	196	68,77	47,59
2006	255	89,47	64,62
2007	229	80,35	50,45
TOTAL	**871**	**76,40**	**50,90**

*Tasa por 100.000 mujeres

Fuente: Registro de Tumores. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Asimismo, el cáncer de mama es el tumor que mayor mortalidad produce en las mujeres entre 35 y 74 años, seguido del cáncer de colon y del cáncer de pulmón.

TUMORES MÁS FRECUENTES COMO CAUSA DE MUERTE EN MUJERES ENTRE 35-74 AÑOS. CANTABRIA. PERIODO 2005-2007

Tumores	Número de casos	Frecuencia relativa
Mama	161	2,95%
Colon	108	1,98%
Pulmón	100	1,83%
Páncreas	86	1,58%
Estómago	72	1,32%
Localización no indicada	65	1,19%
Leucemias	60	1,10%
Útero	50	0,92%
Ovario	49	0,90%
Hígado	42	0,77%
Neurológicos	38	0,70%
Vejiga	37	0,68%
Recto	31	0,57%
Riñón	28	0,51%
Linfomas	28	0,51%
Cérvix	18	0,33%

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

La tasa de mortalidad por cáncer de mama se sitúa en Cantabria en 2007 en 30,34 fallecimientos por cada 100.000 mujeres, apreciándose un repunte en los últimos años.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN CANTABRIA Y EN ESPAÑA TASA DE MORTALIDAD BRUTA (CASOS/100.000 MUJERES). PERIODO 1997-2007

Año	España	Cantabria
1997	28,63	24,40
1998	28,63	23,66
1999	28,12	32,16
2000	28,07	32,53
2001	29,15	25,14
2002	28,42	25,51
2003	27,58	27,73
2004	26,80	29,94
2005	-	20,52
2006	-	25,86
2007	-	30,34

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo

La prevención secundaria del cáncer ha demostrado su efectividad en la reducción de la mortalidad producida por algunos tumores malignos, como la mama, el cérvix y el colon. En Cantabria esta implantado desde 1997 un PDPCM, consistente en la realización de una mamografía bienal a todas las mujeres entre 50 y 69 años residentes en Cantabria. En su 6ª Vuelta (2007-2008) el PDPCM presentó una tasa de participación del 68% y una tasa de detección de cáncer de 4 casos/1.000 mujeres cribadas.

El SCS incluye en la Cartera de Servicios de AP el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix de forma oportunista, dirigido a mujeres entre 25-65 años mediante la realización de una citología cérvico-vaginal. Sin embargo, el 80% de los cánceres de cérvix detectados aparecen en mujeres de riesgo que no se han realizado una citología y por otro lado, mujeres sin riesgo se realizan citologías con innecesaria frecuencia.

Desde marzo de 2008 se ha introducido la vacunación frente a los serotipos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH) a las niñas de 14 años para la prevención primaria de la infección por este virus, transmitido por vía sexual y responsable de lesiones proliferativas en el aparato genital, entre ellas el cáncer de cérvix.

La detección precoz del cáncer colorrectal a través del test de sangre oculta en heces ha comenzado a implantarse en Cantabria en el año 2008 a través del Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal.

Salud Sexual y Salud Reproductiva

Salud Sexual

La salud sexual repercute de forma determinante sobre la calidad de vida de las personas a lo largo de todas las etapas de su ciclo vital. Se considera que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad, no solo la ausencia de enfermedad o disfunción. Se requiere un abordaje positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, para que estas sean seguras y satisfactorias, sin coerción, discriminación o violencia.

En nuestra Comunidad carecemos de información adecuada sobre la salud sexual de nuestra ciudadanía, ya que su conocimiento se ha abordado de forma muy parcial desde el ámbito de las infecciones de transmisión sexual, disfunciones sexuales y la salud reproductiva (anticoncepción, interrupciones voluntarias del embarazo, embarazos no deseados, etc).

El SCS carece de un programa o estrategia dirigida a promover la salud sexual, aunque desde el Centro de Orientación Familiar (COF) La Cagiga se realizan diferentes actividades en el ámbito de la salud sexual (educación grupal, educación en el ámbito escolar, consulta de sexología, terapia psicosexual).

- El 37,73% de la población atendida no había recibido información sexual con anterioridad.
- El 54,73% de las mujeres habían iniciado las relaciones sexuales coitales antes de los 20 años.
- Motivos de consulta sexológica: la causa principal agrupa el deseo sexual inhibido, la inapetencia y la aversión a relaciones en mujeres (22,73%), seguido de la disfunción eréctil (15,91%) y la problemática relacional de la pareja (13,07%).

COF La Cagiga. Memoria 2007

Hay también puntos de Consulta Joven en 5 Centros de Salud y en 7 centros educativos, donde se abordan temas relacionados con la salud de jóvenes y adolescentes, estando el 60-70% de los motivos de consulta relacionados con la sexualidad y la anticoncepción.

SIDA como infección de transmisión sexual

Según la OMS la mujer es 2.5 veces más susceptible a la transmisión heterosexual del VIH que el hombre. Se habla de mujer y no del sexo femenino, porque aunque una parte de la mayor vulnerabilidad es debida a razones puramente biológicas, el factor determinante tiene mucho más que ver con condicionantes de género.

En España, donde la epidemia es marcadamente masculina, la creciente importancia de la transmisión heterosexual del SIDA permite prever una feminización de la epidemia. Según el Instituto Carlos III, en el año 2006, la vía de transmisión en el 57,7% de los casos de SIDA en mujeres y en el 24,4% de los hombres fue heterosexual. A esto ha podido contribuir el que las primeras campañas de información y prevención se orientasen a la transmisión homosexual y parenteral, olvidando los riesgos de la transmisión heterosexual a la que son más susceptibles las mujeres.

Las actividades que desde la Consejería de Sanidad se desarrollan en Cantabria, a través del Plan Regional de SIDA (2005-2008), se orientan fundamentalmente, hacia la información general a la población, la prevención activa de la infección por VIH, el diagnóstico precoz, la atención sanitaria y social a las personas afectadas y una vigilancia epidemiológica de la enfermedad.

Durante el año 2007, se han notificado en Cantabria 13 casos de SIDA, lo que supone una tasa de 22,8 casos/millón. El 16% de los casos fueron mujeres. El 61% de los casos se atribuyeron al uso inyectado de drogas. Esta vía de transmisión, a pesar del descenso progresivo experimentado en los últimos años, sigue siendo predominante. Las relaciones heterosexuales no protegidas constituyen el 10% de los casos notificados.

Anticoncepción

En el SCS la información y seguimiento de los métodos anticonceptivos (hormonales, barrera, naturales) es asumida por AP, que, por tanto, requiere actualización permanente. A nivel de AE se atienden fundamentalmente las inserciones de DIUs y los métodos quirúrgicos (bloqueos tubáricos, vasectomías). El COF La Cagiga proporciona también anticoncepción de primer nivel (hormonales, barrera, naturales) y de segundo nivel (inserción de DIUs, gestión de métodos quirúrgicos) a mujeres fundamentalmente del Área de Salud de Santander.

Según los datos de la Memoria 2007 del COF La Cagiga, los principales motivos de consulta de las mujeres que acudieron por primera vez a este centro, fueron espaciar los nacimientos (53,44%) y no tener más hijos/as (11,61%). En cuanto al método anticonceptivo por el que optan las mujeres y/o parejas que acuden a este centro, fue en primer lugar la anticoncepción hormonal (51,09%), seguido del DIU (29,14%), la vasectomía (10,60%), el preservativo (5,96%) y el bloqueo tubárico 1,70%.

Las bajas tasas de interrupción voluntaria de embarazo (IVE) y de gestaciones en adolescentes en Cantabria, parecen indicar que un número importante de los embarazos de nuestra Comunidad son planificados y deseados. El porcentaje de nacimientos de madres adolescentes (≤ 19 años) en Cantabria es de 1,63%, la mitad que la media nacional que se sitúa en 2,84% (INE 2006).

Anticoncepción de urgencia (Anticoncepción postcoital)

La anticoncepción postcoital es dispensada en el SCS de forma gratuita a todas las mujeres que lo demandan a través de un Kit que incluye, junto con la píldora, material informativo sobre su correcta utilización y un preservativo para trasmitir el mensaje de que debe preferirse su uso ya que previene tanto el embarazo no deseado como las infecciones de transmisión sexual. Se dispensa desde 2005 en todos los Centros de Salud, Servicios de Urgencia tanto de AP como de AE y en el COF La Cagiga, de acuerdo a un Protocolo común del SCS.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA		
Gerencia/Centro	Nº Postcoitales administradas	
	Año 2004	Año 2007
Gerencia AP Torrelavega-Reinosa	612	1.683
Gerencia AP Santander-Laredo	1.109	3.021
COF La Cagiga	3.374	2.143
H. Universitario Marqués de Valdecilla	-	497
Hospital Sierrallana	-	280
Hospital de Laredo	40	190
TOTAL	**5.135**	**7.814**

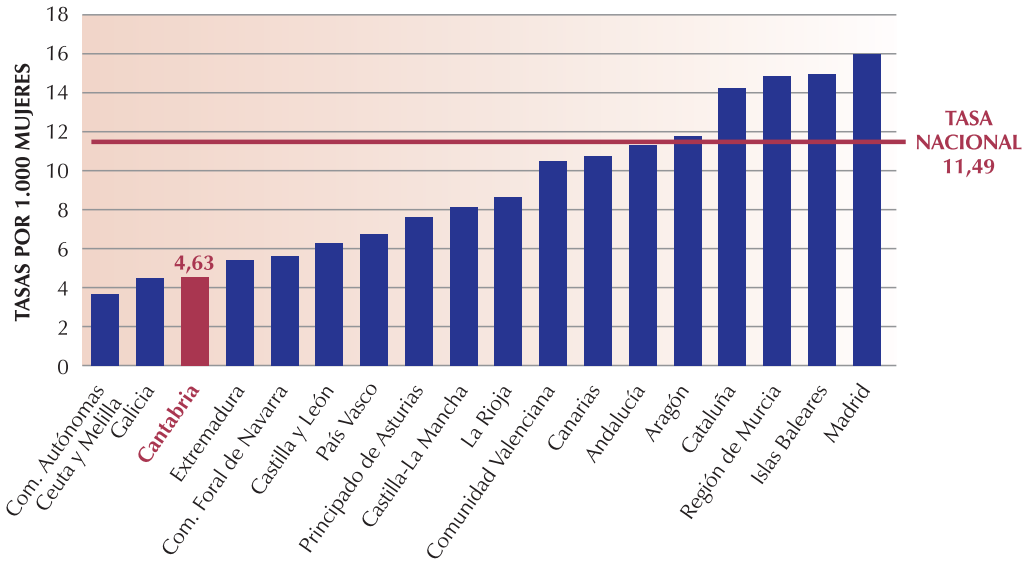
Fuente: Servicios de Farmacia Gerencias SCS

Si tenemos en cuenta que por cada 1.000 tratamientos administrados se evitan 53 embarazos, durante el año 2007 se habrían evitado con la píldora postcoital unos 414 embarazos no deseados.

Interrupción voluntaria del embarazo

Cantabria tiene una de las tasas de IVE más bajas de España (4,63 por cada 1000 mujeres en edad fértil), estando incluso por debajo de la mitad de la tasa del conjunto del Estado Español (11,49 por cada 1.000 mujeres en edad fértil).

TASA DE IVE POR 1.000 MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA Y TASA NACIONAL



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Año 2007

En el año 2007, el número de IVE de mujeres residentes en Cantabria ascendió a 554. De ellas sólo 64 (11,55%) fueron realizadas en el HUMV, único centro sanitario de nuestra Comunidad que hasta ese año la realizaba. El resto se han realizado en centros privados de Comunidades vecinas

(Asturias, País Vasco). El 25% de las mujeres que han optado por la interrupción de la gestación, tienen entre 20 y 24 años y el 10,28% son menores de 20 años. En el 90,43% de los casos el motivo de interrupción es afectación de la salud materna (alteración psíquica) y en el 84,83% de los casos la IVE se realiza a una edad gestacional ≤ 12 semanas.

Las posibilidades de acceder a la IVE en Cantabria son limitadas puesto que sólo un centro público realiza esta intervención. Según el informe sobre el *Acceso al aborto en el Estado Español*, un 80% de los y las especialistas en ginecología de la plantilla del HUMV se declaran objetores de conciencia y de los 50 que trabajan en los tres hospitales públicos, sólo 5 realizan IVE. Aún así, Cantabria es una de las Comunidades Autónomas donde se realiza un mayor porcentaje de abortos en la sanidad pública. En Cantabria existe también desde julio de 2008 un centro privado (Clínica Los Lagos) autorizado para la realización de IVE de bajo riesgo (≤ 12 semanas).

CENTROS AUTORIZADOS EN CANTABRIA PARA REALIZAR IVE

	Tipo de centro	Realiza IVE	Límite de semanas de gestación para el que está autorizado
HUMV	Público SCS	Sí	Las establecidas en los 3 supuestos legales
Hospital Sierrallana	Público SCS	No	Las establecidas en los 3 supuestos legales
Hospital de Laredo	Público SCS	No	Las establecidas en los 3 supuestos legales
Clínica Los Lagos	Privado	Sí	Hasta las 12 semanas

Fuente: Elaboración propia. 2008

Embarazo, parto y nacimiento

Durante el periodo 2004-2007 se pusieron en marcha en nuestra Comunidad actuaciones claves para mejorar la atención a la maternidad dirigidas a ofrecer una asistencia respetuosa con la fisiología, basada en la evidencia científica y sensible con los aspectos emocionales y sociales de este singular proceso.

- Nuevos protocolos asistenciales en el HUMV y en el hospital de Laredo.
- Decreto 23/2007, de 1 de marzo sobre Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación al nacimiento en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Orden SAN/35/2007 de 30 de noviembre por la que se regula la Cartilla de Salud del Embarazo de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Elaboración e Implantación del *Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio,* 2007.
- Elaboración de la *Estrategia para la Atención al Parto Normal* del SCS, 2007.

