



EMAKUMEAK ETA OSASUNA

PROGRAMA

SALUD Y MUJERES

ÍNDICE

1. <u>Introducción</u>	Pág. 5
2. <u>Fundamentación</u> (Bases conceptuales)	Pág. 8
3. <u>Análisis de situación de las mujeres de la CAPV:</u>	Pág. 11
3.1. <u>Situación socio-demográfica</u>	Pág. 11
3.1.1. Población de la CAPV	Pág. 11
3.1.2. Esperanza de vida	Pág. 14
3.1.3. Natalidad	Pág. 15
3.1.4. Nupcialidad	Pág. 17
3.1.5. Educación	Pág. 17
3.1.6. Trabajo	Pág. 19
3.1.7. Pobreza	Pág. 21
3.2. Estado de salud	Pág. 25
3.2.1. Salud Percibida.....	Pág. 25
3.2.2. Problemas de salud crónicos.....	Pág. 27
3.2.3. Restricción de la Actividad	Pág. 27
3.2.4. Hábitos de vida	Pág. 29
3.2.5. Violencia Contra las mujeres.....	Pág. 34
3.2.6. Salud Reproductiva.....	Pág. 35
3.2.7. Incidencia del Cáncer.....	Pág. 43
3.2.8. Salud Mental	Pág. 46
3.2.9. Morbilidad.....	Pág. 49
3.2.10. Mortalidad.....	Pág. 51
3.3. <u>Hábitos sociales</u>	Pág. 55
3.4. <u>Mujeres e inmigración</u>	Pág. 56
4. <u>Ámbito del Programa</u>	Pág. 59
4.1. <u>Principios</u>	Pág. 60
4.2. <u>Contexto Normativo</u>	Pág. 60
4.3. <u>Convergencia con otros Planes y Estrategias</u>	Pág. 61

5. <u>Líneas de actuación</u>	Pág. 63
5.1. <u>Realizar un análisis de género de los planes, programas y protocolos de Osakidetza y proponer medidas encaminadas a la introducción del enfoque de género en las actuaciones en salud.</u>	Pág. 63
5.2. <u>Promover la mejora de la salud sexual y reproductiva.</u>	Pág. 64
5.3. <u>Mejorar la prevención del cáncer de cérvix y la atención a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.</u>	Pág. 70
5.3.1 Prevención del cáncer de cérvix	Pág. 70
5.3.2 Mejorar la atención a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.	Pág. 71
5.4. <u>Disminuir el impacto que para la salud de las supone la violencia de género mediante la detección e intervención desde los servicios sanitarios.</u>	Pág. 73
5.5. <u>Promover una mejor atención a los problemas de salud mental de las mujeres relacionados con condicionantes de género.</u>	Pág. 74
5.6. <u>Contribuir a mejorar la salud de las mujeres pertenecientes a grupos específicos.</u>	Pág. 76
5.6.1.- Contribuir a mejorar la salud de las mujeres cuidadoras de menores con necesidades especiales.	Pág. 76
5.6.2.- Contribuir a mejorar la salud de las mujeres inmigrantes.	Pág. 77
5.6.3.- Contribuir a mejorar la salud de las mujeres con discapacidad.	Pág. 78
5.6.4.- Contribuir a mejorar la salud de las mujeres con enfermedades crónicas y problemas de salud prevalentes	Pág. 79
6. <u>Financiación</u>	Pág. 82
7. <u>Seguimiento y evaluación</u>	Pág. 82

Anexos	Pág. 83
1.- Contexto Normativo	Pág. 83
2.- Otros planes y estrategias.....	Pág. 90
3.- Glosario.....	Pág. 91
 <u>Referencias Bibliográficas</u>	 Pág. 98

1. INTRODUCCIÓN

La promoción de la igualdad entre mujeres y hombres es un empeño fundamental del Gobierno Vasco. Ésta es una cuestión ética y de justicia social, una cuestión de derechos humanos, pero también es la opción inteligente y responsable de una sociedad que apuesta por el desarrollo y que sabe que para avanzar necesita a todos sus miembros^a.

El ámbito sanitario puede contribuir en gran medida a esta deseada igualdad entre mujeres y hombres, promoviendo la equidad en salud.

Así, el Departamento de Sanidad impulsa la salud de las mujeres como área prioritaria en su Plan de Salud 2002-2010¹, describe estrategias de intervención dirigidas a disminuir las desigualdades sociales y de género y considera la equidad como una prioridad de política sanitaria^b. Por otra parte, el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV recoge múltiples objetivos y acciones en el Área de Salud².

Los profesionales de la salud y los expertos en la investigación en determinantes de la salud de las poblaciones han identificado como un problema importante la inequidad de género en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios de mujeres y hombres, con el resultado de una peor salud de las mujeres.

Mujeres y hombres tienen factores de riesgo diferenciales. Muchas mujeres, a pesar de los grandes avances experimentados, tienen peores trabajos y salarios más bajos, menos posibilidades de tomar decisiones, más desventajas sociales, padecen el estrés físico y mental de la doble jornada y el ocasionado por el trabajo emocional como cuidadoras de toda la familia y, además, estas responsabilidades hacen que practiquen menos ejercicio físico, duerman menos horas y disfruten de menor tiempo de ocio. La discriminación por razones de género puede expresarse también en forma de violencia contra las mujeres, como maltrato por parte de sus parejas o ex-parejas, con resultado de muerte en los casos más trágicos, como abuso sexual de niñas y adolescentes menores de edad, como agresión sexual o como acoso sexual

^a La idea de desarrollo ha ido adoptando diferentes significados, hasta llegar a la noción de desarrollo humano elaborada por el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). Para este organismo internacional el desarrollo abarca mucho más que la dimensión económica, ya que la verdadera riqueza de las naciones son los pueblos. Un elemento fundamental es el desarrollo de la capacidad humana, entendida como el conjunto de las múltiples actividades que una persona puede llevar a cabo y las condiciones en las que puede vivir. PNUD: Informes de desarrollo humano. 1997-2006. New York.

^b La OMS entiende el concepto de "desigualdad en salud" como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye una dimensión moral o ética.

en el ámbito laboral; situaciones todas que tienen devastadoras consecuencias sobre su salud física, psíquica y social.

Mujeres y hombres no enferman de los mismos procesos ni con la misma frecuencia; no expresan la misma sintomatología ni responden igual a los tratamientos. Además de los motivos de consulta que atañen exclusivamente a mujeres o a hombres, como son los procesos de salud relacionados con las características biológicas propias de cada sexo, las mujeres padecen una morbilidad diferencial respecto a los hombres, es decir, un conjunto de enfermedades o procesos que son más frecuentes en ellas, como son los problemas osteomusculares, el dolor y la fatiga crónica, las enfermedades autoinmunes, las alteraciones endocrinas, los trastornos de la salud mental y de la conducta alimentaria, y la incontinencia de orina, entre otros³.

Diferentes estudios han identificado sesgos de género en la atención sanitaria, en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la investigación. Estos sesgos, generalmente, perjudican a las mujeres y son debidos a estereotipos de género que permanecen vigentes en la sociedad y también entre los profesionales sanitarios. El ejemplo mejor conocido sería el de la patología coronaria en la mujer; además, estudios en el País Vasco también han puesto de manifiesto que las mujeres son preguntadas en Atención Primaria por sus estilos de vida con menos frecuencia que los hombres, lo que les impide beneficiarse de la capacidad del sistema de realizar prevención y promoción de la salud. Es más, entre la población identificada como fumadora y bebedora habitual, las mujeres vascas reciben menos consejo que los hombres para dejar de fumar o reducir su consumo de alcohol⁴.

Por otra parte, todas las Encuestas de Salud identifican una peor salud percibida de las mujeres, así como un mayor padecimiento de problemas crónicos y una mayor restricción temporal de la actividad⁵.

Estas diferencias no se explican únicamente por razones biológicas ligadas al sexo, sino sobre todo por una constelación de factores que tienen que ver con las condiciones de vida y la posición de las mujeres en la sociedad. Tal y como Benach^a decía: “Hoy en día, al tiempo que se descubre la toxicidad para la salud de nuevos productos o sustancias, estamos redescubriendo la “toxicidad” de las circunstancias sociales y los modos de organización social sobre la salud”. Esta peor salud debe ser considerada, por tanto, no como una mera diferencia biológica sino, tal y como la Organización Mundial de la Salud indica, como una desigualdad porque es innecesaria, evitable e injusta y debe ser corregida.⁶

^a Joan Benach es profesor de salud pública y salud laboral en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona

Promover que las mujeres alcancen los mejores niveles de salud posibles implica no sólo actuaciones de salud pública y de asistencia sanitaria sino también políticas dirigidas a mejorar sus condiciones de vida, a disminuir la desigualdad de género en los hogares vascos, con un reparto de tareas domésticas y de cuidado de las personas más igualitario, y a propiciar la igualdad en todos los ámbitos de la sociedad.

La búsqueda de la equidad de género en salud constituye la gran contribución del sector sanitario al objetivo de la igualdad. Hemos de recordar que la igualdad de derechos es condición necesaria pero no suficiente para lograr la equidad. La equidad de género alude a un compromiso social para asignar beneficios transitorios a un grupo en desventaja, las mujeres, con el fin de revertir la desigualdad preexistente. Contiene un principio de justicia, de superación de privilegios y de preocupación por ambos géneros. De igual forma la equidad no significa alcanzar tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de las diferencias evitables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, sufrir discapacidad o morir por causas prevenibles. Para que esto sea posible se necesitan políticas concretas y específicas que, desde la consideración de la desigualdad de género como un determinante de la salud, incorporen, tal y como recomiendan la resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas^a y la Declaración de Madrid^b, cambios en las culturas de las organizaciones sanitarias, en la elaboración de políticas de salud y en su planificación, ejecución y evaluación.

El Programa Salud y Mujeres es el instrumento elegido desde el ámbito sanitario para disminuir las desigualdades en salud por razones de género. El Programa Salud y Mujeres pretende también dar cumplida respuesta al principal compromiso de empoderar a las mujeres alcanzado en el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV. Desde el sector sanitario vamos a hacerlo promoviendo su autonomía física en el control sobre su propio cuerpo y en la gestión de su propia salud e incrementando, aún más, la atención de las instituciones sanitarias hacia sus problemas de salud, tomando en consideración sus opiniones y preferencias y aceptando sus decisiones informadas.

^a Conclusiones convenidas 1997/2 del Consejo, relativas a la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas del sistema de las Naciones Unidas.

^b La Declaración de Madrid es el resultado del Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa, celebrado en Madrid el 14 de septiembre de 2001.

2. FUNDAMENTACIÓN (BASES CONCEPTUALES)

El desarrollo del llamado enfoque de género en salud es un fenómeno reciente. El propio concepto de género es relativamente nuevo y hace referencia al tratamiento de las diferencias de poder entre hombres y mujeres; diferencias que varían a lo largo del tiempo y de acuerdo a las distintas condiciones sociales, políticas y culturales de cada contexto.

Uno de los primeros pensadores modernos que, sin utilizar el término género, introduce en el pensamiento científico la crítica a la condición social de la mujer y a las relaciones entre los sexos, fue el filósofo y economista John Stuart Mill (1806-1873). En colaboración con su esposa Harriet Taylor, publicó “La esclavitud femenina” en la que sostienen que el principio regulador de las relaciones entre los dos sexos, la subordinación de uno a otro, es intrínsecamente erróneo y constituye uno de los obstáculos más importante para el progreso humano. A mediados del siglo XX, diversas autoras feministas, como Simone de Beauvoir o Margaret Mead, hablan ya de la construcción social y cultural de las diferencias sexuales. En el campo de las ciencias médicas, en 1955, John Money, especialista en el estudio de defectos congénitos del desarrollo genital, introdujo el concepto de rol de género: las personas hermafroditas, a pesar de la falta de concordancia con el sexo biológico, se percibían a si mismas y eran percibidas como femeninas o masculinas cumpliendo con los roles y expectativas recibidas en la primera infancia. Poco después, en 1968, Robert Stoller, con su libro “Sex and Gender”, inició un debate que continúa hasta hoy sobre la separación entre sexo biológico y género social, en un intento de diferenciar lo que es biología y lo que es cultura.

El término sexo designaría las características biológicas y genéticas de una persona que la definen físicamente como hombre o mujer, es decir, todo lo relacionado con los cromosomas, los órganos sexuales y las características sexuales secundarias de las personas⁷. El concepto de género haría referencia a la construcción cultural y simbólica de la feminidad y masculinidad, por tanto, al conjunto de prácticas sociales, de representaciones y de valores asociados a hombres y mujeres que implican una diferenciación asimétrica y jerarquizada de espacios y funciones sociales que relega a las mujeres al ámbito reproductivo y a una situación de discriminación⁸.

Desde sus orígenes, el concepto de género se encuentra en un proceso de permanente construcción y deconstrucción así como de legitimación. Conviene, en este punto, señalar, frente a la frecuente confusión de género con mujer, que el género debe ser entendido como un concepto relacional, que hace referencia a las desigualdades que se establecen entre los

hombres y las mujeres con consecuencias concretas sobre diferentes aspectos de sus vidas, entre ellos la salud y la enfermedad. También señalar que, en los últimos años, la concepción clásica ha sido cuestionada por adoptar una polaridad extrema, con una visión única y universal de la feminidad y de la masculinidad, por no recoger las modificaciones que la cultura produce en la biología, por adoptar una posición determinista y finalmente por no reflejar con claridad cómo las condiciones socio-económicas, edad, ámbito geográfico, etnia, orientación sexual, etc. se entrelazan con el género y lo modifican.

La utilización del concepto género se ha extendido a múltiples campos y prácticas sociales, culturales y políticas debido al impulso del movimiento de mujeres y feministas y, también, a la aportación conceptual que, sin duda, representa. Así, el enfoque de género en salud podría definirse como “la consideración de las diferencias y desigualdades en los roles que varones y mujeres juegan, las desigualdades de poder en sus relaciones, sus necesidades, limitaciones, oportunidades y el impacto de estas diferencias en la determinación de su exposición diferencial a los riesgos, acceso a los beneficios tecnológicos, de información de recursos y de atención en salud, y de la realización y concreción de sus derechos”. Igualdad de género se definiría como “la ausencia de discriminación en cuanto a oportunidades y distribución de recursos o beneficios, o en el acceso a servicios basada en el sexo de una persona” y equidad de género como “la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y varones. El concepto reconoce que ambos tienen necesidades y poder diferentes, y que estas diferencias han de ser identificadas y contempladas de un modo que rectifique las desigualdades entre ellas y ellos”⁹.

En este contexto, se ha producido un gran número de investigaciones sobre las condiciones de salud y enfermedad de las mujeres, sus diferencias con los hombres y cómo éstas se traducen en inequidades y desventajas. Además, en el marco de las teorías de género, se han realizado estudios sobre los determinantes sociales y psicológicos que condicionan la salud de los hombres y se ha confirmado la existencia de efectos negativos asociados a las conductas dominantes, controladoras, competitivas y excluyentes de lo emocional, fomentadas por los modelos de masculinidad tradicional. Dado que las conductas de muchos hombres se apartan de este modelo, existiendo múltiples masculinidades o masculinidades multi-opcionales, no todos los rasgos o formas de masculinidad representan un riesgo para la salud o, al menos, no implican el mismo riesgo^{10,11,12}.

Hoy se considera que promover la inclusión del enfoque de género como requisito para alcanzar la igualdad y la equidad en salud es un objetivo prioritario. Aunque existen varias posibles líneas de enfoque de género en salud¹³ que se han ido desarrollando a lo largo de los últimos años, se ha elegido para este programa el enfoque integrado de género. Este enfoque incorpora todas las aportaciones realizadas por las diferentes líneas de salud de las mujeres, de desigualdad de género y de análisis de determinantes de género. De forma que dicho enfoque

integra procesos fisiológicos y necesidades específicas de salud relacionados con el ciclo vital para cada sexo, morbilidad diferencial por sexos, problemas de salud de las mujeres y los hombres, atención a las desigualdades de accesibilidad y atención e inequidades de género y análisis de los determinantes psicosociales de género^{14,15}. Sin embargo y dado que el ámbito del Programa es la salud de las mujeres, la mayoría de las actuaciones tienen como destinatarias a las mujeres, aunque algunas de singular importancia se dirigen tanto a mujeres como a hombres.

Por otra parte, se ha elegido también el marco conceptual del modelo biopsicosocial de comprensión del binomio salud-enfermedad. Este enfoque considera que las enfermedades no son únicamente la expresión de disfunciones biológicas, sino el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales.

De igual forma, se ha incorporado la vinculación nítida entre la salud, el ejercicio de los derechos humanos y el desarrollo de las sociedades que recoge la Constitución de la OMS diciendo “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” y su propuesta del año 2000: “...que todos los habitantes del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente de la vida social de la comunidad donde viven”^a.

Y se comparte, por último, la concepción estratégica de la transversalidad sistemática de la cuestión de género en la formulación de las políticas públicas¹⁶, lo que supone la incorporación del objetivo de la igualdad de perspectiva género en todos los niveles y en todas las etapas de su planificación e implementación.

^a Para Jonnathan Mann y Sofia Gruskin, entre los derechos y salud existen distintas relaciones que se implican entre sí. Una de ellas alude a que la falta de cumplimiento de los derechos tiene un efecto negativo en la salud de los individuos. Otra se refiere al impacto que las políticas y programas en salud ejercen en la promoción de los derechos. Finalmente, una tercera relación considera que los dos campos operan sinérgicamente creando una relación de complementariedad donde ambos se potencian o reducen mutuamente.

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LAS MUJERES DE LA CAPV

Conocer la situación de las mujeres de la CAPV, era un punto de partida imprescindible para el desarrollo de este Proyecto.

La información utilizada en la elaboración de este capítulo se ha obtenido de fuentes accesibles para cualquier persona interesada en el tema. Se han consultado principalmente páginas y documentos de carácter institucional del Departamento de Sanidad, Departamento de Justicia, EUSTAT, EMAKUNDE, etc. porque se ha querido comprobar si los sistemas de información existentes ofrecen sus datos diferenciados por sexo y si la información que facilitan es suficiente para conocer la situación actual de la mujer en la CAPV.

El resultado ha sido parcialmente satisfactorio, pues en el proceso de obtención de datos se ha puesto de manifiesto que, cada vez más, los informes y fuentes de información aportan datos relevantes que permiten una buena aproximación a la situación de las mujeres en la Comunidad. Sin embargo, aún es necesario seguir introduciendo mejoras, por lo que se aportan algunas ideas en el apartado de líneas de actuación.

3.1.- SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA^b

La dinámica demográfica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) debe entenderse dentro de su contexto histórico, social y económico. En los últimos 30 años se han producido transformaciones sociales importantes como el incremento del nivel educativo de las mujeres y su incorporación masiva al mercado laboral, o como los cambios en la estructura familiar y de los hogares que han dado lugar a una reducción del tamaño medio familiar y al aumento de las personas que viven solas. Además, la CAPV se ha convertido en polo de atracción de inmigrantes que ofrecen su trabajo y colaboran en mantener el actual sistema social.

3.1.1. Las mujeres suponen algo más del 51% de la población de la CAPV

^b Una parte importante de este capítulo está tomada del apartado "Igualdad de mujeres y Hombres" del Instituto Vasco de Estadística (Eustat), en el que se recogen una serie de indicadores que pretenden reflejar desde una perspectiva de género numerosos aspectos de la situación económica y social de la mujer en la CAPV.
<http://www.eustat.es/estad/arbola.asp?idioma=c&tipo=10>

Las cifras más recientes disponibles indican que en la CAPV residen 2.129.339 habitantes, de los que 1.089.405 son mujeres y 1.039.934 hombres.

En todos los grupos de edad inferiores a los 44 años se constata la existencia de mayor número de varones que de mujeres, situación que se invierte a partir de ese momento y se va acentuando a medida que aumenta la edad.

Por grupos de edad y territorio histórico, la población de mujeres de distribuye de la siguiente manera:

Población por grupos de edad (edad a 31/XII/2005), territorio histórico y sexo. 2006. (p)

	C.A. Euskadi			Araba/Álava			Bizkaia			Gipuzkoa		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	2.129.339	1.039.934	1.089.405	305.822	152.290	153.532	1.136.852	550.638	586.214	686.665	337.006	349.659
- (1)	17.436	8.916	8.520	2.533	1.312	1.221	8.719	4.444	4.275	6.184	3.160	3.024
00-04	95.646	49.012	46.634	13.763	7.012	6.751	48.675	25.049	23.626	33.208	16.951	16.257
05-09	83.457	42.687	40.770	12.129	6.134	5.995	42.464	21.819	20.645	28.864	14.734	14.130
10-14	80.352	41.276	39.076	11.746	6.000	5.746	41.898	21.463	20.435	26.708	13.813	12.895
15-19	91.631	46.937	44.694	13.684	7.067	6.617	48.933	25.049	23.884	29.014	14.821	14.193
20-24	123.049	62.757	60.292	19.065	9.731	9.334	65.820	33.402	32.418	38.164	19.624	18.540
25-29	168.465	86.714	81.751	25.740	13.450	12.290	89.450	45.712	43.738	53.275	27.552	25.723
30-34	181.368	93.534	87.834	27.346	14.269	13.077	95.522	48.702	46.820	58.500	30.563	27.937
35-39	173.270	88.507	84.763	25.916	13.390	12.526	92.142	46.589	45.553	55.212	28.528	26.684
40-44	172.642	86.138	86.504	25.183	12.671	12.512	93.079	46.141	46.938	54.380	27.326	27.054
45-49	163.830	81.111	82.719	23.264	11.534	11.730	88.959	43.746	45.213	51.607	25.831	25.776
50-54	143.074	70.638	72.436	20.597	10.259	10.338	76.208	37.436	38.772	46.269	22.943	23.326
55-59	138.165	68.189	69.976	19.676	9.936	9.740	72.821	35.505	37.316	45.668	22.748	22.920
60-64	117.669	56.788	60.881	16.531	8.327	8.204	62.647	29.875	32.772	38.491	18.586	19.905
65-69	97.271	45.341	51.930	13.059	6.454	6.605	52.869	24.050	28.819	31.343	14.837	16.506
70-74	104.407	46.978	57.429	13.192	6.286	6.906	58.399	25.995	32.404	32.816	14.697	18.119
75-79	84.133	34.844	49.289	10.197	4.400	5.797	47.417	19.641	27.776	26.519	10.803	15.716
80-84	55.270	19.606	35.664	6.946	2.554	4.392	30.531	10.773	19.758	17.793	6.279	11.514
85-89	25.876	7.279	18.597	3.504	1.081	2.423	13.784	3.873	9.911	8.588	2.325	6.263
90 y más	12.328	2.682	9.646	1.751	423	1.328	6.515	1.374	5.141	4.062	885	3.177

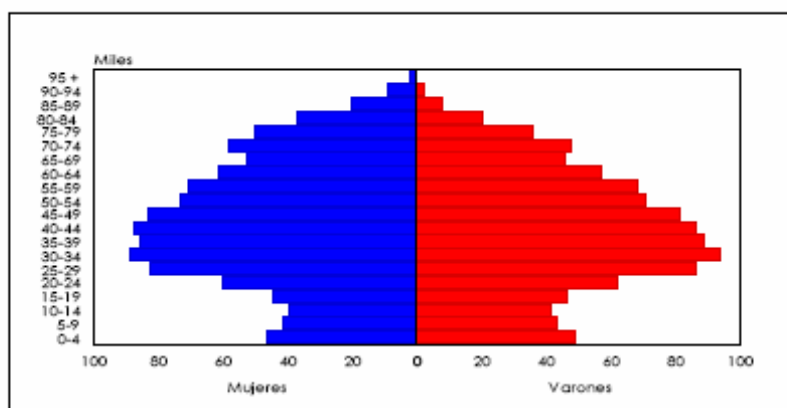
(p) Datos Provisionales

(1) Nacidos en 2006

Fuente: EUSTAT. Estadística de Población y Viviendas (EPV06)

Las mujeres tienen una presencia cuantitativa superior en las franjas de edad avanzada. Estas mujeres cuentan con un escaso nivel de instrucción, lo que puede limitar sus posibilidades de obtención de bienes y servicios y con pensiones bajas debido a su dedicación casi siempre exclusiva a las actividades reproductivas¹⁷.