El Protocolo de Atención al Embarazo del SCS establece que el embarazo normal o de bajo riesgo debe ser controlado por el equipo de AP, en estrecha colaboración con la AE, lo que contribuye según la evidencia científica a reducir la medicalización de un proceso fisiológico.

Sin embargo, el seguimiento del Protocolo se realiza todavía de forma desigual dependiendo de los centros, existiendo un porcentaje de derivaciones inadecuadas a AE en torno al 40%.

La asistencia al parto en el SCS se realiza en dos maternidades hospitalarias: el HUMV que atiende todos los nacimientos del Área Sanitaria de Santander, Torrelavega y Reinosa, y además los partos de alto riesgo del Área de Laredo y el Hospital de Laredo que atiende los partos del Área de Salud de Laredo. Existe también una clínica privada con maternidad (Clínica Mompía).

En el año 2007 se atendieron en Cantabria 5.102 partos, de ellos el 86,5 % se produjeron en maternidades hospitalarias del SCS, lo cual indica la confianza que deposita la población de nuestra Comunidad en el servicio público de salud. La atención al parto supone una actividad muy importante de la asistencia hospitalaria del SCS, de tal manera que la atención al parto vaginal sin complicaciones es el primer motivo de ingreso tanto del HUMV como del Hospital de Laredo.

En los últimos años, estas maternidades hospitalarias están introduciendo cambios en sus prácticas asistenciales que reflejan el compromiso con la mejora de la atención al parto y nacimiento, y que están dirigidos a aumentar el protagonismo y la satisfacción de las mujeres, favorecer el establecimiento del vinculo materno-filial y contribuir a la lactancia materna, en sintonía con la evidencia científica actual y la *Estrategia de Atención al Parto Normal* en el SNS:

- El Hospital de Laredo dispone de una Vía Clínica de Asistencia al Parto Eutócico adaptada a los criterios contenidos en la Declaración de Fortaleza de la OMS desde el año 2005. Este Hospital emprendió la difícil tarea de acreditarse como Hospital Amigo de los Niños, galardón de UNICEF que finalmente recibió en el año 2007.
- El HUMV puso en marcha en el año 2005 la *Vía Clínica del Parto*, realizándose una nueva ampliación en el año 2007 con el proyecto de *Asistencia al Parto Normal con Mínima Intervención (Parto Natural)*.

La atención al parto en nuestra Comunidad sigue mostrando todavía indicadores de medicalización importantes: alta tasa de cesáreas, de inducciones, de episiotomías y de analgesia farmacológica.

La OMS incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. Recomienda una tasa general de cesáreas no superior al 15%, basada en el número de mujeres en quienes se prevén complicaciones importantes durante el parto. Cifras superiores se consideran indicativas de un uso excesivo. En Cantabria, la tasa de cesáreas se encuentra por encima de los valores recomendados. Entre las razones que explican esta tasa se encuentran factores como el aumento de la edad materna, el incremento de las gestaciones múltiples y de las gestaciones en mujeres con problemas médicos severos, pero los más importantes serían la práctica de la medicina defensiva, estilos de práctica profesional que conducen a un incremento de los partos inducidos y a la utilización de la cesárea electiva, y también un factor, que hasta ahora no se ha tenido en cuenta y que conviene señalar, como es la medicalización innecesaria que puede interferir en la fisiología del parto e incrementar por esta razón el número de cesáreas.

INDICADORES ASISTENCIALES DE ATENCIÓN AL PARTO				
Año 2007	**HUMV ***	**H. Laredo**	**Clínica Mompía**	**Valores recomendados**
Nº partos	3.868	546	688	
Partos por cesáreas	22,80 %	23,26%	42%	≤ 15% OMS
Partos vaginales después de cesárea previa	44,13 %	54 %	Sin datos	≥ 40 % SEGO
Partos instrumentales	8 %	11,9 %	15%	
Partos inducidos	16,51 %	18 %	41%	≤10-15% SEGO
Episiotomía en partos vaginales no instrumentales	37,74 %	41 %	Sin datos	≤30% Cochrane
Total partos vaginales con analgesia epidural	82,16%	80,5 %	100%	
Parto pretérmino (< 37 semanas)	6,40%	0,73%	5%	
Recién nacidos < 2.500 gr.	7,33%	2,37 %	2%	
Tasa de mortalidad perinatal (fetos muertos > 500 gr)	4,31‰	3,66‰	**	< 9 ‰ SEGO 2004

* Hospital de referencia de la patología de riesgo de nuestra Comunidad

*** Los recién nacidos con patología son trasladados a la Unidad de Cuidados Neonatales del HUMV, por lo que no se dispone de datos exactos de mortalidad perinatal en esta clínica*

Fuente: SCS, Clínica Mompía. Indicadores de atención al parto

Lactancia materna

La lactancia materna es la alimentación que garantiza el mejor desarrollo de los recién nacidos y niños y niñas pequeños, protegiéndoles, al mismo tiempo, de las infecciones y enfermedades de la infancia y proporcionándoles el contacto y el bienestar que necesitan.

Durante el periodo 2005-2007 se puso en marcha en nuestra Comunidad un *Plan de Fomento de la Lactancia Materna* dirigido a sensibilizar a la población general en la protección y promoción de la lactancia materna y a incrementar la prevalencia en su inicio y mantenimiento.

Si bien es cierto que, en este breve periodo de tiempo, no se ha incrementado la prevalencia de la lactancia materna al alta hospitalaria, se ha incrementado el mantenimiento valorado en el porcentaje de mujeres que lactan a los 3 meses y 6 meses.

PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA AÑO 2007					
Centro	**Al alta hospitalaria***	**Al mes**	**3 meses**	**6 meses**	**1 año**
HUMV	83,50%	_	_	_	_
H. Laredo	82%	_	_	_	_
Gerencia AP Santander-Laredo	-	66,06%	47,91%	26,44%	8,11%
Gerencia AP Torrelavega- Reinosa	-	69%	48%	25%	8%

* Las cifras de prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria en el HUMV y en el H. de Laredo, no son exactamente comparables, dado que en el HUMV se incluye todo tipo de lactancia materna (completa o parcial), mientras que en el Hospital de Laredo sólo se incluye la completa (sin ningún tipo de suplemento).

Fuente: Evaluación del Plan de fomento de la lactancia materna (2005-2007)

Salud Mental

Al analizar los problemas de salud mental, se aprecia que afectan más a las mujeres que a los hombres. Los trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y somatizaciones) son el doble de frecuentes en mujeres que en hombres y en los trastornos de la alimentación, 9 de cada 10 casos son mujeres.

En la *Estrategia en Salud Mental* del SNS 2007 se afirma que las diferencias sociales, culturales y las desigualdades económicas entre mujeres y hombres contribuyen a que las mujeres tengan peores resultados en salud mental. Entre los diversos factores sociales que colocan a las mujeres en posiciones de subordinación y desventaja cabe destacar, las funciones como ama de casa, monótonas y repetitivas, no reconocidas ni gratificadas; los efectos de la doble jornada laboral, tanto dentro como fuera del hogar; el exceso de sometimiento a los intereses de los demás asumiendo la responsabilidad casi en solitario del cuidado de la descendencia y de familiares dependientes; la nociva distorsión del ideal de belleza occidental (relacionado con los trastornos de conducta alimentaria) o la violencia de género de la que puede ser víctima. Los factores antes mencionados no sólo influyen en la salud mental, sino que también condicionan el modo en que las mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para expresarlo, como es el malestar somático y psíquico.

Además, debemos considerar el sesgo de género del personal sanitario en salud mental ya que, en general, se diagnostica depresión y se recetan más psicofármacos a mujeres que a hombres con igualdad de síntomas. Según el IESC 2006, el 5,51% de las mujeres refieren consumir antidepresivos frente al 2,24% de los hombres. Respecto al uso de tranquilizantes, relajantes e hipnóticos declaran tomarlos el 13,27% de las mujeres frente al 5,68% de hombres. Existen también diferencias en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno mental o del comportamiento, así es más probable que las mujeres soliciten ayuda y refieran que tienen problemas a su médico/a de AP, en comparación con los hombres.

Aunque se dispone de diversas escalas y cuestionarios que permiten medir la salud mental, son pocos los estudios que aportan datos tanto en el ámbito europeo como español. Destacan los resultados de la encuesta del Eurobarómetro 58.2 sobre "El estado de la salud mental de la población europea" 2003, realizada en 15 países miembros de la Unión Europea (UE). Este estudio mide el bienestar psicológico y la energía y vitalidad percibidos, así, las mujeres españolas obtienen puntuaciones significativamente más bajas que los hombres en salud mental positiva. Esta diferencia se mantiene en todos los países incluidos en el estudio. La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad. Entre las dimensiones que abarca se encuentran la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia. Se considera importante fomentar y potenciar la salud mental en positivo para promover el desarrollo de una personalidad sana que, a su vez, permita la formación de familias, grupos y sociedades sanas.

Otro de los factores de protección de la salud mental mejor estudiados en el Eurobarómetro es el apoyo social percibido. Existe una relación directa entre apoyo social y salud mental positiva en todos los países estudiados, por lo que es importante promover acciones encaminadas a mejorar el apoyo social percibido de las mujeres para mejorar su salud mental.

Violencia Contra las Mujeres

La violencia que se ejerce contra las mujeres es un atentado contra los derechos humanos con consecuencias sobre la salud de las mujeres que son devastadoras y diversas, desde la más grave de todas, la muerte, a consecuencias que afectan a la salud física, a la salud mental y a la salud social. En el año 2007 fueron asesinadas en España 71 mujeres según datos del Instituto de la Mujer (74 según la Red Feminista) a manos de sus parejas o exparejas.

Los servicios sanitarios desempeñan un papel crucial para detección y la atención a las mujeres que son objeto de violencia por parte de su pareja o expareja. Por ese motivo en el año 2005 se

puso en marcha en el SCS el *Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos* dirigido a la detección de las situaciones de maltrato desde los servicios de AP, para lo cual se realizó un programa de formación y sensibilización de profesionales sociosanitarios de todos los Equipos de AP. Este proceso de formación ha sido identificado en el SNS como ejemplo de "Buena Práctica". Así mismo en el año 2007 se ha incluido en la Cartera de Servicios de AP el Servicio 210: Detección y Atención a la violencia contra la mujer, lo que ha contribuido a que podamos aproximarnos a conocer las dimensiones del fenómeno dentro del servicio de salud.

Durante el periodo 2005-2008, 65.976 mujeres fueron preguntadas en Cantabria sobre una posible existencia de maltrato, el 5,8% de ellas manifestaron estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja o expareja en el pasado o en la actualidad. El tiempo medio de duración del maltrato es de 14 años.

El número de mujeres víctimas de violencia de género atendidas en las Unidades de Salud Mental durante el periodo 2004-2007 fue de 342. Lo que indica que hay un gran número de casos de violencia detectados por los y las profesionales de AP que no son derivados a las Unidades de Salud Mental fundamentalmente porque la mujer no lo desea, lo que hace necesario la formación del personal sanitario en el acompañamiento y seguimiento de estas mujeres.

SERVICIO 210: DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Indicador	TOTAL
Población diana (Nº mujeres de >14 años cubiertas por este servicio)	254.286
Captación (Nº de mujeres de >14 años a las que se ha realizado la detección sistemática)	65.976
Cobertura (captación/población diana)	25,9%
Mujeres que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja o expareja en el pasado o en la actualidad, o en ambos casos	3.850
Prevalencia observada (Nº mujeres de >14 años que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja en el pasado o en la actualidad, o en ambos casos /Nº mujeres de >14 años a las que se ha realizado la detección sistemática)	5,8%
Mujeres que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja en la actualidad	1.356
Prevalencia observada (Nº mujeres de >14 años que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja o expareja en la actualidad/ Nº mujeres de >14 años a las que se ha realizado la detección sistemática)	2,1%
Media en años de duración del maltrato	14

Fuente: OMI-AP. Periodo del 1de junio de 2005 a 30 septiembre 2008. SCS

Nº MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA REMITIDAS A SALUD MENTAL

Unidad de Salud Mental	Año 2005	Año 2006	Año 2007	TOTAL
Torrelavega-Reinosa	62	66	71	199
Laredo	-	15	24	39
Santander (mayo-noviembre)	-	-	104	104
TOTAL	**62**	**81**	**199**	**342**

Fuente: Unidad de Salud Mental Santander, Torrelavega y Laredo. SCS

Mujeres e Inmigración

En Cantabria el 50,5% de la población inmigrante son mujeres, en su mayoría procedentes de América Latina. El perfil de la mujer inmigrante en Cantabria es una mujer latinoamericana, en edad reproductiva, con buen estado de salud, que decide iniciar el proceso migratorio por motivos económicos y que se dedica, fundamentalmente al servicio doméstico y al cuidado de personas dependientes.

POBLACIÓN EXTRANJERA EN CANTABRIA SEGÚN SEXO Y LUGAR DE ORIGEN

Zona geográfica	Nº			%		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
África	684	1.508	2.192	2,55	5,63	8,18
América del Norte	316	224	540	1,18	0,83	2,01
América Latina	7.757	5.493	13.250	28,95	20,50	49,45
Asia	355	502	857	1,32	1,87	3,19
Europa no Comunitaria	1.347	1.357	2.704	5,03	5,06	10,09
Unión Europea	3.077	4.148	7.225	11,48	15,47	26,95
Oceanía	11	16	27	0,04	0,09	0,13
TOTAL	**13.547**	**13.248**	**26.795**	**50,55**	**49,45**	**100,00**

Fuente: ICANE. Padrón Municipal de habitantes. Año 2007

La forma de enfermar, de acceder a los servicios sanitarios y la utilización de los mismos, están relacionadas con los hábitos culturales. Según el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2008, a excepción de los servicios de urgencias, la población inmigrante utiliza con menos frecuencia los servicios sanitarios que la autóctona pero la demanda de consultas de ginecología y obstetricia es 5 puntos superior en el caso de las extranjeras. La atención al embarazo y parto constituyen una demanda prioritaria de este colectivo, como se pone de manifiesto al ser el parto la primera causa de ingreso de las mujeres inmigrantes en los hospitales de nuestra Comunidad.