Pirámide de población estimada de la CAPV (en miles). 2005

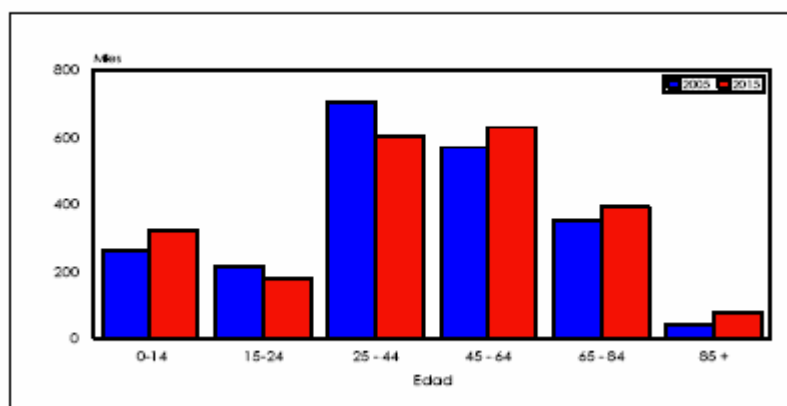


¹⁷ Resumen de los fenómenos demográficos de interés para la Salud Pública extraídos principalmente del EUSTAT-Instituto Vasco de Estadística, donde los datos e informes de referencia se encuentran ampliamente desarrollados (<http://www.eustat.es>).

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_isp/adjuntos/2006.pdf

Las proyecciones de población para el año 2015 se presentan en el siguiente gráfico:

Distribución de población de la CAPV por grupos de edad (estimación 2005; proyección 2015) según EUSTAT



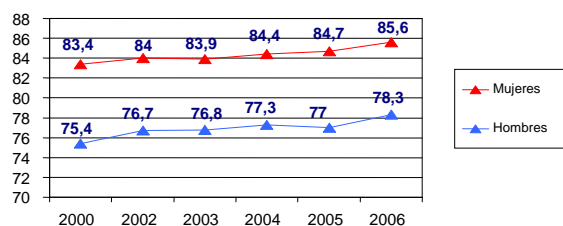
http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_isp/adjuntos/2006.pdf

3.1.2. Mayor esperanza de vida, aunque mayor número de años vividos con discapacidad.

El aumento de la esperanza de vida es uno de los objetivos del Plan de Salud 2002-2010, y su evolución en los últimos años ha sido la siguiente:

La **esperanza de vida** al nacimiento es significativamente superior en las mujeres. Según los últimos datos disponibles, las mujeres en Euskadi tienen una esperanza de vida de 85,6 años, casi 4 años más que la media de la UE-25 (81,9 años) y algo más de 7 años con respecto a los hombres de la CAPV (78,3 años).

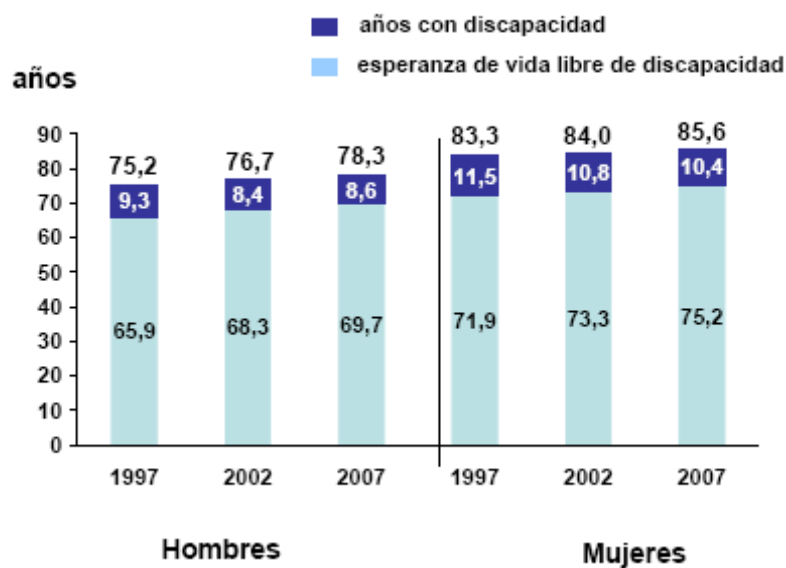
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO



Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.
http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20737/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/mortalidad_c.html

Esta ventaja de sobrevivencia ha sido asociada con factores genéticos ya que es un hecho que la mortalidad masculina tiende a exceder la mortalidad femenina a cualquier edad, incluso en útero, siendo este excedente particularmente pronunciado durante la etapa perinatal. Sin embargo, otros factores están también implicados ya que el fenómeno de la mayor longevidad de las mujeres es relativamente moderno.

Con respecto a la calidad de los años vividos, en el siguiente gráfico puede observarse que, si bien la esperanza de vida en las mujeres es mayor, también es mayor el número de años vividos con discapacidad, de forma que la ventaja de sobrevivencia no equivale necesariamente a una mejor salud. A esta situación se le ha denominado "longevidad minusválida".



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/encuesta_salud_2007.html

3.1.3. Caída y retraso de la natalidad

La CAPV responde a un modelo reproductivo de baja fecundidad durante las últimas décadas. De hecho, las tasas de natalidad y fecundidad en Euskadi son muy bajas (1,18 de hijos por mujer), muy por debajo del límite de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer).

Los datos de nacidos vivos y tasas de natalidad para nuestra Comunidad Autónoma se recogen en la siguiente tabla:

Nacidos vivos y tasa de natalidad por 1.000 habitantes por territorio histórico. 2002-2006

	C.A. de Euskadi		Araba / Alava		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Nacidos	Tasa	Nacidos	Tasa	Nacidos	Tasa	Nacidos	Tasa
2002 (a)	18.133	8,7	2.491	8,6	9.372	8,3	6.270	9,3
2003 (a)	19.267	9,2	2.694	9,2	9.806	8,7	6.767	10,0
2004 (a)	19.594	9,3	2.809	9,6	9.996	8,8	6.789	10,0
2005 (a)	19.715	9,3	2.792	9,4	10.122	8,9	6.801	10,0
2006 (a)	20.043	9,5	2.918	9,8	10.087	8,8	7.038	10,4

(a) Tasas provisionales

Fuente: EUSTAT. Estadística de Nacimientos.

A pesar del ligero incremento que se aprecia en las tasas de natalidad por 1.000 habitantes en estos últimos 5 años, la tasa del 2006 es inferior a la media de la UE-25 (10,5/1.000 hab.) y a media de la del Estado español (10,7/1.000 hab.). Las tasas de natalidad se mantienen, en buena medida, por el aumento de los nacimientos de madres extranjeras. Así, según los datos provisionales del INE para el año 2007, en la CAPV hubo 20.828 nacimientos, de los que el 11,31% (2.355) fueron nacimientos de madre extranjera. Estos porcentajes se han incrementado significativamente en los últimos años, pasando del 2% en 1996, al 7% en 2004 y al mencionado 11,3% en 2007.

En el 2005, la edad media de las madres al tener su primer hijo se situó en torno a los 31 años en la CAPV, por encima de las edades medias registradas en toda la UE y la maternidad en mujeres de más de 40 años superó a la de las mujeres jóvenes menores de 20 años.

Analizando el número de nacimientos por grupos de edad, vemos que el mayor número de nacimientos (44,93%) se produce entre madres del grupo de edad 30-34 años, seguido del de 35-39 años (26,64%). El correspondiente a madres menores de 20 años ha aumentado ligeramente con respecto al año anterior (1,36%). El retraso de la maternidad es, probablemente, uno de los fenómenos que ha contribuido a la disminución de la natalidad. Así, mientras en año 2000 el número de recién nacidos vivos de madres de 40 o más años fue de 450, en 2007 fue de 1.001.

Por otro lado, el incremento de los nacimientos a edades muy jóvenes es un dato a tener en cuenta, a pesar de su escaso peso porcentual, y sugiere la conveniencia de reforzar la educación sexual de los adolescentes. En el año 2000 el número de nacidos vivos de madres con 19 ó menos años fue en Euskadi de 178, en 2007 ascendió a 290.

Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV.

Edad	Total	%
14	3	0,01
15	15	0,07
16	30	0,14
17	46	0,22
18	89	0,42
19	107	0,50
20 - 24	1089	5,11
25 - 29	3647	17,11
30 - 34	9579	44,93
35 - 39	5679	26,64
40	1001	4,69
No consta	33	0,15

Fuente: Memoria 2007. Programa de Cribado Neonatal de la CAPV

Otro dato de evidente interés en el modelo reproductivo actual es que tener hijos o hijas deja de estar vinculado al matrimonio como requisito social, aumentando el número de descendientes de progenitores no casados (23%). Además, también aumenta el lapso de tiempo transcurrido entre la fecha del matrimonio y el nacimiento del primer hijo o hija.

3.1.4. Caída y retraso de la nupcialidad

Otro cambio significativo en la convivencia y las relaciones interpersonales es el descenso progresivo del número de matrimonios, apreciable incluso en periodos temporales breves. Así en el año 2002 se celebraron 10.020 matrimonios, cifra que se reduce en 2006 a 9.227. La franja de edad más habitual de las mujeres para contraer matrimonio es de 25-29 años, seguida por la de 30-34 años y por la de 35-39.

Matrimonios y tasas de nupcialidad por 1.000 habitantes por territorio histórico.

2002-2006

	C.A de Euskadi		Araba / Alava		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Matrimo nios	Tasa	Matrimo nios	Tasa	Matrimo nios	Tasa	Matrimo nios	Tasa
2002 (a)	10.020	4,8	1.410	4,9	5.164	4,6	3.446	5,1
2003 (a)	10.130	4,8	1.451	5,0	5.176	4,6	3.503	5,2
2004 (a)	10.045	4,8	1.381	4,7	5.183	4,6	3.481	5,1
2005 (a)	9.575	4,5	1.280	4,3	5.000	4,4	3.295	4,9
2006 (a)	9.227	4,4	1.270	4,2	4.769	4,2	3.188	4,7

(a) Tasas provisionales

Nota: No incluye los matrimonios homosexuales

Fuente: EUSTAT. Estadística de Matrimonios.

3.1.5. Situación educativa

El nivel de educación de las mujeres es un buen índice del desarrollo de una sociedad. La equidad de género en educación forma parte de los que el Gobierno Vasco entiende por justicia social y respeto a los Derechos Humanos.

La instrucción de las mujeres es necesaria para mejorar sus condiciones de vida, de participación y de desarrollo personal, así como sus niveles de salud y los de las personas a su cargo.

Las tasas de escolaridad por edad y sexo se recogen en el siguiente cuadro:

Tasas de escolaridad por niveles y sexo. C.A. de Euskadi. 2006/2007

	Total	Varón	Mujer
Total	19,2	19,7	18,7
Educación Infantil-Primaria	8,9	9,5	8,4
Total Secundaria	5,2	5,5	4,9
E.S.O.	3,3	3,5	3,1
Bachillerato	1,4	1,4	1,5
F.P.	0,5	0,6	0,4
Total Estudios Superiores	3,8	3,8	3,9
Est. Superiores no Universitarios	0,7	0,8	0,6
Est. Superiores Universitarios	3,1	2,9	3,3
E.P.A.	1,3	1	1,5

Las Tasas de escolaridad son la relación entre los efectivos escolares del sistema educativo y la población de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

En E.P.A. solo se calcula la tasa neta en el total, no por edades.

En bachillerato, formación profesional y estudios superiores no universitarios ha sido preciso estimar la distribución del alumnado en cada una de las edades superiores a 19 años en los dos primeros niveles, y superior en 22 años en el último nivel.

La estimación se basa en los datos que proporciona el último censo de la C.A. de Euskadi.

Fuente: EUSTAT. Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Universidades e Investigación

Los datos correspondientes al curso 2006/2007 indican que las mujeres predominan en la Enseñanza Universitaria y en las Enseñanzas de Régimen Especial, mientras que los hombres lo hacen en Educación Infantil, en Primaria y en Secundaria (ESO). Además, las mujeres predominan en los estudios universitarios de ciclo largo y los hombres en los estudios universitarios de ciclo corto, consiguiendo, en conjunto, un mayor número de títulos universitarios que los hombres.

Esta situación se invierte en la enseñanza de Formación Profesional donde el número de varones es superior al de mujeres, tanto en la Formación Profesional de grado medio como en la superior.

3.1.6. Trabajo

Trabajo reproductivo

El hecho de que el cuidado de las personas sea patrimonio casi exclusivo de las mujeres, supone un elemento de desigualdad de género en salud. Cuidar la salud de otros y, sobre todo, de las personas dependientes, menores, enfermos, discapacitados, impacta de diferentes formas sobre la vida y la salud física y mental de las cuidadoras y conlleva muy a menudo la exclusión -temporal o definitiva- del mercado laboral.

Al analizar las diferencias existentes en el tiempo dedicado al trabajo doméstico, se ve que las mujeres destinan más tiempo que los varones a las tareas de preparar comidas y ocuparse de la limpieza, la ropa y las compras.

Trabajo productivo

La incorporación de las mujeres al mundo del trabajo retribuido no se ha acompañado de una correspondiente redistribución de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres, debido a lo que se ha denominado el síndrome de inhibición doméstica de los varones. Los efectos sobre la salud de la multiplicidad de roles que, debido a ello, deben desempeñar las mujeres parecen estar influidos por la clase social y la posibilidad de obtener ayuda para las tareas domésticas y de cuidado. Por una parte, las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa, porque tienen más posibilidades de fortalecer su autoestima, el apoyo social aumenta su satisfacción con la vida y recibir un salario incrementa su poder en la familia. Por otro lado, si la sobrecarga es excesiva y se produce un conflicto de roles, la salud, sobre todo de las mujeres casadas, puede

resentirse¹⁸. La doble y triple jornada constituyen un importante obstáculo a la igualdad que dificulta la promoción laboral, la formación permanente, el acceso a la información y a la cultura, la posibilidad de participar activamente en la vida sindical, política y social y de disfrutar de ocio y tiempo libre a muchas mujeres.

En relación con las tasas de actividad y paro de la población de 16 y más años, las cifras indican que existe una gran diferencia entre las tasas masculinas y femeninas. Así, la tasa de actividad, que en 2007 era en promedio anual del 65,0% en el caso de los hombres, en las mujeres era del 44,9%. En cuanto al paro, si el promedio anual para ese mismo año era para los varones del 3,0%, en el caso de las mujeres ascendía al 3,6%.

Tasa de actividad de la población de 16 y más años por sexo y edad (%) (1).

	Sexo		Edad			
	Total	Varones	Mujeres	16-24 años	25-44 años	45 y más años
2001	53,6	65,7	42,2	40,0	85,8	32,8
2002	54,3	66,1	43,1	40,5	85,6	34,2
2003	55,1	66,2	44,6	40,6	86,5	35,1
2004	55,4	65,8	45,5	40,7	86,5	35,7
2005	54,8	65,3	44,9	37,7	85,1	36,4
2006	54,6	64,4	45,2	34,9	85,3	36,6
2007	54,6	65,0	44,9	33,5	85,9	36,7

(1) Datos obtenidos con la nueva población revisada (Base 2001).

Fuente: EUSTAT. Encuesta de Población en Relación con la Actividad.

Destaca en sentido favorable, la tasa de paro de las mujeres de 16 a 64 años en la CAPV (3,6%), frente a la media de la UE-27 (7,8%) y española (10,9%), según datos correspondientes a 2007 y, sobre todo, el descenso porcentual producido en esta tasa en los últimos años, en todos los grupos de edad.

Tasa de paro de la población de 16 y más años por sexo y edad (%) (1). 2008

	Sexo			Edad		
	Total	Varones	Mujeres	16-24 años	25-44 años	45 y más años
2001	11,1	7,5	16,5	25,5	11,1	6,3
2002	8,3	5,7	12,1	19,5	8,6	4,3
2003	8,6	6,5	11,5	22,2	9,2	3,6
2004	7,8	6,5	9,6	20,5	8,1	3,9
2005	5,7	4,7	7,0	13,5	6,4	2,9
2006	4,1	3,7	4,5	8,2	4,7	2,2
2007	3,3	3,0	3,6	7,6	3,7	1,9

(1) Datos obtenidos con la nueva población revisada (Base 2001).

Fuente: EUSTAT. Encuesta de Población en Relación con la Actividad.

Las cifras de ocupación, aunque de forma lenta, indican un incremento a lo largo del tiempo. La tasa de ocupación que en 2001 era del 45,7% para las mujeres, en 2007 ascendía al 57,3%, aunque aún se encontraba muy por debajo de la de los varones de la Comunidad (76,9%) en ese mismo año.

Tasa de ocupación de las mujeres (16 a 64 años). 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
C.A. de Euskadi (1)	35,3	36,4	38,7	42,2	43,0	45,7	49,4	51,6	53,9 ..	54,8	57,0	57,3
-Álava	39,6	42,1	45,3	47,1	49,4	51,5	54,9	55,6	57,5 ...	56,8	58,3	58,1
-Bizkaia	33,8	34,0	35,8	39,2	39,3	42,3	45,5	48,1	50,5 ...	52,2	54,8	55,2
-Gipuzkoa	36,0	38,0	41,0	45,4	46,7	49,0	53,6	55,7	58,0 ...	58,3	60,0	60,5

(1) Datos obtenidos con la nueva población revisada (Base 2001).

Fuente: EUSTAT.

3.1.7. Diferencias retributivas y feminización de la pobreza.

Al clasificar la población de 18 y más años por estrato de renta personal, se observa que existe una importante diferencia a favor de los hombres, ya que el porcentaje de éstos que no tenían renta ascendía al 12,94%, mientras que en ese mismo caso se encontraba el 20,67% de las mujeres. Al analizar el estrato de renta hasta los 1.500 €, se repite la situación negativa: frente a un 20,43% de mujeres en ese tramo, existía solamente un 4,80% de hombres. Este mayor porcentaje de mujeres se mantiene hasta el tramo de 9.000 a 12.000 euros, siendo el predominio de los hombres claramente más significativo en los tramos de rentas más elevadas.

Población de 18 y más años por estrato de renta personal y sexo (%). 2003

	C.A. de Euskadi		
	Total	Varón	Mujer
Total	100,00	100,00	100,00
Sin renta	16,92	12,94	20,67
Hasta 1.500 euros	12,84	4,80	20,43
1.501-3.000 euros	2,82	1,66	3,92
3.001-4.500 euros	3,12	1,90	4,26
4.501-6.000 euros	4,35	2,26	6,31
6.001-9.000 euros	8,02	6,01	9,91
9.001-12.000 euros	7,26	6,98	7,53
12.001-15.000 euros	7,70	9,30	6,20
15.001-18.000 euros	7,08	9,96	4,35
18.001-21.000 euros	6,17	9,16	3,34
21.001-24.000 euros	5,06	7,42	2,83
24.001-27.000 euros	4,01	5,83	2,30
27.001-30.000 euros	3,52	5,00	2,12
30.001-33.000 euros	2,84	3,95	1,78
33.001-36.000 euros	1,87	2,68	1,11
36.001-39.000 euros	1,27	1,89	0,69
39.001-42.000 euros	0,92	1,43	0,44
42.001-45.000 euros	0,69	1,07	0,33
45.001-48.000 euros	0,53	0,83	0,25
48.001-51.000 euros	0,45	0,70	0,21
51.001-54.000 euros	0,36	0,58	0,16
54.001-57.000 euros	0,30	0,48	0,14
57.001-60.000 euros	0,26	0,42	0,11
60.001-63.000 euros	0,22	0,36	0,09
63.001-66.000 euros	0,18	0,30	0,07
66.001-69.000 euros	0,16	0,26	0,06
69.001-72.000 euros	0,12	0,21	0,04
72.001-75.000 euros	0,10	0,17	0,04
75.001-78.000 euros	0,09	0,15	0,03
78.001-81.000 euros	0,08	0,13	0,03
81.001-84.000 euros	0,07	0,11	0,02
84.001-87.000 euros	0,06	0,10	0,02
87.001-90.000 euros	0,05	0,08	0,02
90.001-93.000 euros	0,04	0,07	0,02
93.001-96.000 euros	0,04	0,07	0,01
96.001-99.000 euros	0,04	0,06	0,01
99.001-102.000 euros	0,03	0,05	0,01
>=102.001 euros	0,36	0,61	0,13

Fuente: EUSTAT. Estadística de Renta Personal y Familiar

Al estudiar la renta personal media también se ve claramente que las mujeres se encuentran en una situación muy desfavorable. Así, a los hombres les corresponden 18.846 € y a las mujeres 8.744 €. En el caso concreto de las rentas del trabajo correspondientes a la población ocupada, los datos reflejan la evidencia de que la renta personal media de la mujer es un 30% inferior a la del varón, concretamente, 14.128 € frente a 20.212 €.

En 2005, Eustat realizó una encuesta a las personas sin hogar y de sus resultados se concluye que una de cada cuatro personas sin hogar es una mujer. Se trata de mujeres jóvenes –el 77% tiene menos de 44 años- con un estado de salud percibida ‘bueno o muy bueno’ en el 55% de los casos y que no ha consumido drogas o alcohol en el 53% de los casos.

En relación a la población jubilada, la situación descrita anteriormente de desigualdad es plenamente vigente, como lo demuestra el hecho de que si la renta personal media de un varón en situación de jubilación era de 15.888 €, la de una mujer en esas mismas circunstancias era de 9.136 €.

Renta personal media de la población jubilada por tipo de renta, territorio histórico y sexo (euros). 2003

	C.A. de Euskadi			Álava			Bizkaia			Gipuzkoa		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Renta total	12.872	15.888	9.136	12.197	14.391	9.153	13.256	16.492	9.149	12.469	15.425	9.110
Renta del trabajo	503	752	195	454	629	210	604	915	210	347	507	166
Renta capital mobiliario	1.390	1.492	1.265	1.467	1.549	1.354	1.317	1.404	1.207	1.487	1.627	1.329
Renta capital inmóvil	321	298	349	371	339	414	285	269	306	362	333	396
Renta de actividades	165	193	131	223	254	180	149	170	122	171	207	130
Transferencias	10.492	13.154	7.196	9.682	11.620	6.996	10.900	13.733	7.304	10.100	12.751	7.089
Renta disponible	11.911	14.581	8.604	11.327	13.270	8.633	12.247	15.104	8.620	11.556	14.186	8.568

Fuente: EUSTAT. Estadística de Renta Personal y Familiar

El aumento de los hogares unipersonales y monoparentales encabezados por mujeres está contribuyendo también a la feminización de la pobreza.

En los últimos 10 años, las familias de personas solas han aumentado en un 61%. Algo más del 61% son mujeres, el 48% solteras y el 41,5% viudas. Si en 1996 las personas divorciadas o separadas que vivían solas eran 7.000, en el 2006 se duplica su número, hasta afectar a unas 14.400, el 8,4%. La mayor esperanza de vida de las mujeres hace que afronten en mayor medida las circunstancias derivadas de la viudedad y ancianidad.

Según las estimaciones presentadas en octubre de 2008 por el Consejo Económico y Social Vasco (CESV), si se mantiene la previsión de las actuales tasas de emancipación, viudedad y divorcios así como la mayoritaria asignación de la patria potestad a las mujeres por parte de los jueces, en 2015 habrá en Euskadi 222.000 hogares encabezados por mujeres.

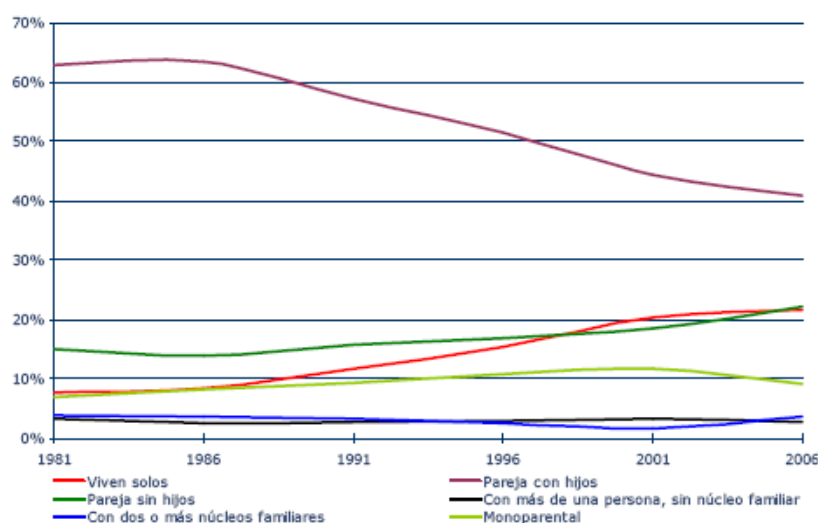
Por otra parte, estos hogares monomarentales disponen de una renta media anual significativamente inferior a la de los hogares tradicionales, según datos del INE (Panel de hogares de la Unión Europea 2002), y son los que con mayor frecuencia se acercan al umbral de la pobreza.

Familias por tipo y estado civil de la persona de referencia (en miles). 2006

	Total	Soltera	Casada	Viuda	Divorciada	Separada legal
C. A. de Euskadi	787,0	144,3	485,3	120,6	18,5	18,3
Unipersonal	169,7	81,3	3,5	70,5	7,5	6,9
Compuesta	21,3	16,4	0,4	3,7	0,3	0,5
Nuclear sin hijos	164,7	27,0	135,9	0,2	1,2	0,4
Nuclear con hijos	299,3	9,4	288,1	0,1	1,0	0,7
Monoparental	65,5	5,3	3,0	41,5	7,1	8,6
Ampliada	38,1	4,1	29,1	2,6	1,2	1,1
Polinuclear	28,5	0,8	25,3	2,0	0,2	0,1

Fuente: EUSTAT. Encuesta Demográfica, 2006.

Evolución de los tipos de familias. C. A de Euskadi. 1981-2006



Fuente: EUSTAT

3.2.- ESTADO DE SALUD

Las características de la salud de la población en general y de las mujeres en particular se han modificado significativamente en las últimas generaciones. Estos cambios en salud son la consecuencia de otros muchos cambios en la sociedad y en sus hábitos de vida. La adquisición de estilos de vida tradicionalmente considerados masculinos, la incorporación al mercado de trabajo sin abandonar los roles tradicionales en el hogar y la familia, una baja natalidad y una mayor esperanza de vida, son algunas de las claves para entender el estado de salud de las mujeres en la actualidad.

Se ha llegado a plantear que la emancipación de las mujeres tiene un precio en salud y explica la mayor ganancia en esperanza de vida experimentada por los varones en los últimos 10 años: 3 años frente a 2,5 años de las mujeres. La teoría de la modernización de los roles de género rechaza, sin embargo, atribuir a los nuevos papeles sociales de las mujeres la responsabilidad en una eventual pérdida de su salud. Plantea que la mayoría de los síndromes de la mujer emancipada pueden explicarse por la ausencia de responsabilidad de los varones en la reproducción y que los riesgos relacionados con la asunción de estilos de vida hasta ahora considerados masculinos se matizan por el mantenimiento de su vinculación al ámbito doméstico¹⁹.

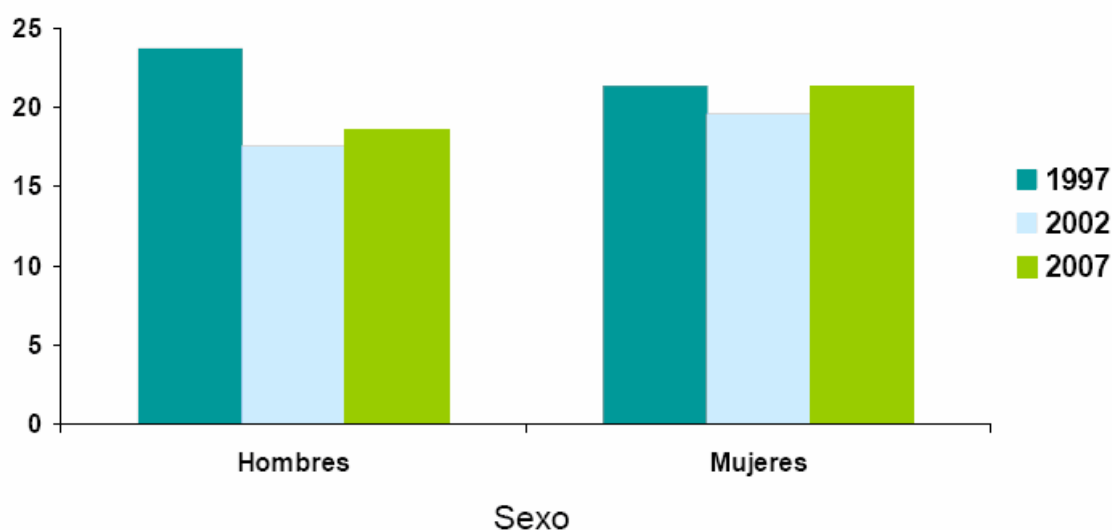
3.2.1. Salud percibida

La percepción de la salud propia es peor en las mujeres que en los varones, sobre todo entre

las mujeres mayores de 65 años. Los datos aportados por la Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV) 2007 nos dicen que el 23% de las mujeres percibían su salud como mala, mientras que lo hacía el 17% de los varones y que el aumento de la mala salud percibida se concentra en las mujeres a partir de los 45 años.

Esta diferente autopercepción de la salud se mantiene sin cambios en los últimos años. La evolución de la mala salud percibida por sexos se presenta en el siguiente gráfico.

Prevalencia (%) de mala salud

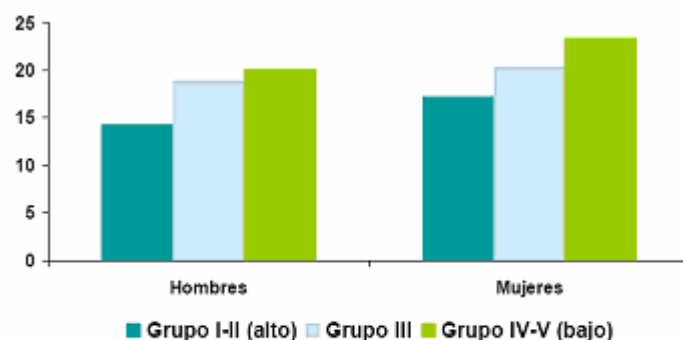


<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

También se observa en los resultados de la ESCAV que la prevalencia de mala salud se relaciona con el sexo y con el nivel socio-económico, siendo más elevada en las mujeres y en los grupos sociales más desfavorecidos, tal y como aparece reflejado en el siguiente gráfico.

Prevalencia (%) de mala salud



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

3.2.2. Problemas de salud crónicos

Los problemas crónicos más frecuentes por grupos de edad y sexo referidos en la ESCAV 2007 aparecen en la siguiente tabla. La mayor prevalencia se encuentra en mujeres mayores de 45 años, con una presencia importante de la hipertensión y la artrosis, tanto en el grupo de mujeres de 45 a 65 años como en las mayores de 65 años:

PREVALENCIA DE PROBLEMAS CRONICOS MÁS FRECUENTES
POR EDAD Y SEXO.(%)

	Hombre					Mujer					CAPV
	<=17	18-44	45-64	>=65	Total	<=17	18-44	45-64	>=65	Total	
Caries	1,1	1,6	1,6	0,6	1,4	0,5	1,1	0,9	1,0	0,9	1,1
P. dentales	0,7	0,8	1,4	1,1	1,0	0,8	0,8	1,3	1,1	1,0	1,0
Dolor de espalda	0,1	3,9	7,8	6,5	4,7	0,3	3,7	9,5	10,6	6,1	5,5
Dolor cervical	0,3	1,7	4,1	4,8	2,6	0,2	2,5	6,3	7,9	4,2	3,4
Sordera	0,5	0,3	2,9	8,2	2,2	0,1	0,6	2,4	6,6	2,2	2,2
Hipertensión	0,0	1,2	17,7	39,2	11,1	0,0	0,7	13,5	40,3	12,0	11,6
Colesterol elevado	0,0	1,2	12,8	17,0	6,5	0,0	0,5	9,3	19,4	6,6	6,5
Asma	9,1	3,4	1,7	4,0	3,9	4,6	3,7	2,6	3,7	3,6	3,8
Alergia	6,7	5,0	2,2	1,6	4,0	4,2	5,2	2,9	2,2	3,8	3,9
Cancer	0,0	0,2	0,9	1,9	0,6	0,1	0,4	1,2	2,0	0,9	0,8
Arterioesclerosis	0,0	0,0	0,3	0,4	0,1	0,0	0,0	0,1	1,8	0,4	0,3
Varices	0,0	0,5	1,8	3,0	1,1	0,0	1,5	5,0	7,8	3,5	2,3
Bronquitis crónica	0,7	0,1	1,9	8,0	1,9	0,6	0,5	0,9	3,1	1,2	1,5
Prob. riñón	0,0	0,2	0,8	1,0	0,4	0,0	0,4	0,7	0,5	0,4	0,4
Ceguera	0,2	0,6	1,2	4,5	1,3	0,0	0,2	1,1	5,9	1,6	1,4
Prob.de corazón	0,0	0,4	5,9	22,2	5,1	0,3	0,1	2,1	13,2	3,3	4,2
Úlcera	0,0	0,8	1,8	2,6	1,2	0,0	0,4	1,1	1,6	0,7	1,0
Artrosis	0,1	0,8	4,9	10,5	3,2	0,4	0,9	11,2	28,0	9,0	6,2
Prob. de piel	1,0	1,0	1,5	1,4	1,2	0,8	1,6	1,6	1,2	1,4	1,3
Piedras en la vesícula	0,0	0,0	0,3	0,5	0,2	0,0	0,1	0,6	1,2	0,4	0,3
Diabetes	0,0	0,5	5,9	12,4	3,6	0,3	0,5	3,5	9,9	3,2	3,4
Prob. cerebrovasculares	0,0	0,2	1,0	4,5	1,0	0,0	0,1	0,5	2,6	0,7	0,9
Prob. de próstata	0,0	0,1	2,6	14,3	2,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,4
Incontinencia urinaria	0,0	0,0	0,4	1,6	0,4	0,0	0,2	0,3	3,1	0,8	0,6
Ansiedad-depresión	0,0	1,3	2,6	3,6	1,8	0,2	2,7	7,4	9,0	4,8	3,3
Prob. mentales	0,3	1,8	0,5	1,7	1,2	0,4	0,8	0,6	2,1	0,9	1,1
Anemia	0,2	0,1	0,3	0,8	0,3	0,1	1,1	1,1	0,6	0,8	0,6
Osteoporosis	0,0	0,1	0,4	1,7	0,4	0,0	0,2	5,2	10,9	3,7	2,1
Estreñimiento crónico	0,0	0,2	0,3	1,4	0,4	0,2	0,8	1,5	2,6	1,3	0,8
Migraña	0,4	1,0	1,0	0,7	0,9	0,2	3,4	3,8	2,5	2,8	1,9
Prob.de tiroides	0,2	0,6	0,8	1,2	0,7	0,2	2,4	6,5	4,6	3,6	2,2
Hemorroides	0,0	0,2	0,9	0,9	0,5	0,0	0,5	1,2	0,8	0,7	0,6
Algún problema	18,7	26,1	55,9	83,5	41,5	13,7	30,0	57,6	86,1	46,3	43,9

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/tablaResultados.pdf

3.2.3. Restricción de la actividad.

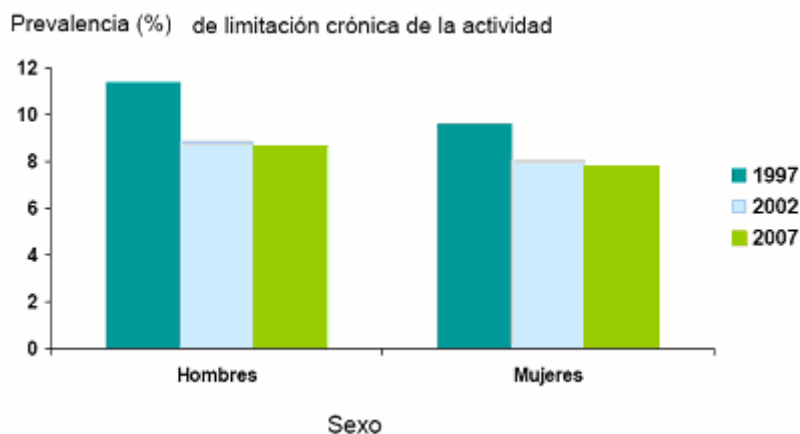
La restricción temporal de la actividad, esto es la reducción de la actividad normal debida a problemas de corta o larga duración, en las dos semanas previas afectó, según la ESCAV 2007, al 5,5% de los hombres y al 7% de las mujeres.

**PORCENTAJE DE PERSONAS CON RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD LAS DOS SEMANAS ANTERIORES
POR SEXO, EDAD y TERRITORIO HISTÓRICO**

		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV	Población estimada
Hombre	0-14	7,9	12,1	5,9	8,3	11.672
	15-24	7,6	5,1	3,2	4,5	4.955
	25-44	7,3	6,5	3,4	5,0	17.654
	45-64	8,1	6,3	3,9	5,3	14.654
	>=65	6,6	6,5	4,5	5,4	8.458
	Total	7,5	7,1	4,0	5,5	57.393
Mujer	0-14	8,0	9,4	9,3	9,1	12.247
	15-24	5,6	3,5	4,3	4,2	4.468
	25-44	9,2	7,1	4,3	5,9	20.230
	45-64	8,4	7,4	6,3	6,9	18.775
	>=65	10,4	8,1	9,2	9,0	19.963
	Total	8,7	7,3	6,4	7,0	76.683
Ambos sexos	0-14	8,0	10,8	7,5	8,7	23.919
	15-24	6,6	4,3	3,7	4,3	9.423
	25-44	8,2	6,8	3,8	5,4	37.884
	45-64	8,2	6,8	5,1	6,1	34.429
	>=65	8,8	7,4	7,2	7,5	28.421
	Total	8,1	7,2	5,3	6,3	134.076

Población estimada: Población con restricción temporal de la actividad por sexo, edad y territorio histórico

La prevalencia de limitación crónica, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico, que origina secuelas o limitaciones de larga duración, afecta de forma similar a mujeres y hombres. Así, el 8% de los hombres y de las mujeres tienen alguna limitación crónica de la actividad, y se mantiene estable con respecto a datos previos.

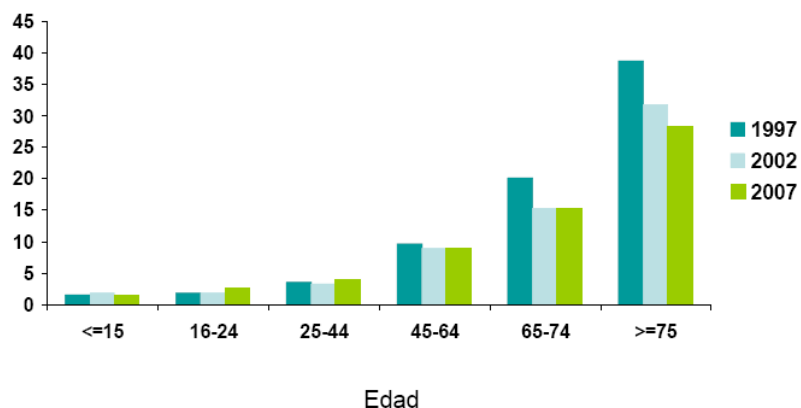


<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Considerando a las mujeres por grupos de edad, es en el grupo de 75 y más años en el que se aprecia mayor prevalencia de la limitación crónica de la actividad, sin embargo este es el grupo de edad en el que ha mostrado una evolución más favorable de este aspecto en la última década

Prevalencia (%) de limitación crónica en las mujeres



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

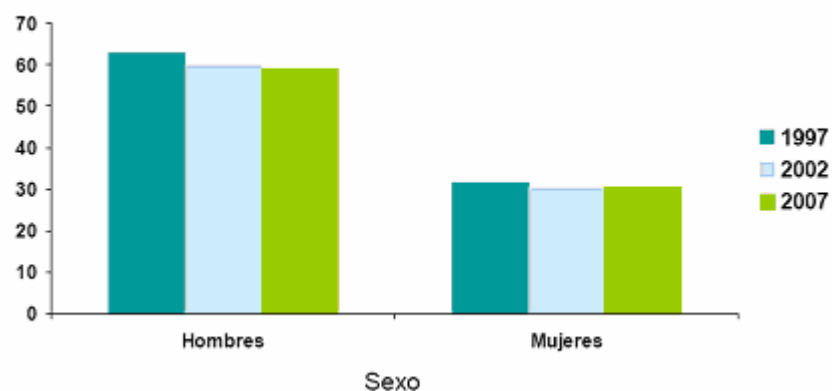
publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

3.2.4. Hábitos de vida

Alcohol

El 59% de los hombres y el 30% de las mujeres consumen bebidas alcohólicas al menos una vez por semana. Entre las mujeres, el grupo de mayor consumo de alcohol es el de 16 a 24 años.

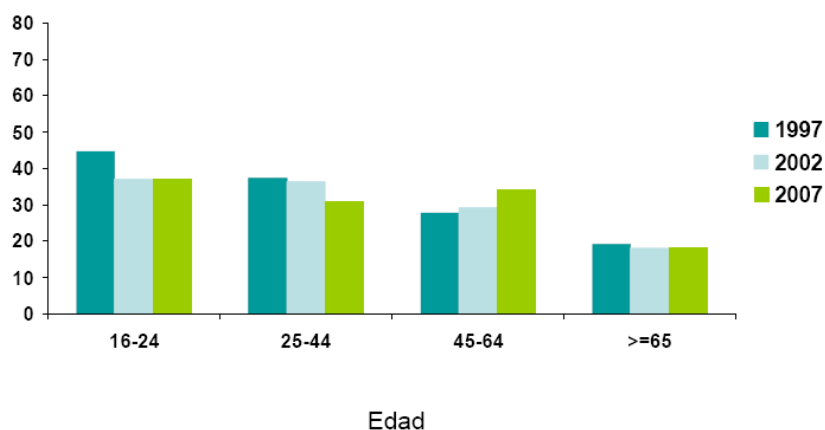
Proporción (%) de población bebedora habitual



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Proporción (%) de mujeres bebedoras habituales

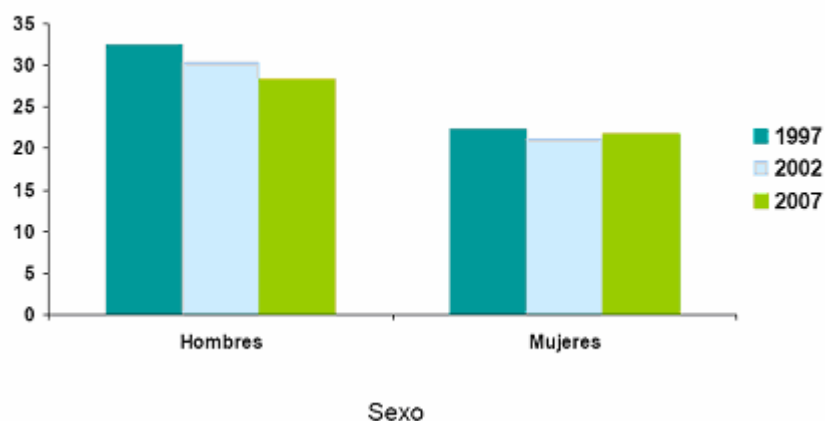


http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Según los datos de la ESCAV 2007, el 29% de los hombres y el 21% de las mujeres fuman habitualmente. En los últimos años, el consumo de tabaco ha descendido en hombres. Sin embargo, esta buena evolución no se aprecia en las mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia de mujeres fumadoras continúa siendo el de 25 a 44 años, aunque es también llamativa la alta prevalencia de tabaquismo en el grupo de 16 a 24 años, que se sitúa por encima de la prevalencia de los hombres en este grupo de edad.

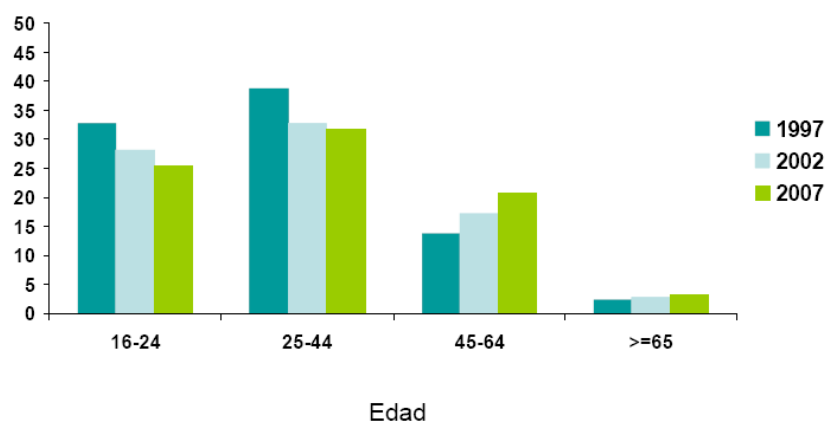
Los aspectos más relevantes del tabaquismo en mujeres y un intento de incorporar la perspectiva de género en la prevención y el tratamiento del tabaquismo han sido recogidos en el Libro Blanco sobre mujeres y tabaco²⁰.

Proporción (%) de población fumadora



http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Proporción (%) de mujeres fumadoras



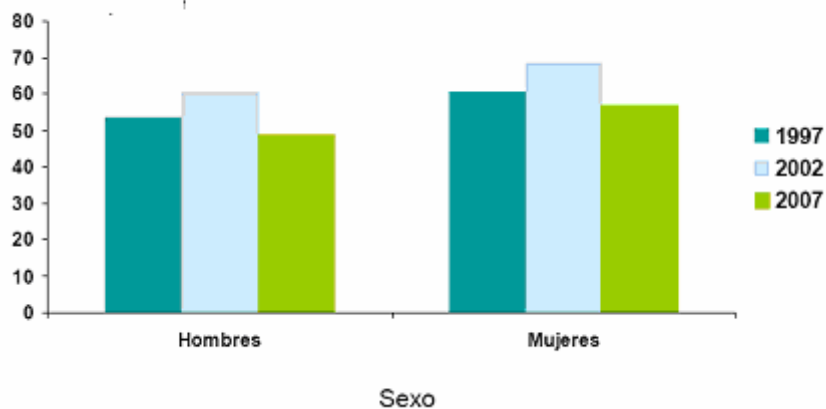
<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

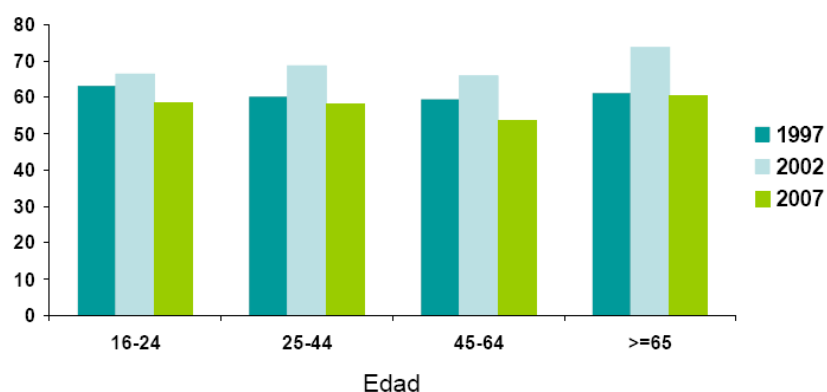
En general, el consumo de tabaco y de alcohol es menor entre las mujeres que entre los hombres.

Con respecto a los resultados de encuestas previas, el sedentarismo ha disminuido en mujeres y hombres. Sin embargo, aún existe un 57% de mujeres que no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. El grupo de mujeres de 45 a 64 años es el menos sedentario.

Proporción (%) de población sedentaria en el tiempo libre



Proporción (%) de mujeres sedentarias en el tiempo libre

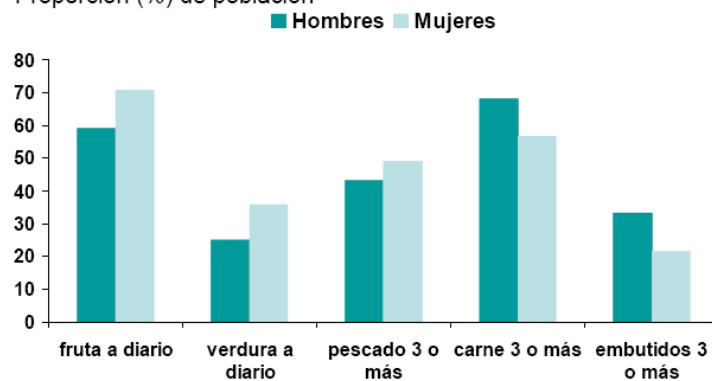


<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

En cuanto a los hábitos alimentarios, se aprecia una dieta más adecuada y más consumo de frutas y verduras en las mujeres que en los hombres.