Los servicios de salud tienen que ser sensibles a la idiosincrasia, valores y necesidades de los diferentes colectivos de mujeres inmigrantes: alta natalidad, demanda de interrupciones de embarazo, dificultades para acceder y utilizar una contracepción adecuada y una protección frente a las infecciones de transmisión sexual.

La salud mental constituye también uno de los elementos a considerar en el análisis de la salud de estas mujeres, vinculada sobre todo a experiencias de adaptación durante el proceso migratorio, la situación socioeconómica inadecuada y el aislamiento que se produce por el desarraigo familiar, social y cultural, apareciendo como consecuencia una alta prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad, asociados en muchas ocasiones a síntomas de somatización.

Según Amnistía Internacional España en su informe 2008, se pone de manifiesto que las mujeres extranjeras se encuentran además sobreexpuestas al riesgo de morir asesinadas por violencia de género en España. En 2007, el riesgo de ser víctima de homicidios de género fue para las mujeres extranjeras 6 veces mayor que para las españolas. En este año la tasa de mujeres muertas por millón fue de 2,05 en el caso de mujeres españolas y de 13,18 en el caso de mujeres extranjeras. Es-

tas cifras no son ajenas a los obstáculos que las mujeres inmigrantes encuentran en el acceso efectivo a la protección de sus derechos humanos al reunir dos motivos de discriminación y vulnerabilidad: ser mujer e inmigrante.

La falta de redes familiares y sociales de apoyo con las cuales contar para informarse y disponer de auxilio, las barreras lingüísticas, la dependencia económica respecto del agresor, la percepción de las instituciones publicas como una amenaza más que como fuente de protección, el miedo a no ser creída o que la denuncia de violencia de género pueda afectar a su proceso de regularización, son algunos de los factores que explican esta situación.

Contexto Normativo que Sustenta el Plan

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

CONTEXTO NORMATIVO QUE SUSTENTA EL PLAN

El *Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011)* se ha elaborado en consonancia con las recomendaciones de instituciones internacionales y la normativa de la UE, Estatal y Autonómica que recomienda aplicar el enfoque de género en todas las políticas y en los procesos de toma de decisiones relacionadas con salud pública y asistencia sanitaria (Anexo I).

La superación de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres es una de las políticas prioritarias, tanto de la OMS como de la UE, y así se recoge en el Pacto Europeo por la Igualdad de Género suscrito por el Consejo Europeo en 2006 que insta a tomar medidas para disminuir las desigualdades de género y fomentar la transversalidad en colaboración con La Hoja de Ruta para la Igualdad entre Hombres y Mujeres (2006-2010) cuyo apartado 1.5 aboga por reconocer la dimensión de género en el ámbito sanitario y pretende impulsar la actuación de la UE en la reducción de las desigualdades de género. Destacar también la creación del Instituto Europeo de la Igualdad de Género para luchar y sensibilizar a la ciudadanía de la UE contra la discriminación por razones de sexo y el segundo Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud (2007-2013) que contempla las desigualdades en salud.

Asimismo, el Gobierno Español ha fijado como una de sus prioridades en materia sanitaria la adopción de la perspectiva de género. Destacan, entre otras, la aprobación por parte del Parlamento Español de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y la Ley para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres donde se insta a adoptar iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres.

Durante la pasada legislatura, el Gobierno de Cantabria ha aprobado diferentes normativas sobre las que se sustenta el nuevo Plan: el Decreto por el que se desarrolla la Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y Protección a sus Víctimas, la Ley de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público, el Decreto sobre los Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario y la Ley de Derechos y Servicios Sociales entre otras.

Convergencia con otros Planes y Estrategias

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

CONVERGENCIA CON OTROS PLANES Y ESTRATEGIAS

Dado que es una directriz de obligado cumplimiento el establecer políticas y acciones sanitarias en la misma dirección que marcan los Planes y Estrategias en vigor, para la elaboración de este Plan se han tenido en cuenta los diferentes Planes y Estrategias tanto a nivel Estatal como Autonómico (Anexo II), que guardan una relación directa con la temática específica que nos ocupa, y que se mantienen en vigor en el período de elaboración y actuación del nuevo Plan. Es importante también citar que los diversos objetivos y actuaciones incluidos en este Plan han sido diseñados de tal forma que no se solapen en relación con otras líneas prioritarias de actuación de otros Planes y Estrategias Autonómicos en vigor, para que no se produzca la duplicidad de recursos en una misma área.

En el ámbito estatal se han analizado los siguientes Planes y Estrategias:

- Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción (2005-2008).
- Estrategia en Cáncer del SNS (2006).
- Estrategia en Salud Mental del SNS (2007).
- Plan de Calidad para el SNS (2007).
- Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS (2007).
- Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad (2007).
- Plan Estratégico de Igualdad Oportunidades (2008-2011).
- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA (2008-2012).

En el ámbito autonómico se han analizado los siguientes Planes y Estrategias del Gobierno de Cantabria:

- Plan de Acción para la Infancia y la Adolescencia en Dificultad Social (2007–2009).
- Plan Estratégico de Apoyo a las Familias de Cantabria (2007–2012).
- Plan de Actuación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria (2007–2010).
- Estrategia de Mainstreaming de Género (2007–2015).
- II Plan de Gobernanza (2008-2011).

Del análisis realizado de los Planes y Estrategias anteriormente citados se destacan algunos temas que han de impulsarse desde el *Plan de Actuación Salud de Mujeres (2008–2011)*, como promover la aplicación de la transversalidad de género a las políticas de salud; desarrollar programas que mejoren el nivel de información y educación sanitaria de las mujeres en relación con su salud sexual y reproductiva, sobre todo en adolescentes; fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico, en el que las gestantes participen activamente, con especial atención a las mujeres inmigrantes y con discapacidad; la prevención de violencia de género, garantizando una formación adecuada a los y las profesionales implicados en la prevención, detección y atención de mujeres que sufren maltrato así como una información adecuada a la población en general; la implantación de programas de cribado de cáncer de mama a todas las mujeres de 50 a 69 años y la realización de programas psicoeducativos con perspectiva de género para mejorar los problemas de salud mental de las mujeres.

Plan de Actuación

Áreas Prioritarias de Actuación

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

1 - Desigualdades de Género en los Servicios Sanitarios

Objetivo General: ***Sistematizar el análisis de las diferencias por sexo en los servicios públicos de salud con el fin de identificar la existencia de desigualdades y promover la equidad de género en la atención.***

Objetivo 1: *Introducir la práctica sistematizada del análisis diferenciado por sexo en el ámbito de los servicios sanitarios públicos.*

Actuaciones:

- Analizar las potencialidades de los sistemas de información sanitaria disponibles en AP y AE profundizando en los déficit o elementos de mejora de los mismos.
- Adecuar los sistemas de información sanitaria para que todos recojan y analicen la información por sexo.
- Adecuar el personal técnico especializado en explotación y gestión de datos de los sistemas de información.

Objetivo 2: *Mejorar el conocimiento y la información sobre desigualdades de género en los servicios sanitarios públicos.*

Actuaciones:

- Elaborar una guía de análisis y planificación en salud con perspectiva de género.
- Realizar un análisis de género de la Cartera de Servicios de AP, proponiendo recomendaciones encaminadas a la introducción del enfoque de género.
- Estudiar las actitudes del personal sanitario ante las desigualdades de género, para identificar las dificultades y oportunidades para abordar los cambios necesarios.
- Potenciar las ayudas a la investigación dirigidas a mejorar el conocimiento sobre desigualdades de género en salud, así como los mecanismos implicados en su producción y las intervenciones dirigidas a reducirlas en las áreas priorizadas en el Plan.
- Realizar actividades formativas encaminadas a capacitar en el análisis de género en salud a las Gerencias y profesionales a cargo de la elaboración, coordinación y evaluación de programas y protocolos.
- Articular con la Universidad de Cantabria la inclusión en los planes de estudios de la Licenciatura de Medicina y la Diplomatura de Enfermería la formación en salud y género.

Objetivo 3: *Mejorar el acceso y la atención adecuada en los servicios de salud a las mujeres con necesidades especiales.*

Actuaciones:

- Profundizar sobre las necesidades especiales en salud de las mujeres con discapacidad y enfermedades raras priorizando las actuaciones.
- Detectar las necesidades especiales en salud de las mujeres inmigrantes y priorizar actuaciones.

2 - Salud Sexual

Objetivo General: ***Mejorar la información y atención en salud sexual de la población.***

Objetivo 1: *Conocer la situación de la salud sexual de la población de Cantabria.*

Actuaciones:

- Realizar una encuesta sobre salud sexual desde la perspectiva de género, para analizar las diferencias entre mujeres y hombres de todas las edades, en la línea de la I Encuesta Nacional sobre Salud Sexual con perspectiva de género del Observatorio de Salud de la Mujer del SNS.

Objetivo 2: *Mejorar la información, educación y atención a la salud sexual de la población joven.*

Actuaciones:

- Establecer espacios de coordinación con la Consejería de Educación para analizar las diferentes actuaciones que en materia de educación sexual se llevan a cabo en los centros educativos y las necesidades formativas del personal docente y de apoyo psicopedagógico.
- Brindar soporte técnico a la Dirección General de Juventud para introducir información en la pagina web de Jovenmanía, donde de forma anónima los y las jóvenes pueden consultar sobre sexualidad y anticoncepción.
- Identificar las necesidades expresadas por jóvenes y adolescentes en la Consulta Joven y definir los objetivos, contenidos e indicadores de la misma.
- Incentivar la implicación de los y las profesionales en la Consulta Joven a través del Contrato de Gestión de las Gerencias de AP.
- Aumentar el número de centros educativos (Enseñanza Secundaria y Formación Profesional) que disponen de Consulta Joven.
- Formar al personal sanitario vinculado a la Consulta Joven en la atención a la sexualidad de jóvenes y adolescentes.

Objetivo 3: *Promover el reconocimiento del derecho a la sexualidad de las mujeres con discapacidad.*

Actuaciones:

- Desarrollar actuaciones que permitan visibilizar la sexualidad de las mujeres con discapacidad en colaboración con las entidades de atención a la discapacidad.
- Elaborar material divulgativo para profesionales sanitarios.

Objetivo 4: *Promover la atención sexológica a las disfunciones sexuales.*

Actuaciones:

- Difundir la existencia del recurso especializado de la Unidad de Apoyo Sexológico del SCS.
- Elaborar el protocolo de derivación a la Unidad de Apoyo Sexológico.

3 - Salud Reproductiva

ANTICONCEPCIÓN E IVE

Objetivo General: ***Mejorar la información y el acceso de las mujeres a los métodos e intervenciones que garanticen su derecho a decidir sobre su maternidad.***

Objetivo1: ***Mejorar la información, utilización y seguimiento de los métodos anticonceptivos en AP.***

Actuaciones:

- Elaborar una guía de actuación sobre la atención a las necesidades anticonceptivas.
- Realizar jornadas de actualización en anticoncepción.

Objetivo 2: ***Mejorar la atención pública a la IVE.***

Actuaciones:

- Analizar la atención a la IVE en el SCS y las situaciones de las mujeres cántabras que realizan IVE fuera del SCS.
- Elaborar un protocolo de atención a la IVE en el servicio de salud.

EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO

Objetivo General: ***Mejorar la atención al embarazo, parto y nacimiento, ofreciendo una asistencia respetuosa con la fisiología y basada en la evidencia científica actualmente disponible.***

Objetivo 1: ***Mejorar la atención preconcepcional a las mujeres/parejas que planifican un embarazo.***

Actuaciones:

- Elaborar el protocolo de la Consulta Preconcepcional.

Objetivo 2: ***Reducir la medicalización y el intervencionismo en la atención al embarazo normal.***

Actuaciones:

- Estudiar la viabilidad de la introducción de un cribado universal de cromosomopatías mediante test combinado (marcadores bioquímicos y ecográficos) para mejorar la equidad y disminuir los riesgos relacionados con la práctica de amniocentesis a las gestantes de 35 ó más años.
- Potenciar el cumplimiento del "Protocolo de Atención al Embarazo" en AP, para evitar la medicalización y el intervencionismo de un proceso fisiológico.
- Valorar el cumplimiento de la nueva Cartilla de Salud del Embarazo.
- Protocolizar la interconsulta virtual (teléfono o correo electrónico) entre AP y AE para mejorar la coordinación entre profesionales y reducir las derivaciones innecesarias.
- Elaborar un nuevo "Programa de Preparación para la Maternidad/Paternidad" basado en la necesidad de sensibilizar, preparar y aumentar la confianza de las gestantes en su capacidad

para desempeñar el papel activo y protagonista que les corresponde durante el embarazo, el parto y nacimiento.

- Mejorar los espacios de encuentro de los grupos de preparación para la maternidad/paternidad.
- Adecuar el número de matronas en AP según las ratios recomendadas.
- Estudiar la posibilidad de facilitar la atención continuada a la mujer en el proceso de embarazo y parto por matronas que desarrollen su actividad en AP y AE.
- Realizar cursos de actualización en relación a la atención al embarazo dentro del Programa de Formación Continuada de AP.

Objetivo 3: ***Ofrecer una asistencia al parto y al nacimiento respetuosa con la fisiología y basada en la evidencia científica, manteniendo los niveles de seguridad alcanzados (Desarrollo de la Estrategia para la Atención al Parto Normal).***

Actuaciones:

- Elaborar un protocolo común de atención al parto y nacimiento en las maternidades hospitalarias del SCS, basado en la evidencia científica actual y en el respeto a la autonomía de la mujer.
- Introducir en el Programa de Formación Continuada la sensibilización y actualización sobre la atención al parto fisiológico (jornadas, cursos y estancias cortas en centros de otras comunidades).
- Adecuar el número de matronas en la atención al parto a las ratios recomendadas.
- Incorporar en el Plan de Director del HUMV y del Hospital de Laredo la adecuación de las áreas de partos, plantas de maternidad y áreas de neonatología a las recomendaciones actuales para la atención al parto y nacimiento.
- Promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones en relación al parto y al nacimiento.
- Promover la investigación e innovación sobre la fisiología del parto y nacimiento.

4 - Promoción de la Lactancia Materna

Objetivo General: ***Conseguir el inicio precoz de la lactancia materna en las maternidades hospitalarias del SCS y la adopción en las mismas de los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural", garantizando en todo momento el respeto a las mujeres que deciden no amamantar.***

Objetivo 1: ***Establecer una política institucional expresa que apoye la adopción de los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" de la OMS y UNICEF en las maternidades hospitalarias.***

Actuaciones:

- Crear una comisión compuesta por la Dirección del Hospital, Servicios de Ginecología y Obstetricia y Pediatría de cada Hospital y la Dirección General de Salud Pública que defina la política en lactancia materna y la forma de aplicarla.
- Formular en un documento la política en lactancia del centro, suscrito por el Gerente del mismo.
- Difundir el compromiso que en materia de lactancia materna establece cada centro, tanto entre el personal sanitario como entre las madres y sus familias.

Objetivo 2: ***Promover la coordinación en materia de lactancia materna entre los diferentes niveles asistenciales.***

Actuaciones:

- Crear una Comisión de Lactancia Materna en el HUMV y en el Hospital de Laredo, que estará constituida por un grupo multidisciplinar (Dirección, obstetras, pediatras y enfermería).
- Difundir a las y los profesionales relacionados con la atención al parto y al nacimiento la existencia, composición y objetivos de esta Comisión.
- Crear la figura de coordinador/a de lactancia materna en cada Equipo de AP con la responsabilidad de liderar las actividades relativas al amamantamiento de su centro y de coordinarse con la Comisión de Lactancia Materna de su maternidad de referencia.

Objetivo 3: ***Potenciar la formación en habilidades prácticas del personal sanitario en materia de lactancia materna.***

Actuaciones:

- Realizar talleres prácticos dirigidos a profesionales de las maternidades hospitalarias, en los que se trabajen los aspectos más relevantes de la lactancia materna en los primeros días y las técnicas de consejería.
- Realizar talleres prácticos en AP, en los que se trabajen los aspectos más relevantes para el mantenimiento de la lactancia materna y las técnicas de consejería.
- Realizar estancias en centros o servicios que sean ejemplos de buenas prácticas en relación al fomento de la lactancia materna.
- Realizar foros/jornadas dirigidas a actualización en la lactancia materna.

Objetivo 4: ***Impulsar la consideración en la población general de la lactancia materna como la norma de alimentación de los recién nacidos y lactantes.***

Actuaciones:

- Coordinar con la Consejería de Educación un Programa de educación para la salud sobre lactancia materna en el ámbito escolar.
- Difundir entre la ciudadanía las ventajas de la lactancia materna para los niños y niñas, las madres y la sociedad, a través de foros/jornadas y difusión en medios de comunicación.

5 - Cánceres Específicos o Prevalentes

CÁNCER DE MAMA

Objetivo General: ***Mejorar la detección y atención al cáncer de mama.***

Objetivo 1: *Facilitar el consejo genético a mujeres con predisposición genética a padecer cáncer de mama hereditario.*

Actuaciones:

- Establecer los criterios para considerar a una mujer subsidiaria de consejo genético y su difusión entre profesionales sanitarios.
- Disponer de una Unidad de Consejo Genético de referencia (bien en nuestra Comunidad o en otra Comunidad Autónoma).

Objetivo 2: *Promover el uso adecuado de los métodos de detección del cáncer de mama.*

Actuaciones:

- Difundir entre las mujeres del PDPCM y en los Servicios de Radiodiagnóstico material informativo sobre la evidencia de las técnicas de detección de cáncer de mama y los riesgos asociados a la sobreexploración mamográfica.

Objetivo 3: *Potenciar el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.*

Actuaciones:

- Incorporar la Unidad Móvil de exploración mamográfica a los recursos propios de la Consejería de Sanidad.
- Ampliar la Unidad Fija del Hospital de Laredo para incrementar el número de mujeres que pueden ser exploradas en ella.
- Incrementar la digitalización mamográfica.
- Reducir los tiempos de espera para pruebas complementarias radiológicas de las categorías 5, 4 y 0 de Bi-Rads optimizando recursos técnicos y humanos de los hospitales de referencia.
- Evaluar el impacto del PDPCM en la mortalidad, supervivencia, recidivas y calidad de vida de las mujeres una vez superados los 10 años de puesta en funcionamiento.
- Colaborar en proyectos de investigación dentro de los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama en España.
- Desarrollar actividades de difusión incluyendo la organización de la Jornada anual de los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Ámbito Ibérico en Cantabria.

Objetivo 4: *Mejorar los procesos de atención a las mujeres a las que se ha detectado cáncer de mama.*

Actuaciones:

- Elaborar un protocolo de rápida respuesta a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en el SCS.
- Formar en habilidades de comunicación al personal sanitario implicado en el proceso asistencial a mujeres con cáncer de mama.
- Incrementar las subvenciones a las asociaciones especializadas para el apoyo psicológico y los grupos de autoayuda a las mujeres afectadas y a sus familias.

CÁNCER DE CÉRVIX

Objetivo General: ***Mejorar la detección y atención al cáncer de cérvix.***

Objetivo 1: *Conocer la situación del cribado de cáncer de cérvix en el SCS.*

Actuaciones:

- Analizar la cobertura real del cribado citológico del cáncer de cérvix.
- Implantar un sistema de vigilancia de los serotipos circulantes del VPH y de las lesiones citológicas.

Objetivo 2: *Mejorar la detección precoz de cáncer de cérvix.*

Actuaciones:

- Estudiar la implantación de un programa de detección precoz del cáncer de cérvix organizado en nuestra Comunidad.
- Actualizar el protocolo de detección precoz de cáncer de cérvix para racionalizar el uso de las citologías.
- Mejorar la detección precoz del cáncer de cérvix en las mujeres de riesgo.
- Realizar formación de las y los profesionales en relación a la prevención, detección y tratamiento del cáncer de cérvix.

6 - Violencia Contra las Mujeres (Violencia de Género)

Objetivo General: ***Mejorar la actuación de los servicios de salud en la atención a la violencia contra las mujeres.***

Objetivo 1: ***Mejorar el acompañamiento y seguimiento en AP de las mujeres en situación de maltrato.***

Actuaciones:

- Revisar el "Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos" existente en nuestra Comunidad, para incorporar nuevas actuaciones en el apoyo para el manejo de la mujer víctima de maltrato.

Objetivo 2: ***Potenciar la formación del personal de los servicios de salud en la sensibilización, detección y atención a la violencia contra las mujeres.***

Actuaciones:

- Realizar cursos de formación básica en el abordaje de la violencia contra las mujeres como problema de salud, para profesionales sanitarios de AP de nueva incorporación o en formación, profesionales del ámbito hospitalario y de salud mental.
- Realizar actividades de sensibilización y formación para la detección de malos tratos, agresiones y abusos sexuales en mujeres especialmente vulnerables (discapacidad, inmigrantes y exclusión social).
- Realizar cursos de sensibilización en violencia de género para el personal de los Servicios de Atención al Usuario de AP, de los Servicios de Urgencias Hospitalarios y del 061.
- Realizar cursos de formación en habilidades de comunicación para la entrevista con víctimas de maltrato, dirigidos a profesionales que ya han recibido la formación básica.
- Actualizar en otros tipos de violencia de género, como el acoso sexual y el acoso por razón de sexo a través de distintas actividades formativas.
- Articular con la Facultad de Medicina y la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria la inclusión en los currículos de pregrado de la enseñanza de la violencia de género como problema de salud pública.

Objetivo 3: ***Mejorar el apoyo psicológico desde las Unidades de Salud Mental.***

Actuaciones:

- Incrementar la dotación de profesionales de psicología clínica con formación en violencia de género en las Unidades de Salud Mental.
- Incrementar el desarrollo de grupos terapéuticos de mujeres víctimas de violencia desde las Unidades de Salud Mental.
- Explorar nuevas líneas de trabajo con hombres maltratadores (programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico).

Objetivo 4: ***Sensibilizar sobre la violencia de género a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad.***

4.1- ***Mujeres gestantes.***

Actuaciones:

- Incluir en el nuevo Programa de Preparación para la Maternidad/Paternidad contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres, así como la difusión de los recursos de apoyo.

4.2- *Mujeres con discapacidad.*

Actuaciones:

- Realizar sensibilización (jornadas de debate, foros, material divulgativo) sobre violencia de género a mujeres con discapacidad, a través de las asociaciones especializadas.

4.3- *Mujeres inmigrantes.*

Actuaciones:

- Realizar sensibilización (jornadas de debate, foros, material divulgativo) sobre violencia de género a mujeres inmigrantes, a través de las asociaciones que dan servicios a la población inmigrante y a las propias asociaciones de inmigrantes.

Objetivo 5: *Promover la evaluación del impacto de las actuaciones realizadas en el ámbito sanitario en la atención a la violencia contra las mujeres.*

Actuaciones:

- Incluir los indicadores propuestos por el SNS para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género en el ámbito sanitario.
- Evaluar con métodos cuantitativos y cualitativos esta área prioritaria de actuación.

7 - Salud Mental

Objetivo General: ***Reducir el impacto de los condicionantes de género en la salud mental de las mujeres desde los servicios sanitarios.***

Objetivo 1: ***Conocer la respuesta del servicio de salud a las mujeres con síntomas de depresión o ansiedad y mejorar la atención a estos procesos.***

Actuaciones:

- Realizar un estudio cualitativo sobre los itinerarios sanitarios que realizan las mujeres que demandan asistencia por síntomas de depresión o ansiedad y que condicionantes de género operan sobre ellos.
- Crear un grupo de trabajo interdisciplinar con un enfoque biopsicosocial para establecer los criterios de actuación en la atención a mujeres con síntomas de depresión o ansiedad.

Objetivo 2: ***Promover un enfoque integral en la atención a la salud mental de las mujeres en el ámbito de AP mediante la formación de profesionales.***

Actuaciones:

- Sensibilizar y formar en la identificación de los factores biopsicosociales que determinan el malestar en las mujeres.
- Formar a profesionales sanitarios en técnicas de ayuda psicológica individual para el abordaje de los síntomas de ansiedad y depresión.
- Introducir en el Programa del Uso Racional del Medicamento, el manejo adecuado de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos.

Objetivo 3: ***Potenciar el apoyo grupal a las mujeres desde AP.***

Actuaciones:

- Elaborar un programa de sensibilización y formación dirigido a profesionales de Atención Primaria sobre atención grupal.
- Identificar y validar experiencias de buenas prácticas en apoyo grupal.
- Potenciar el desarrollo de grupos informativos y/o apoyo en mujeres con malestar.
- Apoyar iniciativas que desarrollen grupos de ayuda mutua para personas cuidadoras tanto desde el sistema de salud como desde las asociaciones.

8 - Atención a la Cronicidad

Objetivo General: ***Mejorar el abordaje de los factores de riesgo y problemas crónicos más prevalentes en las mujeres adultas desde un enfoque biopsicosocial.***

Objetivo 1: *Atender desde un enfoque integral el dolor crónico de las mujeres.*

Actuaciones:

- Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para establecer los criterios de actuación en la atención a mujeres con dolor crónico.
- Formar a los y las profesionales de AP en los criterios de actuación establecidos.

Objetivo 2: *Analizar los criterios asistenciales y de promoción de la salud desde AP en obesidad e hipertensión.*

Actuaciones:

- Revisar la atención a estos procesos en AP según la evidencia científica y con un enfoque de género y su formulación en la Cartera de Servicios.

Objetivo 3: *Mejorar el conocimiento sobre la vulnerabilidad de las mujeres a la cardiopatía isquémica y la identificación precoz de los síntomas.*

Actuaciones:

- Elaborar material divulgativo sobre la vulnerabilidad, los factores de riesgo y la sintomatología específica de las mujeres, para su difusión en AP y Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
- Realizar difusión sobre la vulnerabilidad de las mujeres a la cardiopatía isquémica en colaboración con las asociaciones de mujeres y medios de comunicación.
- Realizar foros/jornadas de debate dirigidos a profesionales.

Objetivo 4: *Promover el ejercicio físico en la mujer adulta.*

Actuaciones:

- Elaborar e implementar un programa de prescripción de ejercicio físico desde AP en mujeres con procesos crónicos: obesidad y/o enfermedad cardiovascular.
- Realizar actuaciones de promoción del ejercicio físico en colaboración con Federaciones Deportivas.

Plan de Actuación

Seguimiento y Evaluación

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

Funciones de la Comisión de Seguimiento:

- Coordinación de la puesta en marcha del Plan.
- Impulsar la difusión del Plan.
- Realizar el seguimiento anual de las actuaciones y de los logros alcanzados según los criterios de evaluación e indicadores.
- Aprobación del Informe anual de seguimiento del Plan.
- Propuesta de acciones correctoras en el desarrollo del Plan.
- Propuesta de Evaluación del Plan.