Proporción (%) de población

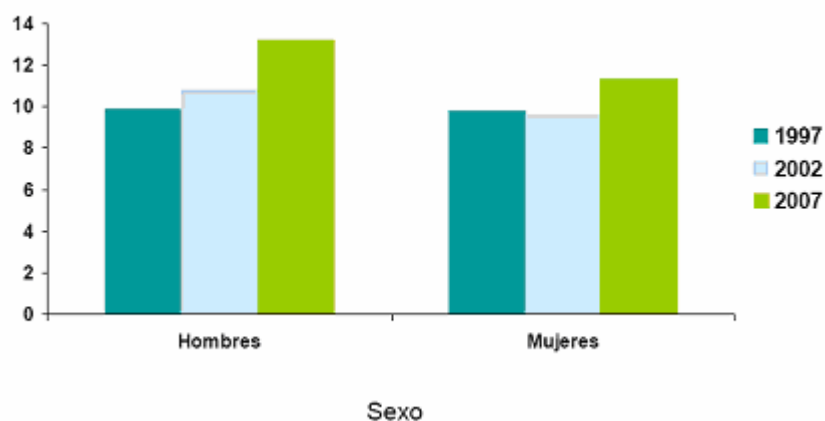


<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Sin embargo, esta mayor calidad en la distribución del contenido de la dieta en las mujeres no evita un preocupante aumento de la obesidad, similar al de los hombres, con respecto a resultados previos. Así el 13% de los hombres y el 12% de las mujeres padecen obesidad.

Prevalencia (%) de obesidad

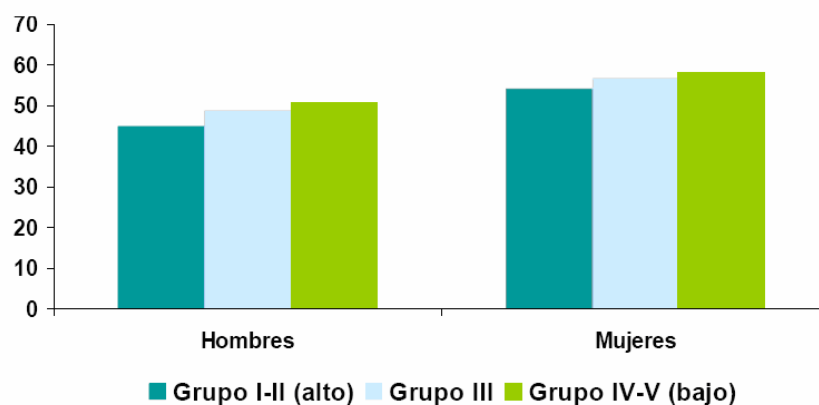


<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

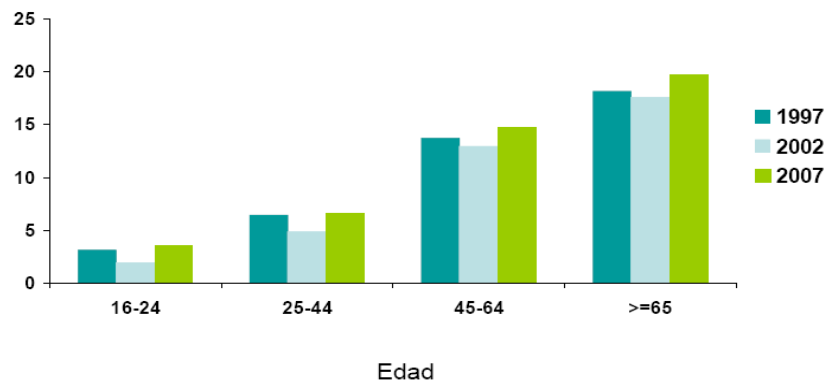
publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

El incremento de la obesidad en mujeres se produce en todos los grupos de edad y con mayor intensidad en los grupos socio-económicamente más desfavorecidos.

Proporción (%) de población sedentaria en el tiempo libre



Prevalencia (%) de obesidad en las mujeres



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

3.2.5. Violencia contra las mujeres

Se considera la violencia contra las mujeres como la manifestación más extrema de la desigualdad entre mujeres y hombres. Es un atentado contra los derechos humanos, una gravísima lacra social y un problema de salud pública que está recibiendo una gran atención en Euskadi. La Ley para la Igualdad, el IV Plan para la Igualdad, el II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a las mujeres víctimas de maltrato y agresiones sexuales y el Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres de la CAPV²¹ son muestra de este compromiso.

En 2007, se comunicaron un total de 274 casos de agresiones contra las mujeres, de los que 122 casos fueron considerados como agresión sexual, otros 122 abuso sexual y 2 exhibicionismo y provocación sexual. El grupo de edad de 12 a 17 años es el que sufrió el mayor número de casos (65), seguido por el de 18 a 22 años (41 casos).

Evolución de las victimizaciones de mujeres por delitos contra la libertad sexual, según territorio de los hechos (2002-2007)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Álava	41	50	65	70	35	52
Bizkaia	119	136	152	181	152	138
Gipuzkoa	72	88	81	66	69	84
CAPV	232	274	298	317	256	274

Fuente: Departamento de Interior del Gobierno Vasco.

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_c.pdf

Algunos datos sobre la evolución de la violencia doméstica contra las mujeres se muestran en las siguientes tablas tomadas del "Informe Violencia contra las mujeres" de Emakunde (2008)²².

Evolución de las victimizaciones¹³ de mujeres por violencia doméstica, según territorio de los hechos (2002-2007)¹⁴

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Álava	345 (271) ¹⁵	408 (294)	451 (334)	562 (450)	547 (446)	659 (533)
Bizkaia	1357 (1007)	1534 (1187)	1728 (1299)	2029 (1479)	2216 (1693)	2430 (1837)
Gipuzkoa	543 (412)	680 (507)	763 (586)	907 (682)	937 (743)	1116 (853)
CAPV	2245 (1690)	2622 (1988)	2942 (2219)	3498 (2611)	3700 (2882)	4205 (3223)

Fuente: Departamento de Interior del Gobierno Vasco.

¹³ La estadística de victimizaciones contabiliza todas las ocasiones en las que las personas han sido objeto de un ilícito penal, y como tales han quedado registradas por la Ertzaintza a través de una denuncia ciudadana o un atestado. Por ejemplo, en el caso de varias denuncias por amenazas sufridas por la misma persona, cada una de ellas genera una victimización.

¹⁴ En 2006 el Departamento de Interior amplió el tipo de infracciones recogidas bajo el epígrafe violencia doméstica, incluyendo las denominadas "otras infracciones relacionadas con el ámbito familiar" (delitos contra relaciones familiares, quebrantamientos de medidas judiciales, allanamientos de morada y omisiones del deber de socorro).

¹⁵ En cada uno de los apartados se indican entre paréntesis del total de victimizaciones cuáles corresponden a violencia por parte del cónyuge o análogo.

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_c.pdf

Evolución de los homicidios de mujeres por violencia doméstica, según territorio de los hechos (2002-2007)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Álava	-	-	-	-	-	1 (1)
Bizkaia	1 (1) ¹⁶	-	5 (4)	4 (3)	3 (2)	2 (1)
Gipuzkoa	-	-	-	-	-	- (-)
CAPV	1 (1)	-	5 (4)	4 (3)	3 (2)	3 (2)

Fuente: Departamento de Interior del Gobierno Vasco.

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_c.pdf

Evolución de las Ordenes de Protección solicitadas por mujeres en la CAE

CAE	Solicitadas (total)	Aceptadas (%)
2003	443	69
2004	462	71
2005	2.039	68
2006	1.110	65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de la Mujer y del Consejo General del Poder Judicial.

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_c.pdf

3.2.6. Salud reproductiva

Anticoncepción

En la CAPV, 445.838 mujeres se encuentran en edad fértil (entre los 15-44 años) Muchas de ellas requieren un método anticonceptivo para controlar su fertilidad.

Población por grupos de edad (edad a 31/XII/2005), territorio histórico y sexo. 2006. (p)

	CAPV	Araba/Álava	Bizkaia	Gipuzkoa
	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Total	445.838	66.356	239.351	140.131
15-19	44.694	6.617	23.884	14.193
20-24	60.292	9.334	32.418	18.540
25-29	81.751	12.290	43.738	25.723
30-34	87.834	13.077	46.820	27.937
35-39	84.763	12.526	45.553	26.684
40-44	86.504	12.512	46.938	27.054

(p) Datos Provisionales

Fuente: EUSTAT. Estadística de Población y Viviendas (EPV06)

La píldora postcoital es utilizada por las mujeres frente a un fallo del método anticonceptivo (rotura del preservativo, expulsión del DIU) o humano (no utilización de anticonceptivos, olvido de la píldora) y debe ser considerada como un ejercicio de responsabilidad frente a la posibilidad de un embarazo no deseado²³. El número de dosis administradas en la CAPV en 2006 ha sido de 19.180. Si tal y como Trussel²⁴ considera, por cada 1000 tratamientos se previenen 53 embarazos, podrían haberse evitado con este método de emergencia alrededor de 1000 embarazos no deseados en Euskadi.

La decisión tomada en 2008 de dispensar gratuitamente la píldora en los Centros de Osakidetza pretende mejorar la equidad al eliminar la barrera económica para los jóvenes y los sectores más débiles económicamente y obedece a la consideración de los embarazos no deseados como problema de salud pública. Quiere asimismo facilitar el contacto del sistema sanitario con adolescentes que están iniciando su vida sexual y necesitan información y apoyo, máxime al haberse comprobado que un alto porcentaje de adolescentes y jóvenes que interrumpen su embarazo nunca había acudido a un centro sanitario en busca de asesoramiento. Esta dispensación gratuita va a permitir, además, detectar las conductas sexuales de riesgo y facilitar la intervención necesaria.

Interrupción voluntaria de embarazo (IVE)

El Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la Comunidad Autónoma del País Vasco recoge de forma sistemática datos de las IVEs de la CAPV. Esto permite conocer su número, así como las características socio-demográficas de las mujeres que recurren a la IVE.

Así, según el último informe del registro de IVE de la CAPV, el número de IVEs notificadas al registro en el año 2006 fue de 3.091. De éstas, el número de intervenciones realizadas a mujeres residentes en otras CCAA fue de 505, siendo la mayoría de Comunidades limítrofes como Navarra (46,1%), Cantabria (38,2%), La Rioja (8,1%) y Burgos (5,3%).

Las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a la IVE fueron 2.586 (203 mujeres más que el año anterior).

Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV 1993-2006.

AÑO	Nº IVE	TASA
1993	1.283	2,60
1994	1.174	2,37
1995	1.256	2,55
1996	1.278	2,59
1997	1.301	2,64
1998	1.305	2,64
1999	1.435	2,91
2000	1.653	3,34
2001	1.646	3,33
2002	1.804	3,92
2003	1.798	3,93
2004	1.997	4,43
2005	2.383	5,34
2006	2.586	5,86

* tasa específica por 1000 mujeres de 15 a 44 años.

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20IVE%202006.pdf

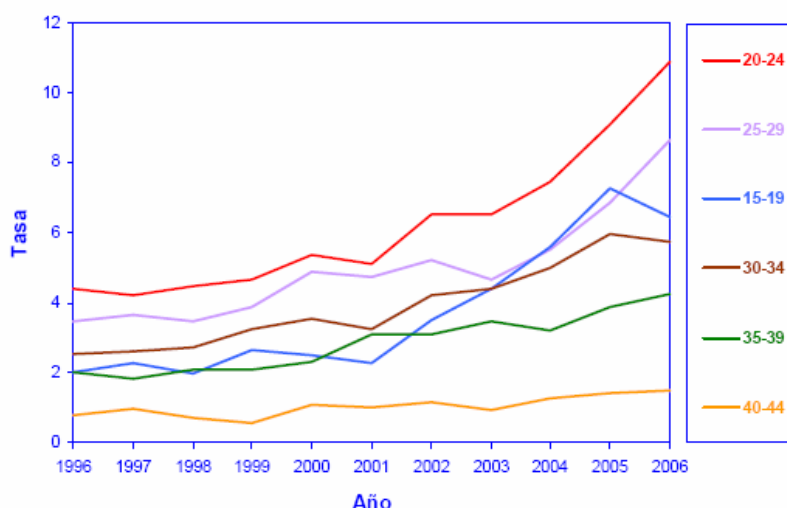
Las características socio-demográficas de las mujeres vascas que se sometieron a la IVE en 2006 fueron las siguientes:

- El grupo de edad que más frecuentemente recurrió a la IVE fue el de 25 a 29 años.
- Cerca del 11% eran adolescentes (menores de 19 años).
- Aproximadamente, la mitad de las mujeres no convivían en pareja.
- El 65,1% trabajaba, el 13,5% se encontraba en paro y el 12% eran estudiantes.
- En cuanto al nivel de instrucción, la mayor parte de ellas (59,7%) tenía o estaba cursando estudios de segundo grado /2º ciclo o superiores.
- En más de la mitad de los casos la mujer no tenía hijos y el 73,9% de ellas era la primera vez que se sometía a la IVE.

Hay que señalar que el 64,7% de las mujeres no había acudido a ningún centro o servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos durante los dos años previos a la IVE. Las mujeres pertenecientes a los grupos de edad más jóvenes son las que en menor medida hacen uso de los recursos de planificación. En el caso de las adolescentes, este porcentaje se eleva al 86%. Estos datos señalan la necesidad de mejorar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos de determinados grupos de mujeres y en especial de las más jóvenes.

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1996 se presenta en el siguiente gráfico. Las mujeres del grupo de edad 20-24 son en este periodo las que presentan mayor tasa de IVE. En las adolescentes (15-19 años), se observa por primera vez en la evolución de los últimos 10 años un descenso de la tasa.

Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1996-2006.



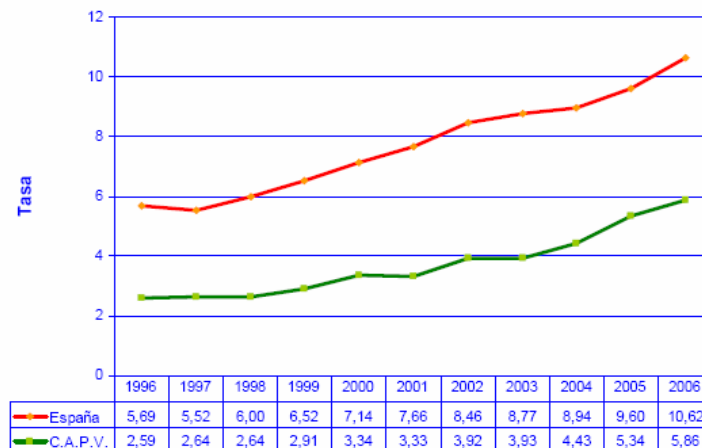
<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20IVE%202006.pdf

No se conoce el peso que las IVEs practicadas a las mujeres inmigrantes puedan tener en la evolución de la IVE en la CAPV. Esta dato se conocerá con mayor precisión en los próximos años, puesto que a partir de 2007 se han comenzado a recoger las variables nacionalidad, país de origen y año de llegada, lo que permitirá establecer las medidas oportunas.

Por último, mencionar que desde el año 1996, se observa tanto en el Estado español como en la CAPV un aumento continuo, progresivo y paralelo de la tasa de abortividad.

Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1996-2006 .



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

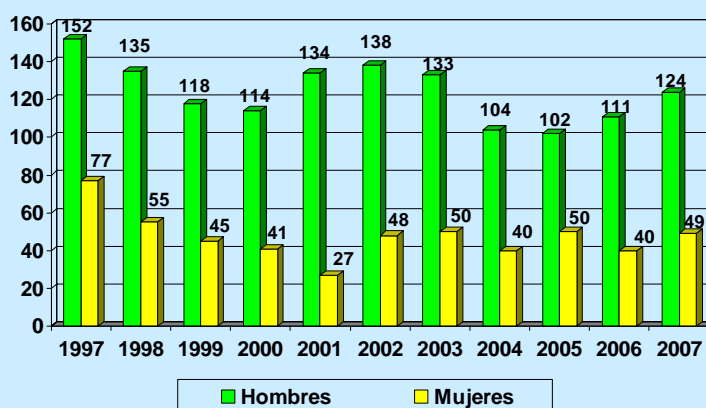
publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20IVE%202006.pdf

VIH y SIDA

Desde el Plan de Prevención y Control del SIDA del Departamento de Sanidad se realizan, además de múltiples actuaciones para su prevención, un estrecho seguimiento de la evolución epidemiológica del SIDA en nuestra comunidad.

Así, según los últimos informes disponibles, durante el año 2007, se han diagnosticado 173 nuevas infecciones por VIH frente a las 151 diagnosticadas en 2006. De estas, el 28,3% corresponden a mujeres con una edad media de 33 años.

NUEVAS INFECCIONES POR VIH SEGÚN SEXO. 1997-2007



Total: 1.887 casos

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

[20319/es/contenidos/informacion/sida_documentacion/es_doc/documentacion.html#situacion](http://www.osanet.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/sida_documentacion/es_doc/documentacion.html#situacion)

La transmisión en el caso de las mujeres se ha producido principalmente por relaciones heterosexuales (81,6%). Aunque existe una mayor susceptibilidad biológica de las mujeres a la transmisión heterosexual, son los factores económicos, sociales y culturales y la violencia de género (los que influyen en su relativa falta de poder sobre su propio cuerpo y su vida sexual) los que les confiere una mayor vulnerabilidad, tal y como constata el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida²⁵.

Embarazo, parto y lactancia materna

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_esp/adjuntos/2006.pdf

En 2006 se han producido, según el Registro de Recién Nacidos, un total de 20.726 nacimientos en la CAPV: 10.692 (51,59%) en Bizkaia; 7.405 en Gipuzkoa (35,73%) y 2.629 en Álava (12,68%). Ha habido 255 nacimientos más que en 2005, manteniéndose así la tendencia que se venía observando desde 1995, sólo rota en 1998.

Incidencia de prematuridad

En 2007, el 92,20% de los partos tuvo lugar entre las 37-42 semanas de gestación y el índice de prematuridad (Edad gestacional < 37 semanas) fue de un 7,74%

Proporción de nacimientos por semanas de gestación.

Semanas	Nº Nacimientos	%
< 28	86	0,40
28 – 32	269	1,26
33 – 36	1.296	6,08
<37 totales	1.651	7,74
37 – 42	19.655	92,20
> 42	6	0,03
No consta	6	0,03

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_esp/adjuntos/2006.pdf

Proporción de recién nacidos y nacidas según peso al nacimiento

PESO	CAPV	
< 1.500 g.	275	1,29%
1500-2.500 g.	1.374	6,45%
<2.500 g. TOTALES	1.649	7,74%
≥ 2.500 g.	19.666	92,25%
NO CONSTA	3	0,01%
TOTAL R.N.	21.318	

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_esp/adjuntos/2006.pdf

Atención al parto

El año 2007 Osakidetza atendió 18.134 partos, que representan el 88% de los partos de la Comunidad. La tasa de cesáreas en 2007 en Osakidetza fue de 13,23%, muy inferior a la cifra global del Sistema Nacional de Salud de 25,8%. Sin embargo, el 29,66% del total de partos que han tenido lugar en el sector privado se ha realizado mediante cesárea. Esta baja tasa relativa de cesáreas en Osakidetza es resultado de un esfuerzo mantenido en el tiempo de control y de adecuación de las indicaciones de cesáreas.

Proporción de recién nacidos y nacidas según presentación y tipo de parto.

Presentación	Número	%	Tipo	Sector Público		Sector Privado	
				Número	%	Número	%
Cefálica	20.284	95,15	Vaginal	16.159	86,76	1.834	70,27
Podálica	912	4,28	Abdominal	2.464	13,23	774	29,66
Transverso	79	0,37	No consta	1	0,01	2	0,07
Otros	13	0,06	Total	18.624		2.610	
No consta	30	0,14					
Total	21.318						

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_esp/adjuntos/2006.pdf

Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 2000-2006

Territorio	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Álava	14,5	14,4	15,7	16,6	15,5	16,5	16,7
Bizkaia	15,4	15,5	16,6	16,4	17,9	15,3	15,9
Gipuzkoa	16,4	16,8	18,6	18,3	17,9	15,2	15,4
CAPV	15,4	15,8	16,9	17,1	17,1	15,7	15,7

FUENTE: REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS DE LA CAPV.

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_esp/adjuntos/2006.pdf

En casos convenientemente seleccionados, los partos en presentación podálica se realizan por vía vaginal, siguiendo el Documento de Consenso elaborado en la Comunidad²⁶. Asimismo se ofrece la realización de versiones externas y el número de partos vaginales en mujeres que han sufrido una cesárea previa supera ampliamente la recomendación del 60% realizada por "La Iniciativa para un parto respetuoso con la madre"²⁷.

En la Comunidad existen sectores ciudadanos y profesionales muy sensibilizados ante la necesidad de una atención al parto respetuosa con la fisiología y con la autonomía de las mujeres.

Respecto al tipo de alimentación que han recibido los bebés nacidos en 2006 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, sigue siendo netamente predominante la lactancia natural.

Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 2002-2006

Alimentación	2002	2003	2004	2005	2006
Natural	64	63	68	69	66
Artificial	11	12	11	12	13
Mixta	23	23	19	17	20
No consta	2	3	2	1	1

FUENTE: REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS DE LA CAPV.

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_isp/adjuntos/2006.pdf

La diferencia en el porcentaje de la lactancia materna natural al alta a partir del 2001 con respecto a años anteriores se debe a un nuevo criterio más restrictivo adoptado por los hospitales de Osakidetza: es suficiente que el bebé haya tomado un suplemento, aunque sea sólo de agua, para que se clasifique como alimentación mixta.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 sitúan al País Vasco como la segunda Comunidad con mayor prevalencia de lactancia materna a las 6 semanas (82,37%), a los 3 meses (64,47%) y la de mayor prevalencia a los 6 meses (39,19%).

3.2.7. Incidencia de Cáncer

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20castellano.pdf

En 2003, se diagnosticaron 11.052 tumores malignos, 4.281 (38,7%) en mujeres y 6.771 (61,3%) en hombres. La tasa bruta de incidencia de cáncer para toda la población es de 532,2 casos por 100.000 habitantes. Si analizamos estos datos por sexos, vemos que en las mujeres la tasa bruta de incidencia es de 403 por 100.000 mujeres, y de 667 por 100.000 en los hombres.

El cáncer colo-rectal aparece como el grupo de tumores malignos más frecuente considerando ambos sexos (13,9%), seguido en orden de frecuencia de los tumores de mama (10,9%) y los de pulmón (10,5%).

Los tumores más frecuentes en las mujeres fueron en 2003 los de mama, colon-recto y cuerpo de útero. Pero se ha observado, en los últimos años, un aumento de los tumores relacionados con el tabaco, esto es, cáncer de pulmón y laringe.

Cáncer de mama

Es el tumor más frecuente en las mujeres y representa el 27,8% de todos los tumores malignos que padecen. La tasa de incidencia ha aumentado un 0,27% anual (IC - 0,64 / 1,18), lo que se considera un aumento no estadísticamente significativo.

En los últimos 5 años, se han diagnosticado una media de 1.123 casos nuevos cada año en mujeres de la CAPV, siendo la tasa estandarizada de incidencia con la población europea en el año 2004 de 84,2 por 100.000 mujeres al año.

La lucha contra el Cáncer de mama en la CAPV contempla el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) y una serie de estrategias y acciones cuyo objetivo prioritario es garantizar el diagnóstico rápido ante síntomas de alarma y los tratamientos más eficaces e integrales.

El PDPCM se dirige a mujeres de la CAPV de 50 a 69 años mediante la realización de mamografía bilateral en doble proyección, con carácter bienal. Osakidetza dispone para la realización del Programa de 9 Unidades de Detección, 6 Unidades de Valoración para la lectura diagnóstica de las mamografías y 7 Hospitales de Referencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las lesiones detectadas. Se ha comenzado en 2008 la digitalización de las Unidades que se espera concluir en 2009.

La tasa de participación es del 80%, superando en 10 puntos los mínimos de participación establecidos en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud y siendo muy homogénea para las diferentes clases sociales.

Desde el comienzo del PDPCM (año 1995) hasta junio de 2008, han participado un total de 872.965 mujeres, se han diagnosticado 3.745 cánceres de los que el 46,45% corresponde a los llamados "cánceres mínimos" y se ha realizado en el 78,49% de los casos tratamiento quirúrgico conservador.