Composición de la Comisión:

- El Director General de Salud Pública, que actuará como presidente de la Comisión.
- Una persona representante de cada una de las siguientes instituciones y organizaciones:
  - . Sección del Programa de la Mujer de la Dirección General de Salud Pública
  - . Observatorio de Salud Pública de Cantabria
  - . Atención Primaria del SCS
  - . Atención Especializada del SCS
  - . Subdirección de Asistencia Sanitaria del SCS
  - . Dirección General de la Mujer
  - . Consejo de la Mujer de Cantabria
  - . Asociaciones implicadas en el Plan (maternidad consciente, fomento de la lactancia, discapacidad, inmigración, cáncer mama, etc.)

Periodicidad:

Se reunirá con carácter ordinario de forma anual de acuerdo a las funciones establecidas.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Con la finalidad de hacer un seguimiento continuado de las actuaciones previstas, se establecen distintos indicadores para cada Área de Actuación que nos irán dando información tanto del cumplimiento de las actividades, como de la eficacia de los objetivos. Esto permitirá contemplar de manera continuada un paquete de información que retroalimentará a lo largo del proceso la planificación, gestión y redistribución de los recursos. De esta manera, el Plan será un instrumento de gestión dinámico y flexible que se irá actualizando durante el periodo de los cuatro años de su ejecución.

1 Indicadores de Desigualdades de Género en los Servicios Sanitarios

Objetivo 1

- Existencia de un informe sobre el análisis de los sistemas de información sanitaria en AP y AE.
- Nº de sistemas de información sanitaria de AP y AE que recogen y analizan la variable sexo.
- Incremento de personal técnico en la explotación y gestión de datos de los sistemas de información.

Objetivo 2

- Existencia de una guía de análisis y planificación en salud con perspectiva de género.
- Existencia de un informe sobre la perspectiva de género de la Cartera de Servicios de AP.
- Existencia de un estudio de investigación cualitativa sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario ante las desigualdades de género en salud.
- Nº de proyectos de investigación financiados a través de la línea de investigación en Salud y Género del Instituto de Formación e Investigación Marques de Valdecilla.
- Nº de actividades formativas en el análisis de género en salud.
- Nº de profesionales que han recibido formación en perspectiva de género en salud.
- Existencia de formación en salud y género en el pregrado de la Licenciatura de Medicina y/o la Diplomatura de Enfermería.

Objetivo 3

- Existencia de un informe sobre las necesidades en salud de las mujeres con enfermedades raras y aquéllas que sufren alguna discapacidad.
- Existencia de un informe sobre las necesidades en salud de las mujeres inmigrantes.

2 Indicadores de Salud Sexual

Objetivo 1

- Existencia de una encuesta de salud sexual con enfoque de género en Cantabria.

Objetivo 2

- Existencia de una comisión o grupo de trabajo de las Consejería de Educación y Consejería de Sanidad para el abordaje de la educación sexual en los centros educativos.
- Existencia en la página web de Jovenmanía de un apartado sobre salud en la que se incluyan preguntas y respuestas más frecuentes sobre sexualidad.
- Existencia de un protocolo de actuación de Consulta Joven.
- Registro del número de jóvenes que demandan Consulta Joven según motivo de consulta, sexo y edad.
- Encuesta sobre percepción de la utilidad de la Consulta Joven por parte de los/as usuarios/as; personal docente y sanitario.
- Nº de profesionales de los equipos de AP que participan en la Consulta Joven.
- Nº de centros de salud que ofrecen de Consulta Joven.
- Nº de centros educativos que disponen de Consulta Joven.
- Nº de cursos realizados de atención a la sexualidad.
- Nº de profesionales que han recibido formación en atención a la sexualidad.

Objetivo 3

- Existencia de una comisión o grupo de trabajo integrado por la Consejería de Sanidad y las entidades de atención a la discapacidad para identificar las necesidades de las mujeres en salud sexual.

- Nº de material divulgativo elaborado para los profesionales de la salud en relación a las necesidades que sobre sexualidad tienen las mujeres con discapacidad.

Objetivo 4

- Existencia de un protocolo de derivación a la Unidad de Apoyo Sexológico.
- Registro del número y procedencia de las derivaciones sobre disfunciones sexuales realizadas a la Unidad de Apoyo Sexológico.

3 Indicadores de Salud Reproductiva

ANTICONCEPCIÓN E IVE

Objetivo 1

- Existencia de una guía de actuación sobre atención a las necesidades anticonceptivas en AP.
- Nº de jornadas realizadas de actualización sobre anticoncepción en AP.
- Porcentaje de anticoncepción postcoital ≤ 5% de la población femenina en edad fértil (15-44 años).

Objetivo 2

- Existencia de un informe sobre el estado de situación de la atención a la IVE en Cantabria.
- Existencia de un protocolo de actuación ante la demanda de IVE en el SCS.
- Tasa IVE < 5 por 1.000 mujeres en edad fértil (15-44 años).

EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO

Objetivo 1

- Protocolo de Consulta Preconcepcional elaborado.
- Nº de consultas preconcepcionales realizadas.

Objetivo 2

- Estudio de viabilidad de un Programa de cribado prenatal de cromosomopatías mediante Test combinado.
- Cobertura de vigilancia de embarazo normal (bajo riego) en AP: > 95%.
- Gestantes derivadas a AE: ≤ 20%.
- Estudio sobre utilización y cumplimiento de la nueva Cartilla de Salud del Embarazo.
- Existencia de un procedimiento de consultas virtuales entre profesionales de AP y AE.
- Existencia de un nuevo Programa de Preparación a la Maternidad/Paternidad.
- Nº de Zonas de Salud que disponen de espacios adecuados para el trabajo grupal del Programa de Preparación a la Maternidad/Paternidad.
- Ratio: ≥ 1 matrona/5.000 mujeres de 14-65 años en AP.
- Nº de cursos de actualización en la atención al embarazo realizados en AP.
- Nº de profesionales de AP que han recibido formación en actualización en la atención al embarazo.

Objetivo 3

- Protocolo de Atención al Parto Normal elaborado.
- Nº de cursos/jornadas realizados sobre la atención al parto y nacimiento.
- Nº de profesionales en atención al parto y nacimiento que han realizado formación a través de cursos/jornadas.

- Nº de profesionales que han realizado el programa de estancias cortas en centros de otras Comunidades.
- Ratio: ≥ 1 matrona/ 1 parto en AE.
- Maternidades hospitalarias del SCS que hayan adecuado sus áreas de partos, plantas de maternidad y áreas de neonatología a las recomendaciones actuales de asistencia.
- Indicadores de asistencia de atención al Parto y Nacimiento:
  . Porcentaje de cesáreas: ≤ 20%.
  . Porcentaje de partos vaginales tras cesárea previa: ≥ 50%.
  . Porcentaje de partos inducidos: ≤ 15%.
  . Porcentaje de episiotomía en partos vaginales no instrumentales: ≤ 30%.
  . Porcentaje de partos en los que no hay separación madre-recién nacido sano: ≥ 90%.
  . Porcentaje de contacto piel con piel madre-recién nacido sano: ≥ 90%.
- Nº de Planes de Parto recogidos en las Cartillas de Salud del Embarazo.
- Nº de jornadas/foros dirigidos a la sensibilización de las mujeres en relación a la atención al parto fisiológico.
- Material divulgativo elaborado en relación a la atención al parto y nacimiento.
- Nº de proyectos de investigación realizados sobre la atención al parto y nacimiento.
- Grado de satisfacción de las mujeres con la atención al embarazo, parto y nacimiento.

4 Indicadores de Promoción de la Lactancia Materna

Objetivo General

- Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa al alta hospitalaria: ≥ 80%.
- Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa al mes: ≥ 70%.
- Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa a los 3 meses: ≥ 50%.
- Porcentaje de mujeres que dan lactancia materna completa a los 6 meses: ≥ 30%.

Objetivo 1

- Maternidades hospitalarias del SCS que disponen de política expresa de apoyo a la promoción de la lactancia materna.
- Porcentaje de profesionales de atención al parto y nacimiento informados sobre la política expresa del hospital: > 90%.

Objetivo 2

- Maternidades hospitalarias del SCS que disponen de Comisión de Lactancia Materna constituida y en funcionamiento.
- Porcentaje de profesionales en atención al parto y nacimiento informados sobre la existencia y funcionamiento de la Comisión de Lactancia del hospital: > 90%.
- Porcentaje de Equipos de AP que disponen de un coordinador o coordinadora de Lactancia Materna: ≥ 75%.

Objetivo 3

- Nº de talleres prácticos sobre lactancia materna en los primeros días de vida realizados en las maternidades hospitalarias.
- Porcentaje de profesionales de AE en atención al parto y nacimiento que han realizado talleres prácticos sobre la lactancia en los primeros días de vida: ≥ 50%.
- Nº de talleres prácticos sobre el mantenimiento de la lactancia materna en AP.
- Porcentaje de profesionales de AP (pediatras, enfermería, matronas) que han realizado talleres prácticos sobre el mantenimiento de la lactancia materna: ≥ 50%.

- Porcentaje de profesionales en atención al parto y nacimiento que han realizado estancias en centros o servicios que fomenten la lactancia materna sobre el total de profesionales que lo solicitan: ≥ 90%.
- Nº de foros/jornadas dirigidas a profesionales sobre actualización en la lactancia materna.
- Nº de profesionales que han realizado foros/jornadas sobre actualización en lactancia materna.

Objetivo 4

- Existencia de un programa de Educación para la Salud sobre lactancia materna en el ámbito escolar.
- Nº de centros escolares en los que se ha impartido el Programa.
- Nº escolares que han participado en el Programa.
- Nº de foros/jornadas dirigidas a la ciudadanía sobre sensibilización en lactancia materna.

5 Indicadores de Cánceres Específicos o Prevalentes

CÁNCER MAMA

Objetivo 1

- Existencia de un documento con los criterios de selección de las mujeres subsidiarias de consejo genético en cáncer de mama hereditario.
- Porcentaje de profesionales (médicos/as de familia, ginecólogos/as, oncólogos/as) que han recibido información sobre los criterios de selección: ≥ 90%.
- Nº de mujeres remitidas para consejo genético sobre cáncer de mama hereditario.

Objetivo 2

- Existencia de un folleto divulgativo sobre el uso adecuado de las técnicas de detección de cáncer de mama.

Objetivo 3

- Unidad Móvil adquirida por la Consejería de Sanidad.
- Porcentaje de mujeres exploradas en Unidades Fijas: ≥ 70%.
- Porcentaje de digitalización de las mamografías del PDPCM: ≥ 70%.
- Cumplimiento por el PDPCM de los indicadores de las Guías Europeas de garantías de calidad en cribado mamográfico:
  - . Porcentaje de participación: ≥ 70%.
  - . Porcentaje de mujeres que entre la exploración de cribado y el resultado de la exploración de cribado esperan ≤ 14 (dl): ≥ 90%.
  - . Porcentaje de mujeres derivadas para valoración adicional inmediata a raíz de la mamografía de cribado: ≤ 5%.
  - . Porcentaje de mujeres derivadas para una recitación precoz (1 año) tras la mamografía de cribado o tras valoración posterior: ≤ 1%.
  - . Porcentaje de mujeres que entre el resultado sospechoso de cáncer (categoría 4 y 5) y la valoración ofrecida por el hospital esperan ≤ 7 (dl): ≥ 90%.
  - . Tasa de detección de cáncer de mama: ≥3/1.000 mujeres cribadas.
  - . Porcentaje de cáncer ductal in situ detectado: ≥ 10-20%.
  - . Porcentaje de cáncer invasivo detectado de ≤ 10 mm de tamaño: ≥ 30%.
  - . Porcentaje de cáncer invasivo detectado sin afectación ganglionar: ≥ 75%.
- Existencia de un informe de evaluación de impacto del PDPCM en la mortalidad por cáncer de mama en Cantabria.

- Nº de proyectos de investigación realizados en el ámbito de los Programas de Detección Precoz.
- Nº de jornadas dirigidas a la difusión de la detección precoz del cáncer de mama.

Objetivo 4

- Existencia de un protocolo de respuesta organizado para el proceso de atención a las mujeres con cáncer de mama.
- Porcentaje de profesionales (radiólogos/as, ginecólogos/as, oncólogos/as) que han recibido formación en habilidades de comunicación.
- Nº de hospitales del SCS que disponen de apoyo psicológico para la atención a mujeres con cáncer de mama y sus familias.

CÁNCER DE CÉRVIX

Objetivo 1

- Nº de citologías solicitadas desde AP.
- Nº de citologías solicitadas desde el COF "La Cagiga".
- Nº de citologías solicitadas desde AE.
- Sistema de vigilancia de los serotipos circulantes de VPH y lesiones citológicas implantado.

Objetivo 2

- Existencia de un estudio sobre la implantación de un Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix.
- Protocolo de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix actualizado.
- Nº de cursos sobre formación/actualización realizados en AP.
- Nº de profesionales de AP que han recibido formación/actualización.

6 Indicadores de Violencia Contra las Mujeres (Violencia de Género)

Objetivo 1

- Actualización en OMI-AP del Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos.

Objetivo 2

- Nº de cursos de formación básica para profesionales en el abordaje de la violencia contra las mujeres.
- Nº de profesionales que han recibido formación básica en violencia de género.
- Nº de cursos de formación en el abordaje de la violencia de género de nivel avanzado.
- Nº de profesionales sanitarios que han recibido formación en el abordaje de la violencia de género de nivel avanzado.
- Nº de cursos realizados para personal de los Servicios de Atención al Usuario (AP, Urgencias Hospitalarias, 061).
- Nº de profesionales de los Servicios de Atención al Usuario (Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Teleoperadoras/es del 061) que han recibido formación.
- Inclusión de la violencia de género en los currículos de pregrado de la enseñanza de Medicina y Enfermería.

Objetivo 3

- Nº de especialistas en Psicología Clínica que han realizado formación en violencia de género.
- Nº de grupos terapéuticos de mujeres victimas de violencia en las Unidades de Salud Mental.

- Nº de mujeres víctimas de violencia que han participado en grupos terapéuticos en las Unidades de Salud Mental.
- Estudio realizado de líneas de trabajo sobre el tratamiento con maltratadores.

Objetivo 4

- Nº de actividades de sensibilización (jornadas de debate, foros, material divulgativo) realizadas sobre violencia de género a mujeres con discapacidad.
- Nº de actividades de sensibilización (jornadas de debate, foros, material divulgativo) realizadas sobre violencia de género a mujeres inmigrantes.

Objetivo 5

- Indicadores de violencia de género aprobados por el SNS:
  . Casos detectados por 100.000 mujeres mayores de 14 años.
  . Nº de partes de lesiones emitidos.
  . Casos detectados en AP.
  . Casos detectados en AE.
  . Casos detectados según tipo de maltrato.
  . Casos detectados según duración del maltrato.
  . Casos detectados según relación de convivencia con el maltratador.
  . Casos detectados por edad.
  . Casos detectados según nacionalidad.
  . Casos detectados según situación laboral.
  . Casos detectados en mujeres embarazadas.
  . Casos detectados en mujeres con discapacidad.
  . Mujeres atendidas que han recibido información y apoyo de recursos socio-sanitarios.
  . Mujeres atendidas con las que se ha realizado valoración de riesgo.
  . Mujeres atendidas con las que se ha elaborado un plan de seguridad.
  . Casos detectados derivados a AP.
  . Casos detectados derivados a AE.
  . Casos detectados derivados a Atención Social.
- Evaluación cuantitativa y cualitativa sobre las actuaciones en violencia de género.

7 Indicadores Salud Mental

Objetivo 1

- Existencia de un estudio de investigación cualitativa que identifique los itinerarios que siguen las mujeres con síntomas de ansiedad y depresión por los servicios sanitarios.
- Documento realizado con los criterios de actuación en la atención a las mujeres con ansiedad y/o depresión con un enfoque biopsicosocial.

Objetivo 2

- Nº de cursos de formación realizados en AP sobre el malestar de las mujeres y técnicas de ayuda psicológica.
- Nº de profesionales de AP que han recibido formación en el malestar de las mujeres y técnicas de ayuda psicológica.
- Nº de cursos sobre el manejo adecuado de fármacos antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos con perspectiva de género.

- Nº de profesionales que han recibido formación en el manejo adecuado de fármacos antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos con perspectiva de género.

Objetivo 3

- Existencia de un programa de sensibilización y formación sobre atención grupal para profesionales de AP.
- Nº de experiencias de buenas prácticas en apoyo grupal identificadas y validadas.
- Nº de grupos informativos y/o apoyo en mujeres con malestar desarrollados.
- Nº de grupos de ayuda mutua para mujeres cuidadoras apoyados desde el sistema de salud.

8 Indicadores de Atención a la Cronicidad

Objetivo 1

- Documento elaborado con criterios de actuación en la atención a las mujeres con dolor crónico.
- Nº de cursos de formación realizados en la atención a las mujeres con dolor crónico.
- Nº de profesionales sanitarios que han recibido formación en la atención a las mujeres con dolor crónico.

Objetivo 2

- Documento sobre proceso asistencial en obesidad con enfoque de género realizado.
- Documento sobre proceso asistencial en hipertensión arterial con enfoque de género realizado.
- Cartera de Servicios actualizada en base a las revisiones sobre los procesos asistenciales de obesidad e hipertensión arterial.

Objetivo 3

- Material divulgativo elaborado sobre la vulnerabilidad de las mujeres a la cardiopatía isquémica.
- Nº de actividades de información realizadas dirigidas a las mujeres sobre su vulnerabilidad a la cardiopatía isquémica.
- Nº de foro/jornadas de debate dirigidos a profesionales en las que se aborde la vulnerabilidad de las mujeres a la cardiopatía isquémica.

Objetivo 4

- Programa elaborado de prescripción de ejercicio físico en AP dirigido a mujeres con obesidad y/o enfermedad cardiovascular.
- Nº de equipos de AP que han implementado el programa de prescripción de ejercicio físico, dirigido a mujeres con obesidad y/o enfermedad cardiovascular.
- Nº de actividades de promoción del ejercicio físico en colaboración con Federaciones Deportivas realizadas.

EVALUACIÓN

La evaluación tendrá como finalidad conocer y emitir juicios de valor sobre las intervenciones y actuaciones propuestas centrándose no sólo en el proceso de ejecución sino también en su diseño y en sus resultados.

El planteamiento de la evaluación incorpora la necesidad de dar respuesta a los interrogantes que los distintos agentes implicados e implicadas con el Plan tienen en relación al mismo. Para ello se irán configurando las fuentes o sistemas de información (encuestas, entrevistas, grupos de discusión, registros específicos…) que complementen los indicadores de seguimiento y nos permitan responder las preguntas de evaluación.

La evaluación del *II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres* contempla:

1. **Evaluación del diseño**, donde se estudiarán y valorarán aspectos como la fundamentación del programa, el análisis de la realidad, la formulación de objetivos, la coherencia de sus actuaciones o la coincidencia de las acciones previstas en el Plan con las expectativas y preferencias de las usuarias.
2. **Evaluación de los procesos**, que se centrará en todo aquello que tenga que ver con la puesta en práctica, el funcionamiento, la cobertura, las dificultades con las que se encuentra el Plan en cada una de sus áreas de actuación, o la participación e implicación de los y las profesionales.
3. **Evaluación de resultados**, donde se analizarán los productos que el Plan ha generado: cursos de formación, guías, protocolos, material divulgativo, etc. y sus efectos, es decir aquellos cambios promovidos por el Plan; esperados y no esperados; directos o indirectos (impacto en el sistema sanitario público).

Plan de Actuación

Cronograma

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

CRONOGRAMA

Actividad	Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.
1 - DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS								
• **Elaboración de Informes, Estudios, Encuestas**								
Informe de los sistemas de información			●	●				
Informe sobre la perspectiva de género en la Cartera de Servicios de AP						●	●	
Informe sobre mujeres con discapacidad y enfermedades raras						●		
Informe sobre necesidades de mujeres inmigrantes						●		
Investigación en salud y género (IFIMAV)	●		●		●		●	
Investigación cualitativa sobre el personal sanitario ante las desigualdades de género				●	●			
• **Formación de profesionales**								
Curso análisis de género a las Gerencias			●					
Formación en salud y género pregrado				●				
• **Actuaciones diversas**								
Adecuación de sistemas de información					●			
Adecuación de personal técnico de sistemas información							●	
2- SALUD SEXUAL								
• **Elaboración de Informes, Estudios, Encuestas**								
Encuesta sobre salud sexual				●	●			
• **Elaboración de Programas, Protocolos, Guías, Procedimientos**								
Protocolo de derivación a la Unidad de Apoyo Sexológico							●	
Protocolo de Consulta Joven				●				
• **Formación de profesionales**								
Cursos de formación en sexualidad					●			
• **Sensibilización de la ciudadanía**								
Información sobre sexualidad en página web Jovenmanía			●	●	●	●	●	●
• **Actuaciones diversas**								
Comisión de Coordinación entre las Consejerías de Sanidad y Educación				●				
• **Elaboración de material divulgativo**								
Material divulgativo sobre salud sexual en la discapacidad						●		

CRONOGRAMA								
Actividad	Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.
3 - SALUD REPRODUCTIVA								
• Elaboración de Informes, Estudios, Encuestas								
Informe IVE Cantabria			●					
Investigación en la atención fisiológica del parto	●	●	●	●	●	●	●	●
Estudio sobre utilización de la Cartilla Salud del Embarazo					●			
Estudio de viabilidad de un programa de cribado prenatal cromosomopatías						●	●	
Encuesta de satisfacción de las mujeres en el embarazo, parto y nacimiento					●	●		
• Elaboración de Programas, Protocolos, Guías, Procedimientos								
Programa de Preparación Maternidad/Paternidad		●	●	●	●			
Protocolo de actuación en IVE							●	●
Protocolo Consulta Preconcepcional							●	
Protocolo de atención al parto			●	●				
Guía anticoncepción en AP					●			
Procedimiento sobre consultas virtuales entre AP-AE en el embarazo			●	●				
• Formación de profesionales								
Cursos de actualización en atención al embarazo en AP					●	●	●	●
Estancias cortas en centros con Buenas Prácticas en atención al parto y nacimiento	●	●	●	●	●	●	●	●
Jornada de actualización en atención al parto y nacimiento	●	●	●	●	●	●	●	●
Sesiones de actualización en anticoncepción						●	●	●
• Sensibilización de la ciudadanía								
Jornadas sobre atención al parto y nacimiento	●	●	●	●	●	●	●	●
• Actuaciones diversas								
Adaptación de las maternidades hospitalarias SCS								●
Adecuación de espacios para el trabajo grupal de preparación para la maternidad en cada Zona de Salud			●	●	●	●	●	●
• Elaboración de material divulgativo								
Material divulgativo sobre atención al parto y nacimiento		●		●		●		

CRONOGRAMA								
Actividad	Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.
4 - PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA								
• **Formación de Profesionales**								
Estancias cortas en centros con Buenas Prácticas en atención al parto y nacimiento (lactancia materna)	●	●	●	●	●	●	●	●
Jornada de promoción de lactancia materna		●		●		●		●
Talleres de lactancia para AP			●		●		●	
Taller de lactancia para AE				●		●		●
• **Sensibilización de la ciudadanía**								
Jornada de promoción de lactancia materna		●		●		●		●
Educación en lactancia materna en la escuela				●	●	●	●	●
• **Actuaciones diversas**								
Establecer Política de lactancia materna en las maternidades hospitalarias			●	●				
Establecer Comisión de lactancia materna en maternidades hospitalarias			●	●				
Establecer coordinador/a de lactancia materna en AP			●	●				
5 - CÁNCERES ESPECÍFICOS O PREVALENTES								
• **Elaboración de Informes, Estudios, Encuestas**								
Informe de impacto del PDPCM en la mortalidad por cáncer de mama			●	●				
Informe sobre situación de cáncer de cérvix					●			
Investigación en el ámbito del PDPCM	●	●	●	●	●	●	●	●
• **Elaboración de Programas, Protocolos, Guías, Procedimientos**								
Protocolo de respuesta rápida a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama					●			
Actualización del protocolo de cáncer de cérvix						●		
Sistema de vigilancia de serotipos VPH				●				
Criterios para Consejo Genético Cáncer de Mama						●		
• **Formación de profesionales**								
Sesiones de actualización en cáncer de cérvix en AP							●	●
Jornada anual de los PDPCM de ámbito Ibérico							●	
Taller en habilidades de comunicación en cáncer de mama				●		●		●

CRONOGRAMA								
Actividad	Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.
• Sensibilización de la ciudadanía								
Foros de difusión del PDPCM	●	●	●	●	●	●	●	●
• Actuaciones diversas								
Adquirir Unidad Móvil del PDPCM		●						
Ampliar Unidad de exploración mamográfica del PDPCM del Hospital de Laredo			●					
Adecuar Unidad de Consejo Genético								●
Unidades de apoyo psicológico al cáncer de mama en hospitales SCS	●	●	●	●	●	●	●	●
• Elaboración de material divulgativo								
Material divulgativo de técnicas de detección del cáncer de mama			●					
6 - VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (VIOLENCIA DE GÉNERO)								
• Elaboración de Informes, Estudios, Encuestas								
Actualización en OMI-AP del Protocolo de Malos Tratos			●					
Estudio sobre atención a maltratadores					●	●		
• Formación de profesionales								
Cursos formación básica en violencia de género	●		●		●		●	
Cursos violencia de género avanzado				●		●		●
Curso de sensibilización violencia de género para los Servicios de Atención al Usuario			●	●				
• Sensibilización de la ciudadanía								
Jornadas sobre discapacidad y violencia de género					●	●		
Jornadas sobre inmigración y violencia de género					●	●		
• Actuaciones diversas								
Grupos terapéuticos de mujeres víctimas de violencia en Salud Mental	●	●	●	●	●	●	●	●
• Elaboración de material divulgativo								
Material divulgativo de sensibilización a mujeres con discapacidad en violencia				●	●			
Material divulgativo de sensibilización a mujeres inmigrantes en violencia				●	●			

CRONOGRAMA								
Actividad	Año 2008		Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.	enero junio	julio diciem.
7 - SALUD MENTAL								
• **Elaboración de Informes, Estudios, Encuestas**								
Estudio de investigación cualitativa sobre el malestar de las mujeres							●	●
• **Elaboración de Programas, Protocolos, Guías, Procedimientos**								
Programa en atención grupal a mujeres				●	●			
Procedimiento de actuación en las mujeres con ansiedad-depresión					●			
Identificación y validación de buenas prácticas apoyo grupal			●	●	●	●	●	●
• **Formación de profesionales**								
Curso sobre el malestar de las mujeres y técnicas de ayuda psicológica						●	●	
Cursos de formación en atención grupal						●	●	
Formación uso racional de ansiolíticos y antidepresivos						●		●
Formación en criterios de actuación en mujeres con ansiedad-depresión					●	●		
• **Actuaciones diversas**								
Desarrollo de grupos informativos-apoyo en mujeres con malestar								●
Desarrollo de grupos de ayuda mutua a mujeres cuidadoras								●
8 - ATENCIÓN A LA CRONICIDAD								
• **Elaboración de Programas, Protocolos, Guías, Procedimientos**								
Programa de prescripción de ejercicio físico							●	●
Procedimiento de actuación en el dolor crónico					●			
Revisión proceso asistencial en hipertensión con enfoque de género				●				
Revisión proceso asistencial en atención a la obesidad con enfoque de género				●				
• **Formación de profesionales**								
Curso de formación sobre dolor crónico						●	●	
Presentación documento sobre atención a la obesidad					●	●		
Presentación documento sobre atención a la hipertensión					●	●		
• **Sensibilización de la ciudadanía**								
Foros de debate sobre mujer y cardiopatía isquémica						●		●
Actividades de promoción del ejercicio físico con federaciones deportivas				●		●		●
• **Elaboración de material divulgativo**								
Material divulgativo sobre cardiopatía isquémica y mujer				●				

Plan de Actuación

Financiación

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

FINANCIACIÓN

La Consejería de Sanidad dedicará la dotación presupuestaria suficiente para la consecución de los objetivos marcados en el Plan. La financiación se realizará mediante:

- Recursos humanos y materiales ya existentes en la Consejería de Sanidad y en el SCS.
- Financiación específica con cargo a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, estimada en:

FINANCIACIÓN				
	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Inversión	634.287 €	688.019 €	690.000 €	690.000 €

Anexos

Anexo I
Marco Normativo

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

Marco Normativo de la Comunidad Europea

Resolución del Parlamento Europeo, de 4 de diciembre de 1997, sobre informe de la Comisión acerca de la salud de las mujeres en la Comunidad.
Se invita a los Estados miembros a avanzar en el desglose por sexo de los datos sanitarios con enfoque de género y a recoger información sobre los problemas sanitarios específicos de las mujeres, prestando especial atención al incremento de la calidad de vida.