En la última Encuesta de Satisfacción de usuarias del Programa, realizada en noviembre de 2007, el 95,5% de las mujeres encuestadas referían estar muy o bastante satisfechas de su paso por el Programa y el 100% de las mismas respondieron que acudirían cuando fueran convocadas de nuevo.

El Programa de cribado y las estrategias de intervención han logrado que la tasa de mortalidad por este problema de salud haya descendido un 30% en los últimos 15 años.

Cánceres del aparato genital femenino

Los tumores malignos del aparato genital representan un 12,5% de todo el cáncer de las mujeres y alguna de sus localizaciones como el cuerpo de útero se encuentra entre las más frecuentes (5,8%). Le siguen en frecuencia el ovario (3,1%) y el cuello de útero (2,1%).

En la evolución de las tasas de incidencia en los últimos años se observa un aumento en la incidencia de los tumores del cuerpo de útero. Sin embargo, han disminuido la de ovario y de cuello de útero.

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES POR SEXO CAPV - 2003

HOMBRES			MUJERES	
%				%
21,23	PRÓSTATA	1º	MAMA	27,83
14,47	PULMÓN	2º	COLONRECTO	14,10
13,76	COLONRECTO	3º	CUERPO B ÚTERO	5,82
7,28	VEJIGA	4º	SISTEMA HEMATOPOIÉTICO	5,49
5,20	ESTÓMAGO	5º	ESTÓMAGO	4,74

EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA INCIDENCIA POR TUMORES MALIGNOS ESPECÍFICOS CAPV 1994-2003

CIE-O		Mujeres			Hombres			Ambos sexos		
		Tasa* 1994	Tasa* 2003	% Cambio 1994-2003	Tasa* 1994	Tasa* 2003	% Cambio 1994-2003	Tasa* 1994	Tasa* 2003	% Cambio 1994-2003
C00-C14	Labio, c. oral y faringe	4,4	3,8	-0,61	33,8	28,0	-2,04**	18,3	15,3	-1,71
C16	Estómago	13,5	11,0	-2,59**	34,3	26,4	-2,25**	22,6	17,9	-2,27**
C18-C21	Colon-recto-ano	28,3	34,7	1,81**	63,8	70,4	2,14**	43,4	50,4	2,13**
C32	Laringe	0,4	1,0	2,15	28,6	20,5	-3,02**	13,6	10,4	-2,65**
C34	Pulmón	7,2	12,5	4,58**	85,6	75,9	-0,71	42,3	40,9	0,18
C42	Leucemias	7,4	6,8	-1,33	11,0	10,8	-0,85	9,1	8,6	-1,00
C44	Melanomas	2,8	5,0	5,54**	3,1	4,7	5,61**	2,8	4,8	5,59**
C50	Mama	79,9	87,7	0,27						
C53	Cuello de útero	7,8	7,3	-2,08	0,0	0,0	0,0			
C54	Cuerpo de útero	14,5	17,6	1,56	0,0	0,0	0,0			
C56	Ovario	12,8	8,9	-2,00	0,0	0,0	0,0			
C61	Próstata				49,7	106,3	10,47**			
C67	Vejiga	4,9	4,5	1,89	34,7	37,2	1,23	17,7	19,0	1,58**
C77	Linfomas	6,7	10,0	5,31**	9,2	15,3	4,09**	7,8	12,5	4,63**

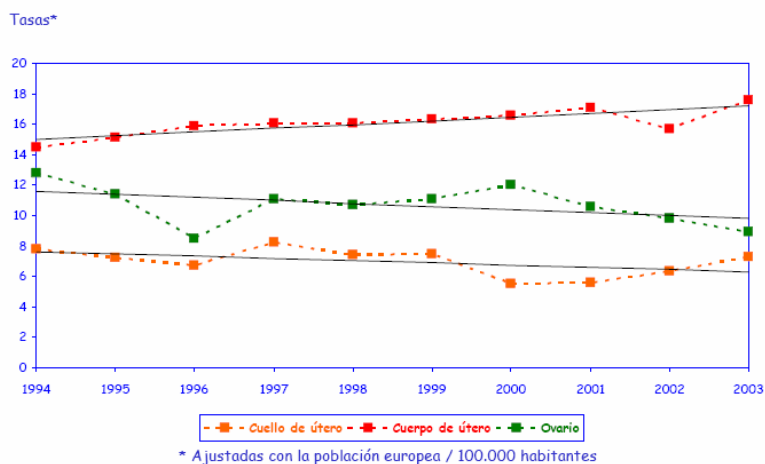
* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

** Diferencia estadísticamente significativa

Fuente: Registro de Cáncer, Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria, Departamento de Sanidad.

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/cancer.html

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA EN APARATO GENITAL FEMENINO. CAPV 2003.



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20castellano.pdf

3.2.8. Salud Mental

La situación de la salud mental de las mujeres todavía hoy plantea muchas incógnitas. Tradicionalmente se ha aceptado que las mujeres son más vulnerables a la enfermedad mental, aunque no a todas las enfermedades mentales, sino a los trastornos ansiosos y depresivos y en menor medida a los trastornos de la conducta alimentaria. Esta mayor vulnerabilidad de la mujer se ha explicado por causas biológicas, pero la introducción de la perspectiva de género en la investigación clínica y epidemiológica ha permitido otra comprensión del problema.

Según diversos estudios²⁸, los problemas de salud mental afectan más a las mujeres que a los hombres, contribuyendo las desigualdades sociales, económicas y de poder entre mujeres y hombres, la responsabilidad del cuidado de las personas, la violencia de género y el sesgo de género de los profesionales sanitarios a que las mujeres tengan peores resultados en salud mental. Así, las mujeres en España tienen 2,8 veces más probabilidades que los hombres de padecer trastornos del estado de ánimo, principal causa de discapacidad por trastornos mentales; además la prevalencia año de los trastornos de ansiedad es prácticamente el doble en las mujeres. Además, está identificado que los trastornos mentales comunes se relacionan con la situación laboral y encuentran como factores de riesgo, además de las bajas laborales y el desempleo, los permisos por maternidad. Señala, también, que los trastornos mentales graves generan una importante carga familiar que recae generalmente sobre la madre o una hermana del o de la paciente, produciendo en las cuidadoras sentimientos de pérdida, restricciones en su vida social y familiar, pérdida de oportunidades laborales y merma de su

salud mental. Por contra, los trastornos mentales graves, aunque los estudios no son uniformes, parecen tener una mayor incidencia en los hombres, así como la tasa de suicidios.

Por otro lado, el término salud mental hace referencia también a aspectos positivos como bienestar emocional, autoestima, optimismo, autocontrol, funcionamiento integrado y la capacidad para adaptarse a la adversidad. En el Estado, los hombres obtienen puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en salud mental positiva.

Tomado de los resultados de la ESCAV 2007, el porcentaje de población con síntomas de depresión y/o ansiedad, el porcentaje que ha pensado en suicidarse y el número de suicidios en la CAPV se reflejan en las gráficas siguientes.

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN
POR SEXO, EDAD Y TERRITORIO HISTÓRICO**

		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV	Población estimada
Hombre	16-24	9,2	7,0	7,2	7,5	7.489
	25-44	7,7	11,8	7,5	8,9	31.410
	45-64	10,3	15,1	11,1	12,3	33.736
	>=65	18,1	12,5	11,5	12,7	19.755
	TOTAL	10,3	12,4	9,3	10,5	92.370
Mujer	16-24	16,1	20,8	13,0	15,9	15.346
	25-44	16,8	19,0	14,3	16,2	54.849
	45-64	18,1	23,9	21,4	21,7	61.508
	>=65	28,0	25,5	25,0	25,5	56.267
	TOTAL	19,4	22,2	18,9	20,0	187.970
Ambos sexos	16-24	12,5	13,7	10,1	11,6	22.815
	25-44	12,2	15,3	10,8	12,5	86.259
	45-64	14,2	19,5	16,3	17,1	95.244
	>=65	23,6	20,2	19,4	20,2	76.022
	TOTAL	14,9	17,4	14,3	15,4	280.340

Población estimada: Población con síntomas de ansiedad y/o depresión por sexo, edad y territorio histórico

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/saludMental.pdf

**PORCENTAJE DE POBLACION QUE HA PENSADO ALGUNA VEZ SUICIDARSE
POR SEXO, EDAD Y TERRITORIO HISTÓRICO**

		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV	Población estimada
Hombre	16-24	3,9	4,1	2,8	3,4	3.458
	25-44	6,6	7,1	3,9	5,3	18.757
	45-64	2,5	4,2	3,0	3,3	9.043
	>=65	1,7	2,6	1,8	2,0	3.169
	TOTAL	4,2	5,1	3,1	3,9	34.427
Mujer	16-24	1,2	5,8	5,1	4,8	4.805
	25-44	6,4	6,3	5,2	5,7	19.379
	45-64	5,6	6,1	3,8	4,8	13.611
	>=65	2,4	1,5	1,7	1,7	3.816
	TOTAL	4,8	5,1	3,9	4,4	41.411
Ambos sexos	16-24	2,6	5,0	4,0	4,1	8.083
	25-44	6,5	6,7	4,5	5,5	38.136
	45-64	4,0	5,1	3,4	4,1	22.654
	>=65	2,1	2,0	1,7	1,8	6.985
	TOTAL	4,5	5,1	3,5	4,1	75.838

Población estimada: Población que ha pensado suicidarse por sexo, edad y territorio histórico

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/saludMental.pdf

Defunciones por territorio, grupos CIE-10, sexo y periodo.

2002 2003 2004 2005 2006

C.A. de Euskadi

--098 Suicidio y lesiones
autoinfligidas

Total	187	161	171	171	148
Varones	130	121	127	128	115
Mujeres	57	40	44	43	33

Fuente: Eustat

3.2.9. Morbilidad de las mujeres

Las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los hombres, que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo.

A la vista de los datos aportados por el registro de Altas Hospitalarias de la CAPV, que ofrece información sobre las altas producidas en los hospitales públicos y privados de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en el año 2007 quedaron registradas en los hospitales de agudos de Osakidetza 117.549 altas de mujeres frente a 108.516. En el caso de los hospitales de Media y Larga Estancia las altas de las mujeres (4.066) fueron algo menores que las de los hombres (4.314).

Teniendo en cuenta los grandes grupos diagnósticos, el mayor número de altas en las mujeres tuvieron relación con el embarazo parto y puerperio, seguidas de problemas con sistema nervioso y órganos sensoriales y problemas relacionados con el sistema circulatorio, tal y como queda reflejado en la siguiente tabla.

Altas totales, en los hospitales de agudos de Osakidetza, por grupo diagnóstico, territorio histórico y sexo.

Residentes CAPV 2007

CIE9-MC	Grupo Diagnóstico	CAPV				Alava				Gipuzkoa				Bizkaia			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	1.905	1,8	1.180	1,0	349	1,9	165	0,9	680	1,9	445	1,1	876	1,7	570	1,0
140-239	Tumores	10.799	10,2	9.225	8,0	1.756	9,8	1.536	8,1	3.347	9,4	2.738	6,8	5.696	11,0	4.951	8,9
240-279	Endocrino metabólicas	1.385	1,3	1.715	1,5	218	1,2	338	1,8	493	1,4	591	1,5	654	1,3	786	1,4
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1.116	1,1	1.170	1,0	214	1,2	256	1,3	437	1,2	404	1,0	485	0,9	510	0,9
290-319	Trastornos mentales	2.715	2,6	2.173	1,9	421	2,3	379	2,0	869	2,4	638	1,6	1.425	2,7	1.156	2,1
320-389	Sistema nervioso y órganos sensoriales	10.407	9,8	14.074	12,2	1.563	8,6	2.009	10,6	3.701	10,3	4.974	12,3	5.143	9,9	7.091	12,7
390-459	Sistema circulatorio	16.000	15,1	11.317	9,8	2.433	13,3	1.833	9,6	5.135	14,4	3.953	9,8	8.432	16,2	5.531	9,9
460-519	Aparato respiratorio	14.389	13,6	9.353	8,1	2.776	15,2	1.796	9,5	5.280	14,8	3.703	9,2	6.313	12,2	3.852	6,9
520-579	Aparato digestivo	15.221	14,4	10.793	9,4	2.699	14,8	1.807	9,5	4.809	13,4	3.580	8,9	7.713	14,9	5.406	9,7
580-629	Aparato genitourinario	5.356	5,1	7.723	6,7	1.169	6,4	1.304	6,9	1.689	4,7	2.458	6,1	2.498	4,8	3.981	7,1
630-676	Embarazo, parto y puerperio	0	0,0	22.269	19,3	0	0,0	3.361	17,7	0	0,0	8.461	20,9	0	0,0	10.447	18,7
680-709	Piel y tejido subcutáneo	1.534	1,4	1.077	0,9	222	1,2	179	0,9	618	1,7	417	1,0	694	1,3	481	0,9
710-739	Sistema osteomuscular	6.119	5,8	7.187	6,2	934	5,1	1.142	6,0	2.331	6,5	2.654	6,6	2.854	5,5	3.391	6,1
740-759	Anomalías congénitas	989	0,9	611	0,5	165	0,9	95	0,5	282	0,8	182	0,5	522	1,0	334	0,6
760-779	Patología perinatal	1.061	1,0	890	0,8	178	1,0	168	0,9	432	1,2	359	0,9	451	0,9	383	0,6
780-799	Signos y síntomas mal definidos	6.184	5,8	4.945	4,3	1.299	7,1	984	5,2	2.075	5,8	1.787	4,4	2.810	5,4	2.174	3,9
800-999	Lesiones y envenenamientos	8.026	7,6	7.292	6,3	1.387	7,6	1.278	6,7	2.560	7,2	2.147	5,3	4.079	7,9	3.887	6,9
V01-V82	Código V	2.725	2,6	2.326	2,0	463	2,5	385	2,0	998	2,8	923	2,3	1.274	2,5	1.018	1,8
	Sin codificar	30	0,0	22	0,0	1	0,0	0	0,0	28	0,1	22	0,1	1	0,0	0	0,0
	TOTAL	105.901	100	115.342	100	18.237	100	19.017	100	35.764	100	40.436	100	51.900	100	55.889	100

Fuente: Registro de altas hospitalarias (CMBD). Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20CMBD%202007.pdf

Por grupos de edad el mayor número de altas se produjo en las mujeres de 30 a 44 años, principalmente por procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, y en el grupo de edad de 75 a 89 años, por procesos relacionados con la vista, sistema circulatorio y fracturas.

Altas totales, en los hospitales agudos de Osakidetza, por diagnósticos más frecuentes, edad y sexo. Residentes CAPV 2007

Hombres						Mujeres					
Edad	CIE9-MC	Causa	Nº	%	Total	Edad	CIE9-MC	Causa	Nº	%	Total
0-14	474	Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides	704	8,88	7.929	0-14	474	Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides	504	8,89	5.609
	540	Apendicitis aguda	326	4,11			795	Trast. relac. con gestación cortabajo peso nacio.	279	4,97	
	752	Anomalías orgánicas de org. genitales	316	3,99			496	Bronquitis y bronquiolitis agudas	239	4,26	
	765	Trast. relac. con gestación cortabajo peso nacio.	303	3,82			540	Apendicitis aguda	232	4,14	
	469	Bronquitis y bronquiolitis agudas	270	3,41			496	Neumonía organismo sin especificar	163	2,91	
	TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO						TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO				
15-29	540	Apendicitis aguda	382	6,03	6.338	15-29	650	Parto en un caso totalmente normal	839	7,86	10.679
	685	Quiste pilonidal	249	3,93			645	Embarazo cronológicamente avanzado	583	5,46	
	470	Tabique nasal desviado	189	2,98			694	Trauma perineo y vulva durante alumbramiento	532	4,98	
	717	Trastorno interno rodilla	177	2,79			656	Otros prob. fetales y de placenta q afectan madre	439	4,11	
	265	Trastornos esquizofrénicos	166	2,62			658	Otras ate. de la cavil. y mem. amnióticas	374	3,50	
	TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO						TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO				
30-44	717	Trastorno interno rodilla	346	2,81	12.299	30-44	650	Parto en un caso totalmente normal	1.851	6,57	28.318
	265	Trastornos esquizofrénicos	317	2,58			694	Trauma perineo y vulva durante alumbramiento	1.505	5,67	
	540	Apendicitis aguda	286	2,33			645	Embarazo cronológicamente avanzado	1.457	5,15	
	569	Hernia Inguinal	277	2,25			656	Otros prob. fetales y de placenta q afectan madre	1.327	4,69	
	470	Tabique nasal desviado	237	1,93			658	Otras ate. de la cavil. y mem. amnióticas	1.151	4,10	
	TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO						TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO				
45-69	569	Hernia Inguinal	696	3,42	20.350	45-69	354	Mononeuritis miembr. sup. y mononeuritis múltiple	529	3,34	15.834
	414	Otr. formas de enf. cardíacas Isquémicas crónicas	512	2,52			174	Neoplasia maligna mama mujer	489	3,09	
	717	Trastorno interno rodilla	485	2,38			574	Coilectiasis	459	2,90	
	369	Catarata	481	2,35			218	Leiomioma uterino	432	2,73	
	789	Síntomas respiratorios y torácicos	468	2,30			396	Catarata	404	2,55	
	TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO						TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO				
60-74	369	Catarata	2.547	8,21	31.011	60-74	396	Catarata	3.290	14,21	23.155
	491	Bronquitis crónica	1.013	3,27			715	Osteoartritis / enf. afines	819	3,54	
	569	Hernia Inguinal	953	3,07			574	Coilectiasis	596	2,57	
	414	Otr. formas de enf. cardíacas Isquémicas crónicas	770	2,48			618	Prolapso genital	515	2,23	
	427	Distonías cardíacas	683	2,20			735	Deformación adquirida de dedo gordo del pie	470	2,03	
	TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO						TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO				
75-89	369	Catarata	3.153	11,89	25.516	75-89	396	Catarata	5.169	18,22	28.369
	491	Bronquitis crónica	1.312	4,95			428	Insuficiencia cardíaca	1.149	4,05	
	428	Insuficiencia cardíaca	1.084	4,09			820	Fractura del cuello de fémur	954	3,36	
	518	Otras enfermedades pulmonares	858	3,24			518	Otras enfermedades pulmonares	752	2,65	
	489	Neumonía organismo sin especificar	773	2,92			434	Oclusión de arterias cerebrales	711	2,51	
	TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO						TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO				
>90	428	Insuficiencia cardíaca	90	6,17	1.459	>90	620	Fractura del cuello de fémur	285	8,47	3.377
	369	Catarata	76	5,21			428	Insuficiencia cardíaca	213	6,31	
	518	Otras enfermedades pulmonares	76	5,21			518	Otras enfermedades pulmonares	204	6,04	
	489	Neumonía organismo sin especificar	74	5,07			519	Otras enfermedades del aparato respiratorio	184	5,45	
	519	Otras enfermedades del aparato respiratorio	64	4,39			396	Catarata	151	4,77	
	TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO						TOTAL ALTAS PARA GRUPO DE EDAD Y SEXO				

*Respecto al total de su grupo de edad y sexo.

Fuente: Registro de altas hospitalarias (CMBD). Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20CMBD%202007.pdf

3.2.10. Mortalidad

Los datos más actualizados de mortalidad en la CAPV figuran en el Registro de Mortalidad del Departamento de Sanidad. En el año 2006, el número de fallecimientos en la CAPV fue de 18.507 (el 47%, 8.697, fueron mujeres).

La actual diferencia de mortalidad por sexos no se distribuye por igual en todas las causas de muerte.

Se ha considerado una gran paradoja de género en salud el hecho de que las mujeres, aunque padecen un peor estado de salud, tienen una mayor esperanza de vida que los hombres. Sin embargo, como grupo, los hombres están ganando en los últimos años más esperanza de vida que las mujeres.

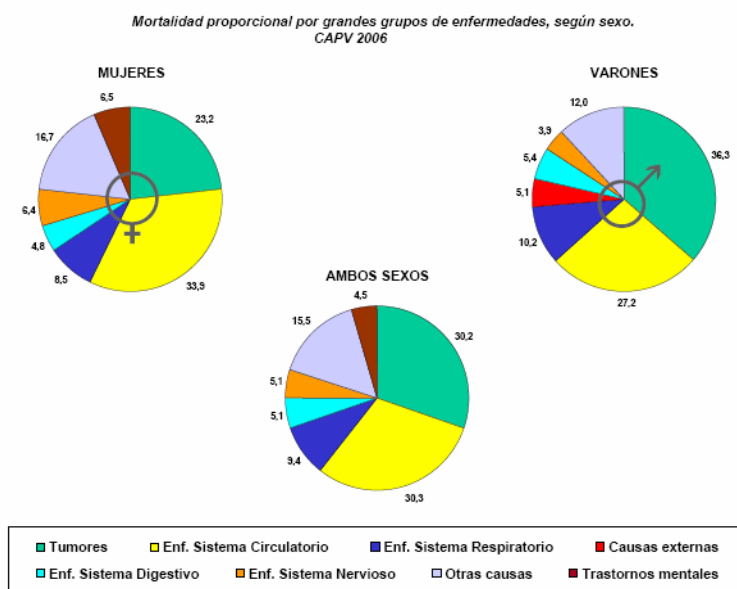
Frente a las mujeres que padecen más problemas físicos y psicológicos, enfermedades crónicas y discapacidad, que acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios y consumen más

fármacos, los hombres padecen más enfermedades graves que ocasionan más discapacidad permanente y muerte prematura.

Los factores de género están implicados en la desventaja de supervivencia masculina. Las mayores diferencias en la mortalidad entre hombres y mujeres no son atribuibles a factores biológicos sino que son consecuencia de comportamientos de riesgo asociados a la masculinidad tradicional, tales como accidentes, suicidios, cáncer del pulmón, cirrosis hepática y SIDA.

Principales causas de mortalidad

Las enfermedades del sistema circulatorio -junto con los tumores- aparecen como las primeras causas de muerte entre la población de la CAPV, ocasionando un 30% del total de todas las muertes y con unas tasas respectivas de 264 y 262 por 100.000 habitantes. En orden de frecuencia, con un 11%, le siguen las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 82 por 100.000 habitantes. La distribución de los grandes grupos de enfermedades por sexo es la siguiente: en las mujeres, la primera causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (34%) seguidas de los tumores (21%), orden que se invierte en los hombres.



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20Mortalidad%202006.pdf

Mortalidad prematura medida en años potenciales de vida perdidos (APVP)

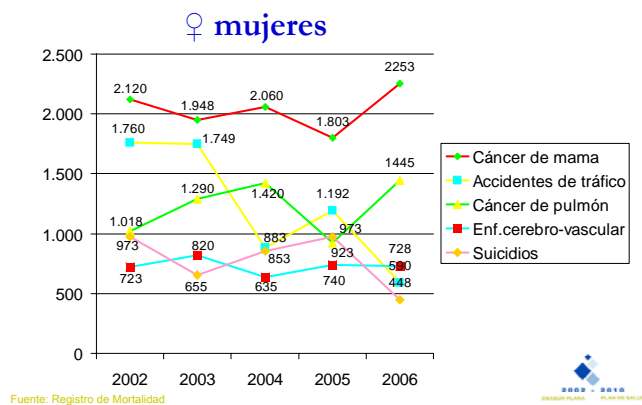
En los países desarrollados, con una alta esperanza de vida, la mayor parte de las muertes ocurren en edades avanzadas. De ahí que la mortalidad general no sea un buen indicador de la salud de la población general. En cambio, los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) constituyen en salud pública una buena medida que refleja el impacto causado por la mortalidad en la población más joven.

Durante el año 2006, las causas de muerte que han hecho perder más años potenciales de vida, en ambos sexos, son: los tumores (40%), las causas externas (22%) y las enfermedades del sistema circulatorio (16%).

Las causas específicas que han generado mayor pérdida de años potenciales de vida en las mujeres son el tumor maligno de mama, con 2.253 años potenciales de vida perdidos; le siguen en orden de frecuencia, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (1.445 años), las enfermedades cerebrovasculares (728), el tumor maligno de sitio mal definido o secundarios (635) y el tumor maligno de encéfalo (615).

La evolución en las mujeres, de las causas de mortalidad prematura en los últimos años se muestra en el siguiente gráfico:

Mortalidad prematura 2006 (APVP)

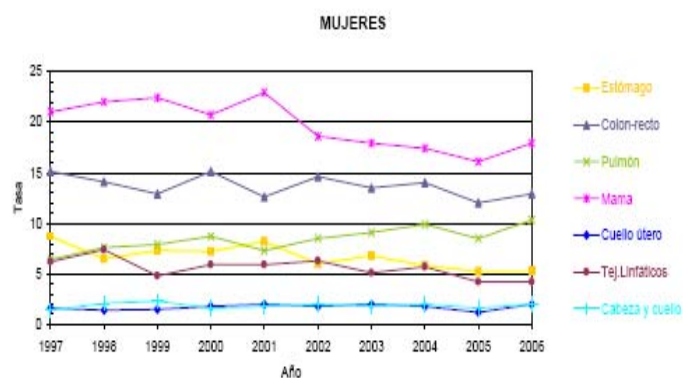


Evolución de la Mortalidad por diferentes tipos de cáncer

De forma más específica, el Informe de Mortalidad 2006, realiza un análisis de la evolución de la mortalidad por cáncer en los últimos 10 años. En el caso de las mujeres, la mortalidad por tumores malignos ha descendido significativamente, un 1% promedio anual en la última década, pasando de una tasa ajustada por edad a la población europea estándar de 113,1 por 100.000 habitantes en el año 1997 a 102,4 en el año 2006. El tumor que más ha descendido es

el de estómago, con un 3,5%. A continuación, con un 3% de descenso, se encuentran el tumor maligno de mama y el tumor maligno de tejidos linfáticos y hematopoyéticos también con un 3% en el conjunto de la CAPV. El único tumor maligno que presenta un aumento significativo de la mortalidad en esta última década, en las mujeres, es el tumor de pulmón.

***Evolución de la mortalidad* por tumores malignos seleccionados según sexo. CAPV
1997-2006***



*Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20Mortalidad%202006.pdf

3.3. HÁBITOS SOCIALES

La vida cotidiana de la población está condicionada en buena parte por la división social del trabajo.

3.3.1. Ocio y Relaciones Sociales.

El tiempo dedicado al ocio y a las relaciones sociales ha adquirido una gran importancia en nuestra sociedad. Tanto el tiempo del que se dispone para estas actividades como la forma en que se emplea son distintos para mujeres y hombres. En general, diferentes investigaciones²⁹ encuentran que las mujeres disponen de menos tiempo de ocio. Así, las mujeres que en la CAPV aseguran dedicar parte de su tiempo al ocio activo (práctica deportiva, paseos, uso de ordenadores y nuevas tecnologías) ocupan una media de 1 hora y 55 minutos diarios frente a las 2 horas y 22 minutos empleadas por los hombres en idénticas circunstancias. En relación al ocio pasivo (ver televisión, leer, asistir a espectáculos, cultivar aficiones o jugar) las mujeres le dedican una media de 2 horas y 33 minutos, mientras que los hombres emplean 2 horas y 46 minutos.

Según la Encuesta de Presupuestos del Tiempo, la población vasca dedica una media de 58 minutos diarios a las relaciones sociales aunque las diferencias entre los distintos días de la semana son más visibles que en otras actividades, llegando a alcanzar 1 hora y 42 minutos los domingos. Nuevamente son las mujeres las que presentan una dedicación más baja en este sentido ya que sólo ocupan una media de 52 minutos diarios en esta actividad frente a la hora y cuatro minutos empleada por los hombres. Las diferencias entre los sexos son quizá más perceptibles durante los fines de semana.

3.3.2. Uso de las nuevas tecnologías de comunicación

Según datos correspondientes al último trimestre de 2007, el 64,7% de las mujeres de 15 y más años tenía ordenador en su hogar. El porcentaje en el caso de los hombres era del 67,7%. Así mismo, una de cada tres mujeres manifiesta tener conexión a Internet.

3.4. MUJERES E INMIGRACIÓN

En los últimos años, se ha producido un aumento de la población inmigrante femenina en la CAPV, que en 2008 ha superado a la masculina.

Evolución general CAPV y TTHH por sexo.
Años 2004 a 2008

Total	2004	2005	2006	2007	2008
Álava	12.058	15.141	16.857	19.392	22.734
Gipuzkoa	18.232	21.536	25.290	29.040	35.786
Bizkaia	28.876	36.217	43.395	50.092	58.130
País Vasco	59.166	72.894	85.542	98.524	116.650

Mujeres	2004	2005	2006	2007	2008
Álava	5.438	6.825	7.734	8.894	12.509
Gipuzkoa	8.853	10.444	12.248	14.127	18.634
Bizkaia	14.496	18.242	22.066	25.687	28.846
País Vasco	28.787	35.511	42.048	48.708	59.989

Hombres	2004	2005	2006	2007	2008
Álava	6.620	8.316	9.123	10.498	10.225
Gipuzkoa	9.379	11.092	13.042	14.913	17.152
Bizkaia	14.380	17.975	21.329	24.405	29.284
País Vasco	30.379	37.383	43.494	49.816	56.661

Fuente INE.

Algunos trabajos realizados en la CAPV^{30,31} permiten, a través de encuestas y grupos de discusión, una aproximación a las condiciones socioeconómicas y de salud de las personas inmigrantes, aunque mucha de la información que proporcionan no está desagregada por sexo.

Los datos obtenidos una encuesta realizada a una muestra de 618 personas de diferentes nacionalidades y en los tres Territorios Históricos se resumieron en las siguientes conclusiones:

El periodo de residencia en la CAPV es inferior a 2 años en el 54% de los y las encuestadas. La media de edad fue de 32 años. Las personas provenientes del continente americano son mujeres en el 60% de los casos. Un 19% no tiene estudios y este porcentaje se duplica en la población de inmigrantes de origen africano.

El 40% está soltero, el 4% de asiáticos no están acompañados de familiares, porcentaje que aumenta al 37% cuando se trata de la población de origen africano.

Algo más de un 43% no tiene la documentación reglamentaria completa aunque un 11% la está tramitando.

El 22% de los y las encuestadas tiene trabajo fijo, el 51% eventual/ocasional y el 27% está en paro. Un 75% presentó dificultades para obtener vivienda y el 23% convive con seis o más personas en la misma vivienda.

Un 75% de las personas encuestadas disponía de tarjeta sanitaria. Durante el último medio año, un 50% recibió asistencia sanitaria y los motivos de consulta más frecuentes fueron los procesos respiratorios agudos (40%), dolor de espalda (19%) y revisión (19%).

El 51% de hombres y el 25% de mujeres son fumadores. Controles de tensión arterial y colesterol los realiza aproximadamente el 15% en ambos sexos. El 19% de las mujeres acude a consultas de planificación familiar.

La mitad de los y las encuestadas percibe su salud como normal y el 61% no percibe cambio en su salud respecto a su país de origen. Los problemas de salud físicos más frecuentemente referidos son las cefaleas, dolores de columna, problemas dentales, de nervios y oculares. Con respecto al estado de ánimo, la mitad manifiesta estar la mayor parte del tiempo tranquilos/as y un 25% frecuentemente están nerviosos/as.

Un 75% de las personas encuestadas ha acudido a servicios sanitarios y la valoración que realiza de la atención recibida es buena en la mitad de ellos, tanto en el trato personal recibido como en comunicación, atención del profesional, explicación del tratamiento y solución del problema de salud.

Las variables explicativas de utilización de servicios sanitarios encontradas se relacionaron con el hecho de ser mujer, percibir la salud como regular o mala y ser magrebí. Esto último puede estar relacionado con la menor aceptación de las personas de origen magrebí en relación a otros grupos de población inmigrante detectada en el estudio del Observatorio Vasco de la Inmigración³² sobre percepciones y actitudes de la población vasca frente a los diferentes grupos de población inmigrante. La mayor utilización de los servicios de urgencia por parte de la población inmigrante puede explicarse por la accesibilidad a cualquier hora, lo que permite la conciliación con los horarios de trabajo y por evitar trámites que pueden representar una barrera importante por dificultades idiomáticas, culturales y legales. El uso aún más frecuente en el caso de las mujeres inmigrantes puede ser debido, además de a estos factores, a condicionantes de género que determinan peores resultados de salud percibida, a encontrarse en edad reproductiva y a la dificultad que sus empleos más habituales (trabajo doméstico y hostelería) pueden representar para acudir a los centros sanitarios de forma programada.

4. ÁMBITO DEL PROGRAMA SALUD Y MUJERES

El Programa Salud y Mujeres es un instrumento de planificación e intervención que viene a sumarse a otros instrumentos de singular valor, tales como el Plan de Salud 2002-2010, el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV y a toda una serie de programas y protocolos, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de las mujeres mediante una atención eficaz, de calidad y equitativa, y, de esta forma, contribuir a disminuir las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.

Es un documento marco que formula la orientación de las políticas del Departamento relacionadas con la salud de las mujeres, con la búsqueda de la equidad de género en salud y con la inclusión de la perspectiva de género en las actuaciones sanitarias.

El Programa pretende complementar las actuaciones ya puestas en marcha por el Departamento de Sanidad y Osakidetza para mejorar la salud de las mujeres; además pretende desarrollar programas y objetivos fijados en el IV Plan para la igualdad de Mujeres y Hombres, iniciar un proceso de incorporación de la perspectiva de género a las políticas de salud y abordar áreas de actuación muy específicas no incluidas en otros planes o programas.

Pretende también servir de elemento aglutinador y coordinador del resto de programas y actuaciones que atienden la salud de las mujeres, a los que quiere enriquecer con la incorporando de la perspectiva de género y potenciar promoviendo una mayor integración de todas ellos.

En definitiva, el Programa, supone un nuevo esfuerzo, precedido de muchos otros sin los que no hubiera sido posible, que persigue la mejora continua de las políticas de promoción y atención de la salud de las mujeres

Por otra parte, este Programa pretende ser un instrumento dinámico y abierto que permita la incorporación de nuevas actuaciones o líneas estratégicas que aparezcan como necesarias o relevantes durante los cuatro años de su vigencia. De la misma forma, este documento de formulación de las políticas del Programa de Salud y Mujeres está abierto a cuantas correcciones, sugerencias y aportaciones de interés sean realizadas por instituciones, profesionales, ciudadanía y organizaciones de la sociedad civil.

4.1. PRINCIPIOS

El modelo de atención que promueve el Programa Salud y Mujeres posee los siguientes principios:

- Visión integral de los procesos de salud y enfermedad, así como de los servicios de atención que deben incorporar elementos de atención biopsicosocial y de humanización.
- Mandato de calidad que obliga a utilizar los mejores conocimientos y evidencias disponibles y las mejores técnicas y habilidades en la atención a los problemas de salud, así como a desmedicalizar^a los procesos fisiológicos de las mujeres.
- Vocación de disminuir las desigualdades en salud, una de las dos grandes metas del Plan de Salud 2002, a través de la disminución de las desigualdades por razón de género.
- Necesidad de promover el empoderamiento y la participación sociopolítica de las mujeres, tal y como recoge la Ley 4/2005 para la Igualdad de Mujeres y Hombres³³ y el eje II del IV Plan para la Igualdad, lo que supone fomentar desde las instituciones sanitarias el autocuidado y la responsabilidad de las mujeres en la gestión de su propia salud y respetar su autonomía.
- Consideración de las opiniones y perspectiva de las mujeres en todas las políticas sanitarias.

4.2. CONTEXTO NORMATIVO

El Programa Salud y Mujeres se ha elaborado dentro de un contexto normativo atendiendo a las recomendaciones de organismos internacionales, estatales y de Euskadi sobre el derecho humano a la salud y el derecho de hombres y mujeres a la igualdad y a la equidad^a.

El derecho a la salud fue incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1984 y forma parte de los principios centrales de la Organización Mundial de la Salud.

^a Medicalizar: generar una dependencia inhabilitante en los usuarios, promover necesidades ficticias, disminuir los niveles de tolerancia al sufrimiento y al malestar, desintegrar toda posibilidad de ejercer un cuidado de sí. Cecchetto. La medicalización de la vida en los Estados de bienestar –Política social, equidad y racionalidad. Segio Cecchetto, RATIO grupo de investigación filosófica del Departamento de filosofía de la Universidad Nacional del Mar de Plata. <http://www.favanet.com.ar/ratio/publicaciones.htm>

^a "Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético" Elsa Gómez Gómez, Taller Internacional cuentas nacionales de Salud y género Octubre 2001, Santiago de Chile OPS/OMS-FONASA

La superación de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres es una de las políticas prioritarias de la Unión Europea (UE). Así se recoge, entre otras normativas que figuran en anexo 1, en los siguientes acuerdos:

- 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.
- 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.
- 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.
- El segundo **Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud 2007-2013** que contempla las desigualdades en salud.

4.3. CONVERGENCIA CON OTROS PLANES Y ESTRATEGIAS

Tal y como se ha mencionado, el Programa Salud y Mujeres no nace con el objetivo de incluir todas las actuaciones que el Departamento y Osakidetza realizan para promover, prevenir y atender la salud de las mujeres, sino con la misión de complementarlas e inspirar en todas ellas la necesidad de incorporar la perspectiva de género.

El Programa, por tanto, es plenamente consciente de las fundamentales aportaciones a la salud integral de las mujeres que representa la decisión del Departamento de Sanidad de ampliar el Plan de Detección Precoz de Cáncer de Mama –primera causa oncológica de mortalidad en las mujeres- hasta los 69 años; de poner en marcha un Programa de Detección del Cáncer de Colón, segunda causa oncológica de mortalidad de mujeres y hombres; de crear las Unidades de Atención al ICTUS, al ser las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte femenina, o de disminuir el número de Tarjetas Sanitarias en Atención Primaria que permitirá un mayor tiempo de atención, por citar sólo algunas de las decisiones de especial impacto adoptadas en 2008.

Otra línea estratégica, ya en desarrollo y de singular importancia para la salud de las mujeres, es la adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades de los usuarios y la flexibilización de sus horarios, al aliviar la carga del trabajo de cuidado que recae fundamentalmente en las mujeres y mejorar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral. Osakidetza viene realizando un importante esfuerzo traducido en reorganización de la atención como, por ejemplo, la apertura de los Centros de Salud en horario de tarde, pero también, adoptando como empresa pública del País Vasco, fuertemente feminizada y que debe ser modélica,

medidas de conciliación para sus trabajadoras y trabajadores. El Programa pretende progresar en esta línea ofreciendo medidas específicas para los padres y madres de niños y niñas pretérminos, hospitalizados o con necesidades especiales por problemas del desarrollo.

Por otra parte, en el diseño de este Programa se ha prestado especial atención a que sus líneas y estrategias no aborden actuaciones contenidas en otros programas del Departamento de Sanidad o Autonómicos con los que presenta especiales conexiones: Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, Programa de vacunación contra el Virus Papiloma Humano, Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, Donación de sangre de cordón umbilical, Plan de Salud Mental y otros.

5. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Se han elegido las siguientes cinco líneas de actuación por considerar que su desarrollo permitirá alcanzar los principales objetivos pretendidos por el Programa Salud y Mujeres: mejorar la salud de las mujeres a través de una mejor comprensión de sus necesidades específicas y de los condicionantes de género que les afectan y disminuir las desigualdades entre mujeres y hombres promoviendo la equidad en salud.

5.1. Realizar un análisis de género de los planes, programas y protocolos de Osakidetza y proponer medidas encaminadas a la introducción del enfoque de género en las actuaciones en salud

El enfoque de género en salud hace más científica la medicina y mejora la calidad y eficacia de las intervenciones sanitarias dirigidas a hombres y mujeres. Este enfoque transversal de las actuaciones en salud no sólo pone de manifiesto la forma en que las desigualdades derivadas de los roles de género que desempeñan mujeres y hombres en la sociedad redundan en perjuicio de la salud de las mujeres, sino que también identifica los problemas de salud a que se enfrentan los hombres como consecuencia de la interpretación social de su papel.

Para que las intervenciones en salud atiendan adecuadamente las diferentes necesidades en salud de hombres y mujeres, es necesario partir de un concepto integral de la salud que tome en consideración los factores tanto biológicos como sociales, de vulnerabilidad psicosocial y de experiencia subjetiva vivida que les afectan de forma diferencial. El enfoque de género es necesario para alcanzar la excelencia asistencial y comienza a ser considerado un componente imprescindible de una Medicina científica.

Objetivo general

Reducir las desigualdades en salud entre mujeres y hombres en Euskadi, a través de actuaciones dirigidas a mejorar el conocimiento de las mismas en el sistema de salud y a establecer medidas adecuadas para su corrección.

Actuaciones

- Identificar los problemas de género más relevantes en el Plan de actividades preventivas de Atención Primaria.
- Revisar los sistemas de información y registro sanitarios para adecuarlos a las necesidades de segregar datos por sexo y explotar resultados.
- Diseñar propuestas metodológicas para incorporar la perspectiva de género en protocolos, programas e intervenciones en salud.
- Desarrollar un programa de formación para capacitar a los profesionales responsables de la elaboración y evaluación de planes, programas y protocolos en el enfoque de género en salud.
- Incluir contenidos relativos al género como determinante de salud de mujeres y hombres en los programas de formación continuada de los y las profesionales de la salud.
- Apoyar la elaboración de un documento de “Recomendaciones para evitar los sesgos de género en las Guías de Práctica Clínica”.

5.2. Promover la mejora de la salud sexual y reproductiva

Resulta esencial para que las mujeres y el conjunto de la sociedad alcancen la mayor salud posible, el disfrute de una sexualidad sin riesgos, el acceso a los medios de control de natalidad, la posibilidad de elegir libre y conscientemente la maternidad y paternidad, la mejor atención al embarazo, parto y puerperio, el reconocimiento del protagonismo de la mujer en un acto de hondo contenido como es el parto y el nacimiento, así como que se apoye su derecho a amamantar y se atiendan con una perspectiva centrada en la familia las necesidades de los bebés recién nacidos enfermos o pretérminos.

Un elemento irrenunciable del concepto de salud es la calidad de la vida sexual y reproductiva. La OMS define la sexualidad sana como “la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales”. Por tanto, aportar una visión científica, positiva y libre de la sexualidad, contribuir a promover una autonomía moral y ética y procurar los medios que permitan vivirla de forma responsable, satisfactoria y libre de consecuencias no deseadas son importantes objetivos de la atención

sanitaria. La atención específica a adolescentes y jóvenes forma también parte de la defensa del derecho de las personas a vivir una sexualidad placentera, saludable y sin temores en las distintas etapas vitales, desde el nacimiento a la muerte.

Los embarazos no deseados continúan siendo un problema de salud pública no resuelto en el mundo entero. La utilización de la anticoncepción de emergencia ofrece una “segunda oportunidad” por lo que su promoción es una medida de salud pública que a todos interesa y que promueve la salud sexual y reproductiva de las mujeres y el ejercicio de sus derechos humanos. La dispensación gratuita de la píldora postcoital, medicamento considerado esencial por la OMS, pretende contribuir a la disminución de los embarazos no deseados y a las interrupciones de embarazo, así como a posibilitar la mejor atención a personas con conductas sexuales de riesgo. La promoción del preservativo en su doble condición de método anticonceptivo y preventivo de enfermedades de transmisión sexual es hoy un imperativo de salud.

En los últimos años, se ha venido produciendo una gran medicalización de la vigilancia del embarazo. Esto supone una carga para las gestantes sanas y, en muchas ocasiones, es causa de inseguridad e incertidumbre innecesarias. Una vigilancia prenatal actualizada, integral y de calidad debe ser personalizada, incorporar sólo las intervenciones que han demostrado su efectividad, evitar todo lo no necesario, prestar una mayor importancia a los aspectos psicosociales y considerar una prioridad el cuidado emocional de la mujer. La preparación al parto y a la crianza, con especial énfasis en las ventajas del parto fisiológico, de la lactancia materna y de la paternidad responsable, forman parte de la asistencia de calidad que se propugna. La puesta en marcha de un Programa de Cribado del Síndrome de Down y otras Cromosomopatías permitirá sustituir la oferta de amniocentesis a partir de los 35 años, por una prueba de estimación del riesgo. Esta prueba se ofrecerá a las embarazadas de cualquier edad y posibilitará, por primera vez, la detección de las cromosomopatías en las mujeres más jóvenes; así mismo, evitará la realización de amniocentesis y sus riesgos de pérdida fetal a las mayores de 35 años que tengan resultados favorables en el cribado combinado del primer trimestre.

El parto y el nacimiento deben ser entendidos como momentos promotores de la salud física y psíquica de la madre y de la criatura. Para ello, es importante impulsar una atención más personalizada, científica y respetuosa con la fisiología del parto y del nacimiento, con las necesidades básicas de la parturienta y de los y las recién nacidos y con las preferencias y decisiones de las mujeres en uso de la autonomía personal y de la patria potestad que les reconoce la legislación vigente. Para un mejor desarrollo de este nuevo modelo de atención, la Comunidad va a dotarse de un Documento Marco que establecerá las líneas de actuación en la atención al parto y al nacimiento, los indicadores de calidad asistencial, el tratamiento de los Planes de Parto, la formación y actualización de los profesionales en la asistencia al parto

fisiológico y en la atención integral al dolor en el parto y la identificación de necesidades materiales, de recursos humanos y de mejora de infraestructuras.

Un objetivo importante de este nuevo modelo asistencial es, además de posibilitar un parto y nacimiento seguros con la menor intervención posible, no perturbar la interacción madre-recién nacido. La preservación de la intimidad que el momento cumbre del nacimiento requiere, el contacto piel con piel inmediato y no interrumpido y el inicio espontáneo del amamantamiento han demostrado ser importantes para el establecimiento del vínculo y el éxito de la lactancia. La conciencia creciente de que estas ventajas también deberían, en la medida de lo posible, ser disfrutadas por las madres y las y los recién nacidos por cesárea, introduce en nuestras Maternidades un nuevo reto profesional y organizativo.

La lactancia materna es la mejor alimentación posible y satisface además las necesidades de contacto físico y seguridad de los lactantes. Debe ser promovida, por tanto, como garantía de dieta saludable que proporciona el adecuado desarrollo y protege frente a infecciones y enfermedades en la infancia. Pero, también, como fuente de bienestar físico y psíquico para la madre y la criatura y como protectora frente a enfermedades maternas, cáncer de ovario, cáncer de mama, osteoporosis, etc. y enfermedades del lactante en su vida adulta como sobrepeso y obesidad, hipercolesterolemia, asma y diabetes mellitus, entre otras. Las desventajas e inconvenientes de la lactancia artificial deben darse a conocer, observando siempre un escrupuloso respeto a la decisión informada de las mujeres que la eligen, quienes deben ser adiestradas en el manejo adecuado de las formulas artificiales y animadas a mantener un estrecho contacto físico con sus hijas e hijos.

Una proporción importante de recién nacidos los son antes del término. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales han conseguido que gran parte de estas criaturas nacidas antes de tiempo sobrevivan, pero al precio de ocasionar en ocasiones efectos indeseables. La exposición de los recién nacidos pretérmino a un medio hostil, como es una Unidad de Cuidados Intensivos, dificulta la organización del cerebro en desarrollo y ocasiona también un gran impacto emocional en los padres y madres que modifica adversamente el proceso de crianza. Estos efectos no deseados pueden reducirse con la implantación de los llamados Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). La investigación ha puesto de manifiesto que medidas tales como controlar el ruido y la luz, implantar un protocolo de mínima manipulación, acometer medidas para el confort y el control del dolor, utilizar nidos o barreras de contención para el cuidado de la postura y mantenimiento de la flexión, permitir la entrada de los padres y otros familiares para que puedan cuidar a sus hijos, mejorar la calidad del sueño y otros parámetros con el método canguro y fomentar la lactancia materna tienen un efecto favorable para el desarrollo previniendo alteraciones emocionales, del comportamiento y del aprendizaje.

Objetivos generales

- Prevenir el embarazo no deseado.
- Mejorar la atención a la salud sexual de adolescentes y jóvenes.
- Mejorar la atención al embarazo, parto y nacimiento.
- Aumentar el protagonismo y el respeto a la autonomía de las mujeres y las familias en el proceso de parto y nacimiento.
- Fomentar la lactancia materna.
- Mejorar la salud de los y las recién nacidos pretérminos o enfermos.

Objetivos específicos

- Promover el uso del preservativo como prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- Desarrollar el nuevo modelo de atención al parto y al nacimiento basado en la evidencia científica, personalizado y respetuoso con la fisiología.
- Proporcionar leche materna donada a los y las recién nacidos pretérminos o enfermos que la necesiten.
- Promover los cuidados centrados en el desarrollo y en las familias en las Unidades Neonatales.

Actuaciones

- Desarrollar el Programa de dispensación gratuita de la píldora postcoital en los Centros de Salud y Puntos de Atención Continuada prestando especial atención al asesoramiento sobre el uso del preservativo.
- Realizar junto con el Departamento de Educación un análisis de las necesidades formativas en sexualidad y salud reproductiva del alumnado de los centros formativos.
- Crear un grupo de trabajo para estudiar las necesidades de atención específica dentro del ámbito sanitario a la salud sexual de los adolescentes y jóvenes.
- Realizar un estudio sobre la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y sobre la calidad del asesoramiento con el objetivo de proponer medidas para su mejora.
- Elaborar un Protocolo de Vigilancia del Embarazo actualizado y que evite la medicalización de la gestación.
- Desarrollar una Guía de preparación a la maternidad y paternidad con especial atención a la preparación al parto fisiológico.
- Elaborar materiales informativos y educativos sobre el embarazo, sus cuidados y las ventajas del parto fisiológico.
- Poner en marcha un Programa de Diagnóstico Prenatal de Alteraciones Cromosómicas.
- Elaborar materiales informativos para las gestantes y sus familias sobre el Programa de Diagnóstico Prenatal de Alteraciones Cromosómicas, con la colaboración tanto de organizaciones de mujeres como de asociaciones de discapacidad.
- Elaborar e implantar un Documento de Atención al Parto y al Nacimiento en la Comunidad, con especial atención a la elaboración e implantación de un Protocolo de Versión Externa en presentaciones podálicas.
- Actualizar el documento de Recomendaciones de actuación en el parto de un embarazo a término con feto único en presentación de nalgas.
- Elaborar e implantar un Protocolo de Atención al Parto y al Nacimiento por Cesárea.
- Reforzar el papel de las matronas como profesionales con plenas competencias en la atención al parto normal.

- Mejorar progresivamente las infraestructuras de las maternidades hospitalarias y adecuarlas a nuevas formas de atención al parto y al nacimiento.
- Elaborar la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto de las mujeres sanas y sus bebés dentro del Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- Elaborar el Programa de Fomento de la Lactancia Materna de la CAPV.
- Favorecer el inicio de la lactancia inmediatamente después del nacimiento mediante el contacto piel con piel y la no separación madre-hijo/a en las salas de parto.
- Reforzar el apoyo prestado por la enfermería al inicio de la lactancia en las plantas de maternidad.
- Evaluar las posibilidades de cada maternidad hospitalaria para ofrecer a las madres de recién nacidos o lactantes ingresados las facilidades necesarias para permanecer juntos el mayor tiempo posible.
- Aumentar la participación de Atención Primaria en el fomento de la lactancia desde las consultas de vigilancia prenatal, la preparación maternal y paternal, las visitas puerperales y las revisiones pediátricas.
- Iniciar las actuaciones necesarias para la creación de un Banco de Leche en Osakidetza que proporcione leche materna a los recién nacidos pretérminos o enfermos mientras su madre no pueda alimentarlos con su propia leche.
- Desarrollar normativa sobre los derechos específicos de las madres, los padres y las y los recién nacidos en el ámbito del nacimiento.
- Impulsar en las Unidades neonatales la implantación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia (puertas abiertas 24 horas, participación de los padres y madres en los cuidados del neonato, método canguro, lactancia materna, atención al dolor, entorno adecuado).
- Proporcionar facilidades a las madres y padres para la estancia el mayor tiempo posible en las unidades neonatales, la realización del método canguro y el amamantamiento.
- Desarrollar normativa sobre los derechos de los menores hospitalizados.

5.3. Mejorar la prevención del cáncer de cérvix y la atención a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

5.3.1. Prevención del cáncer de cérvix

El cáncer de cérvix es una neoplasia que presenta una baja incidencia en la Comunidad Autónoma de Euskadi: 83 nuevos casos en 2006 y una mortalidad de 29 mujeres. Sin embargo, es una neoplasia que puede ser curada si se diagnostica precozmente y, sobre todo, puede ser prevenida ya que el actual conocimiento sobre el agente etiológico del cáncer de cérvix y sobre la historia natural de la enfermedad, la accesibilidad anatómica del cuello uterino y la existencia de una prueba adecuada de cribado proporcionan las condiciones idóneas para realizar intervenciones capaces de detectar precozmente el problema.

Los programas de cribado han demostrado ser capaces de disminuir la incidencia del cáncer de cérvix en más del 80%, siempre que sean programas organizados, con altos niveles de calidad en todas las fases del proceso y con suficiente cobertura de la población diana. Por ello, las recomendaciones más actuales plantean un cambio de estrategia que supone el abandono de la detección oportunista, clásicamente practicada por la baja prevalencia de la enfermedad, y la puesta en marcha de programas de detección organizados.

De acuerdo con estos criterios, se ha considerado que la CAPV debe abordar la implantación de un Programa de Detección de Cáncer de Cérvix organizado con las siguientes características:

- Integrado en el sistema público para optimizar los recursos ya existentes.
- Apoyado en la citación oportunista, que ha demostrado conseguir una importante participación.
- Dotado de sistemas de identificación y de llamada de las mujeres de la población diana que, por no haber entrado en contacto con el sistema, no han podido ser citadas para la realización de la citología en los tiempos marcados por el programa.
- Promotor de actuaciones dirigidas a disminuir las barreras en la participación en el Programa de las mujeres que tienen un riesgo más elevado de desarrollar un cáncer de cérvix.
- Ajustado a las recomendaciones de la Guías Europeas de calidad.

- Desarrollado por profesionales, fundamentalmente matronas y médicos y médicas de Atención Primaria, que reciben formación permanente.
- Apoyado en materiales informativos y divulgativos elaborados con la participación de asociaciones de mujeres.

Objetivos generales

- Prevenir el cáncer de cérvix
- Mejorar la detección precoz del cáncer de cérvix

Objetivos específicos

- Racionalizar la realización de citologías cervicales.
- Mejorar el conocimiento de la relación etiológica entre el cáncer de cérvix y la infección por transmisión sexual del VPH.
- Fomentar el uso del preservativo.

Actuaciones

- Poner en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix de la CAPV elaborado en 2008 y todas las actuaciones en él contenidas.

5.3.2. Mejorar la atención a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama precisan una atención integral y de calidad que incorpore los últimos avances científicos y sea sensible a sus necesidades. Al ser imprescindible el concurso de múltiples profesionales y requerir el cáncer de mama tratamientos quirúrgicos, oncológicos, radioterápicos, rehabilitadores, psicológicos, etc., es conveniente revisar todos los circuitos de atención para optimizarlos y garantizar su adecuada coordinación. Por otra parte, son muchas las mujeres que alcanzan la curación y muchas también las que conviven con el cáncer como una enfermedad crónica. Estas situaciones plantean retos nuevos tales como la maternidad, la anticoncepción, el climaterio sintomático, la

reconstrucción de la mama o la aceptación de la nueva imagen corporal y reclaman también una diferente aproximación al control de seguimiento habitual, a las posibles secuelas de los tratamientos utilizados, a las dificultades sexuales y a los diferentes problemas de toda índole que estas mujeres afrontan.

Objetivos generales

- Mejorar los procesos de asistencia y atención integral a las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres que han padecido un cáncer de mama.

Objetivos específicos

- Aumentar la satisfacción de las mujeres afectadas por cáncer de mama con la atención recibida.

Actuaciones

- Elaborar una Guía de Práctica Clínica de Atención al Cáncer de Mama en la CAPV.
- Elaborar un Protocolo de Seguimiento de las mujeres que han padecido un cáncer de mama.
- Ofrecer Consejo Genético, seguimiento y tratamiento a las mujeres con historia familiar compatible con cáncer de mama heredo-familiar.
- Incrementar la colaboración con los grupos de autoayuda.

5.4. Disminuir el impacto que para la salud de las mujeres supone la violencia de género mediante la detección e intervención desde los servicios sanitarios.

La violencia ejercida contra las mujeres por sus parejas o ex-parejas es un atentado contra los derechos humanos pero también es un problema de salud pública. Es un problema de salud física y psíquica de origen cultural. Por ello, y porque las mujeres prefieren confiar esta situación a los profesionales de la salud, el sistema sanitario está directamente concernido y debe dar la adecuada respuesta^{34,35}.

Ya nadie duda de que la intervención contra el maltrato a las mujeres haya de ser multidisciplinar y coordinada con el resto de las instituciones implicadas. De igual forma, se está de acuerdo en que necesita una atención específica por parte de los servicios sanitarios, en especial de Atención Primaria.

Los procesos de detección y de intervención en las consultas suponen un nuevo reto que requiere capacitar a los profesionales para realizar la detección y para estimular y apoyar a las mujeres que sufren maltrato en el difícil proceso de romper las relaciones con el maltratador e iniciar una nueva vida.

Objetivo general

- Mejorar la salud de las mujeres afectadas por violencia de género

Objetivos específicos

- Detectar e intervenir en los casos de violencia de pareja hacia las mujeres
- Prestar atención integral y coordinada con las instituciones implicadas a las mujeres víctimas de agresiones sexuales

Actuaciones

- Elaborar una Guía de Actuación frente al Maltrato por parte de la pareja o ex-pareja en Atención Primaria.

- Elaborar una Guía de Actuación frente a las Agresiones Sexuales en los Servicios de Urgencias.
- Implantar un sistema de registro de casos de violencia de género en los servicios sanitarios.
- Elaborar material informativo sobre el maltrato como problema de salud pública con la participación de asociaciones de mujeres.
- Realizar un Programa de sensibilización y formación del personal sanitario de Atención Primaria, de Urgencias y de Salud Mental para mejorar el abordaje de la violencia de género.
- Desarrollar un programa de sensibilización en el servicio especializado de Obstetricia y Ginecología para la detección de las mujeres que sufren maltrato por parte de sus parejas y para la atención a mujeres víctimas de agresiones sexuales.
- Incluir en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres, así como la difusión de los recursos de apoyo.
- Estudiar las necesidades específicas de las mujeres emigrantes y de las mujeres con discapacidad ante la violencia de género en colaboración con las asociaciones de emigración y de discapacidad representativas.

5.5. Promover una mejor atención a los problemas de salud mental de las mujeres relacionados con condicionantes de género.

El informe 2002 de la OMS sobre Salud Mental y Género³⁶ refleja que las alteraciones mentales comunes (depresión, ansiedad, quejas psicológicas y somáticas) que alcanzan al 30% de la población, afectan al doble de mujeres que hombres, presentando además en ellas una peor evolución. Muchas de estas alteraciones, hasta el 13% en las mujeres, no se corresponden a categorías diagnósticas conocidas, y se consideran relacionadas con el malestar psicosocial entendido como sufrimiento que no puede ser descifrado o expresado en palabras y que se manifiesta con alteraciones en el estado de ánimo o con síntomas físicos mal definidos y sin causas orgánicas demostrables. Estas manifestaciones reciben el nombre de “síndromes del malestar de las mujeres”^a y son el problema principal en el 9% de las mujeres en Atención Primaria³⁷.

^a La necesidad de definir una nueva salud mental de las mujeres que diferenciara entre el sufrimiento procedente de las condiciones de la vida cotidiana y la enfermedad fue abordada en el Seminario Internacional sobre el Malestar Psíquico de las Mujeres (Roma, 1988).

Esta mayor afectación se relaciona con factores psicosociales y de género, así como también con estereotipos de género que inducen a los profesionales a diagnosticar más estos procesos en mujeres que en hombres. Se ha comprobado que los cuestionarios diagnósticos comúnmente utilizados en los estudios comunitarios tienen sesgos de género. Así, incluyen síntomas para detectar la depresión tales como el llanto, la tristeza que son socialmente admitidos en las mujeres y no incluyen otros como la irritabilidad, la agresividad, el consumo de alcohol y tóxicos que son las manifestaciones más comunes en los hombres de dicho trastorno, pudiendo quedar, por tanto, infradiagnosticada la depresión en ellos. Por otro lado, no se buscan las enfermedades mentales más frecuentes en hombres, tales como los trastornos de la personalidad y las conductas adictivas, por lo que sus problemas de salud mental podrían estar doblemente infradiagnosticados.

Además, tanto las alteraciones mentales comunes como los síndromes somáticos funcionales y los síntomas inespecíficos y mal definidos son tratados farmacológicamente de la misma forma, con antidepresivos y ansiolíticos, que se prescriben con el doble de frecuencia a mujeres que a hombres³⁸.

Objetivo general

➤Reducir el impacto de los condicionantes de género en la salud mental de las mujeres desde los servicios sanitarios.

Objetivos específicos

➤Mejorar el conocimiento de los profesionales sobre la relación entre salud mental de las mujeres y los condicionantes de género.

➤Promover un enfoque integral en la atención a la salud mental de las mujeres en Atención Primaria.

Actuaciones

➤Crear un grupo de trabajo interdisciplinar con un enfoque biopsicosocial y de género para establecer los criterios de actuación en la atención a mujeres con síntomas de depresión o ansiedad y “síndromes del malestar”.

➤ Sensibilizar y formar a los profesionales de Atención Primaria en la identificación de los factores biopsicosociales que determinan el malestar en las mujeres.

➤ Formar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en técnicas de ayuda psicológica individual para el abordaje de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar.

5.6. Contribuir a mejorar la salud de mujeres pertenecientes a grupos específicos.

5.6.1. Contribuir a mejorar la salud de las mujeres cuidadoras de menores con necesidades especiales

La importancia de encontrar soluciones justas y eficaces a las tareas de cuidado es un reto insoslayable de las políticas públicas. En determinadas circunstancias no es suficiente con un reparto igualitario entre hombres y mujeres de tareas de cuidado muy exigentes, como la que representa la atención a niños y niñas con alteraciones del desarrollo, sino que se impone una actuación decidida de los gobiernos para facilitar estas tareas e impedir que pueda afectarse la capacidad de las mujeres de permanecer en el mercado de trabajo y, por tanto, su autonomía económica o su salud por atender a múltiples demandas y exigencias.

De acuerdo con lo establecido por la Ley de Igualdad Autonómica y tal y como se refleja en el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV, las administraciones públicas vascas están comprometidas a facilitar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral mediante, entre otras acciones, la adecuación de servicios sociosanitarios. El Departamento de Sanidad puede contribuir a este compromiso mediante la puesta en marcha de importantes actuaciones de singular trascendencia para la salud de los niños y niñas más pequeños afectados por prematuridad, enfermedad o alteraciones de su desarrollo, pero también para la salud de sus padres y familias.

Objetivos generales

➤ Facilitar a las madres y padres el cuidado de los recién nacidos pretérmino o enfermos.

➤ Mejorar la atención a los niños y niñas con problemas del desarrollo y a sus familias.

Actuaciones

- Poner en marcha de forma piloto un Programa de hospitalización domiciliaria neonatal.
- Impulsar el desarrollo de un modelo de Atención Temprana universal, equitativo, accesible y gratuito en coordinación con el resto de las instituciones implicadas.
- Establecer protocolos de detección de las situaciones de riesgo y de las alteraciones del desarrollo que requieren intervención en los Servicios de Neonatología y Pediatría de Atención Primaria.

5.6.2. Contribuir a mejorar la salud de las mujeres inmigrantes

La actual situación sociodemográfica de la CAPV relacionada con la incorporación de poblaciones inmigrantes y su progresiva feminización requiere, para establecer prioridades preventivas y asistenciales, un mejor conocimiento del estado de salud de las personas inmigrantes.

Las mujeres inmigrantes son un colectivo que requiere especial atención en relación a la salud sexual y reproductiva, sobre todo de adolescentes, mujeres procedentes de países con una elevada tasa de infección por papilomavirus y mujeres en edad reproductiva, dado el importante número de interrupciones de embarazo, gestaciones y recién nacidos de madres extranjeras.

La salud mental de las mujeres inmigrantes ha sido también identificada como otra área preferente de atención ya que a los condicionantes de género, se suman las difíciles condiciones de vida asociadas a la inmigración por causa económica, la separación de los hijos y la posibilidad de padecer violencia de género, lo que configura un riesgo incrementado de presentar enfermedades mentales.

Objetivos generales

- Conocer las necesidades específicas en atención a la salud de las mujeres inmigrantes.
- Disminuir las barreras de comunicación en los servicios sanitarios.

Actuaciones

- Realizar un estudio en colaboración con las asociaciones representativas sobre las necesidades de salud más importantes de los colectivos de mujeres inmigrantes más numerosos en la CAPV.
- Traducir a los idiomas de los colectivos más numerosos los documentos informativos y consentimientos informados más relevantes.
- Elaborar con la participación de los colectivos de mujeres inmigrantes material de educación sanitaria específico.

5.6.3. Contribuir a mejorar la salud de las mujeres con discapacidad

Tal y como el Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad³⁹ reconoce, la discriminación que este colectivo experimenta no es sólo el resultado de la suma de las discriminaciones derivadas de la discapacidad y del género, sino que, al conjugarse ambas variables, se produce una situación diferente y especial que es preciso conocer para favorecer el acceso a la igualdad de oportunidades y el disfrute pleno de los derechos de estas mujeres.

Muchos aspectos de la salud de las mujeres con discapacidad no son bien conocidos o no reciben suficiente atención. Se requieren para mejorar esta situación, programas específicos de prevención y promoción de la salud, servicios de atención obstétrica y ginecológica adaptados a sus necesidades y la sensibilización de los profesionales.

A las mujeres con discapacidad se las considera incapaces de ejercer las funciones que, tradicionalmente, se han reservado para las mujeres. Por ello, es necesario promover el reconocimiento de su derecho a mantener relaciones afectivas, a la sexualidad y a la maternidad, así como mejorar la calidad de la atención sanitaria que precisan para desarrollar una vida plena.

Objetivos generales

- Conocer las necesidades específicas en atención a la salud de las mujeres con discapacidad.
- Promover el reconocimiento de la sexualidad de las mujeres con discapacidad.

Actuaciones

- Realizar un estudio en colaboración con las entidades de discapacidad representativas sobre las necesidades de salud más importantes de las mujeres con discapacidades.
- Realizar un estudio en colaboración con las entidades de discapacidad y con la participación de mujeres afectadas sobre sus necesidades en materia de sexualidad y contracepción.
- Elaborar materiales formativos para profesionales sanitarios de Atención Primaria y Servicios de Obstetricia y Ginecología sobre la atención a mujeres con discapacidad.

5.6.4 Contribuir a mejorar la salud de las mujeres con enfermedades crónicas y problemas de salud con alta prevalencia

El dolor es la primera causa de consulta de las mujeres en Atención Primaria. Se considera que la prevalencia del dolor es dos veces más elevada en mujeres que en hombres y que esta prevalencia aumenta con la edad, fundamentalmente a partir de los 45 años. No es de extrañar, por tanto, que el dolor en todas sus manifestaciones sea la principal causa de abandono de la actividad principal en mujeres, como señalan todas las encuestas.

La dificultad del modelo biomédico y de nuestro sistema de salud para entender y tratar procesos crónicos ha hecho que se considere que las quejas de dolor crónico de las mujeres son psicosomáticas en un 25% de los casos, frente a un 9% de las de los hombres y que no se hayan elaborado protocolos de diagnóstico diferencial exhaustivos.

La mortalidad por enfermedad cardiovascular en las mujeres supera a la ocasionada por las neoplasias y el conjunto de las siguientes siete causas de muerte y aunque está disminuyendo en hombres no lo está haciendo en mujeres. Así, tres de cada 10 muertes en la población femenina española se deben directamente a alguna enfermedad cardiovascular.

En el caso de la cardiopatía isquémica, un estudio reciente⁴⁰ señala que la mortalidad a los 28 días ajustada por edad, tras un primer infarto agudo de miocardio, puede ser hasta un 20% mayor en las mujeres que en los hombres. Este estudio epidemiológico pone también de manifiesto que las mujeres con esta patología llegan al hospital como promedio una hora más tarde que los hombres y desarrollan cuadros clínicos más graves. El Servicio de Estudios e Investigación del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco llevó a cabo una investigación⁴¹

para analizar las diferencias entre hombres y mujeres en el tratamiento precoz del infarto agudo de miocardio. Los resultados pusieron de manifiesto importantes diferencias entre uno y otro sexo. En las mujeres la presentación tiene lugar 10 años más tarde por lo que la mayoría de los infartos de miocardio se concentran en las de edad avanzada, es mayor la frecuencia de otras patologías (HTA, diabetes e insuficiencia cardiaca) y los síntomas y signos que se consideran típicos del infarto de miocardio aparecen en menos ocasiones. Por último, las mujeres reciben con más demora la atención sanitaria porque tardan más en solicitar los cuidados médicos una vez iniciados los síntomas. El Departamento de Sanidad sigue investigando para identificar los factores que pueden influir en este retraso en solicitar asistencia. Se han apuntado aspectos culturales (las diferencias en la percepción del dolor y del riesgo de padecer un infarto), sociales (estar al cuidado de personas dependientes, falta de autonomía para acudir al hospital), psicológicos y médicos (mayor presencia de diabetes que altera la percepción del dolor isquémico).

En la CAPV, la tasa de ataque anual en personas mayores de 24 años es de 236 casos por cada 100.000 hombres y de 61 por cada 100.000 mujeres. En cambio, entre las personas de edad avanzada, la diferencia entre sexos es mucho menor: 1.775 casos por cada 100.000 hombres mayores de 74 años y 757 por cada 100.000 mujeres de la misma edad. Del total de personas que fallecen por un infarto de miocardio, más de dos tercios (79,2%) lo hacen antes de llegar al hospital.

Se puede afirmar que la trascendencia de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres está claramente infravalorada tanto por ellas mismas como por los profesionales sanitarios, así como también son poco conocidas las características específicas de la presentación clínica y existen pocos estudios sobre el tratamiento y el pronóstico⁴². Todo ello ha motivado el estudio realizado sobre la enfermedad cardiovascular en las mujeres españolas⁴³.

Objetivos generales

- Mejorar la atención al dolor crónico de las mujeres.
- Mejorar el conocimiento sobre la vulnerabilidad de las mujeres a la cardiopatía isquémica y la identificación precoz de los síntomas.
- Mejorar la prevención y la atención a la obesidad, HTA y diabetes tipo 2 en mujeres.
- Promover el ejercicio físico en mujeres.

Actuaciones

- Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para establecer un Protocolo de Atención al Dolor Crónico en Mujeres.
- Formar a los profesionales de Atención Primaria en los criterios de diagnóstico y de actuación establecidos en dicho protocolo.
- Formar a los profesionales de Atención Primaria y Servicios de Urgencia Hospitalaria en los nuevos conocimientos sobre la vulnerabilidad de las mujeres a la cardiopatía isquémica y sobre los factores de riesgo y la sintomatología de inicio de esta patología.
- Revisar las medidas de prevención recomendadas y la atención prestada en Atención Primaria a la obesidad, HTA y diabetes tipo 2 en mujeres.
- Elaborar e implementar un programa de prescripción de ejercicio físico para mujeres con procesos crónicos: obesidad, HTA, enfermedad cardiovascular, diabetes y alteraciones del estado de ánimo.

6. FINANCIACIÓN

El Departamento de Sanidad dedicará los recursos suficientes para la consecución de los objetivos marcados en el Programa Salud y Mujeres.

7. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

Se creará una Comisión de Seguimiento y Evaluación del Plan que se reunirá al menos semestralmente y dirigirá y aprobará una Memoria anual donde se reflejarán las actuaciones puestas en marcha o en desarrollo, así como la evaluación al finalizar el primer periodo de vigencia del Programa Salud y Mujeres.

La evaluación del impacto del Programa tendrá muy especialmente en cuenta la opinión de las mujeres, obtenida a través de encuestas y de las organizaciones de mujeres que están trabajando en el ámbito de la salud.

ANEXOS

1. CONTEXTO NORMATIVO

MARCO INTERNACIONAL

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

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

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

IV Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing (1995). A partir de ella se considera que el cambio de la situación de las mujeres afecta a la sociedad en su conjunto y se considera por primera vez que su tratamiento no puede ser sectorial y tiene que integrarse en el conjunto de políticas. Se aprobó por unanimidad la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing.

Conferencia Mundial Beijing + 5- "La Mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI", Nueva York (2000). Periodo extraordinario de sesiones para examinar el progreso alcanzado en los cinco años transcurridos desde la aprobación de la Plataforma de Acción de Beijing.

Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993). Se declaró que los derechos de las mujeres constituían derechos humanos. Quedó reafirmada, en virtud de esta iniciativa, la declaración de 1948 según la cual los derechos humanos son universales e

inseparables, y quedó asimismo rechazado el razonamiento que propugna que los derechos humanos no se aplican a esferas "privadas" como la vida en familia o las prácticas tradicionales o religiosas.

Declaración 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (20 de diciembre de 1993). Realizó en su artículo 1 un acotamiento conceptual de lo que se considera este tipo de violencia al definirlo como: "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada".

Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985. Tecnología apropiada para el parto. Una cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de unas recomendaciones que, según la Declaración, requerían una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Declaración de Innocenti, sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. OMS/UNICEF - 1990. La Declaración de Innocenti fue elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta OMS/UNICEF de planificadores de política sobre "La lactancia en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial", copatrocinada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (A.I.D.) y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (O.S.D.I.), que tuvo lugar en el Spedale degli Innocenti, en Florencia (Italia), del 30 de julio al 1 de agosto de 1990.

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

MARCO NORMATIVO EUROPEO

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

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.

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.

Recomienda 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 los hijos e hijas para una mejor adaptación a las características de los distintos modelos familiares y subraya la necesidad de crear servicios de calidad para el cuidado de las personas dependientes.

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 y en las condiciones de trabajo; incluye, además, el acoso laboral, el acoso sexual y el trato menos favorable a una mujer en relación con el embarazo o el permiso de maternidad.

Carta Europea del menor hospitalizado. Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, DOCE 13 de mayo de 1986

Establece entre otros derechos el de estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria.

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 que fomente los proyectos de diagnóstico precoz y a que declare 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 plazos de gestación razonables, a respetar el derecho a la elección de las mujeres, a adoptar las condiciones sanitarias, médicas y psicológicas convenientes y a garantizar una financiación adecuada.

MARCO NORMATIVO ESTATAL

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

El art. 27 refiere 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 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 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 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El art. 2.a) 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 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 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 cuidadores no profesionales, que en el 85% de los casos son mujeres.

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.

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 de validez en todo el territorio nacional deberán expresarse en atención a la condición masculina o femenina de quienes los hubiesen obtenido.

MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO

Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para el País Vasco.

Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. Derechos y deberes ciudadanos.

Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres de la CAE CAPV

Decreto 251/1999, de 15 de junio, de regulación de la Comisión Interdepartamental para la coordinación de la ejecución del Plan de Acción Positiva para las Mujeres en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Decreto de creación de la Comisión Consultiva de Emakunde con carácter de órgano de representación de las Asociaciones de Mujeres de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

1991-1994 I Plan de Acción Positiva: Constata la necesidad de la estrategia de la Acción Positiva.

1995-1998 II Plan de Acción Positiva que constituye un compromiso gubernamental de erradicar la discriminación de género y supone la ratificación de las estrategias desarrolladas (acción positiva, transversalidad,...).

1999 - III Plan de Acción Positiva

IV Plan de Acción Positiva para mujeres en la C.A.E.

[Http://www.emakunde.es/images/upload/IVPI c.pdf](http://www.emakunde.es/images/upload/IVPI c.pdf)

Acuerdo Institucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales (2001)

Plan Interinstitucional de apoyo a las familias con hijos e hijas.

Iniciativa de Presupuestos con enfoque de género. Su objetivo prioritario es la integración transversal de los asuntos de género en todas las políticas, planes y programas.

Presupuestos Locales con perspectiva de género. Desarrollo de herramientas para la incorporación de la perspectiva de género. Fruto de un grupo de trabajo con agentes de igualdad de los ayuntamientos de Basauri, Bilbao, Donostia, Ermua y Ondarroa se elaboró un documento con pautas para analizar la ejecución del gasto desde la perspectiva de género.

Comisión Interdepartamental para la coordinación de la ejecución de los Planes de Igualdad. Comisión política presidida por el Lehendakari y la Directora de Emakunde y formada por Viceconsejeras y Viceconsejeros representantes de cada uno de los Departamentos del Gobierno.

IV Plan de Acción Positiva para Mujeres en la CAE Promueve el cumplimiento, desarrollo e implantación del articulado de la Ley de Igualdad de Euskadi.

http://www.emakunde.es/images/upload/IVPI_c.pdf

Defensoría para la Igualdad de Mujeres y Hombres puesta en marcha el 13 de junio de 2006.

Resolución 5/2007, de 14 de febrero, del director de la Secretaría del gobierno y de Relaciones con el Parlamento. Publicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno para la evaluación previa del Impacto en función del género y la incorporación de medidas para eliminar las desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres.

2. OTROS PLANES Y ESTRATEGIAS

La convergencia con Planes y Estrategias estatales se realiza fundamentalmente a través de acuerdos alcanzados en los diferentes órganos de coordinación entre Ministerios y CCAA. Entre ellos:

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Estrategia de Salud Mental del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.

Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.

Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción. Ministerio de Sanidad y Consumo (2005 – 2008).

Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida. España 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.

Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007.

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2008.

Existe también convergencia con numerosos Programas, Planes y Estrategias autonómicos, siendo de interés destacar los siguientes:

El Plan de Salud 2002-2010, con un área prioritaria específica de la mujer y otra de desigualdades en salud.

IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la Comunidad. Autónoma de Euskadi. Directrices para la VIII Legislatura.

Programa de vacunación frente al VPH del Calendario Vacunal infantil de la CAPV.

Plan de Prevención y Control del SIDA Osakidetza – Servicio Vasco de Salud Departamento de Sanidad.

Programa de donación del Banco de Cordón Umbilical de la CAPV.

Plan de Prevención, control y reducción del Tabaquismo.

Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004-2008.

Iniciativa “Padres en Igualdad” Emakunde.

3. GLOSARIO

Tasa de natalidad: La natalidad es el número proporcional de nacimientos en una población y tiempo determinado. El lapso es casi siempre un año, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año.

Tasa de fecundidad: La tasa de fecundidad se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo, habitualmente un año y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. Es el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año).

Nupcialidad: La **nupcialidad** se refiere al matrimonio como un fenómeno poblacional, incluyendo su cuantificación, las características de las personas unidas en matrimonio y la disolución de esas uniones, mediante el divorcio, la separación, la viudez y la anulación.

Tasa de nupcialidad: es el número de matrimonios por mil personas en un año determinado. Esta tasa se calcula utilizando el número de matrimonios, no el número de personas que se casan, e incluye tanto las primeras como las segundas nupcias.

Tasa de actividad: Se llama tasa de actividad de un grupo a la proporción de miembros del mismo que forma parte de la población activa. Suele expresarse en porcentajes.

Tasa de paro: Es el porcentaje que representa la población desempleada sobre el total de la población activa.

Población activa: La población activa la componen todas las personas en edad legal de trabajar.

Tasa de Empleo: Es el cociente entre la población ocupada y la población total en edad de trabajar (activas + inactivas), expresada en porcentaje.

TAPG o Tasa de Abortividad en la población general: Se define como el número de Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) por 1000 habitantes.

TAMEF o Tasa de abortividad en mujeres en edad fértil: es el número de IVE por cada 1000 mujeres en edad fértil, donde el rango se considera como 15-44 ó 15-49 años.

Morbilidad: Es el número total de enfermedades/problemas de salud o condición incapacitante que acontece durante un periodo de tiempo para una población o lugar indeterminado.

Prevalencia de una enfermedad: es la frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido de tiempo (prevalencia de período).

Incidencia de una enfermedad: la frecuencia con que aparecen nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico de tiempo y en un área determinada.

Mortalidad: designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

Tasa bruta de mortalidad: señala el número de defunciones de una población, habitualmente por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado generalmente un año.

Tasas específicas de mortalidad: muestra el número de defunciones en relación con un grupo específico de edad.

Mortalidad infantil: Mide la cantidad de niños muertos menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

Mortalidad prematura: expresa los años que no ha vivido una persona fallecida prematuramente después del primer año de vida tomando como límite superior los 70 años. Para valorar el impacto de la mortalidad prematura, se calculan los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP).

ESCAV o Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca: proporciona conocimiento sobre la situación epidemiológica, las tendencias de la salud, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios desde el punto de vista de la población residente en la Comunidad Autónoma. Permite identificar los principales problemas de salud, diseñar y desarrollar estrategias de intervención en la planificación y la asignación de recursos. Permite también identificar los principales grupos de riesgo en la salud, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios.

Encuesta de Presupuestos del Tiempo: Es una encuesta realizada por el EUSTAT mediante la que se analiza a qué dedicamos nuestro tiempo. La explotación de sus datos permite conocer la asignación de tiempo a distintas actividades por parte de individuos y grupos sociales, en función de variables como la edad, género, situación ocupacional, estudios o el territorio en el que vive. Las actividades para las que la Encuesta obtiene información se encuentran agrupadas en los epígrafes siguientes: necesidades fisiológicas (dormir, comer y cuidados

personales, especialmente), trabajo remunerado y formación, trabajo doméstico, cuidados a personas del hogar, vida social, ocio activo y pasivo, y trayectos.

Atención Temprana: Es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño o niña, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Banco de Leche: Según la OMS y UNICEF la lactancia natural es el mejor alimento para cualquier niño, especialmente si está enfermo o es prematuro. Después de la leche de su propia madre, la leche humana donada es la mejor opción para esos bebés porque se asimila mejor que la fórmula artificial, les protege de infecciones y mejora sus posibilidades de recuperación, supervivencia y desarrollo. Los Bancos de Leche son centros especializado donde la leche donada por algunas madres se recibe, se procesa, se almacena y se distribuye según indicación médica, a niños enfermos que no pueden recibirla de sus propias madres. Tanto la donación como la dispensación son gratuitas. La selección de las donantes, la recogida y almacenamiento de la leche en condiciones óptimas y su pasteurización previa al consumo, junto con estrictos controles de calidad, otorgan a la leche humana donada la seguridad y los beneficios que ofrece la leche materna.

Cuidados centrados en el desarrollo y en la familia: Constituyen un sistema de cuidados que pretende evitar secuelas neurológicas en los bebés recién nacidos prematuros. Cada vez existe mayor convencimiento de que parte de dichas alteraciones se relacionan, con los cuidados proporcionados tras el nacimiento. La exposición a un medio hostil, como es una unidad de cuidados intensivos, dificulta la organización del cerebro en desarrollo y el impacto emocional experimentado por la madre y el padre modifica el proceso de crianza. Estos efectos no deseados que la estancia en la unidad neonatal provoca tanto en el recién nacido como en su familia pueden reducirse con la implantación de los llamados cuidados centrados en el desarrollo (CCD) y en la familia que comprenden intervenciones dirigidas a optimizar tanto el macroambiente (luces, ruidos, etc.) como el microambiente en que se desarrolla la criatura (postura, manipulaciones, dolor) y a facilitar que las madres amamanten y junto con los padres cuiden personalmente a sus hijos e hijas (lactancia materna, banco de leche, método canguro) durante su ingreso.

Doble Jornada: Condición a la que se ven sometidas las mujeres que además de desempeñar un trabajo remunerado tienen la responsabilidad de la gestión y realización del trabajo doméstico, de la crianza y de los cuidados de todos los familiares a su cargo. También se denomina doble presencia y es fuente de tensiones, sobrecarga física y emocional por la dificultad de conciliar la vida laboral y familiar con la actual organización social, las insuficientes estrategias de conciliación y la ausencia de una corresponsabilidad plena de los hombres.

Enfoque de género o perspectiva de género en salud: Supone vincular la distribución del poder y el trabajo entre las mujeres y los hombres a sus perfiles epidemiológicos. Es decir, tomar en consideración las diferencias y desigualdades en los roles que varones y mujeres juegan, las desigualdades de poder en sus relaciones, sus diferentes necesidades, limitaciones, oportunidades y el impacto de estas diferencias en la determinación de su exposición diferencial a los riesgos, acceso a los beneficios tecnológicos, de información, de recursos y de atención en salud, y de la realización y concreción de sus derechos. Con esta perspectiva podemos explicar cómo y por qué difieren los perfiles de salud de los hombres y las mujeres y nos ayuda a reconocer el impacto del género en:

- El estado y determinantes de salud para hombres y mujeres
- Los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud
- El impacto de las políticas y programas de salud
- La distribución del poder y remuneración del trabajo en el sector salud

Su aplicación supone un compromiso para modificar la condición y posición de las mujeres y lograr así un sistema sexo-género más equitativo, justo y solidario.

Equidad de género: Principio según el cual mujeres y hombres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficios de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad (incluida la salud), así como en la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar. El concepto reconoce que ambos tienen necesidades y poder diferentes, y que estas diferencias han de ser identificadas y contempladas de un modo que permita rectificar las desigualdades de partida entre ellas y ellos.

Determinantes de la salud: Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas y las poblaciones. Se considera que el género no sería un determinante más de la salud sino que atraviesa todos los determinantes sociales de clase social, raza o etnia, nivel educativo, ocupación, etc.

Determinantes psicosociales de género: Son aquellas condiciones de vida, trabajo, relaciones, posición social, capacidad para la resolución de problemas, disponibilidad de sistemas de apoyo y subjetividad que están relacionadas con el género y que ocasionan

tensión, malestar y problemas de salud. Se incluyen circunstancias tales como la situación de subordinación económica y social, las dobles jornadas, la continua responsabilidad del cuidado de otros, la violencia de género, etc.

Empoderar: Es el proceso a través del cual las personas y los grupos adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que les afectan. En este proceso se incluyen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas y capacidades de las personas para la vida, acciones para influir en los condicionantes sociales y económicos subyacentes y acciones sobre los entornos físicos.

Equidad de género en salud: Supone la ausencia de desigualdades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. No significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos, sino asegurar que las mujeres y los hombres tengan una misma oportunidad para gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género implica:

- Eliminación de las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia
- Distribución y acceso a los recursos (tecnológicos/financieros/humanos) según las necesidades particulares de cada sexo
- Mujeres y hombres contribuyen al financiamiento de salud según su capacidad económica, y no según riesgos o necesidades propios para cada sexo a cada etapa del ciclo de vida
- Una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres en la gestión de salud. Esto incluye valorar el trabajo no remunerado, generalmente realizado por las mujeres, en el cuidado de la salud de las personas sanas y enfermas.

Género: Es un término relativamente reciente que hace referencia a un conjunto de roles y relaciones sociales, características de la personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder e influencia que cada sociedad atribuye diferencialmente a cada uno de los sexos. Estas diferencias varían a través el tiempo y el contexto histórico y presentan grandes variaciones, tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura. El género supone un conjunto de conceptos y herramientas metodológicas que explican las diferencias y desigualdades en las condiciones de vida de mujeres y hombres, cómo construyen su subjetividad y la posición que ocupan en los distintos ámbitos.

Igualdad de género: Ausencia de discriminación en cuanto a oportunidades y distribución de recursos o beneficios, o en el acceso a servicios basada en el sexo de una persona. Implica el reconocimiento e igual valoración social de mujeres y hombres, así como de las tareas y funciones que realizan. Este concepto presupone la ausencia de cualquier tipo de jerarquía de un sexo sobre otro, así como la plena participación de mujeres y hombres en todos los ámbitos de la sociedad: público, laboral y privado. La igualdad de género requiere cambios que afectan no sólo a la manera en la que las mujeres trabajan, viven y cuidan a sus familias, sino también a cómo los hombres se implican en ese proceso

Método canguro: Constituye un método moderno de atención en cualquier entorno, incluso en los lugares donde se dispone de costosas tecnologías y se tiene acceso a una atención adecuada. La OMS ha puesto de manifiesto que el Método Madre Canguro repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivo referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica. Consiste en proporcionar contacto piel con piel, lactancia materna a demanda y proveer de los cuidados que necesiten madre y bebé. Un niño sano necesitará tan sólo el contacto con su madre y su alimento. Si el bebé es prematuro o de bajo peso o sufre alguna dolencia, el contacto piel con piel será la base de los cuidados médicos que se le deba proporcionar.

Sesgo de género: La Sociedad Americana de Mujeres Médicas define sesgo de género como «la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud»⁷. Esta definición, útil para la práctica médica, no cuenta con el origen del sesgo de género. Un concepto más comprehensivo es «el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres --en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos--, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro». Los servicios sanitarios y la investigación pueden sesgar su práctica presumiendo erróneamente que la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares o, alternativamente, presumiendo que son diferentes cuando realmente son similares. Las acciones y la investigación derivadas de ambas aproximaciones menoscaban la salud de ambos sexos, pero más la de las mujeres.

Teoría biopsicosocial de la salud: El enfoque biopsicosocial de la salud permite superar el enfoque o modelo biomédico reduccionista y dualista que considera al ser humano como dividido en mente y cuerpo. Aunque el modelo biomédico ha aportado la posibilidad de grandes desarrollos en la medicina, es insuficiente ya que no tiene en cuenta que las causas de la

enfermedad no son de forma aislada las alteraciones bioquímicas, anatómicas o funcionales, sino que además es de gran importancia la consideración de los factores sociales, económicos, culturales, de género, familiares y personales que intervienen en la enfermedad. Ésta no sería, por tanto, una simple disfunción biológica, sino el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales. Además, el Modelo Biopsicosocial busca humanizar la actividad sanitaria y dirigir la atención a la persona que padece la enfermedad y no a la enfermedad en sí misma sin tener en cuenta los múltiples factores que influyen en su expresión en un espacio y tiempo específico.

Trabajo productivo: Es aquel que tiene un valor de cambio, es decir, que genera ingresos, bien en forma de salario, bien a través de una actividad comercial por cuenta propia. Tradicionalmente ha sido el único reconocido económica y socialmente como trabajo en las sociedades industrializadas y se ha asignado mayoritariamente al mundo masculino.

Trabajo reproductivo: Comprende las tareas necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de las personas que componen el hogar. Tiene lugar en el ámbito privado e incluye desde tareas de gestión, organización y quehaceres domésticos, a funciones de representación y socialización, afecto, cuidados, etc. Sus características principales son: no estar prestigiado ni remunerado mediante un salario, no tener horario, haber sido asignado tradicionalmente a las mujeres y permanecer invisible incluso a los ojos de las personas que lo llevan a cabo.

Transversalidad sistemática de la cuestión de género o *mainstreaming* de género: Términos utilizados para referirse a la integración sistemática de las situaciones, prioridades y necesidades respectivas de mujeres y hombres en todas las políticas, con vistas a promover la igualdad, teniendo en cuenta activa y abiertamente, desde la fase de planificación, los efectos que dichas políticas (y las medidas que de ellas deriven) van a tener en las situaciones respectivas de unas y otros. El principio de la transversalidad de género se acuñó en la IV Conferencia sobre la Mujer en Pekín (1995) a partir de la cual fue obligatoria para todo el sistema de Naciones Unidas y fue llevado al marco jurídico europeo por el Tratado de Amsterdam. Definido por el Consejo de Europa, el Mainstreaming de la perspectiva de género es "la organización (reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria- Gasteiz, 2002.
2. IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV. Directrices VIII Legislatura. 2006. Emakunde.
3. Carmen Valls Llobet, Mujeres invisibles, ediciones DEBOLSILLO, Barcelona 2006.
4. BACIGALUPE DE LA HERA AMAIA. MARTÍN RONCERO UNAI (2007) "Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud": 95-138 Colección Derechos Humanos "Juan San Martín" Ararteko. Vitoria-Gasteiz.
5. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) 2007.
6. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. In J Health Serv 1992;22:429-45)
7. WHO (1998) Gender, and Health. Geneva: WHO [acceso 05 diciembre 2006].
Disponible en : http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHO_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHO_98_16_table_of_contents_en.html
8. ESTEBAN ML. (2001) "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones en salud" En MIQUEO C. TOMÁS C. TEJERO C. BARRAL MJ. FERNÁNDEZ T. YAGO T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva.
9. STANDING H.et.al. 1998. Guidelines for the análisis of gender and health. Chapter 5, Step 3. Strategies to address gender inequalities" gender and health Group, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, U.K. <http://www.liv.ac.uk/lstm/GG-9.html>
10. PETER B, 2001. The future of men an their health. Are men in danger of estinction? BMJ, Vol 323, November.

11. BAYRON OCHOA HOLGUÍN J. Un rápido acercamiento a teorías y perspectivas en los estudios sobre las masculinidades. Disponible en: www.unavidadiferente.org/documentos7ponenciaijohnbayronchoa.pdf
12. SABO D, 2000 en "El estudio de Masculinidad, Género y Salud" Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DBI/po04/PO04_body.pdf
13. VELASCO SARA. Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teorías feminista. Material docente del Diploma de especialización de género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad, Observatorio de Salud de la Mujer e Instituto de la Mujer. Madrid, 2006. disponible en: <http://www.mtas.es/mujer7programas7salud7teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>
14. VELASCO SARA, 2006 Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20bipsic%20malestar.pdf>
15. VELASCO SARA, 2008 Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
16. REES TERESA, 2000 Mainstreaming Gender Equality in Science in the european Union: The "ETAN Report" paper reparado para el Mainstreaming Gender in European public Policy Workshop, University of Wisconsin-Madison.
17. Pérez Díaz, Julio "La feminización de la vejez" en Papers de Demografia, nº 182, Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2000.
18. Artazcoz, L; Borrel, C; Cortés, I; Escribá-Aguir V; Cascant, L (2007) "Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo" en 5ª Monografía sociedad Española de epidemiología. Investigación en género y salud.
19. Álvarez-Dardet, C ¿Por qué las mujeres viven más? El País Suplemento Salud. Diciembre 2007.
20. Nerón I, Jané M. Libro Blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

21. Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres de la CAPV 2008.
22. "Informe Violencia contra las mujeres" Emakunde, Gobierno Vasco. Actualización 2008.
23. Álvarez D, Arribas L, et al: Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Pulso ediciones 2002.
24. Trussel J, Stewart F, guest F, Hatcher RA. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. Fam Plann Perspect 1992; 24:269.
25. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Sanidad 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
26. Documento de Consenso. Recomendaciones de actuación en el parto de un embarazo a término con feto único en presentación de nalgas. Dirección de asistencia Sanitaria. 2003.
27. Iniciativa un Parto Respetuoso con la Madre www.motherfriendly.org
28. Estrategia de Salud Mental del SNS. 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
29. Elizondo Lopetegi A. Martínez Hernández E. Novo Arbona, A. Cifras sobre la situación de mujeres y hombres en Euskadi 2004. Encuesta de Presupuestos del Tiempo del EUSTAT
30. Médicos Mundi "Salud y Población Inmigrante Extracomunitaria en la CAPV"
http://www.medicusmundi.es/gipuzkoa/pub/Investigacion_SI_cast.pdf
31. Rodríguez Álvarez, E. et al. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol82/vol82_2/RS822C_209.pdf
32. Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración. Percepciones, valores y actitudes de la sociedad vasca hacia la inmigración extranjera 2007. <http://www.ikuspegi.org>
33. La Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres de la CAPV.

34. Protocolo común para la Actuación sanitaria ante la violencia de Género. Comisión contra la violencia de género. Consejo Interterritorial del SNS. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
35. No más violencia contra las mujeres. ¡Hay que actuar a tiempo! Detección de la violencia de género y atención a las víctimas en el ámbito sanitario español. 2006. Amnistía Internacional.
36. Organización Mundial de la Salud. Gender and mental health. 2002 [http://www.who.int/gender/other_health/en/ genderMH.pdf]
37. Gervás J. "Morbilidad atendida en los servicios de atención primaria". En: Onis, M., Villar, J. La mujer y la salud en España. Informe básico. Volumen 1. Madrid, Instituto de la mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1992.
38. Burín M. "El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada". Buenos Aires. Paidós; 1991.
39. Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
40. Marrugat J, Sala J, Aboal J. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. Rev Esp Cardiol 2006; 59:264-274.
41. Aldasoro E, et al. Diferencias de género en el tratamiento de la revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. Grupo IBERICA-País Vasco
42. Radiografía de las enfermedades cardiovasculares en la mujer española.
43. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. Sociedad Española de Cardiología. Estudio realizado para el Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2008.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>

Otros documentos y sitios de referencia:

- Instituto Vasco de Estadística EUSTAT <http://www.eustat.es/>
- Informe anual del Registro de Mortalidad 2006. Departamento de Sanidad. http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/mortalidad_c.html

- Informe del Registro de Cáncer de Euskadi. Departamento de Sanidad. http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/cancer.html
- Informe anual del Registro de Altas Hospitalarias 2007. Departamento de Sanidad. http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/morbilidad_hosp_c.html
- Informe anual de Interrupciones Voluntarias del Embarazo 2006. Departamento de Sanidad. http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/interrupcion_embarazo_c.html
- Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix en la CAPV. Octubre 2008
- Consejo genético en el cáncer de mama y de colon. http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_07-06_consejo_genetic.pdf
- Cribado prenatal del Síndrome de Down. http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_07-04_inform_SinDown.pdf