Resolución de 9 de marzo de 2004 del parlamento Europeo sobre la conciliación de la vida profesional, familiar y privada, DOUE C 102 de 28.4.2004.
Aconseja promover el trabajo a tiempo parcial para ambos sexos, facilitar el acceso a los permisos parentales remunerados y de larga duración, favorecer una mayor flexibilidad en la modalidades de custodia y educación de hijos/as para una mejor adaptación a las características de los distintos modelos familiares y subraya la necesidad de crear servicios de calidad para la custodia de las personas dependientes y tercera edad.

Resolución 1399 (2004) de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa. Estrategia europea para la promoción de la salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia.
Exhorta a trabajar y a promover el intercambio de mejores prácticas en materia de salud sexual y reproductiva y el desarrollo de pautas a seguir.

Directiva 2006/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación.
Su objeto es garantizar la aplicación del principio de igualdad de oportunidades en el acceso al empleo, en las condiciones de trabajo e incluye el acoso, el acoso sexual y el trato menos favorable a una mujer en relación con el embarazo o el permiso de maternidad.

Decisión nº 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007, por la que se establece, para el periodo 2007-2013, un programa específico para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (Programa DAPHNE III) integrado en el programa general "Derechos Fundamentales y justicia."
Su objetivo es contribuir a prevenir y combatir todas las formas de violencia, entre ellas la ejercida sobre las mujeres, incluida la explotación sexual mediante la adopción de medidas preventivas y la oferta de apoyo y protección a las víctimas y grupos de riesgo.

Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007, por la que se establece el segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013).
De conformidad con el artículo 2 del Tratado, que establece que la igualdad entre hombres y mujeres es un principio de la Comunidad, todos los objetivos y acciones cubiertos por el Programa fomentarán una mejor comprensión y reconocimiento de las respectivas necesidades y planteamientos de los hombres y mujeres en relación con la salud.

Resolución del Parlamento Europeo, de 10 de abril de 2008, sobre la lucha contra el cáncer en la Unión Europea ampliada.
Se insta a la Comisión, al Consejo y a los Estados Miembros a que adopten medidas en materia de prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento, incluidos los cuidados paliativos para reducir el número de casos de cáncer, a fomentar los proyectos de diagnóstico precoz y a declarar los casos de cáncer.

Resolución 1607, de 16 de abril de 2008, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre el Acceso a un aborto sin riesgo y legal en Europa.
Invita a los Estados Miembros del Consejo de Europa a despenalizar el aborto en los plazos de gestación razonables, respetar el derecho y la elección de las mujeres, adoptar las condiciones sanitarias, médicas y psicológicas convenientes y garantizar una financiación adecuada.

Marco Normativo Estatal

Orden de 22 de marzo de 1995 por la que se adecua la denominación de los títulos académicos oficiales a la condición masculina o femenina de quienes los obtengan.

Por esta Orden, previo dictamen favorable de la Real Academia Española, las denominaciones y demás menciones contenidas en los títulos, certificados o diplomas de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional deberán expresarse en atención a la condición masculina o femenina de quienes los hubiesen obtenido.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En su art.2.a) se establece "La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias".

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Esta Ley defiende la participación de las personas con discapacidad, como sujetos activos con derecho a tomar decisiones y no meros pacientes o beneficiarios/as de decisiones ajenas. En el art.8 señala que los Poderes Públicos adoptarán las medidas de acción positiva suplementarias para aquellas personas con discapacidad que objetivamente sufren un mayor grado de discriminación, entre las que se encuentran las mujeres con discapacidad.

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

En el art.15.1) "Las administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de las y los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia".

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Esta Ley tiene por objeto, regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana así como su utilización en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Esta Ley tiene por objeto regular los derechos de las personas dependientes en situaciones de igualdad mencionándose explícitamente en el art.3.p) "La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres". En el art.18 se plantean las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales, que en el 85% de los casos son mujeres.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

En el art.27 se refiere a la Integración del principio de igualdad en la política de salud.

Las políticas, estrategias y programas de salud garantizarán un igual derecho a la salud adoptando iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de salud de las mujeres, fomentando la investigación científica que atienda las diferencias entre hombres y mujeres, adecuando sus registros, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria para la obtención y tratamiento de los datos desagregados por sexo, formando al personal sanitario para detectar y atender las situaciones de violencia de género, considerando, dentro de la salud laboral, el acoso por razón de sexo y promoviendo la presencia equilibrada de hombres y mujeres en puestos de responsabilidad.

Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
En su art.49.d) se establecen los permisos por motivos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral y por razón de violencia de género.

Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.
Esta Ley se inscribe en el contexto de responder a los retos que plantea la investigación biomédica tratando de aprovechar sus resultados para la salud y el bienestar colectivos.

En su art.19 se refiere a las situaciones específicas en el caso de investigaciones durante el embarazo y lactancia.

Marco Normativo Autonómico

Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
Esta Ley, regula el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria, estableciendo los derechos y deberes de la ciudadanía respecto a los servicios sanitarios, así como los instrumentos que garantizan su cumplimiento. En su Título VI capítulo I recoge las actuaciones relacionadas con la Salud Pública y en su art.59.h) "La realización de estudios que permitan analizar y determinar los condicionantes que dificultan la igualdad de oportunidades en materia de salud".

Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Acuerdo sobre vacaciones y permisos del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud (BOC 6-07-2004).
En él se toman medidas para conciliar la vida familiar y laboral en relación al permiso paterno por nacimiento con independencia del materno, se iguala el permiso por nacimiento al de acogimiento y adopción, con independencia de la edad del menor y se amplia el permiso por lactancia materna hasta los 12 meses.

Decreto 64/2006, de 8 de junio, por el que se desarrolla la 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.
Las actuaciones en el ámbito sanitario quedan recogidas en los artículos 7, 18 y 19 promoviendo campañas de sensibilización en el ámbito sanitario, facilitando el acceso de las víctimas a los dispositivos sanitarios y creando un registro de casos de violencia de género atendidos en los servicios sanitarios.

Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria.
Se crea un Registro de listas de espera de Cantabria, adscrito al SCS. En su art.13.7 se hace constar "El contenido y funcionamiento del Registro se fijará por la consejería competente en materia de sanidad que, a tal efecto, implantará un sistema de indicadores desagregados por sexo y edad, que permita incorporar una perspectiva de género".

Decreto 23/2007, de 1 de marzo. Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario.
En él se recogen los derechos relacionados con la asistencia sanitaria, la autonomía, la intimidad o la información durante el embarazo, el parto y el postparto tanto de la madre, del padre, como del recién nacido y será de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, de Cantabria.

Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.
Esta Ley configura un nuevo ámbito de protección social e instaura un sistema de derechos de ciudadanía, fundamentado en los principios de igualdad y universalidad.

En su art.29.2ª). Podrán ser titulares del Derecho a la renta Social Básica. "Las mujeres víctimas de violencia de género en las que concurran circunstancias que les impidan la disponibilidad de sus bienes, o que las coloquen en estado de necesidad".

Acuerdo de Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Acuerdo por el que se establecen medidas de mejora de las condiciones de empleo del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. (BOC 31-5-2007)

En el Apartado 5 hace referencia a la conciliación de la vida laboral y familiar de las profesionales con hijos o hijas menores de 12 meses. Con el objetivo de fomentar la lactancia materna, las facultativas y las empleadas del SCS quedarán exentas de la realización de guardias hasta que el hijo o hija alcance la citada edad.

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

Esta Orden tiene por objeto regular la "Cartilla de Salud del Embarazo" como documento de interés sanitario, dirigido a la protección y promoción de la salud de las mujeres embarazadas, así como al reconocimiento de su autonomía en relación a la atención al embarazo, parto y nacimiento.

Anexos

Anexo II
Planes y Estrategias Estatales y Autonómicos

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

Convergencias con Planes y Estrategias Vigentes a Nivel Estatal

Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción (2005 – 2008)

Línea Prioritaria 6

- Incorporar la perspectiva de género en áreas de intervención en materia de drogas.

Estrategia en Cáncer del SNS (aprobada: 29/3/2006)

Área de intervención 2: Detección precoz: Objetivo 2.1 Promoción y protección de la salud

Objetivo 5

- Recomendación de promocionar una alimentación adecuada, que junto con actividad física, podrían con el tiempo contribuir a reducir la incidencia de cáncer.

Objetivo 6

- Implantar programas de cribado de cáncer de mama a todas las mujeres de 50 a 69 años.

Objetivo 7

- Recomendación de desarrollar programas de cribado poblacional de aquellas personas con riesgo elevado de padecer cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de cérvix.

Estrategia en Salud Mental del SNS (aprobada: 11/12/2006)

Línea Estratégica 2

Promoción de la Salud Mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental

- Prevención de violencia de género.
- Realizar y evaluar programas psicoeducativos para intervenir los problemas de salud mental de las cuidadoras de personas dependientes.

Plan de Calidad para el SNS (2007)

Línea Estratégica 4

Objetivo 4.1 Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud

Proyecto 7

- Desarrollar indicadores de calidad y buenas prácticas para la atención a la salud sexual y reproductiva, y la atención al parto y al puerperio teniendo en cuenta las necesidades específicas de las mujeres jóvenes.

Proyecto 9

- Desarrollar un protocolo común y un conjunto básico de indicadores para la atención a las mujeres que padecen violencia de género, así como criterios de calidad, materiales comunes y un calendario para la formación del personal sanitario en este tema.

Objetivo 4.2 Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad y en la reducción de las desigualdades en salud

Proyecto 3

- Elaborar y difundir información de utilidad para promover la atención a la salud con enfoque multicultural, especialmente en aspectos como los cuidados, la alimentación y las actitudes de género, sobre todo en las mujeres y en los y las menores.

Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS (aprobada: 10/10/2007)

3.2 Objetivos específicos

- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico natural, en el que las ges-

tantes participen activamente en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, y ofreciendo, por parte del personal sanitario, cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer.

- Reorientar la formación del personal de medicina y enfermería para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.

4.1.12 Atención postnatal inmediata. Lactancia

- Favorecer prácticas eficientes de apoyo a la lactancia materna, así como la puesta en marcha de Bancos de Leche.

Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad (2007)

Área de Actuación 2: Vida Familiar, Relaciones Afectivas y Maternidad

Objetivos 4, 5 y 6

- Promover, facilitar y garantizar el derecho a la sexualidad, a las relaciones afectivas y al libre desarrollo de la maternidad de las mujeres con discapacidad.

Área de Actuación 6: Violencia

Objetivos 2 y 3

- Garantizar una formación adecuada en materia de violencia de género y discapacidad, así como en el maltrato a menores, al personal sanitario implicado en la prevención, detección y atención de mujeres con discapacidad.

Objetivo 4

- Adecuar los criterios de funcionamiento de la Red de Recursos públicos y privados existentes, adaptándolos a las necesidades reales de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia doméstica o institucional.

Área de Actuación 7: Salud

Objetivo 2

- Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria pública y de las prestaciones dirigidas a las mujeres con discapacidad. Tanto medidas referidas a todo el ciclo vital como medidas dirigidas a posibilitar que las mujeres con discapacidad tengan una vida sexual y reproductiva plena.

Objetivos 3 y 4

- Mejorar la atención ofrecida a las mujeres con discapacidad e introducir la perspectiva de género y discapacidad en el sistema de información sanitaria.

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008 - 2011)

Eje de Actuación 7: Salud

Objetivo 1

- Promover la producción, publicación y difusión de información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención de la salud.

Objetivo 2

- Promover la aplicación de la transversalidad de género a las políticas de salud, así como impulsar políticas específicas de salud de las mujeres.

Objetivo 3

- Contribuir a mejorar aspectos específicos de la salud de las mujeres, así como incidir en enfermedades de alta prevalencia, o sensibles al impacto de género.

Objetivo 4

- Impulsar la participación y empoderamiento de las mujeres en los procesos de salud.

Eje de Actuación 8: Imagen

Objetivo 1

- Mostrar a las mujeres y "lo femenino" como sujetas activas en la construcción social.

Eje de Actuación 9: Atención a la Diversidad e Inclusión Social

Objetivo 2

- Liderar, por parte de los poderes públicos, las políticas para la inclusión de las mujeres en situación o riesgo de exclusión social.

Eje de Actuación 10: Violencia

Objetivo 2

- Fortalecer las medidas de sensibilización y prevención de la violencia de género e incrementar el grado de implicación de la sociedad para combatirla desde un mejor conocimiento de las causas y consecuencias de este fenómeno violento.

Objetivo 3

- Mejorar la atención integral a las mujeres víctimas de la violencia de género.

Objetivo 5

- Intensificar la formación y especialización de profesionales que intervienen en las situaciones de violencia de género.

Objetivo 7

- Afianzar el seguimiento y evaluación continúa de las medidas puestas en marcha en la lucha contra la violencia de género, con el fin de determinar la eficacia de la respuesta y su impacto en la evolución del fenómeno violento.

Plan Multisectorial Frente a la Infección por VIH y SIDA (2008 - 2012)

Capítulo 11: Mujeres

- Desarrollar programas que mejoren el nivel de información y educación sanitaria de las mujeres en relación con su salud sexual.
- Diseñar e implementar módulos de prevención y diagnóstico precoz del VIH para introducirlos en programas de actuación a las mujeres.

Capítulo 13: Medio Sanitario

- Planificación responsable de los embarazos tanto en las mujeres con VIH como en las que no están infectadas, así como el consejo adecuado a todas aquellas mujeres que son diagnosticadas durante el embarazo.
- La prueba del VIH, voluntaria y acompañada de consejo, debe formar parte de los programas de salud.

Convergencias con Planes y Estrategias vigentes del Gobierno de Cantabria

Estrategia de Mainstreaming de Género del Gobierno de Cantabria (2007 – 2015)

Objetivo Específico 2

- Contribuir a la mejora de las políticas públicas de la Comunidad Autónoma de Cantabria a través de la integración de la perspectiva de género y la participación de todos los agentes relevantes, para el logro de la igualdad de género en la región en las distintas áreas y niveles del proceso de gestión de las políticas públicas.

Plan de Acción para la Infancia y la Adolescencia en Dificultad Social (2007 – 2009)

Objetivo 3

- Fomentar la detección precoz de situaciones de desprotección infantil mediante el trabajo en red con los servicios sanitarios.

Plan de Actuación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria (2007 – 2010)

Área I: Investigación y Análisis. Objetivo Específico 1.5

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

Área III: Formación. Objetivo Específico 3.1

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

Plan Estratégico de Apoyo a las Familias de Cantabria (2007 – 2012)

Línea estratégica 6: Prevención y Atención en materia de Salud

- Fomentar la planificación familiar.
- Fomentar la prevención de embarazos no deseados en adolescentes.
- Informar, dar seguimiento y apoyar a las parejas en el embarazo, parto y puerperio.

Línea estratégica 7: Prevención y Atención a las Familias en Situaciones de Conflicto

- Sensibilizar, prevenir y atender a las víctimas de violencia de género.

Referencias Bibliográficas

II PLAN DE
ACTUACIÓN
2008-2011
Salud de
las Mujeres

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMNISTÍA INTERNACIONAL ESPAÑA: *Obstinada realidad, derechos pendientes. Tres años de Ley de medidas de protección integral contra la violencia de género.* [Internet] Madrid, 2008. [consultado en octubre de 2008], Disponible en URL: http://www.es.amnesty.org/uploads/tx_useraitypdb/obstinada_realidad_derechos_pendiente.pdf
2. ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (ACAI). *Estudio sobre aborto, anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes.* [Boletín en Internet]. Gijón, 2006. [consultado en octubre de 2008], Disponible en URL: http://www.acaive.com/pdf/boletin%200.pdf
3. CECHETTO S. *La medicación de la Vida en los Estados de Bienestar. Política Social, Equidad y Racionalidad.* [Internet] Mar del Plata, Argentina. [consultado en octubre de 2008] Disponible en URL: http://www.favanet.com.ar/ratio/pub5.htm
4. EUROPEAN COMMISSION. PUBLIC HEALTH. *The European Opinion Research Group. The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer.* [Internet] The European Union, 2003. [consultado en octubre de 2008], Disponible en URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf
5. GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA DE SANITAT. *Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009).* 2006.
6. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y HACIENDA. *II Plan de Gobernanza 2008 – 2011.* 2008.
7. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE EMPLEO Y BIENESTAR SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES. *Estudio sobre las condiciones de vida y pobreza de la población en Cantabria.* 2005.
8. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE EMPLEO Y BIENESTAR SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER. *Estrategia de Mainstreaming de Género del Gobierno de Cantabria 2007–2015.* 2007.
9. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y ASUNTOS EUROPEOS. *Plan Estratégico de Apoyo a las Familias de Cantabria 2007–2012.* 2007.
10. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS SOCIALES. *Plan de Acción para la Infancia y la Adolescencia en Dificultad Social 2007–2009.* 2007.
11. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Anticoncepción de Emergencia. Protocolo de Dispensación.* 2006.
12. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Estrategia para la Atención al Parto Normal.* 2007.
13. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Estrategia Regional sobre Drogas de Cantabria 2005–2008.* 2005.
14. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Informe sobre la Anticoncepción Postcoital en Cantabria.* 2006.
15. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CANTABRIA. *Informe de la Encuesta de Salud de Cantabria 2006.* 2008.

16. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Plan de Actuación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria 2007–2010*. 2007.
17. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Plan de Actuación Salud Para las Mujeres (2004-2007)*. 2004.
18. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Plan de Fomento de la Lactancia Materna (2005-2007)*. 2006.
19. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Evaluación 5ª Vuelta (2005-2006)*. 2007.
20. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio*. 2005.
21. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Violencia contra las Mujeres. Protocolo de Actuación Sanitaria ante los malos tratos*. 2005.
22. GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. *Violencia contra las Mujeres. Protocolo de Atención Sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales*. 2006.
23. GRUPO DE INTERÉS ESPAÑOL EN POBLACIÓN, DESARROLLO Y SALUD REPRODUCTIVA (GIE). ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (ACAI). *Acceso al aborto en el Estado Español. Un mapa de inequidad*. 2008.
24. INSTITUTO CÁNTABRO DE ESTADÍSTICA (ICANE). *Mujeres y hombres desde la perspectiva de género Cantabria*. 2006.
25. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Aspectos demográficos. Encuesta de Población Activa. Encuesta nacional de Salud*. 2006.
26. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. *Estrategia Regional contra el Cáncer*. 2004.
27. JUNTA DE EXTREMADURA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. *Plan de Salud de Extremadura (2005-2008)*. 2006.
28. LETE IÑAKI, MARTÍNEZ-ETAYO MIGUEL. *La salud reproductiva: datos y reflexiones*. Gaceta Sanitaria; Vol. 18, Supl. 1, 2004.
29. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO DE LA MUJER Vázquez-Barquero JL, Santiago A, Díez-Manrique JF. *La salud mental de la mujer en España*. En: La mujer y la salud en España. Informe básico. Vol. 3.1992.
30. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO E INE. *Encuesta realizada sobre la utilización de los Servicios Sanitarios y consumo de medicamentos según sexo y Comunidad Autónoma*. 2006.
31. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Descripción del estado de situación del cribado prenatal de las cromosomopatías fetales más frecuentes, principalmente Síndrome de Down (SD), en el Estado Español y propuestas de mejora en la práctica clínica habitual*. 2007.
32. 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 2006*. 2007.
33. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Informe Violencia de Género 2007*. 2008.

34. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL SNS. *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. [Internet] Madrid, 2007. [consultado en octubre de 2008]. Disponible en URL: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm

35. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Plan de Calidad del SNS. Salud y Género. Políticas de Género. Informe Salud y género 2006. Las edades centrales de la vida*. 2008.

36. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Plan de Calidad del SNS. Salud y Género. Salud sexual y reproductiva. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*. 2007.

37. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA. *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA 2008-2012*. 2007.

38. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD. *Estrategia en Salud Mental del SNS*. 2007.

39. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD. *Estrategia en Cáncer del SNS*. 2006.

40. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD. *Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS*. 2007.

41. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD. *Estrategia Nacional sobre Drogas. Plan de Acción 2005–2008*. 2005.

42. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD. *Plan de Calidad para el SNS*. 2007.

43. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. *Informe "Juventud en España 2004"*. 2005.

44. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIAS Y DISCAPACIDAD. *Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad*. 2007.

45. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICAS DE IGUALDAD. *Plan Estratégico de Igualdad Oportunidades 2008-2011*. 2007.

46. NACIONES UNIDAS. OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS. *Incorporación de una Perspectiva de Género en todas las Políticas y Programas del Sistema de las Naciones Unidas*. Resolución 2002/23 del Consejo Económico y Social. [Internet], 2002. [consultado en octubre de 2008]. Disponible en URL: http://ap.ohchr.org/documents/S/ECOSOC/resolutions/E-RES-2002-23.doc

47. OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CANTABRIA, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANTABRIA. *Informe final de la Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007*. 2008.

48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia Europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. Herramienta de género. Documento de trabajo*. 2007.

49. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL EUROPEA DE LA OMS. *El Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa. La Declaración de Madrid*. 2001.

50. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. [Internet] Guatemala, 2000. [consultado en octubre de 2008]. Disponible en URL: http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf

51. PÉREZ G. *La ley de igualdad efectiva de mujeres y hombres: un paso adelante*. Gaceta Sanitaria; Vol. 21, Nº. 5, 2007.

52. RIBERA B., CASAL B., CANTANERO D., PASCUAL M. *Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS.* Gaceta Sanitaria; Vol. 22, Supl. 1, cap. 2, 2008.

53. ROHLFS I. *Género y salud: diferencias y desigualdades. Parque Investigación Biomédica.* [Internet] Barcelona, 2007. [consultado en octubre de 2008] Disponible en URL: http://www.prbb.org/quark/27/027036.htm

54. VELASCO ARIAS S. *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en los programas de salud. Observatorio de salud de la mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.* 2008.

55. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer.* [Internet] Copenhagen, 2007. [consultado en octubre de 2008] Disponible en URL: http://www.euro.who.int/Document/E90771.pdf

56. XUNTA DE GALICIA. CONSELLERÍA DE SANIDADE. *Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia.* 2007.

Participantes en la Elaboración del Plan

Comisión Técnica de Elaboración del Plan

Sección de Programas de Salud de la Mujer. Dirección General de Salud Pública

Mar Sánchez Movellán *(Coordinadora de la Comisión)*

José Francisco Santos Sainz

Purificación Ajo Bolado

Eva Mª Fernández Sota

Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Ángeles Cabria García

Colaboradores/as con la Comisión en la elaboración del Plan

Marta Barreda González
Técnica en Salud Pública. Gerencia de Primaria Torrelavega-Reinosa. SCS

Víctor Canduela Martínez
Pediatra. Hospital de Laredo. SCS

Joaquín Cayón de las Cuevas
Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica. Consejería de Sanidad

Javier Cloux Blasco
Coordinador de Equipos. Gerencia de Primaria Santander-Laredo. SCS

Ramón Crespo Ponte
Cátedra de Investigación Cualitativa. Universidad Autónoma de Barcelona

Mª Jesús Cuesta Núñez
Psiquiatra. Unidad Salud Mental Puertochico. SCS

Manuel Galán Cuesta
Jefe de Servicio de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Belén Martínez-Herrera
Pediatra. Asesora en Lactancia Materna. HUMV. SCS

Ana Pérez Camporeale
Técnica del Observatorio Salud Pública de Cantabria

Óscar Pérez González
Técnico del Observatorio Salud Pública de Cantabria

Marga Pla Consuegra
Cátedra de Investigación Cualitativa. Universidad Autónoma de Barcelona

Dolores Prieto Salceda
Técnica del Observatorio Salud Pública de Cantabria

Rosario Quintana Pantaleón
Asesora en Planificación de Políticas de Salud y Mujeres del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

Maite Rodrigo Vicente
Trabajadora Social. Centro de Salud Laredo. SCS

Izabella Rohlfs Barbosa
Consultora en Salud y Género. CatSalut de la Región Sanitaria de Girona

Luis Viloria Raymundo
Jefe de *Sección de Epidemiología. Consejería de Sanidad*

Participantes en la Evaluación del *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)* que han realizado aportaciones para el actual Plan

Representantes políticos vinculados con el impulso, diseño y seguimiento de Plan anterior

Jefe de Servicio, Jefes/as de Sección y Técnicos/as de la Dirección General de Salud Pública

Gerentes, Directores/as y Subdirectores/as Médicos y de Enfermería de las Gerencias de Atención Primaria y de Especializada, Subdirector de Asistencia Sanitaria y Técnicos del Servicio Cántabro de Salud

Coordinadores/as y Profesionales Médicos de Atención Primaria (CS Campoo, CS Los Valles, CS Camargo, CS Dobra, CS Dávila, CS Saja, CS Liébana, CS Agüera, CS Santoña, CS Laredo, CS Pisueña-Selaya, CS Isabel II-Centro)

Jefes de Servicio y Profesionales Médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Radiología, Pediatría y Anestesia (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Laredo, Hospital Sierrallana)

Profesionales del Centro de Orientación Familiar La Cagiga (médico coordinador del centro, psicólogo, personal de enfermería, trabajadora social)

Profesionales Médicos de Salud Mental y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria

Profesionales de Enfermería y Trabajo Social (CS Campoo, CS Camargo, CS Dobra, CS Dávila, CS Saja, CS Liébana, CS Marina Cudeyo, CS Miera, CS Santoña, CS Laredo)

Supervisora y Personal de Enfermería de la Planta de Maternidad del Hospital Marqués de Valdecilla (Hospital Cantabria)

Matronas de Atención Primaria (CS Suances, CS Solares, CS Covandonga) y de Atención Especializada (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Laredo)

Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas

Representantes de las asociaciones: ALEGA; Asociación El Parto es Nuestro; Asociación La Buena Leche; AMUCCAN; Asociación Española Contra el Cáncer; Asociación Consuelo Berges; Asociación CAVAS; y de las asociaciones de pacientes y de personas con discapacidades que conforman las federaciones COCEMFE y CERMI

Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria

Consejo de la Mujer de Cantabria

Comité Asesor del Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Mujeres usuarias del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de diferentes zonas (rurales y urbanas)

Mujeres usuarias de los servicios que habían utilizado recientemente los recursos de atención prenatal, parto y puerperio del SCS

Mujeres usuarias de los servicios de Atención Primaria y atención a víctimas de violencia de género

Mujeres pertenecientes a asociaciones de pacientes y a asociaciones de personas con discapacidades físicas, sensoriales, mentales e intelectuales usuarias de servicios y recursos del SCS

GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública