



PARLAMENTO DE CANTABRIA

DIARIO DE SESIONES

Año XXIV - VI LEGISLATURA - 26 de abril de 2005 - Número 78 - Página 1821 - Serie B

COMISIÓN DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PRESIDENTE: ILMA. SRA. D^a. MARÍA CRISTINA PEREDA POSTIGO

Sesión celebrada el martes, 26 de abril de 2005

ORDEN DEL DÍA

Página

- | | | |
|------|--|------|
| 01.- | Comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, a petición propia, ante la Comisión correspondiente, a fin de informar sobre el plan de salud de las mujeres- art. 168 R-. (BOPCA nº 242, de 22.03.2005). [6L/7810-0042] | 1822 |
| 02.- | Debate y votación de la proposición no de ley, Nº 61, relativa a ampliación a todo el año del plazo de solicitud de las prestaciones a las personas con discapacidad o en situación de dependencia presentada por el G.P. Popular. (BOPCA nº 242, de 22.03.2005). [6L/4300-0061] | 1844 |

(Comienza la sesión a las doce horas y cinco minutos)

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Buenos días.

Vamos a dar comienzo a la Comisión.

Sí la Sra. Secretaria, por favor, nos lee el Orden del Día.

LA SRA. PEÓN PÉREZ: Punto primero, comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales a petición propia ante la Comisión correspondiente, a fin de informar sobre el Plan de salud de las mujeres.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Damos comienzo con la intervención de la Sra. Consejera, sin tiempo.

Después para la fijación de posiciones habrá un tiempo de diez minutos para cada Grupo Parlamentario, intervención nuevamente de la Consejera para responder o puntualizar lo que se haya dicho en estas intervenciones. Y existe la posibilidad, si así lo desean los Grupos, de una segunda intervención que sería por un tiempo de cinco minutos.

Sra. Consejera...

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón):
Muchas gracias.

Buenos días, gracias a todos ustedes por su presencia en esta comparecencia, que he solicitado para explicar aquí, en el Parlamento el Plan de salud para las mujeres 2004-2007, elaborado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, y que constituye uno de los compromisos establecidos por el Gobierno de Cantabria en su Plan de Gobernanza.

Conscientes de que las desigualdades de género colocan a las mujeres en una situación de discriminación en relación a la salud, hemos elaborado el plan de actuación "Salud para las mujeres", que forma parte del conjunto de políticas que nuestro Gobierno está desarrollando para promover la igualdad y la equidad de género, objetivo que consideramos una prioridad ética y política y que queremos sea una de nuestras señas de identidad.

Siempre hemos sabido que la salud de las mujeres y los hombres es diferente, pero actualmente estamos en condiciones de reconocer que además de ser diferente, porque existen factores de tipo biológico inmodificables que tienen distintas implicaciones en la salud, es también desigual porque hay factores sociales, y por tanto modificables que establecen diferencias injustas y evitables.

Estas desigualdades colocan a la mujer en una situación de discriminación en relación a la salud, por lo que debe considerarse a las mujeres como un grupo con características sanitarias específicas, que necesita

un Plan de salud específico dotado de perspectiva de género, y con un enfoque no biomédico sino biopsicosocial.

Esto es lo que pretende el Plan que voy a presentarles, y lo pretende desde el realismo. Hemos sido conscientes de que un abordaje exhaustivo de los condicionantes de género de la salud de las mujeres, excedía el campo de actuación sanitario y sería irrealizable.

Hemos preferido, por tanto, en este primer plan de actuación, que proyecta su desarrollo durante el periodo 2004-2007, abordar aquellos problemas que se consideran prioritarios por su magnitud o por su gravedad. Y aquellas insuficiencias en el conocimiento de la salud y de la forma de enfermar de las mujeres que necesitamos resolver para plantearnos sucesivos retos.

El Plan, que ha sido elaborado por profesionales de la Dirección General de Salud Pública y del Servicio Cántabro de Salud de la Consejería de Sanidad y de Servicios Sociales, con la colaboración de profesionales de la Universidad de Cantabria y de asociaciones de mujeres, realiza en primer lugar un estudio socio demográfico y un análisis del estado de salud de las mujeres de Cantabria que sirve de base para la definición de unas líneas prioritarias de actuación.

Para la consecución de sus objetivos, cuenta con los recursos humanos y materiales de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y de los recursos del Servicio Cántabro de Salud, fundamentalmente con los recursos de atención primaria. Además dispone de una financiación específica de más de 2 millones de euros.

Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, pero no gozan de mejor estado de salud. De hecho tiene un peor estado de salud percibida, padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, depresión, obesidad, etc.

Sufren más dolores e incapacidades y peor calidad de vida, consumen más medicamentos, experimentan más accidentes domésticos y viven una parte importante del tiempo que sobreviven a los hombres, con incapacidades.

Las diferencias en el estado de salud entre ambos sexos, se relacionan con factores biológicos, que incluyen las características reproductivas aunque no se limitan sólo a ellas.

Así diferencias genéticas, hormonales y metabólicas, condicionan distintas formas de enfermar según el sexo. Pero las diferencias biológicas, son sólo uno de los aspectos que influyen en las diferencias en salud en los ambos sexos. El otro serían las características de género, socialmente construidas que determinan no sólo el diferente estado

de salud de hombres y mujeres sino la existencia de desigualdades en salud, es decir, la diferente forma en que la sociedad construye el hecho de ser hombre o mujer influye en la salud de ambos y crea diferencias injustas e innecesarias, pero afortunadamente evitables en la salud de hombres y mujeres.

Incluso influye en la asistencia sanitaria de forma que existe diferencias de género en el conocimiento y en las creencias de las enfermedades. Así como en las actitudes cuando aparecen los primeros síntomas, influye también en la ciencia que excluye a las mujeres de los ensayos clínicos, e interpreta que son plenamente aplicables los datos obtenidos de la investigación exclusiva con hombres.

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

La dedicación exclusiva al trabajo doméstico con jornadas sin horarios, sin reconocimiento social y sin posibilidad de independencia económica, tiene que influir en la salud.

Numerosos estudios sobre los roles sociales, documentan que las mujeres empleadas tiene mejor estado de salud y mayor satisfacción que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa, debido a una mejor estima, al disponer de redes sociales de apoyo más amplias, a la independencia económica y a un mayor poder en la unidad familiar.

En nuestro país las mujeres ocupadas siguen siendo las principales responsables del trabajo doméstico y del cuidado de las personas, de los niños, de los enfermos, de los mayores y de los discapacitados. Se considera que el cuidado familiar supone el 88 por ciento del volumen de trabajo dedicado al cuidado de la salud, dispensando el sistema sanitario formal sólo el 12 por ciento de ese trabajo.

Además, el 88 por ciento de los hogares monoparentales, están encabezados por mujeres lo que significa que se siguen haciendo cargo mayoritariamente de los hijos e hijas en solitario.

Esta doble jornada de la mujer trabajadora, hace que algún autor se refiera al ámbito privado, como el reducto más oculto y no regulado, donde se ejerce el poder, la autoridad y el control sobre la extracción de la fuerza de trabajo.

Cuando la carga de trabajo total es demasiado elevada, el efecto beneficioso del empleo para las mujeres, puede quedar anulado y verse perjudicada su salud.

Tienen que influir también en la salud las diferencias de género en el empleo, un mercado laboral que realiza una segregación vertical, concentrando a las mujeres en un número de ocupaciones mejor de lo que sus capacidades les

permiten.

Así, en la cuarta encuesta nacional de condiciones de trabajo, si el 50 por ciento de los hombres asalariados se distribuían en los doce puestos de trabajo más frecuentes, el 50 por ciento de las mujeres lo hacían en sólo 6.

Dada esta segregación, las mujeres están más expuestas a riesgos laborales psicosociales, cuya repercusión sobre la salud es peor conocida que la de los riesgos físicos a los que están más expuestos los hombres y que permanecen aún en gran medida invisibles para el abordaje tradicional de los riesgos y la salud laboral.

También se ha comprobado que están más expuestas a un exceso de trabajo o a la prolongación de la jornada laboral sin compensación económica.

La existencia, junto a la segregación horizontal de una clara segregación vertical, por la cual los puestos de trabajo de categorías superior están ocupados mayoritariamente por hombres, influye también.

Además, la tendencia al aumento de la desigualdad salarial entre hombres y mujeres, parece haber continuado. El reciente informe sobre la situación de los derechos fundamentales en España en 2004, constata que las mujeres cobran de media un 45 por ciento menos que los hombres y que son las más cualificadas las que sufren la mayor discriminación.

La precariedad laboral, el paro y la contratación temporal, afecta más a las mujeres. En Cantabria, la tasa de empleo femenino es casi un 30 por ciento menor que la de los hombres. La tasa de paro es doble y el índice de temporalidad es dos puntos mayor.

El trabajo a tiempo parcial siguiendo una alternativa más bien obligada y eminentemente femenina, que actualmente se relaciona con peores condiciones de trabajo, mayor temporalidad y menor salario.

Lleva consigo también la limitación de la carrera profesional, la reducción de la cuantía de las pensiones de jubilación y la disminución de la presencia de las mujeres en la vida pública. Lo que supone que sus necesidades y sus puntos de vista continúan ausentes, en gran medida, en los ámbitos de decisión política y económica.

En definitiva, el trabajo tanto por exceso, explotación, doble jornada express, como por defecto, dedicación exclusiva al trabajo doméstico, paro y eventualidad afecta, deteriorando la salud además de las relaciones familiares y sociales.

Influyen en la salud también, las diferencias de género en la educación y formación. En Cantabria, en términos generales, los hombres tienen un nivel educativo más alto que las mujeres. La distribución total por sexo del alumnado matriculado en la Universidad de Cantabria es prácticamente homogénea; pero la diferenciación del tipo de estudios ha variado poco.

Así las mujeres, siguen teniendo una presencia mayoritaria en titulaciones fuertemente feminizadas como humanidades y están poco presentes en titulaciones técnicas.

Esta misma segregación por sexos afecta a la formación profesional.

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

También, como no, influyen en la salud, las diferencias de género que colocan a las mujeres en una situación de subordinación económica y social, que está permitiendo que el rostro de la pobreza, de la exclusión y del SIDA se feminicen.

Y, por último, la diferencia extrema que supone el ejercicio de la violencia contra las mujeres y el acoso social, sexual condiciona en gran medida su salud.

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

Cantabria, según los últimos datos disponibles, cuenta con una población de 281.381 mujeres, que representan el 51,19 por ciento de la población. De las cuales, el 11,50 por ciento son menores de 15 años; el 66,70 por ciento tienen entre 15 y 65 años y el 21,78 por ciento son mayores de 65 años.

La esperanza de vida al nacer para la mujer cántabra, es de 83,13 años frente a los 74,26 de los hombres. Esto influye en un aumento progresivo de hogares unipersonales, ya que en Cantabria tenemos, según el Censo del 2001, 32.035 viudas frente a 5.897 viudos. Es decir, en una relación de 5 a 1.

La natalidad en Cantabria como, en el resto de España, ha sufrido un descenso significativo. El número de hijos por mujer en edad fértil es de 1,14. Por debajo de la media nacional, que es de 1,3 y que nos coloca muy lejos del número de hijos que aseguran el reemplazo generacional, que es de 2,1.

Cantabria tiene una tasa de embarazos en adolescentes menor que el conjunto de España y una tasa de embarazos por encima de los 34 años mayor que la media nacional. Siendo la edad media en la que la mujer tiene su primer hijo en nuestra Comunidad de 31,20 años.

Las grandes causas de mortalidad en nuestra Comunidad son similares a las de cualquier país desarrollado. El 37,2 por ciento de las mujeres fallecidas en Cantabria, en el periodo 2001-2003, lo

hicieron debido a enfermedades cardiovasculares; el 20,7 por ciento a tumores y el 11,7 por ciento a enfermedades del aparato respiratorio.

Los problemas emergentes en la salud de las mujeres de Cantabria, analizados en el Plan de Actuación son los siguientes.

Los relacionados con la salud reproductiva; es decir, con la capacidad de las personas para tener una vida sexual gratificante, sin sufrir enfermedades de transmisión sexual ni embarazos no deseados y con la libertad para decir tener, o no, hijos y en qué momento.

En nuestra Comunidad hay 119.854 mujeres en edad fértil, según el censo de 2001, que deben recibir la información que precisen para mantener una buena salud reproductiva y una atención sanitaria de calidad, en anticoncepción, interrupción legal del embarazo, control del embarazo, parto y puerperio, ayuda a la lactancia materna y a cualquier trastorno ginecológico incluida la esterilidad.

Los problemas relacionados con el cáncer de mama son también contemplados por ser la primera causa de mortalidad femenina por cáncer en Cantabria.

En nuestra Comunidad, la incidencia está en 72,83 casos, por cada 100.000 mujeres. Afectando más a las mujeres entre los 50 y los 70 años. Y la mortalidad es de 25,25 muertes por cada 100.000 mujeres, encontrándose el mayor número de muertes en el tramo de más de 70 años.

Desde 1997, existe un programa de detección dirigido a mujeres sanas cuya participación en voluntaria y gratuita. Durante el año 2004 se llevó a cabo un análisis en profundidad de dicho programa, que identificó problemas importantes.

Su propio nombre: Programa de Prevención del cáncer de mama, no se ajusta a la denominación que estos programas reciben, tanto a nivel nacional como internacional. E induce a error, ya que puede hacer creer que evitar la aparición del cáncer en lugar de promover su detección precoz.

Una parte muy importante del Programa estaba en manos de la Asociación Española contra el Cáncer y no en manos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales como debiera.

El índice de participación de las mujeres en el Programa es bajo; alrededor del 57 por ciento. Y apenas se ha incrementado desde el comienzo del Programa, en el año 97. Siendo muy inferior a lo establecido en las Guías Europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico que recomiendan una participación mínima del 70 por ciento, para asegurar que el Programa sea efectivo, que consiga sus objetivos.

La lectura mamográfica, aspecto fundamental para el adecuado funcionamiento del programa, presentaba deficiencias en cuanto a tiempos de espera, por encima de los valores aceptados por las guías europeas de garantía de calidad, debido a realizarse la lectura en Madrid. Tiempos de espera me

refiero para los resultados de las pruebas; número de mujeres recitadas para pruebas complementarias superior a los límites establecidos por las guías europeas, lo que genera una angustia innecesaria y una sobrecarga para los hospitales que deben realizar dichas pruebas.

Carencia de protocolos de garantía de calidad en todas las fases, siendo fundamental la existencia de al menos un protocolo de garantía de la exploración y de la lectura mamográfica.

Y por último, incapacidad del sistema informático de responder a las necesidades de un programa de estas características, por lo que parte del trabajo se realizaba manualmente, lo que incrementaba las posibilidades de error.

Otro de los problemas estudiados ha sido los derivados de la violencia contra las mujeres, que además de constituir el atentado más frecuente y menos denunciado contra los derechos humanos, representa un importante problema de salud pública, una auténtica epidemia silenciosa. Es la principal causa de mortalidad prematura de las mujeres en nuestra sociedad.

En 2004 fueron asesinadas en España, 97 mujeres, 2 en Cantabria. Las consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres, son devastadoras. Consecuencias físicas: lesiones, discapacidad, enfermedades de transmisión sexual, abortos. Consecuencias para la salud mental: depresión, ansiedad, estrés, insomnio, trastornos de la alimentación, abuso del alcohol y psicofármacos y consecuencias para la salud social, aislamiento, desvaloración, pérdida de oportunidades de desarrollo personal y profesional, disminución de la competencia para el cuidado de los hijos, disminución de la capacidad para contribuir al desarrollo de la sociedad, etc. etc.

En Cantabria, durante 2003 se produjeron 608 denuncias por malos tratos y 70 por acoso y agresión sexual. Si tal y como afirman los expertos esto es únicamente la punta del iceberg, al representar sólo del 5 al 10 por ciento de los casos reales de malos tratos; podemos hacernos una idea de la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres en nuestra Comunidad.

Los trastornos de la salud mental son otro de los problemas de salud emergentes, analizados. El impacto de las alteraciones de la salud mental en el bienestar personal, familiar y social es impresionante. Y la mayoría de los estudios muestran que la mujer sufre más enfermedades mentales que el hombre.

Los cuadros depresivos, ansiosos y por somatización, así como los trastornos de la conducta alimentaria, son padecidos con mucha más frecuencia por mujeres. En el origen de la patología psiquiátrica de la mujer, influyen sin duda, los factores socioculturales ya comentados.

La exigencia del cumplimiento como ama de casa de funciones monótonas y repetitivas, no reconocidas ni gratificadas. El exceso de sometimiento a los intereses de los demás. La nociva distorsión del

ideal de belleza occidental, relacionado con insatisfacción y trastornos de la conducta alimentaria. La limitación de las relaciones sociales. La impotencia para cambiar estas situaciones y una educación sexista que impide verbalizar estas vivencias de injusticia, hace que muchas mujeres utilicen como única vía de expresión, el malestar somático y psíquico.

Por otra parte, el peso de los cuidados de las personas con enfermedades mentales, recae en la mayoría de los casos en madres, esposas o hermanas, que llegan a presentar por ello, repercusiones en su estado de salud.

Las dificultades en la salud de la mujer en la madurez, son el último de los problemas de salud analizados por el Plan. Aunque la Organización Mundial de la Salud ha declarado que la mayoría de los problemas de salud en la menopausia se derivan de factores sociales y que dependen de la actitud de la sociedad ante el proceso de envejecimiento; las mujeres pueden vivir esta etapa biológica con aprensión.

No es ajeno a este hecho, la medicalización creciente que este proceso fisiológico ha experimentado en los últimos años. En esta época de la vida puede comenzar a representar una pesada carga el cuidado de los padres y familiares ancianos.

Posteriormente, con el aumento de la edad de la mujer, se produce una mayor susceptibilidad para algunos trastornos como la osteoporosis, la incontinencia urinaria y demás disfunciones del suelo pélvico.

Se incrementa el riesgo cardiovascular y las situaciones de dependencia que requerirán mayores necesidades de atención por parte de los servicios sanitarios y sociales.

De este análisis del estado de salud de las mujeres de Cantabria, se derivan las líneas de actuación que hemos establecido para dar respuesta a los problemas detectados, para prevenir riesgos y para añadir calidad de vida.

El Plan ha priorizado cinco ejes transversales de actuación que requieren de un trabajo intersectorial con otros organismos e instituciones.

Presenta por tanto conexiones de una serie de convergencias con otros planes del Gobierno, como el Plan Regional de Prevención y control de Tabaquismo, el Plan Regional del Sida, entre otros, y con la Ley integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección a sus víctimas.

En cada línea de actuación del Plan se determinan los objetivos generales, los objetivos específicos, las estrategias y los criterios de evaluación e indicadores.

La evaluación del Plan se llevará a cabo anualmente junto con la correspondiente memoria, mediante el análisis de los indicadores de los distintos objetivos que cada área comprende.

Voy a exponerle las principales estrategias de estas cinco líneas prioritarias de actuación, centrándome fundamentalmente en las que van a ponerse en marcha, a realizarse en el transcurso de este año 2005.

Una exposición más exhaustiva sería, quizá, excesivamente tediosa, máxime cuando todos ustedes disponen de la totalidad del Plan por escrito.

La primera línea de actuación sería visibilizar la situación de salud de las mujeres, mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud.

Se han elaborado una serie de estrategias y una serie de actuaciones para el año 2005. Como estrategia, introducir la perspectiva de género en los sistemas de información y registro sanitarios. Se está realizando un análisis, de hecho existe ya un documento preliminar de la desagregación por sexo de los diferentes sistemas de información y registros de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que permitirá identificar aquellos en los que deberá introducirse dicha variable, y también se harán sugerencias para la explotación con visión de género, con perspectiva de género de los datos recogidos en esta documentación.

Diseñar propuestas para incorporar la perspectiva de género en los protocolos, programas e intervenciones en salud. Se está realizando un análisis de la perspectiva de género en los programas de cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.

Introducir la perspectiva de género en los procesos de formación continuada de los profesionales de la salud. Van a incluirse en los cursos de formación continuada de Atención Primaria, un curso sobre género y salud.

Potenciar la investigación relacionada con determinantes y factores diferenciales de la salud de las mujeres, por ello se hará una oferta de becas de investigación a través del instituto para la formación e investigación Marqués de Valdecilla.

La segunda línea de actuación sería mejorar la salud reproductiva. Nos planteamos desarrollar programas de información y accesibilidad a los distintos métodos anticonceptivos de la población en edad fértil, con especial atención a los grupos de mayor riesgo: adolescentes, inmigrantes, discapacitados, etc...

Se va a realizar un análisis de la situación de la consulta joven en nuestra Comunidad, considerándose la posibilidad de aumentar los dispositivos o de incorporar la consulta joven a algún centro educativo.

Otra estrategia sería promover en el ámbito educativo programas que favorezcan las relaciones afectivo sexuales autónomas y responsables entre la población adolescente.

Para ello se va a elaborar un programa afectivo sexual para adolescentes en coordinación con otras Consejerías, educación, juventud, valorando la

implicación en el mismo de los servicios sanitarios.

Hemos de garantizar la información y dispensación gratuita de la anticoncepción postcoital en toda la red sanitaria. Se está realizando un análisis de la situación de la píldora postcoital en nuestra Comunidad, detectando y subsanando los puntos débiles que permitan asegurar una dispensación universal y gratuita en todo el Servicio Cántabro de Salud.

Hay que reevaluar la vigilancia prenatal en la Comunidad, tanto a nivel de protocolos como de estructura asistencial. Para ello se va a mejorar la asistencia prenatal dentro del Servicio Cántabro de Salud, tanto a nivel de atención primaria como de especializada, aumentando la accesibilidad, la coordinación entre niveles asistenciales y reforzando los aspectos de educación sanitaria y educación maternal.

Va a elaborarse un protocolo de vigilancia prenatal uniforme para toda la Comunidad, evitando la realización de actuaciones que no están justificadas por la evidencia científica. Es decir, evitando la sobre medicalización de una situación fisiológica como es la gestación.

Se va a impulsar la colaboración en la implantación del Plan de humanización de atención al parto y nacimiento y en los hospitales públicos de nuestra Comunidad que atienden partos, tal y como recomendó el Parlamento de Cantabria en junio de 2004, al aprobar por mayoría aunque con el voto en contra del Partido Popular una resolución para que se procediera a elaborar dicho Plan, siguiendo las recomendaciones de la declaración de fortaleza de la Organización Mundial de la Salud sobre derechos de la mujer embarazada y el recién nacido.

Para ellos se está desarrollando por parte del hospital de Laredo, la vía clínica de atención al parto y nacimiento y próximamente, finalizará por parte del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla la vía clínica de atención al parto y nacimiento.

Va a incluirse en el contrato de gestión de los hospitales de Valdecilla y Laredo, los objetivos establecidos en el Plan, una proporción de partos por cesárea inferior al 18 por ciento; una proporción de partos con anestesia epidural en mujeres que la desean y no presentan contraindicaciones superior al 90 por ciento; una proporción de episiotomías entre los partos no instrumentalizados, inferior al 55 por ciento; una proporción de partos con enema rasurado inferior al 5 por ciento; una separación madre-hijo inferior al 10 por ciento, después del nacimiento. Y un porcentaje de acompañamiento en el parto, superior al 90 por ciento.

Otra estrategia sería facilitar la adopción en los hospitales públicos de nuestra Comunidad que atienden partos, de los 10 pasos para una lactancia feliz de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, tal y como el Parlamento de Cantabria acordó por mayoría en la fecha arriba comentada con el voto en contra del Partido Popular. Para ello se está elaborando un Plan de fomento de la lactancia materna.

Otra estrategia sería elaborar documentación divulgativa, folletos, libros, soportes audiovisuales, etc. sobre aspectos de salud reproductiva para su distribución, tanto a los centros y profesionales sanitarios como a las mujeres y sus parejas. Para éstos se están realizando ya, reuniones para elaborar en colaboración con los profesionales del Servicio Cántabro de salud, este material divulgativo y para su distribución posterior en los centros.

La tercera línea, sería reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. Por ello se ha cambiado el nombre del programa por el de detección precoz del cáncer de mama. Se han ampliado también los objetivos generales del programa. Desde sus inicios el programa ha presentado como objetivo general único, la reducción de la mortalidad.

Sin duda la existencia de un programa de detección contribuye a la disminución de la mortalidad, pero no es el único factor implicado. Además no sólo es importante conseguir que la persona enferma sobreviva al cáncer de mama, sino que lo haga en las mejores condiciones posibles.

Por lo que se ha decidido incorporar a los objetivos del programa estos dos: aumentar la supervivencia media de las mujeres a las que se ha detectado un cáncer de mama, mejorar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Se ha potenciado el programa de detección precoz del cáncer de mama en Cantabria buscando soluciones al problema más importante, que no es otro que el de la baja participación de las mujeres. Esta baja participación parece estar influida por los problemas de confidencialidad y confort de las unidades móviles, el haber renunciado como se hizo, a citar a toda la población elegible. Es decir, todas las mujeres entre 50 y 64, años salvo aquellas que ya padecen un cáncer de mama.

El importante número de mamografías de detección que se realizan fuera del programa, la ausencia de una coordinación entre el programa y los profesionales de atención primaria y especializada del Servicio Cántabro de Salud, las dificultades y retrasos en la comunicación de los resultados a las mujeres. Para incrementar la participación de las mujeres en el nuevo programa de detección, se han creado tres unidades fijas de exploración mamográfica, dependientes de los hospitales de Valdecilla, Sierrallana y Laredo a las que acudirán las mujeres de los Ayuntamientos de Santander, Camargo, Torrelavega, Cartes, Laredo y Liendo.

La unidad fija, dependiente del Hospital Valdecilla es de nueva creación y está ubicada en el Centro de Especialidades de Vargas, donde se ha adecuado un espacio y se ha equipado con un mamógrafo digital.

En los Hospitales de Laredo y Sierrallana se utilizarán los espacios y los equipos ya existentes, en turno de tarde.

La lectura mamográfica se ha centralizado en el

Hospital Valdecilla. Para lo que se ha habilitado una zona de lectura específica con el equipamiento correspondiente y se ha creado una nueva plaza de especialista en Radiología.

Otras medidas para impulsar el Programa han sido cambiar el criterio de exclusión de las mujeres a la invitación. El único criterio de exclusión será el haber padecido un cáncer de mama.

Cruzar los datos existentes para reducir el número de citaciones no válidas. Mejorar la información a las mujeres, cambiando la carta de información al programa, adjuntando un folleto explicativo de nueva elaboración. Y se han modificado todos los informes de comunicación de resultados para hacerlos de más fácil comprensión.

Poner en marcha una nueva aplicación informática que permita una mayor rapidez y fiabilidad en todas las fases del Programa. Así como el trabajo integrado de todas las unidades implicadas en el mismo.

Mejorar la difusión del Programa entre los profesionales sanitarios. Al inicio de la quinta vuelta se ha realizado una presentación a los profesionales de atención especializada de los tres hospitales del Servicio Cántabro de Salud relacionados con el Programa: radiólogos, ginecólogos, cirujanos, personal de enfermería, sobre el desarrollo y los objetivos del Programa para esta quinta vuelta.

Todos los ginecólogos y ginecólogas del Servicio de Salud dispondrán de un volante específico para canalizar a las mujeres de 50-64 años que solicitan, o a las que se indica mamografía de cribado, para que ésta se realice a través del Programa.

Antes de realizarse la exploración en una zona de salud se presenta a todos los componentes del equipo de Atención Primaria de la zona el desarrollo y objetivos del Programa.

Todos los profesionales, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, disponen de un calendario de exploraciones de las mujeres invitadas a participar.

Se ha elaborado también un Programa de garantía de calidad en cribado mamográfico, calidad de equipo, calidad mamográfica, calidad de lectura. Y se establecerá en el contrato de gestión para el año 2006, los tiempos mínimos de demora para la atención de las mujeres remitidas desde el Programa para pruebas complementarias y para decisión quirúrgica. Un objetivo destacable dentro de esta línea de actuación y que se pondrá en marcha en la siguiente vuelta, si se consigue una adecuada participación de las mujeres en el Programa, es el aumento de la edad del cribado de forma que se realice a las mujeres de 50 a 69 años.

La cuarta línea, sería reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género. Se ha elaborado un protocolo que contempla pautas uniformes de actuación sanitaria, así como los procedimientos de coordinación de las distintas instancias que intervienen de manera específica en la

atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

El protocolo terminó de elaborarse en diciembre pasado y entra ahora en una fase de pilotaje en tres equipos de Atención Primaria con el objetivo de analizar el desarrollo del mismo: detección de deficiencias, necesidades, dificultades, etc., antes de su implantación generalizada en el resto de los centros.

Los equipos de salud elegidos pertenecen, dos a la Gerencia de Atención Primaria de Torrelavega, Reinosa, el equipo de Campoo y de Suances y uno a la Gerencia de Atención Primaria de Santander-Laredo, el de Colindres.

La elección de los centros se ha realizado por las diferentes gerencias de acuerdo a criterios organizativos, asistenciales, de disponibilidad de trabajador social y de mayor interés por parte de los profesionales.

El inicio del pilotaje comenzará en mayo e irá precedido de un curso intensivo de sensibilización y formación de los profesionales de cada equipo que comenzará el próximo día 16 de mayo y se realizará en horario laboral.

El tiempo previsto de duración del pilotaje será de seis meses, finalizados los cuales realizaremos su evaluación a través de reuniones con los profesionales de los equipos y análisis de los sistemas de registro de información que se hayan establecido para el pilotaje.

La financiación del pilotaje; es decir, sustitución de los profesionales para acudir al curso de formación y el propio curso de formación se realiza por parte de la Dirección General de Salud Pública.

Se aumentan los recursos humanos para el abordaje de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios. Considerando que la asistencia psicológica es necesaria para las mujeres que sufren violencia de género, se ha aumentado una plaza de psicólogo en la Unidad de Salud Mental de Torrelavega, para poder prestar adecuada atención a las mujeres víctimas de violencia del área de salud de Torrelavega. Área a la que pertenecen los dos equipos donde se pilotará el protocolo. Esta plaza es financiada por la Dirección General de Salud Pública.

El incremento en un psicólogo de la Unidad de Salud Mental de Laredo permitirá también que colabore en la demanda generada por el pilotaje del protocolo en el equipo de Atención Primaria de Colindres.

Se ha iniciado también la actualización del protocolo de actuación sanitaria a mujeres víctimas de agresiones sexuales, que fue elaborado en el año 1993, para actualizarle de acuerdo a las novedades médicas, las demandas actuales de la sociedad y los cambios legales producidos, en coordinación con el ámbito judicial y policial.

Queremos implantar un sistema de registro de casos de violencia de género en los servicios

sanitarios que permita dimensionar el problema. Para ello se van a establecer indicadores de registro en el programa informático OMIAPE. Se van a establecer codificación en los hospitales, de la violencia de género y se va a hacer un control de los partes de lesiones.

Queremos ofrecer información colocando carteles y folletos en lugares visibles de nuestros Centros de Salud, que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema de objeto de atención sanitaria en el Centro y en el que se puede ofrecer ayuda.

Vamos a hacer un programa de sensibilización y formación del personal sanitario para mejorar el abordaje de la violencia de género. Para ello se va a incluir en los cursos de formación continuada de Atención Primaria, un curso sobre abordaje de la violencia contra las mujeres en Atención Primaria de Salud y en la formación pregrado, en la formación de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Enfermería, una asignatura lectiva sobre la violencia de género como problema de salud.

La quinta y última línea de actuación, sería la que intenta mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales, mediante el fomento de hábitos de salud, saludables.

Aunque las estrategias propuestas en el Plan son numerosas para esta línea de actuación, las actuaciones previstas para este año 2005, son más limitadas.

Queremos sensibilizar a los servicios de prevención para que tengan en cuenta la incidencia diferencial de los factores de riesgo en cada puesto de trabajo en mujeres y hombres.

Hemos hecho la propuesta de que la encuesta de salud laboral y condiciones de trabajo y el programa para la prevención del riesgo músculo esquelético, hospiciado por la Comisión Cantabro de Seguridad y Salud en el trabajo, asuman la perspectiva de género.

Vamos a potenciar la investigación sobre la salud mental de las mujeres en Cantabria a través de becas de investigación.

Vamos a elaborar una guía de actuación frente a las patologías o disfunciones del suelo pélvico, dirigida a mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Y vamos a potenciar la investigación sobre la calidad de vida y la salud percibida por las mujeres de Cantabria de más de 45 ó 50 años, a través de becas de investigación del IFIMAC.

Finalmente y para concluir, quisiera decir que en nuestro país existe actualmente, un gran escalón entre lo que se sabe y lo que se hace para abordar las desigualdades de género en salud.

El reconocimiento de estas desigualdades y cómo afectan a la salud, ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, la aplicación de estos conocimientos a la práctica, todavía no se ha producido.

En Cantabria queremos aplicar el conocimiento existente a la práctica. Es decir, queremos hacer más, convencidos también de que ésta es la única manera de saber más para poder actuar de forma más eficaz sobre estas desigualdades en salud, que son –como ya hemos dicho- innecesarias, evitables e injustas.

Muchas gracias por su atención.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Consejera por su intervención.

Pasamos ahora a las intervenciones de los Grupos Parlamentarios y empezamos por el Grupo Regionalista, por un tiempo de diez minutos cada uno.

Sra. Valdés.

LA SRA. VALDÉS HUIDOBRO: Gracias, Sra. Presidenta.

En primer lugar, por supuesto, quiero agradecer la presencia en esta Comisión, de la señora Consejera y el Alto Cargo que le acompaña. Y voy a comenzar mi exposición, recordando que en diversas ocasiones en este Parlamento, hemos hablado del Plan de Gobernanza del Ejecutivo de Cantabria.

Ese compromiso del actual Ejecutivo Regional con la ciudadanía de Cantabria, que se ha plasmado en una serie de actuaciones estratégicas...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada, perdone dos segundos. Es que se oye mal, arrímese, por favor, que no sé si se soluciona así o no.

LA SRA. VALDÉS HUIDOBRO: Intentaré que se me oiga mejor.

Decía que ese compromiso que tiene el actual Ejecutivo Regional con la ciudadanía de Cantabria se ha plasmado en una serie de actuaciones estratégicas en los diferentes ámbitos de gestión administrativa, que aborda el Ejecutivo del Partido Socialista y el Partido Regionalista.

Precisamente el Plan de Salud de las mujeres que hoy detalladamente nos expuesto la Sra. Consejera en esta Comisión, es sin duda -y también así lo ha expresado ella- una consecuencia de este compromiso del Ejecutivo, por dotar de recursos materiales y humanos la atención integral de la salud de las mujeres de nuestra Comunidad Autónoma.

Un tratamiento específico de los problemas de salud de un sector de la población de nuestra Región, más de la mitad de la población de Cantabria, que requiere un tratamiento especializado y diferenciador respecto de los problemas de salud masculinos.

Efectivamente, el enfoque de género era y es necesario. Porque como sin duda, todos sabemos; es preciso tratar de modo diferente aquello que es diferente, como medida básica de acción positiva en beneficio de la igualdad efectiva y real.

En este caso en beneficio de la calidad de vida

de las mujeres cántabras que tienen unos problemas de salud concretos, derivados no solo de la concurrencia de factores biológicos, sino también de causas socio culturales que influyen en el origen de la discriminación que padecen las mujeres en relación con el tratamiento de su salud mental y física. Causas socio culturales -que como usted misma ha expresado, Sra. Consejera- son modificables, afortunadamente.

Este plan integral previsto para esta legislatura es una actuación novedosa y de gran importancia que parte, como se ha expuesto aquí, de un tratamiento de la salud femenina en su conjunto y atendiendo, por lo tanto, las diferentes etapas de la vida de la mujer de Cantabria.

Por lo tanto, sí que es cierto que le Plan tiene una característica que es su realismo. Un plan estratégico de actuación que comienza por el principio, esto es, el conocimiento previo de la situación actual de la salud femenina en nuestra Región.

Efectivamente se parte de un diagnóstico de la situación real de la salud de las mujeres, para fijar objetivos encardinados en estrategias o grandes líneas de actuación, que permitan alcanzar el principio en torno al cual giran todas las iniciativas de este Plan, que en este Plan se contienen: la salud y la calidad de vida de las mujeres de Cantabria.

Partiendo, como digo, de un diagnóstico previo sobre la cuestión. Este Plan de salud establece, como aquí se ha expuesto, cinco grandes líneas de actuación que tratan de atajar o minorar los principales problemas de salud que hoy por hoy afectan a las mujeres de nuestra Región.

Los problemas relacionados con la salud reproductiva, la alta incidencia del cáncer de mama en nuestra Región, los efectos psicossomáticos de la violencia de género, la problemática específica de la salud mental; configuran un cuadro socio sanitario concreto, que determina la aplicación de las numerosas medidas que configuran este Plan.

Un documento para la acción del Ejecutivo en materia de salud que se configura como un instrumento básico idóneo para abordar con eficacia y rigor los objetivos de visibilización, diagnóstico, prevención y tratamiento diferenciado de los principales problemas de salud a los que antes hacía mención.

Este Plan se estructura, como digo, en cinco grandes líneas estratégicas. Cada una de ellas hace referencia a los objetivos a alcanzar, las estrategias de actuación para lograr estos fines y los indicadores o instrumentos de evaluación de estos objetivos y acciones, que permiten hacer un seguimiento objetivo y eficaz de las medidas de acción previstas, con el fin de optimizar al máximo los resultados que se pretenden con ellas.

Por otro lado, hay un aspecto de este plan que es necesario destacar por su importancia. Me refiero al carácter transversal de las estrategias, acciones y medidas que en él se contienen, y la concatenación de

este Plan de Salud de las mujeres, de salud femenina, con otros planes del actual Ejecutivo que se orientan a la mejora de la salud, la igualdad y la calidad de vida del colectivo femenino de la Región. Por ello podemos hablar de una perspectiva integral de las actuaciones.

Decía anteriormente que este Plan cuenta con medios materiales y humanos para su aplicación práctica. Efectivamente en el mismo aparece reflejado el compromiso del Ejecutivo respecto de la dotación económica anual, precisa para llevar a efecto este ambicioso programa de actuación sobre la salud.

Este documento necesita de la garantía y del respaldo económico necesario para llevarse a efecto, y de ahí que se dote de una aportación presupuestaria anual, que al parecer se complementa con la cartera de servicios específicos para la mujer, que actualmente dispone el Servicio Cántabro de Salud.

Este aspecto es importantísimo para mi Grupo Parlamentario, porque de él depende la eficacia del Plan. Por eso, Sra. Consejera, nos gustaría que nos confirmara si el cálculo y la estimación económica prevista para este Plan de salud de las mujeres se ha configurado teniendo en cuenta esa complementariedad entre los actuales medios y recursos que actualmente existen en el sistema sanitario de nuestra Región. Y nos gustaría también que nos indicara si se tiene previsto, por parte de su departamento, la posibilidad de reajustar la dotación económica o los recursos aplicables a la consecución de este Plan, en el caso de que una evaluación posterior de las actuaciones, ponga de manifiesto nuevas necesidades de recursos, ya sean materiales, técnicas o humanas, que puedan determinar cambios en las estimaciones previstas, a la hora de garantizar ese importante aspecto de la financiación, garantizadora de la consecución del Plan.

Una evaluación posterior de resultados, que como digo, es otro aspecto fundamental para valorar los resultados de aplicación de este importante compromiso, que el ejecutivo regional y su departamento, asume con todas las cántabras. El grado de satisfacción que se derive de las diferentes actuaciones del plan permitirá detectar desviaciones en los objetivos, corregir problemas posibles y abordar nuevas acciones a la luz de las demandas de las usuarias, que garanticen al máximo la eficacia de las actuaciones y la consecución del objetivo final que se persigue con este documento.

En definitiva, Sra. Consejera, este compromiso de su departamento y a la vez esta apuesta del Gobierno por la salud de las mujeres, no puede sino contar en general con el respaldo de mi Grupo Parlamentario, el Grupo Parlamentario Regionalista que quiere también felicitar al Ejecutivo por esta ambiciosa, a la vez que novedosa iniciativa, fruto como he dicho del compromiso de Gobierno del Partido Regionalista y el Partido Socialista en Cantabria para esta Legislatura que ya se haya prácticamente en su ecuador.

Si es posible, sí que le pediría a lo largo de su turno de contestación a los Grupos esa aclaración respecto de los interrogantes o reflexiones que anteriormente le planteaba.

Ya le adelanto de antemano las gracias por las explicaciones y termino por supuesto como comencé agradeciendo su presencia en esta Cámara y la de los Altos Cargos que le acompañan en esta Comisión.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Muchas gracias Sra. Diputada.

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Socialista D^a Purificación Sáez, por un tiempo de 10 minutos.

LA SRA. SÁEZ GONZÁLEZ: Gracias Sra. Presidenta.

Comenzar agradeciendo la presencia de la Sra. Consejera en esta Cámara para darnos cumplida explicación de lo que supone este Plan de actuación, este Plan de salud para las mujeres 2004-2007 y agradecer también la presencia al Director General de Salud Pública que nos acompaña aquí hoy.

Para los socialistas, para el Grupo Parlamentario Socialista, está más que justificado y entendemos que era necesario la presentación por parte de la Consejería de un Plan de estas características, un Plan que ha abordado de manera integral la problemática de la mujer y que entendemos que en su exposición cubre toda la Legislatura 2004-2007, pero entendemos también que sin duda nace con un espíritu de continuidad, de duración mucho mayor.

Ésta parece ser como nos ha explicado la Sra. Consejera en su elaboración están representados profesionales, técnicos, asociaciones, se ha consultado, se ha hecho unos estudios de profundidad importantes, y el objetivo general, si lo hemos entendido de sus explicaciones es el de contribuir a identificar y a actuar sobre las desigualdades para mejorar la salud de las mujeres y por lo tanto para mejorar la salud de toda nuestra Comunidad.

Es un hecho y yo creo que ha quedado demostrado a lo largo de toda su exposición que hay unas diferencias de salud entre las mujeres y los hombres, debidas a factores biológicos o a factores socio económicos. En 1997, el informe sobre la salud de la mujer de la Comunidad Económica, ya consideraba a las mujeres como un grupo con características sanitarias específicas, con unos problemas prevalentes, distintos a los de los hombres.

Yo creo que también se ha señalado con una mayor esperanza de vida pero por contra una mayor morbilidad, mayor incidencia de enfermedades crónicas, peor calidad de vida y se reconocía en este informe también, que su salud estaba ampliamente determinada por factores socio económicos, factores que estos sí que son modificables, en esto sí que podemos actuar, que es yo entiendo la idea de este plan.

Es un hecho, se ha explicado ya que la mujer sufre distinta situación al hombre, tiene unos niveles de vida inferior debido a la menor capacidad

económica, se ha señalado la encuesta poblacional activa, las mayores tasas de desempleo, la remuneración salarial muchos más baja todavía en muchas ocasiones. Pensiones inferiores, desigualdad en los puestos de trabajo, ocupa trabajos menos cualificados, lo que trae una serie de situaciones posteriores de cara a su salud. Doble jornada, hablábamos de doble jornada laboral, doméstica, incluso triple si una mujer quiere decidirse y actuar en política, a nivel sindical, participar en movimientos sociales, estaríamos hablando yo de luna triple jornada.

Una mayor exigencia de sus capacidades, demostrándolo continuamente en su vida laboral y de su imagen, que no lo podemos olvidar; pero esto causa también una serie de trastornos y problemas de salud importante.

Enseguida a la mujer se le exige una imagen perfecta, guapa, delgada, estupenda, activa, una situación que realmente hoy por hoy no se está exigiendo al otro sexo y esto también acarrea problemas; problemas de alimentación y problemas de otro tipo.

Y está sujeta a un mayor acoso, un mayor acoso sexual, hasta un 18,3 por ciento de las mujeres trabajadoras manifiestan que han sido acosadas sexualmente y psicológico, ahí tiene una mayor tasa de mobbing. Y otras cuestiones que yo creo que han sido ampliamente señaladas por la Sra. Consejera.

También sufre de unos niveles más elevados de exclusión social, desigual distribución de las tareas domésticas, un trabajo doméstico que socialmente no está bien valorado, económicamente no está ni considerado.

Es además de la cuidadora de la salud del resto de la familia, es la que soporta el cuidado de enfermedades, pues en muchas ocasiones brutales que también la condicionan a ella a ser padecedora de otras enfermedades. Ella cuida a los enfermos mentales de la familia, cuida a los ancianos, cuida -por supuesto- a los hijos y a las hijas.

La estructura familiar que ya se ha señalado, monoparental principalmente la soporta la mujer. Y no hay que olvidar que eso supone que esas familias económicamente lo pasan peor; porque hay una media de diferencia de unos 5 mil euros al año, en lo que son las familias monoparentales de hombre y de mujeres.

También tiene la mujer una percepción diferente de la salud. En el 2001 la encuesta nacional de salud señalaba, que la mujer percibe su estado de salud peor que lo perciben los hombres. Señalaba también que padecía una mayor incidencia de determinadas patologías y han sido aquí también señaladas y que era mayor consumidora de medicamentos y tenía mayor número de accidentes domésticos.

Que quizá en estos dos apartados habría que establecer la relación de estas causas con el efecto del acoso y la violencia de género; que yo creo que es algo bastante novedoso, que aporta este programa.

Detectar como un objetivo que tiene el programa, este plan, detectar estos problemas que tiene la violencia desde la esfera sanitaria.

Y creo que el objetivo marca el 60 por ciento de las mujeres que sufren violencia se puedan detectar desde el ámbito de los servicios sanitarios. Yo creo que es una parte muy importante de este plan.

Y también existe una desigualdad y una discriminación hacia la mujer a nivel sanitario, también lo ha explicado perfectamente la Sra. Consejera. En el año 2004, en el informe de la Sociedad Española de Salud Pública de la Administración Sanitaria, detectaba que las mujeres eran peor diagnosticadas.

Y yo creo que eso es algo que percibimos muchas veces las mujeres, cuando alguien, cuando una mujer acude al médico porque se siente deprimida se investiga poco las causas de esa depresión, es como un hecho añadido a su condición de mujer, es más fácil que tenga depresión y se medica más ligeramente sin ahondar en cuál es la causa efectiva de esa depresión. Que como digo, muchas veces puede ser incluso la punta de la violencia o que está sufriendo un acoso, que podría ser esa manera, ese punto para detectar.

Soportan mayores esperas en los servicios de urgencia, tienen menos hospitalizaciones, muchas veces porque anteponen la vida familiar a su propia salud. Retrasan el ir al médico o no quieren ser hospitalizadas por alguna causa.

Yo creo que a lo largo de toda su explicación ha quedado claro que este Plan es algo -como hemos dicho- a futuro; no solamente para esta legislatura. Tiene más miras de continuar en el tiempo. Están bien señalados los objetivos específicos para cada línea de actuación. Las estrategias de actuación también están claramente definidas en el Plan.

Y a mí también me parece importante que se señalan muy claramente los criterios de evaluación. Lo que hace que se debiera considerar ya como una apuesta muy seria de este Gobierno. También se abarca el apartado de su financiación.

Para el Grupo Parlamentario Socialista, nos parece excelente la presentación de este Plan de actuación. Nos parece una muy buena iniciativa, por parte de esta Consejería, que supone que otra vez Cantabria se adelanta a otras Comunidades. Es la primera Comunidad que posee un Plan de estas características. Y yo creo que eso nos debe alegrar. Estamos otra vez a la cabeza. Es una apuesta novedosa y necesaria.

Yo creo que sigue un poco la línea de lo que está siendo este Gobierno. Que está teniendo otro aire de actuación y lo está demostrando con cuestiones de este tipo.

Así presentó en su día un Plan de Gobernanza, que aunque a algunos les cause risa es un compromiso formal de Gobierno como nunca antes había existido. Es un Plan que ha sido reconocido por otros Gobiernos y por una buena parte de los sectores económicos y sociales. Después se presentó un Plan

de Agua, que también la idea de la autovía del agua y tal. Pero bueno, es una solución que fue decidida para un problema gravísimo que parecía irresoluble. Y este Gobierno presentó su Plan.

Y este Plan de actuación de salud para las mujeres, que aborda de alguna manera específica e integral una situación real desde todos los frentes posibles.

Yo creo que es una muy buena iniciativa y por supuesto desde este Grupo Parlamentario encontrarán todo el apoyo posible.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Popular. María José Sáenz de Buruaga.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Muchas gracias, Sra. Presidencia.

En esta primera intervención tengo que hacer como el resto de Portavoces que me han precedido en el uso de la palabra. Agradecer a la Sra. Consejera y al Director General de Salud Pública su comparecencia en esta Comisión. Y por supuesto sus explicaciones.

Únicamente –eso sí– y siento siempre a veces tener que poner la nota discordante, lamentar el orden de prioridades en su presentación y en la difusión del Plan de la salud para las mujeres de Cantabria, en el sentido de que el Parlamento, una vez más vuelve a ser el último. Y también por supuesto además deja hoy al descubierto, la Sra. Consejera, sus formas.

Yo, desde luego, me he extrañado cuando dice que todos tienen en poder y en posesión un ejemplar que el Grupo Popular no tiene. El Grupo Popular está trabajando con el Plan de Gobernanza que está colgado en la web, porque la Consejería no ha tenido la deferencia, la cortesía y el respeto parlamentario que se espera de dar un ejemplar a los demás Grupos sí, y al Grupo Popular no, pese a ser el que representa en mayor medida a los ciudadanos de Cantabria.

Dicho esto, que creo que es obligado decir. Lo que sí les puedo decir también es que nuestra predisposición hacia este Plan, hacia esta iniciativa, no podía ser mejor, o más favorable. Hemos querido verla y mirarla. Y hemos hecho un esfuerzo por verla y mirarla con buenos ojos. Porque son muchas cosas, quizás más de las habituales, las que compartimos con ustedes en este punto; las que compartimos con la Consejería.

Compartimos la premisa; compartimos el punto de partida, compartimos el hecho de que la salud de hombres y mujeres, además de ser diferente por factores de tipo biológico es también desigual, como ha dicho la Consejera y está escrito en el Plan de Salud, por la concurrencia de otra serie de factores; fundamentalmente de carácter social.

Compartimos la conciencia de que esas desigualdades de género colocan a la mujer en una situación de discriminación en relación a la salud. Compartimos la óptica; o mejor dicho, la necesidad de

considerar a la mujer en su integridad como un todo, y por eso compartimos la bondad o la necesidad de un Plan específico y compartimos y aplaudimos el objetivo teórico que marca este plan, que es identificar y actuar sobre estas desigualdades para de esta forma mejorar la salud de las mujeres y con ella la de toda nuestra Comunidad y digo teórico porque a nuestro juicio, aquí en la labor más importante que es la identificar esas desigualdades para actuar sobre esas desigualdades y mejorar consecuentemente la salud de la mujer es donde pincha este Plan donde fracasa estrepitosamente este Plan, donde este Plan no existe.

Nuestra orientación, nuestro objetivo final es claro y yo quiero que quede claro y desde el Partido Popular exigimos con Plan o sin Plan, miren con Plan o sin Plan actuaciones y medidas concretas, medidas de acción positiva respaldadas con presupuesto, eso es lo que a nosotros nos preocupa y nos importa.

Porque es lo que necesita la mujer, notar que cada día la atención que recibe mejora, notar que cada día su salud está mejor cuidada y atendida y no figurar o no figurar en un libro más o menos bonito, es decir que no nos podemos quedar ahí y creo que en esto también coincidimos y me supongo que compartimos.

Dicho esto cosas que nos decepcionan, nos decepcionan sobre todo porque esperábamos más, las hay. La primera pues yo creo que la deja muy clara el propio Plan, un Plan que nace cuestionándose a sí mismo y yo creo que pidiendo perdón, y permitanme que sea tan gráfica, por ser tan poquita cosa, así nace este Plan y es una evidencia, el Plan y la Consejera lo ha dicho hoy porque lógicamente lo que está escrito no se puede decir que no se ha dicho o que no lo pone, el Plan dice "que un abordaje exhaustivo del tema, acabaría incluyendo todos y cada uno de los posibles aspectos de salud de las mujeres susceptibles de intervención y perdería su sentido por ser excesivamente ambicioso e inabarcable".

Yo me pregunto, ¿pues sino es para incluir todos los aspectos susceptibles de intervención, para qué es un Plan?, cómo va a perder el sentido por ser excesivamente ambicioso, ¿pero para qué es un Plan?, para poner en marcha actuaciones, o sólo para contarlas, para ponerlas o no ponerlas, para que las cosas sigan igual y sigan igual, ¿eso es un Plan realista? no, un Plan realista lo que tiene que es identificar todos los problemas y arbitrar actuaciones y estrategias para intervenir en los más relevantes y lo contrario será otra cosa pero no un Plan.

Nos decepciona también el enfoque desvirtuado de la realidad que hace el Plan, es contradictorio. Mire hay veces que uno se asusta, sobre todo cuando por un lado oye decir a la Consejera ciertas cosas y las lee, además no como que la vida de los hombres se orienta al trabajo productivo mientras que la de las mujeres lo hace hacia el reproductivo, pues hombre yo creo que algo la mujer es algo más que reproducción, yo creo Sra. Consejera se lo digo sinceramente me considero algo más que un útero y todo eso y además creo que un grave error contraponer el trabajo productivo y el reproductivo, lo productivo y lo reproductivo habría que cuestionarse muchas veces que es más productivo.

Entonces cuando uno lee estas cosas a veces piensa, tal vez aquí pueda haber planteamientos fundamentalistas en exceso, o en extremos que nos lleven a una manera de entender la realidad que no sea la correcta pero lo cierto es que no, que luego, por eso digo que es contradictorio, y que es desvirtuado, pero luego es tímido, es limitado, es poco ambicioso y la verdad es que acaba limitando los problemas relevantes prácticamente a eso, a lo reproductivo, al cáncer de mama, a la salud reproductiva y casi, casi nos deja en lo reproductivo.

Yo desde luego el enfoque biopsicosocial que se nos vende desde la Consejería y desde el gobierno no le encuentro por ninguna parte y menos traducido en acciones, en medidas de acción positiva concretas.

Y la tercera decepción, que nos surge es desde luego la de dos años para esto. Pues mire habíamos oído hablar de este Plan en el año 93 cuando comparece usted por primera vez en este parlamento comprometiéndose ese Plan con carácter inmediato, habíamos oído hablar de este Plan en los presupuestos de 2004, habíamos oído hablar de este Plan en los presupuestos del 2005 y finalmente aparece un Plan previsto a cuatro años del que ya han pasado dos para el que se ha consumido un presupuesto, no sabemos en qué, un Plan sin medidas concretas, un Plan sin cronograma de implantación; porque no dice cuándo va a poner en marcha esas medidas. Y por supuesto, sin conocer el órgano responsable de poner en marcha cada una de las estrategias o de ejecutarlo, sobre todo cuando se dice que es transversal. Pero no aparece quién es el órgano encargado de implantar las estrategias y desde luego cómo se va a coordinar con las demás.

A mí me da la impresión de que tal y como ocurre con el Plan de Gobernanza, es el propio Gobierno quien comienza desacreditando este Plan, quien comienza incumpliendo este Plan, su dinámica de funcionamiento y los mecanismos de evaluación que este Plan establece.

¿Dónde está la memoria del año 2004?. Porque el Plan dice que cada año se hará una memoria. El Plan pone 2004-2007, me supongo que tiene que haber una memoria de actuaciones realizadas en el año 2004, que el propio Plan establece y que nadie conoce. Las actuaciones puestas en marcha.

Y me dirán: "Es que se aprobó en diciembre de 2004 el Plan". Y entonces yo les diré: "¿Y por qué ponen 2004-2007?. Pongan 2005-2007". No sé por qué tenemos este lío. Y también de paso expliquen en qué se han gastado el Presupuesto de 2004 que venía para este Plan. Y sobre todo yo creo que tendrían que explicar por qué el Gobierno habla de medidas puestas en marcha, ejecutadas e incluso evaluadas.

Porque todo esto lo que nos hace preguntar es para qué sirve este Plan. Voy a poner un ejemplo muy concreto para que me entiendan. El día 6 de abril de este año, de 2005, hace muy poquitos días, la Sra. Quintana y el Director General de Salud Pública – estoy leyendo un titular de los que aparecen colgados en el Gabinete de prensa, en la web, del Gobierno,

que dice: "Analizaron las actuaciones puestas en marcha".

A mí me gustaría decir: Bueno, pues de diciembre de 2004 hasta hoy, que nos explicaran las actuaciones puestas en marcha.

Y dice: "Valoraron el proceso de funcionamiento del programa, siendo unánime su satisfacción por las repercusiones favorables sobre la salud femenina".

Pues a nosotros esto no nos parece serio. Si han aprobado en diciembre de 2004 un Plan en el que ya están valorando y unánimemente dicen que las repercusiones son positivas, pues mire esto es la prueba más evidente de que su Plan no guarda nada dentro. Y que es absolutamente innecesario y de que ocurra lo que ocurra va a ser positivo, seguramente, porque lo van a decir ustedes.

Y voy terminando con las cosas que nos preocupan y mucho. Miren, lo han dicho ustedes, lo ha dicho la Consejera y yo lo suscribo, este Plan es digno hijo del Plan de Gobernanza de este Gobierno: mucho por fuera y nada por dentro, como dirían los niños. Un bonito paquete con un gran lazo, cuya única misión es la de ser paseado por Cantabria, por Madrid y ya veremos a ver si llega a Bruselas, debajo del brazo por la señora Consejera –supongo- como un instrumento publicitario al servicio del Gobierno.

Porque no hay nada detrás que no hubiera ya, que no hubiera ya. Y porque no va a traducirse, lamentablemente, salvo que ustedes se pongan a trabajar en serio –cosa que parece no dispuestos a hacer- en una sola actuación, en un programa nuevo a favor de la salud de la mujer.

Pero mire, es que además las cosas son muy obvias y tienen explicaciones muy razonables siempre detrás. ¿Cómo se va a abordar un plan de salud de la mujer o para la mujer, si no hay un plan de salud en Cantabria?.

Y por cierto, señora Consejera, cuando trajimos la iniciativa en varias ocasiones, el Grupo Socialista y el Grupo Regionalista votaron: No. ¿Cómo va a abordar la salud mental de la mujer, si no existe, si no hay, si han rechazado las propuestas del Grupo Popular para elaborar un plan de salud mental y asistencia psiquiátrica para Cantabria?.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada ha agotado el tiempo.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMES: ¿Cómo va a introducir –voy terminando- Sra. Portavoz del Grupo Regionalista, la perspectiva de género y los objetivos específicos para las mujeres, si no hay orientación ni rumbo ni dirección en las medidas generales de salud dirigidas a toda la población?.

No hay plan de salud en Cantabria ni lo va a haber, porque quien tiene que hacerlo es incapaz de hacerlo. Y sin plan de salud para los cántabros, para los hombres, para los ancianos, para los niños, no

puede haber un plan de salud real para las mujeres de Cantabria.

Termino, supongo que a la segunda intervención podré entrar un poco más en profundidad, es una pena, porque este Plan al que queríamos hoy dar la bienvenida; para nosotros no representa otra cosa que una oportunidad política más, perdida para este Gobierno. Una oportunidad política, de nuevo, perdida.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra la Sra. Consejera para responder a los Grupos, sin tiempo.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón):
Muchas gracias, por sus intervenciones.

En relación a la intervención de la Diputada del Partido Regionalista de Cantabria, quiero agradecerles su valoración. Y efectivamente, decirle que en esencia, el enfoque de género y tratar diferente es lo que caracteriza nuestro plan.

El abordaje, como bien usted dice, es un abordaje integral. Tiene una perspectiva de género, es un abordaje biopsicosocial. Es un abordaje que trata las diferentes etapas vitales de la mujer. Es un abordaje transversal, necesita la colaboración de muchas otras instituciones. Y necesita la colaboración de la sociedad civil. Esto es claro.

En toda la elaboración del plan de actuación, también en la elaboración del plan para la protección precoz de la violencia, del plan de la lactancia, para el fomento de la lactancia que está desarrollando también dentro del plan de actuación de salud para las mujeres; es importante recalcar que han participado las asociaciones de mujeres, que está participando la sociedad civil.

Y que es un abordaje además, que cuenta con un sector fundamental en la asistencia a estos problemas, que es el sector sanitario.

Nosotros disponemos, a través del Servicio Cántabro de Salud, de importantísimos recursos humanos, de importantísimas infraestructuras, tenemos centros de salud, tenemos consultorios en todos los rincones de nuestra geografía. Tenemos profesionales sanitarios en todos los rincones de nuestra autonomía. Eso nos posibilita una actuación que de otro modo sería absolutamente imposible.

Además disponemos de los recursos que nos proporciona la Dirección General de Salud Pública, con todos sus técnicos, con todos sus expertos en planes de salud y en temas como el que estamos tratando. Disponemos además del apoyo del Gobierno de Cantabria, con todas sus instituciones, con todo su personal.

Pues además de esos recursos, humanos, de infraestructuras y de conocimiento, tenemos una dotación económica para el plan.

Piense que gran parte de las actuaciones que vamos a realizar, desde el punto de vista sanitario, van a ser realizados por los profesionales de los que ya disponemos.

Es por esto, por lo que nosotros estamos haciendo un trabajo integral. Nosotros estamos mejorando nuestra atención primaria. Y la estamos mejorando para que esté en mejores condiciones para hacer cosas; porque sabemos que hay cosas que tiene que hacer y que no podía asumir por una presión asistencial excesiva.

Una de las cosas que debe de hacer es tratar de mejorar de una forma integral la salud de las mujeres. Y esta cuestión se va a realizar fundamentalmente desde la atención primaria.

Como es también desde la atención primaria donde se va a asumir el reto de la detección precoz de las mujeres que son víctimas de la violencia a manos de su pareja o de su ex pareja.

Como comprenderá esto nos da ya unas posibilidades tremendas, disponemos de personal; en estos momentos el suficiente personal. Disponemos de infraestructuras y nosotros con el plan lo que vamos a hacer es coordinar todos estos recursos, lo que vamos es a aumentar la sensibilidad de nuestros profesionales hacia estos problemas y lo que vamos es a aumentar su formación.

Y fundamentalmente, por tanto, la dotación económica específica del plan va dedicada a esto. Y por supuesto al programa de detección precoz del cáncer de mama, cuya financiación es exclusiva de la Consejería.

En cualquier caso la dotación económica, que presupuestariamente año a año se irá fijando, es estimativa y en el caso de que el plan requiriese; porque se está llevando a adelante muchas actuaciones, una financiación superior, eso no creo que haya ninguna dificultad en obtenerla.

De esa forma quisiera yo llevar la tranquilidad a su ánimo.

La Diputada del PSOE habla de que el plan era necesario. De que de condiciones de vida tan diferentes, como las que hemos comentado, tienen que hacer que la persona sea diferente, que enferme de una manera diferente y de enfermedades diferentes.

Efectivamente, quisiera darles dos pequeñas pinceladas que tiene que ver con el mundo del trabajo y también con el mundo del trabajo doméstico.

Por ejemplo, es bien conocido el riesgo que para la salud de trabajadores y trabajadoras supone el soportar pesadas cargas. Este es un riesgo laboral bien conocido que procede además del inicio del mundo de la industria, y que hace que se haya ido elaborando normativa que protege a los trabajadores de la exposición a riesgos excesivos en relación con las cargas.

Esto hace, por ejemplo, que haya normativa

que excluye a la mujer de participar en el trabajo de la industria pesada. Pero sin embargo la mujer está trabajando en otras actividades productivas y los riesgos a los que está sometida son invisibles. No nos hemos dado cuenta que está sometida a riesgos.

Por ejemplo, a riesgos de soportar cargas excesivas, porque en lugar de manipular planchas muy grandes de estas que ya nadie manipula manualmente sino con maquinaria, resulta que es por ejemplo pantalonera. Y se ha comprobado que las pantalonerías desplazan 3.000 kilos de peso diario en su jornada laboral. Ese es un riesgo absolutamente invisible.

O por ejemplo estudios como el de Ángeles Dural, del Consejo Superior de investigaciones Científicas, que en su libro "La base del iceberg", nos demuestra que solo el 33 por ciento de todo el trabajo que se desarrolla en nuestro país es remunerado, el resto es no remunerado y por tanto realizado de forma absolutamente mayoritaria por mujeres.

Eso quiere decir que la economía de nuestro país se sostiene a expensas de dos tercios del trabajo que es no remunerado, y que son esos dos tercios del iceberg invisible.

Por ejemplo, hay estudios que demuestran que el número de horas que dedican las mujeres del País Vasco a preparar la comida es el equivalente al número total de horas que se trabaja en la industria; y estoy hablando de una Comunidad como el País Vasco altamente industrializada.

Todos estos son pequeños datos que hacen que si miramos la realidad con unos ojos distintos, y si empezamos a analizar las cosas con perspectiva de género, se nos abren un montón de explicaciones a hechos que hasta ahora eran inexplicables.

El Plan nace con continuidad, efectivamente, el Plan nace con una vocación clara de continuidad. Este plan, como bien ha dicho la Diputada del PSOE, es pionero. Es pionero en nuestro país.

Lo dije al terminar mi intervención, en estos momentos ya sabemos bastante de las condicionantes de género en la salud, y cómo esos condicionantes de género han creado desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Pero sabemos mucho menos de cómo enfrentarnos a esto.

Por eso nosotros vamos a tener que hacer camino al andar. De hecho los planes de salud de las diferentes Comunidades, no han avanzado nada en este sentido. Algunos de ellos en su exposición de motivos muestran algún tipo de sensibilidad de género, pero luego se muestran incapaces de poner en práctica o de desarrollar actuaciones concretas que traten de mejorar esa discriminación en salud que experimentan las mujeres.

Estamos todos aprendiendo, estamos todos los expertos, estamos todos los servicios de salud, estamos todas las consejerías aprendiendo en este sentido. Y Cantabria quiere, con el nivel de conocimiento del que disponemos, comenzar ya a andar y ser efectivamente pionera.

Como lo queremos ser en la atención a la violencia de género, en la atención a la violencia doméstica que sufren las mujeres a manos de sus parejas y sus ex parejas.

Hasta hace poco, realmente desde el ámbito sanitario nos ocupábamos exclusivamente de la mujer cuando padecía una violencia brutal, una violencia aguda que le obligaba a acudir generalmente a nuestros servicios de urgencias por presentar lesiones físicas.

El resto, toda la situación que vive la mujer que está experimentando violencia, violencia física, violencia psíquica, violencia física de menor magnitud, permanecía invisible a nuestros ojos y nosotros, profesionales sanitarios, no habíamos todavía entendido que este es un problema de salud pública que cae de lleno en nuestro campo de actuación. Que es una tarea que tenemos ante nosotros como tenemos por delante la tarea de disminuir la prevalencia de enfermedades respiratorias o de enfermedades cardiovasculares, que no solamente es un desafío humanista, que no solamente es un desafío ético, sino que es una obligación estrictamente profesional, la que nos tiene que mover a actuar desde el ámbito sanitario en la prevención, en la detección y en el tratamiento de estas situaciones de violencia.

Hemos comentado cómo la violencia que así se ejerce en el ámbito privado contra las mujeres es devastadora y rápidamente produce consecuencias en su salud que mueven a la mujer a acudir a los servicios sanitarios.

La inmensa mayoría de las mujeres que están sufriendo violencia en sus domicilios acuden a nuestros Servicios de Salud.

Es absolutamente inadmisibles que nosotros no seamos capaces de reconocer en muchas ocasiones qué es lo que hay detrás de esas llamadas de atención que nos hacen esas mujeres que nos consultan una y otra vez por síntomas vagos que no somos capaces de colocar en ninguna entidad nosológica, patológica conocida.

Esos dolores de cabeza, ese malestar, ese cansancio, ese decaimiento. Todo ese cortejo de síntomas, muchas veces mal definidos y que no seamos capaces de, en nuestro algoritmo de decisiones, en nuestro diagnóstico diferencial incluir además de causas biológicas, causas como el: cómo van las cosas en casa. Qué relación está usted teniendo con su pareja. ¿Ha experimentado usted violencia en su vida, en algún momento?.

Pues bien, nosotros, en Cantabria, hemos decidido pasar del conocimiento, de la reflexión a los hechos. Y vamos a emprender una tarea muy importante, que es sensibilizar, formar a nuestros profesionales para que den cumplida respuesta a este problema de salud prioritario.

Impresionante. No olvidemos que es la principal causa de muerte entre los 16 a 44 años, en las mujeres, en los países desarrollados. Por encima de los accidentes de tráfico, del cáncer, etc. Tengamos

en cuenta esta cuestión.

Y que es después de la diabetes, en el mundo desarrollado, la causa de pérdida de más años de vida saludable para la mujer. No olvidemos que este es un problema de salud absolutamente prioritario.

Pues bien, en Cantabria vamos a pasar –como les he dicho- a los hechos. El próximo día 16, comienzan a impartirse cursos de sensibilización y de formación a todos los profesionales sanitarios de los tres centros de salud que van a actuar como centros pilotos. El centro de Reinosa, el centro de salud de Suances y el centro de salud de Colindres. Sus profesionales sanitarios van a ser sustituidos y van durante cinco horas diarias y durante tres días a asistir a un curso de formación en el que participan personas expertas de nuestra Comunidad y de fuera de nuestra Comunidad, para conseguir poner en marcha los conocimientos necesarios para atender a las mujeres.

Estoy hablando siempre de hechos concretos. Yo entiendo que la Diputada del Partido Popular se cree en la obligación de hacer oposición. No entiendo por qué se cree en la obligación de hacer determinada oposición. Eso es lo que yo no he acabado de comprender.

Parece que esa forma de entender la oposición, le lleva a afirmar siempre las mismas cosas, siempre aunque las situaciones sean las distintas. Y aunque la realidad le vaya demostrando una y otra vez que eso con la Consejería de Sanidad y de Servicios Sociales no sirve, porque nosotros tenemos quizá una formación profesional que nos hace ir a lo tangible y además porque una y otra vez les estoy diciendo que nosotros hacemos cosas concretas, como sucedió con el Plan del tabaco, Plan del tabaco, por ejemplo que también fue calificado de humo y sin embargo resulta que hemos hecho un curso de formación de experto para todos los profesionales de atención primaria.

Resulta que estamos haciendo ese curso para todos los profesionales de especializada, resulta que se ha incluido en la cartera de servicios la atención al fumador, a la fumadora que quiere dejar de fumar, que se ha incluido en la cartera de servicios, el hacer actuaciones para prevenir el inicio en el tabaco.

Resulta que nuestra Consejería, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales empezó a ser espacio sin humo, y resulta que después, lo ha sido toda la administración del Gobierno y resulta que este parlamento también es espacio sin humo y resulta que cada vez más instituciones, más empresas, son espacio sin humo. Y todos los centros de salud y todos los hospitales de Cantabria son espacios sin humo, cosa que no sucede en el resto de las Comunidades donde se nos considera pioneros en estas cuestiones.

Estoy hablando de humo porque estoy hablando de tabaco pero no estoy hablando de humo en sentido figurado, estoy hablando de absolutas realidades, estoy hablando que ofrecimos cursos para la deshabituación a profesionales sanitarios, a trabajadores del gobierno y a profesionales del sector educativo y esos cursos se están desarrollando a entera satisfacción.

Dijimos que íbamos a trabajar en el medio educativo, porque era un lugar modélico y además es el lugar en la que se inician nuestros chicos y chicas que comienzan a fumar a los trece años en nuestra Comunidad, bien es cierto que como en el resto del estado; pues también allí estamos actuando y estamos creando aulas sin humo y así podríamos seguir y seguir y lo mismo con este Plan, con el Plan de salud para las mujeres, les he hablado del tema de la violencia que va después de este pilotaje a seguir siendo desarrollado con las innovaciones y las modificaciones que sean pertinentes al resto de los centros de salud.

Pero les podría hablar de otras cuestiones, les podría hablar por ejemplo del programa del diagnóstico precoz de cáncer de mama. El programa que nosotros tenemos ahora es un programa radicalmente distinto. Es o no una realidad que en estos momentos, las unidades móviles solamente van a servir para aquellas mujeres que viven lo suficientemente lejos como para que la unidad móvil sea la mejor elección. Es o no verdad que en estos momentos hay ya tres unidades fijas para realizar la mamografía sistemática diagnóstica, es o no una realidad que hemos avanzado en la mamografía digital y que en estos momentos la población de Santander que acude a realizarse el scrinnig está siendo explorada con un mamógrafo digital que permite que en el mismo momento sea vista el resultado de su prueba en la Residencia Cantabria y sea estudiada por los profesionales de la Residencia Cantabria, es o no una realidad que en estos momentos los profesionales del Servicio Cantabro de Salud y los radiólogos especialistas en diagnóstico por la imagen de la patología de la mama están totalmente implicados en el programa de tal manera que ellos han sugerido muchos de los cambios que se han producido.

Es cierto o no que ya no se lee la mamografía en Madrid sino que se lee en Cantabria, es cierto o no que ha habido ya un corte de análisis del programa de las mil primeras mujeres que se han explorado en Cantabria y que ese corte nos dice que ya las mujeres reciben a los 14 días sus resultados, y que esas mujeres están mucho más satisfechas con el nuevo programa, porque eso es así y tenemos datos que hablan ampliamente de eso.

El cien por cien de las mujeres que presentan una mamografía de cribado sospechosa, han tenido una valoración por parte del hospital en un periodo inferior a catorce días. Y así sucesivamente podría seguirles dando datos.

Por tanto, no avancemos por ese camino, porque por ese camino yo, Sra. Diputada, tengo que dejarla en mal lugar; y no tengo ningún interés en dejarla en mal lugar.

Cuando vayan desgranándose aquí los hechos, cuando yo vaya dando pruebas de ello, cómo va usted a dar para atrás si ya ha dicho lo que ha dicho y queda reflejado en las actas.

Tenga usted cuidado de verdad, critiquenos por muchas otras cosas que ya le daría yo a usted ideas de cómo se nos puede criticar. Porque tenemos

muchos fallos y muchos puntos vulnerables y tenemos muchas oportunidades de mejora.

Porque además le voy a decir otra cosa, nosotros hablamos de oportunidades de mejora, esto nos lo han enseñado todos los modelos de calidad que trabajan en los sistemas sanitarios, que por cierto son modelos de calidad heredados de la industria.

Para nosotros los fallos, los errores, los talones de Aquiles, los puntos vulnerables, como ustedes lo quieren llamar, son solo oportunidades de mejora. Solamente tenemos que ver que es así y pensar cómo podemos resolverlo.

Ese es el espíritu, la dinámica que hace avanzar la calidad en la industria, en los sistemas sanitarios y debería hacer avanzar la calidad en la política.

El Plan se llama 2004-2007, como también el del tabaco se llama 2004-2007, fue una decisión que tomamos. ¿Por qué?, porque en el año 2004 se trabajó mucho en el Plan; voy a contarles todo lo que hicimos.

Primero aclarar que en el año 2003 yo hice un abordaje de proyecto de legislación, como es obligado y como hace todo el mundo. Y ahí ya hablamos de que íbamos a hacer este plan, efectivamente.

No pensé que esto podría ser un reproche, más bien un cumplido puesto que de lo que se habló en el proyecto de legislación, pues parece que se va viendo.

Segundo, en el año 2004 hablamos de que íbamos a hacer el proyecto y efectivamente lo teníamos presupuestado. Pues bien, en el año 2004 del que tenemos memoria, y discúlpeme, tengo que admitir que considero un fallo imperdonable el que a usted y a su Grupo y a su Partido no le haya llegado nuestro Plan. Sospecho que por la misma razón no le ha llegado ni siquiera el Plan del control de tabaquismo, y sospecho que tampoco le ha llegado la memoria del año 2004.

Pues bien, esto ya no me parece ni una oportunidad de mejora aunque lo vamos a mejorar. Lo calificaría de fallo imperdonable. Por tanto ese fallo va a ser subsanado y tomaré especial interés en que no vuelva a suceder.

Pero pues que no disponen de la memoria del año 2004 voy a comentarla someramente. En el año 2004 se elaboró y se aprobó el Plan de Actuación Salud para las mujeres que acabo de exponerles.

Se creó un buzón corporativo al que ustedes por supuesto están invitadas a participar, para mejorar la calidad y la rapidez de la comunicación y para recibir información y responder a los profesionales sanitarios, a todas las mujeres y a todas las asociaciones.

Se realizó el primer foro "Género y salud de las mujeres", al que espero fueran ustedes invitadas, y si esto no fue así no dude que para los siguientes van a serlo.

En ese foro al que acudieron muchos

profesionales, muchas mujeres y muchas asociaciones, se trató de la violencia del género como problema prioritario de salud pública, de factores psicológicos que inciden sobre la salud de las mujeres, y se presentó un estudio de sexo, género y salud.

Se realizó dentro del curso superior de especialización un módulo dirigido a un total de cincuenta profesionales sanitarios, que se denominó "atención integral de salud a las mujeres".

Se realizó un segundo foro "Género y salud de las mujeres" el día 30 de noviembre, en el que se trató de condicionantes biopsicosociales en la salud de la mujer, los problemas en la salud física y mental y social derivados de la violencia de género, y se presentó y distribuyó entre los asistentes un libro, la prevención y detección de la violencia contra las mujeres, desde la atención primaria de la salud, que estaba agotado y que la Consejería ha reeditado, utilizándolo para mejorar el conocimiento de este problema entre los profesionales, entre las asociaciones y todas las personas interesadas.

Además se inició en el Hospital Universitario el desarrollo de la vía clínica de atención al parto. Se realizó formación pregrado de los profesionales sanitarios, dentro de una asignatura optativa sobre consulta preconcepcional y dentro de otra asignatura optativa, se impartió el tema "Aspectos Humanos y Sociales del Embarazo".

Se inició el contacto con las matronas de atención primaria, para establecer las necesidades en el área de soporte documental, que debe acompañar a la educación maternal en los centros de salud, estableciéndose un calendario de necesidades para el año 2005, del que les he hablado.

Estamos viendo qué aspectos deben ser elaborados en folletos, en videos, en CD y estamos acometiendo ese trabajo.

Por supuesto, sobre el tema del cáncer de mama se hizo todo lo que les he comentado. De tal manera que hemos comenzado este año ya con un nuevo programa y ahora mismo, las mujeres, las de Santander, las de la zona de Santander, que son las que están siendo llamadas al programa, están beneficiándose de la existencia de una unidad fija en Vargas y beneficiándose del funcionamiento "on line" de todas las unidades de trabajo del programa. La unidad central de gestión, las unidades de exploración y las unidades de lectura.

Sobre el tema de la reducción de los riesgos para la salud de las mujeres debido a la violencia de género, se creó un Comité, de carácter mixto, Consejería de Sanidad y Servicio Cantabro de Salud, que está elaborando todo este trabajo que ya empezamos a desarrollar Comisión mixta que sigue teniendo reuniones frecuentes, para abordar este problema.

También se elaboró, se formó un grupo de trabajo y se elaboró el protocolo de actuación sanitaria, ante los malos tratos hacia las mujeres, que es el que se va a poner en marcha ahora mismo.

En definitiva, se inició también en diciembre de 2004, la revisión y la actualización del protocolo de atención sanitaria mujeres víctimas de agresiones sexuales, porque ha cambiado mucho la legislación, ha cambiado mucho los riesgos físicos, puesto que por ejemplo ha aparecido una enfermedad tan terrible como el SIDA, que no debemos de olvidar, que es una enfermedad de transmisión sexual.

Y además para mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales, mediante el fomento de hábitos de vida saludables y la actuación en el trabajo y en la conciliación, quisimos facilitar acuerdos, que permitieran la conciliación de la vida familiar y laboral.

Y empezamos por casa, dando ejemplo, llegamos a un acuerdo sobre vacaciones, permisos y licencias en el Servicio Cántabro de Salud, que recoge permiso paternal por nacimiento o adopción y acogimiento. Permiso paternal por nacimiento, independiente del materno y que no existe prácticamente fuera del Servicio Cántabro de Salud.

Así nuestros trabajadores varones, tienen derecho a dos semanas de permiso por nacimiento.

También se incrementó el permiso de lactancia a los doce meses, dando la opción de disfrutar ese permiso de lactancia en forma de 4 semanas, añadir a las 16 semanas del permiso maternal, lo cual hace que nuestras trabajadoras puedan incorporarse a su trabajo trascurridas 20 semanas.

Por supuesto, se equipararon a todos lo efectos el matrimonio con las parejas de hecho, etc.

Y además se ha trabajado en los contratos de gestión para estimular la corresponsabilidad del varón. Estimulando, propiciando la visita conjunta prenatal y preconcepcional, estimulando y facilitando la asistencia al parto, el permanecer con la madre durante todo el desarrollo del parto, la permanencia con la madre en todo el momento durante el posparto y la participación en la ayuda a la lactancia.

Estos son hechos, estos son realidades. Pero quisiera añadir también, que el motivo por el que la Diputada parlamentaria se decepciona, no es real. Nos dice que el Plan no es ambicioso. El Plan, de hecho, yo le definiría como ambicioso y realista. Es tan ambicioso, que se mete, se adentra en un campo totalmente inexplorable. Es tan ambicioso que intenta hacer lo que todavía no ha hecho ninguna Comunidad, pero es un Plan que conoce de esta limitación. Y además, conoce que sus instrumentos para actuar sobre las desigualdades en salud, condicionadas por las diferencias de género, son limitadas.

Porque estamos hablando, no de un virus, no de una bacteria; estamos hablando de que desde hace siglos, nuestra sociedad es patriarcal. Estamos hablando de que nuestra sociedad segrega por el sexo, desde el nacimiento. Yo añadiría: desde antes. Desde que disponemos de la ecografía y decimos a los padres el sexo de la criatura mucho antes de nacer, ya están realmente, desarrollando expectativas de género, en función de si se nos dice si es un niño o una niña y por supuesto, decorando y comprando

cosas totalmente distintas. Y elaborando fantasías y deseos totalmente distintos.

Si estamos en una sociedad que segrega desde el nacimiento, si estamos en una sociedad que asigna distintos papeles. Y sugiero a la Diputada que lea algo del enfoque de género- porque todos los expertos, todas las personas que hablan de estas cuestiones, mantienen las denominaciones de la esfera reproductiva, de la esfera productiva, del trabajo reproductivo y del trabajo productivo. Esto todavía hoy se mantiene.

Y cuando hablamos de trabajo reproductivo, no estamos hablando de tener hijos. No. Estamos hablando de todo el trabajo que se realiza en la esfera privada y que recae fundamentalmente en las mujeres.

Estamos hablando, por supuesto, del trabajo doméstico. Estamos hablando del trabajo del cuidado de los hijos, del cuidado de los enfermos. Estamos hablando del cuidado de las edes perifamiliars. Y estamos hablando del cuidado de las personas.

También estamos hablando del embarazo y del parto y de la lactancia y de la crianza. Pero estamos hablando de ese trabajo impropio de cuidar personas mayores y pequeñas, sanas y enfermas.

Y cuando hablamos del trabajo productivo, del trabajo remunerado; estamos hablando de lo que lamentablemente muchas personas consideran que es el único trabajo. Aquel por el cual recibimos un salario.

Pues bien, si nuestra sociedad segrega por el sexo, si nuestra sociedad asigna papeles distintos, si nuestra sociedad concibe esa división sexual del trabajo y además atribuye a hombres y a mujeres, personalidades características, valores, aptitudes, competencias distintas; diciendo que las mujeres -en términos generales- van a ser más cuidadosas; van a ser capaces de anteponer los intereses de los otros con más facilidad; van a ser mejores en el ámbito del lenguaje; van a ser peores en el ámbito de las matemáticas; van a ser menos agresivas; van a ser menos competitivas.

Y dice que el hombre tiene que no llorar. Y dice que el hombre tiene que no enfermar. Y dice que el hombre tiene que ser agresivo, tiene que ser competitivo y desde luego tiene que trabajar fuera de casa y tiene que ser independiente, indudablemente estamos hablando de cosas tan importantes, tan arraigadas, tan estructurales, tan metidas en nuestra cultura y tenemos que admitir en la cultura de todo el mundo conocido, que indudablemente un Plan de salud por muy ambicioso que quiera ser tiene que reconocer que no tiene posibilidad de subvertir esta realidad.

Esto sería la revolución, se ha hablado que la incorporación de la mujer al trabajo, es la revolución más importante que ha existido desde el paleolítico. Seguramente en el momento que consigamos subvertir la actual división sexual del trabajo y consigamos subvertir la diferencias de género habremos transformado a los hombres, habremos transformado a las mujeres, habremos transformado a

toda nuestra sociedad y todo nuestro mundo será más amable y en todo nuestro mundo habrá bastante más felicidad.

Desde luego, el Director General de Salud Pública y yo quisimos poner eso en el Plan, pero nuestros técnicos nos dijeron que todavía no teníamos instrumentos, que todavía no teníamos herramientas para conseguirlo y ese toque de realismo hizo que dejásemos el Plan en los términos en que finalmente ustedes han podido leer y usted, Sra. Diputada, y su Grupo va a poder leer inmediatamente.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias Sra. Consejera.

Y como ya han manifestado por lo menos la Portavoz del Grupo Popular que quiere utilizar el segundo turno, el turno es de 5 minutos.

LA SRA. VALDÉS HUIDOBRO: Únicamente quiero utilizar este turno para agradecer las aclaraciones que ha realizado la Sra. Consejera, las aclaraciones que me ha realizado a las interrogantes que yo planteaba.

Y únicamente para poner de manifiesto algo que yo creo que estamos viendo a lo largo de estos dos años de lo que llevamos de Legislatura, en relación con el Partido Popular y es que yo creo que para ustedes Sra. Diputada del Partido Popular, cualquier cosa que plantee este ejecutivo siempre es innecesaria, cualquier actuación que acometa este Gobierno incluso aquellas actuaciones que ni siquiera ustedes se plantearon realizar, actuaciones que por otro lado se están demostrando en la práctica yo creo que la ha contestado muy bien la Sra. Consejera en ese sentido, como digo en se están demostrando en la práctica que están funcionando y que como digo son efectivas y que se refieren a hechos concretos y no a mero humo como usted insiste en sus intervenciones en poner de manifiesto.

Nada más.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias.

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Socialista.

LA SRA. SAÉZ GONZÁLEZ: Pues espero que en menos de 5 minutos.

Yo por si sirve de algo decirle a la Diputada del Partido Popular por qué tengo yo este Plan, sencillamente por que lo he pedido, o sea que si no le ha llegado lo puede pedir. A mí me lo han facilitado. Yo lo he pedido llamé a la Dirección General de Salud Pública y me lo enviaron, vamos que no ha llegado a mis manos por ningún procedimiento extraño ni oculto, ni raro. Pero bueno por si sirve de algo.

Yo creo también que quizá por eso estoy de acuerdo, con lo que ha dicho la Consejera que quizá se nota que no ha leído partes de este Plan, en todo lo que es cuestión de género y también en todo lo que es cuestión de la promoción de la salud mental de la mujer.

A mí me reafirma en mis opiniones en este Plan la segunda intervención de la Sra. Consejera. Es un Plan modesto, pues puede que sea modesto, que tamaño no es muy grande, pero vamos en esta vida no todo es cuestión de tamaño, ni lo grande es bueno ni lo chico es...por esto, que no es cuestión de tamaño, es cuestión de contenido y a mí este Plan me parece ya realmente ambicioso si realmente consigo, solamente con que consiguiera una parte de los objetivos que se ha fijado en lo que es introducir la perspectiva de género en el ámbito de la sanidad y de la salud pública e introducir la detección y la prevención de la violencia de género y del acoso a las mujeres desde el ámbito de los servicios sanitarios.

Y solamente casi esas dos cuestiones me justificarian el trabajo y el tiempo que ha llevado realizar este Plan, este Plan que no es que ahora se presente como una novedad, que es que hay cuestiones que se están realizando desde hace tiempo desde el inicio de este Gobierno.

Los recursos y todo esto..., pues bueno, yo creo que está bastante avalado. ¿La financiación? Pues es bastante determinante que en diciembre del 2003 ya aprobáramos, en este Parlamento, una partida para el Plan de Salud para las mujeres, de 547.000 euros, para el Presupuesto del año 2004. Estaba recién llegado este Gobierno. Luego, hay que presuponer que tanto la Consejera como las personas que trabajan a su alrededor tenían bastante claro que este Plan lo querían hacer y que lo querían sacar. Y que figura desde luego desde el año 2004-2007, porque es lógico, es el periodo de la legislatura.

Igualmente, hay presupuesto para el 2005. Y en el propio Plan se ve que hay intención de seguir financiando en el 2006 y en el 2007.

Yo creo que los juicios a futuro que hace la Sra. Diputada, Portavoz del Grupo Popular, pues la verdad es que no son muy certeros. Yo tampoco quiero hacer demasiada sangre, porque creo que ha quedado bastante demostrado.

Cuando se discutió aquí, en este Parlamento, todo lo que fue el Plan de detección y prevención del cáncer de mama hubo una discusión bastante apasionada. Y se podían extraer más cosas, pero yo solamente la voy a extraer una frase suya, un párrafo suyo, que decía: "pero la conclusión de esta tarde sólo es una; ni ustedes, ni el Gobierno, quieren ampliar ni mejorar el programa. Les basta con hacerle desaparecer".

Yo creo que ha quedado bastante patente que sus juicios a futuro, como digo, tienen poca credibilidad. No sólo no desapareció el programa, sino que se ha mejorado en muchísimas cosas: en las unidades fijas, en los mamógrafos digitales, en las lecturas aquí en Cantabria, en el grado de satisfacción de las mujeres.

O sea, podríamos relatar todo aquello que estuvimos discutiendo aquella tarde que usted, con su habitual discurso de: esto es un fracaso, este Gobierno no apuesta por la salud pública; ni por la salud pública, ni por la educación pública, ni por nada. Lo público, yo creo que eso es el especial

reproche hacia los Socialistas. Pero que es una idea que ustedes utilizan continuamente y constantemente. Y yo creo que no sé a quién quieren engañar, o cómo pretenden convencer a la gente con semejante historia. Máxime —y no quiero ser demasiado cruel con la herida abierta en estos momentos en Madrid, ¿verdad?. Máxime cuando hemos visto cómo una compañera de su Partido, Presidenta de la Comunidad Madrileña, y su Consejero, cómo actúa frente a la Sanidad Pública.

Así que yo creo que lo que conviene para esta Región son menos palabras: esto no está bien, esto no está bien... Y más actuaciones. Y esto es una actuación clara.

Yo entiendo que les produce como cierta vergüenza reconocer que este Gobierno actúa, y además actúa de una forma distinta. Es un Gobierno nuevo, convencido de lo que hace, como yo creo que se ha puesto de manifiesto en esta cuestión del Plan de Salud para las mujeres. Es moderno, es decidido y apuesta. Apuesta por cosas que a ustedes les dan risa, pero que irremediablemente, en el resto de la esfera, del mundo, son reconocidas.

Y espero —y ya ha sido así— este Plan va a ser ejemplo para muchas Comunidades, que van a poner en marcha cuestiones de este tipo.

Nada más. Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Popular.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ:
Muchas gracias, Sra. Presidenta.

En primer lugar, lo que sí le pediría, a la Sra. Portavoz del Grupo Regionalista, es que yo entiendo que cuando la quitan el papel no atina demasiado en lo que dice. Pero desde luego sí hay algo que yo no he dicho, porque es una premisa de la que he partido es que este Plan no fuera necesario. Todo lo contrario.

Sí he dicho que no es ambicioso. No es que lo diga yo, es que lo pone el Plan en su página 3. Es que lo ha dicho la Consejera. Es que se ve, porque cuando uno tiene que hablar de humo y no de mujer es porque no es lo suficientemente ambicioso. Pero yo no he dicho que no sea necesario. Todo lo contrario. He dicho que partíamos viéndole con buenos ojos, porque nos parecía necesario.

Y Sra. Portavoz del Grupo Socialista. No hace quien quiere, sino quien puede. Y no me nombre Madrid... Sí, compañera del Partido Popular. Y terriblemente orgullosa, la misma compañera que ahora mismo tiene las listas de espera quirúrgicas de la Comunidad Autónoma de Madrid en 30 días. A ver cuando ustedes gobernando en la Comunidad Autónoma son capaces de llevar a esas cotas de calidad a la sanidad pública. Eso es creer y eso es trabajar por la sanidad pública, lo demás, lo que ustedes hacen; lo vemos todos los días. Como dicen algunos, ponerle un pijama de pino a los que ingresan en los hospitales, eso es lo que ustedes defienden.

Pero bueno, hablando de mujeres y también del cáncer de mama, vamos a hablar del cáncer de mama. Juicios a futuro, ninguno, el día que yo dije eso el Grupo Popular llevaba una iniciativa al Parlamento para pedir que se ampliara la edad de las mujeres de 45 a 69 años, para pedir que se leyeran las radiografías en Cantabria y para pedir que se aumentara con una campaña de sensibilización la población llana.

Y ustedes votaron no, no, votaron en contra. Luego juicios de valor n ninguno, hechos presentes. Lo que ocurre es que luego hay que rellenar el plan de mujer con algo, y entonces para eso sí se copian las iniciativas del Partido Popular, para eso sí vale cuando uno no tiene más ideas.

Pero mire, le voy a decir algo, yo de su plan solamente he dicho algo. La reconozco un valor técnico, parte el plan de este Gobierno, el plan del Gobierno que ustedes apoyan, el plan de Cantabria de salud de mujer de Cantabria desde hoy; yo soy muy demócrata, es el plan de esta Comunidad Autónoma, el mío también.

Entonces lo que la puedo decir es que desde el punto de vista de análisis del estado de salud, desde el punto de vista teórico, es un trabajo aceptable. Desde el punto de vista social, en el sentido de que se pretende seguir trabajando en sensibilizar a la población y a la propia mujer para implicarla en su cuidado de salud, también tienen un valor.

Pero compromiso político, acciones, medidas, cero, cero. No hay nada detrás que no hubiera ya, mejorado como es la obligación de todos los gobiernos.

Mire, yo alucino cómo se puede decir que la salud mental que es de impacto, y los problemas de salud mental son de impacto impresionante en la mujer, y el objetivo que contenga este plan en relación a salud mental, es objetivo general promover la salud mental de las mujeres. Y es un problema de impresionante envergadura.

Concluyo y lo voy a decir muy claro, porque como también..., yo la única duda que tengo es cómo se va a descalificar hoy al Partido Popular. No tenemos razón, seremos irresponsables, que generamos alarma, que lo nuestro es la persecución al Gobierno, que no prestamos atención a los debates...; o sea, la única duda es de qué manera se nos va a descalificar o insultar esta tarde..., que nuestros informadores son malos... Y encima me supongo que nos dirán que somos muy de derechas, supongo también que hasta eso se nos va a decir.

Pero miren, les voy a decir algo y muy sentido y muy cierto y que creo que nadie ponga en duda. Biológicamente soy mujer, creo que es obvio, soy madre, soy madre trabajadora y realizo doble jornada, pertenezco a familia monoparental y gozo de buena salud.

No soy técnica en nada, pero a mí la Consejera o el Gobierno de Cantabria me puede hoy engañar en muy poco, porque lo que está escrito hoy en su plan

de mujer no me reporta nada que no tuviera de mejora en la salud, no me aporta nada que ya no existiera en la calidad de vida del día a día. Y tengo la sensación de que no se ha hecho pensando en mí y en muchas mujeres como yo.

Eso es lo que la tengo que decir, no me soluciona la reducción de tiempo de una mamografía, no me soluciona la lista de espera que es mi problema si yo tengo una revisión ginecológica y se me está dando para dentro de un año. No me soluciona la conciliación de la vida laboral y familiar cuando ayer ustedes votaban en contra de una iniciativa del Grupo Popular para escolarizar a niños de cero y un año.

Y no le digo nada si tuviera una enfermedad típicamente femenina como la fibromialgia; ni una palabra. No le digo nada si tuviera un problema de salud mental típicamente femenino como la depresión o el trastorno de la alimentación. No le digo nada si las cosas no me fueran bien en casa, porque ese problema como el trabajo en la industria pesada o el trabajo no remunerado es invisible, lo primero en el plan de salud de las mujeres. Esos problemas son invisibles.

Y no le digo nada si tuviera que depender de los programas y de los apoyos de este Gobierno como mujer cuidadora de enfermos de discapacitados o demás.

¿Dónde está todo eso en este plan de mujer?.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada, ha agotado el tiempo.

LA SRA. SÁEZ DE BURUAGA GÓMEZ: Si teniendo esos problemas tuviera que depender de ese plan de mujer, ¿sabe lo que pensaría?, y se lo digo muy francamente: que solamente he servido para que el Gobierno de Cantabria y la Sra. Consejera gane hoy un titular, pero nada más.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias Sra. Diputada.

Tiene la palabra para contestar a los Grupos la Sra. Consejera.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): Bien.

La comparecencia de hoy versaba sobre la explicación del plan de actuación sobre salud de las mujeres del Gobierno y no tenía que ver con la descalificación hacia el Partido Popular.

Y, por supuesto mucho menos con afirmaciones sobre si la Sra. Diputada, la que no tengo el placer de conocer es o no muy de derechas.

Pero es verdad, que en las intervenciones de la Diputada nos mueven a decir, que desde luego, yo no pretendo descalificar al Partido Popular, pero sí constato un hecho, el Partido Popular es un inexperto en la oposición.

Y la inexperiencia siempre es un handicap y un

problema. Ciertamente que es un problema que se pasa con el tiempo, sobre todo si uno se aplica. Y yo atribuyo a esto, a esa inexperiencia, lo que yo llamaría infortunado estilo de oposición.

Y si el plan le ha producido a la Sra. Diputada decepción, no quiero yo contarle cómo me decepciona su estilo de oposición. Porque yo necesito una oposición que me ayude a llevar a buen puerto las tareas y competencias de mi Consejería. Es imprescindible la oposición con sus ideas, con su distinta perspectiva, con sus sugerencias para ello.

Y lamentablemente, no encuentro otras ideas y otras perspectivas o críticas fundadas. Lo único que encuentro eso sí, son descalificaciones.

Por favor, hagan esa oposición rigurosa que ayude a este Gobierno a bien gobernar Cantabria. El objetivo en democracia de quien gobierna y de la oposición es bien gobernar. El objetivo en democracia de la oposición no puede ser desgastar al que en ese momento está en el gobierno, para colocarse nuevamente en esa posición. Si ese es el objetivo en democracia de la oposición mal vamos.

Por otro lado, quisiera decir qué acertados estuvieron el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario del Partido Regionalista de Cantabria cuando votaron no a su propuesta de ampliar la edad de realización del cribaje.

Porque verá, hoy en día existe evidencia científica suficiente, para que la inmensa mayoría, no todos, la inmensa mayoría de los expertos, epidemiólogos, técnicos en salud pública, científicos, consideren que las ventajas en la realización de mamografías sistemática a mujeres por encima de 50 años, superan a sus desventajas; porque, Sra. Diputada, quiero comentarle que todo procedimiento de diagnóstico precoz, tiene también desventajas, que deben ser cuidadosamente sopesadas frente a las ventajas antes de tomar una decisión.

Pues bien, podemos decir que al día del hoy, la comunidad científica internacional coincide en que las ventajas de la detección mamográfica del cáncer de mama de forma sistemática en mujeres de 50 años, superan a sus desventajas y por tanto, recomienda el que existan programas poblacionales como el del que estamos hablando.

Sin embargo, la eficacia de programas semejantes por debajo de los 50 años no está demostrada, Sra. Diputada. Le hablo desde cierto nivel de conocimiento, ya que profesionalmente soy ginecóloga.

Por tanto, me gustaría que me escuchara con la suficiente atención. No está demostrado la eficacia de la detección sistemática en las mujeres por debajo de los 50 años.

Es posible que haya ventajas, o es posible que sea eficaz. Hablamos de eficaz cuando este procedimiento contribuye a disminuir la mortalidad por cáncer de mama, que sería el concepto de eficacia del Programa.

Pero no está demostrado a día de hoy que hacer mamografías a mujeres por debajo de 50 años reduzca la mortalidad, por cáncer de mama, en esas mujeres.

Por tanto, si no está demostrado, quizás debemos esperar a que se demuestre, por parte de estudios suficientemente extensos en población y suficientemente rigurosos en método que en estos momentos ya se están realizando.

Además, existe la idea de que las desventajas en este grupo de edad, en las mujeres por debajo de 50 años, superan con creces a la hipotética detección en algunos casos del cáncer de mama.

¿Por qué? Primero, porque el cáncer de mama por debajo de los 50 años es mucho más infrecuente. Esto quiere decir que tenemos que someter a una gran población a una incomodidad evidente, la mamografía, y a sus desventajas que luego comentaré, para beneficiar a un menor número de mujeres.

En el caso de las mujeres por encima de los 50 años, al ser la incidencia del cáncer de mama superior, esto no es tal así.

Segundo. La mamografía es una técnica que tiene dificultades en hacer diagnóstico precoz de cáncer de mama en la mujer por debajo de 50 años. Dificultades inherentes a la propia técnica. La mama en la mujer por debajo de 50 años presenta una densidad radiológica que en gran medida contribuye a invisibilizar las posibles lesiones en la placa radiológica.

Además, en este grupo de edad, el falso negativo, por esta razón que les he comentado, es muy elevado. Y el falso negativo conduce a una falsa sensación de seguridad. Y la mujer que acaba de hacerse una mamografía, o la mujer joven que acaba de hacerse una mamografía con resultado negativo puede desatender síntomas que aparezcan en su mama, hallazgos, anomalías en su mama y no consultar por estar falsamente tranquilizada.

En este grupo de edad, la incidencia de falsos positivos es mucho más elevada. Esto quiere decir que la mamografía detecta imágenes que le parecen sospechosas y que luego no resultan serlo. Pero esta situación hace pasar temporalmente a la mujer la experiencia de estar teniendo un cáncer de mama.

Además de esa experiencia subjetiva, la somete a riesgos evidentes. Pruebas complementarias, biopsias, etc. Y sobrecarga, Sra. Diputada, a nuestros servicios sanitarios con la realización de todas estas pruebas.

Además, Sra. Diputada –y me gustaría que lo escuchara para que reflexionase sobre esto y no volviéramos a discutir en el Parlamento- en este grupo de edad se tiende, aparece con más frecuencia el sobrediagnóstico.

Sobrediagnóstico quiere decir que se diagnostican lesiones; en concreto, carcinomas in situ; que nunca en muchos casos terminarán convirtiéndose en cánceres infiltrantes. Pero que

obligan, al ser diagnosticados, a utilizar procedimientos agresivos y además hacen que la mujer viva el hecho de que está teniendo un cáncer de mama.

Sobrediagnóstico quiere decir que en este grupo de edad se encuentran con mayor frecuencia lesiones atípicas sobre las que nosotros no sabemos cómo actuar, a menos que quitemos las dos mamas evidentemente, y que obligan a la mujer a hacerse reconocimientos muy exhaustivos, etc.

Comenzar primero a hacer mamografías implica realizarse más mamografías. Lo que implica un discreto incremento del riesgo de desarrollo del cáncer de mama derivado de la exposición a la técnica, a los rayos.

Esto, que a nivel individual es absolutamente despreciables, sí cuando se hace un enfoque poblacional y se cita a miles de mujeres tiene su importancia. Porque puede contribuir a un número limitado de cánceres de mama, el sui géneris puede estar precisamente en esta cuestión.

Y por supuesto, la morbilidad psicológica que todas estas cuestiones traen es algo que también debe ser estudiado.

Por tanto, al día de hoy, no hay evidencia de que el "scrinning" sea efectivo y además se cree que sus aspectos negativos, sus desventajas superan a las ventajas en las mujeres por debajo de los 50 años.

Por tanto, conviene esperar y estar muy atentos a como evolucionan la investigación y la ciencia.

Pero además de todo eso, existía una razón absolutamente coyuntural y circunstancial, a pesar de que este programa fue iniciado en el 97 no había conseguido superar tasas de participación del 56, 57 por ciento, lo cual quiere decir que el programa es ineficaz si es cierto que detecta algunos cánceres de mama que de otra manera no hubiesen podido ser diagnosticados; pero poblacionalmente no consigue reducir la mortalidad en las mujeres por cáncer de mama, esto quiere decir que el programa o mejora o debe de estar en buena lid retirado así lo dicen todas las guías europeas.

Que es lo que nosotros hemos intentado hacer, cambiar el programa potenciarlo, tratar de conseguir una mayor participación y estoy segura de que esto es el inicio de un camino porque lo que se empezó y se quedó estancado desde el 97 no vamos a ser capaces de levantarlo en esta quinta vuelta, posiblemente en esta quinta vuelta no consigamos el índice de participación deseado aunque lo estamos intentando, esto también es un cambio cultural, un cambio en los sanitarios, un cambio en las mujeres, un cambio en la población de cómo se mira este programa pero lo estamos empezando. Por tanto quiero decirle que estas son las razones por las que el Grupo Socialista y el Grupo Regionalista votó no a aquella propuesta suya y no en absoluto votar no porque fuera una propuesta del PP.

Finalmente, usted dice que este plan no le va aportar nada, es posible que este Plan a usted no le

aporte nada si usted no va a quedar nuevamente embarazada, es posible que no le aporta nada si usted no tiene que ir a hacer una consulta preconcepcional con su pareja o si usted no va a acudir a dar a luz en uno de nuestros hospitales públicos, si lo hiciera, vería que sí le va a aportar.

Es posible que no le aporte nada porque usted está muy lejos de tener 50 años y por tanto no le vamos a hacer mamografía de screening, y desde luego desearía que nunca se la tuvieran que hacer por la aparición de un síntoma o de una tumoración en la mama.

Si usted padeciera un trastorno depresivo sí que empezaría a ver que hay ventajas. Porque nosotros, ya le digo que el plan como bien han comentado las Diputadas, tiene múltiples conexiones y múltiples convergencias con otras actuaciones nuestras, si una mujer en estos momentos tiene que consultar en salud mental, se va a encontrar con que hemos incrementado en un 30 por ciento los profesionales de nuestra unidades de salud mental y así podríamos continuar, si usted padeciera violencia, que me parece impensable, sin duda se beneficiaría de un médico o de una médica de cabecera que dispone de mucho más tiempo para atenderla y escucharla y así podríamos seguir sucesivamente.

Posiblemente el Plan a usted y a mí nos aporten poco porque pertenecemos a un grupo privilegiado de personas, de mujeres que no somos representativas de la inmensa mayoría de las mujeres.

Y finalmente, quiero decirle que aprovechando que estuvimos en Madrid en la presentación que hizo el Presidente del Gobierno y la Vicepresidenta, con el Consejero de Hacienda del Plan de Gobernanza, tuve el placer de estar con técnicos que trabajan con la Sra. Esperanza Aguirre y con mi compañero Lamela y efectivamente me transmitieron los criterios por los que se incluyen en lista de espera estructural a los pacientes en Madrid.

Y me estuvieron explicando como aquello no era realmente un maquillaje de los datos sino como era transformar la lista de espera en un instrumento al servicio de los profesionales, de los gestores del hospital y de los ciudadanos. Y tengo que decirle que me convencieron, tengo que decirle que nosotros aquí incluimos todo aunque esté pendiente de ser visto por el anestesista y que el anestesista nos diga que no se puede operar porque sería peor el remedio que la enfermedad, tenemos y en una revisión reciente que hemos hecho, de 604 pacientes que rechazaron ser operados y las razones por las que fueron, eran las siguientes: "Estoy esquiando, prefiero el mes que viene, mi suegra está enferma".

Y esos pacientes que desde luego en Madrid son extraídos de la lista de espera estructural, por supuesto, permanecen en lista de espera hasta que se vuelven a poner en contacto con el Servicio de Salud para decir: "He vuelto de esquiar y sin fracturas, puedo operarme. Mi suegra está estupendamente y ya estoy en condiciones. Llegó mayo y ya puedo". Pues son extraídos y tal.

En nuestras listas no, permanecen ahí. Y

entonces, realmente creo que efectivamente la Sra. Esperanza Aguirre también puede enseñar a esta Comunidad muchas cosas y le va a enseñar cómo confeccionar unas listas de espera estructurales, con criterios modernos y de gestión.

Muchísimas gracias, por su atención.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Consejera.

Nosotros continuamos con el segundo punto que tenemos previsto. La Consejera y el Alto Cargo que le acompaña, si nos quieren acompañar están invitados y sino les despedimos.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): Muchísimas gracias y que el trabajo sea muy fructífero.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias.

Sra. Secretaria, puede dar lectura al segundo punto del Orden del Día.

LA SRA. URRUTIA DE LOS MOZOS, en funciones de Secretaria: Punto 2 del Orden del Día.

Debate y votación de la proposición no de ley, Nº 61, relativa a ampliación a todo el año del plazo de solicitud de las prestaciones a las personas con discapacidad o en situación de dependencia, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Tiene la palabra, el Grupo Parlamentario Popular, su Portavoz, por un tiempo de diez minutos.

LA SRA. TORIBIO RUIZ: Muchas gracias, Sra. Presidenta.

Esperemos no agotar los plazos, porque con lo avanzado de la hora, yo creo que ya estamos todos pensando en otras cosas.

El Grupo Parlamento Popular considera que –y ya lo hemos reiterado en más de una ocasión- que toda vez que la situación de discapacidad o dependencia puede originarse en cualquier momento, ya que puede traer causa de una malformación congénita, puede ser consecuencia de la evolución de una enfermedad, de un accidente de tráfico o deberse a un proceso degenerativo por la edad; se hace necesario cambiar la regulación actual de las ayudas individuales en el sentido de que el plazo de solicitud esté abierto todo el año.

Esto supondría aplicar a las ayudas individuales el mismo tratamiento que se está dando a otras ayudas o prestaciones sociales para las cuales el plazo de solicitud no tiene una limitación a lo largo del año, sino que se pueden solicitar en el momento que surge la necesidad. Por ejemplo, las ayudas para el alquiler de vivienda o también las ayudas orto protésicas del Servicio Cantábrico de Salud.

Las citadas ayudas individuales que pueden ser solicitadas por la familia o por las personas

discapacitadas, tienen como finalidad, entre otras, financiar o cofinanciar ayudas técnicas, arreglos de vivienda, prótesis auditivas, arreglo y eliminación de barreras en los portales, transporte adaptado, ayuda domiciliaria, centros residenciales, etc., para que las personas beneficiarias puedan permanecer en su entorno familiar todo el tiempo posible sin necesidad de ir a un centro residencial. O bien, facilitar la financiación de este centro residencial si está en lista de espera de una plaza pública.

En Cantabria y de acuerdo con los datos que maneja el Partido Popular, son más de 13.000 las personas que presentan algún grado de dependencia.

Pues bien, durante el ejercicio 2004, se presentaron en el mes que duró la posibilidad de hacerlo, 1.223 solicitudes de ayudas individuales. Es evidente que si se amplía el plazo, las personas susceptibles de beneficiarse de estas ayudas, serán muchas más.

Consideramos, no obstante, que es importante hacer constar que junto con estas medidas, será preciso ampliar la cantidad económica destinada a ayudas individuales.

Hemos visto como en el año 2004, de 2004 al 2005, se han reducido en 900.000 euros las ayudas para familias y personas dependientes.

Asimismo resulta más que evidente la ineficacia de la Consejería, por varios motivos. Y consideramos que es una labor de la oposición recalcarlo y hacerlo constar expresamente por mucho que se nos critique por ello.

Primero, hemos podido comprobar como a fecha 29 de marzo de 2005 –hace escasamente un mes- aún no se habían pagado algunas de las ayudas individuales del ejercicio presupuestario 2004. Simplemente con repasar el Boletín Oficial de Cantabria se puede comprobar.

Desconocemos si estas ayudas que a fecha – como decimos- 29 de marzo estaban pendientes de pagar se van a satisfacer con cargo al presupuesto de 2004 o bien con cargo al presupuesto del ejercicio actual.

Y qué porcentaje en este caso está gastado ya del presupuesto de este año, en detrimento evidentemente de las ayudas que se soliciten en este ejercicio.

En segundo lugar, a fecha 26 de abril, seguimos sin saber cuándo se publicará la Orden que regula estas ayudas, qué tipo de ayudas se van a recoger, qué criterios se van a seguir en la convocatoria y en definitiva cuál va a ser el objeto que la Consejería marque en la misma.

El hecho de que a esta fecha no se haya publicado la Orden está generando incertidumbre en colectivos y familias, no lo dice el Partido Popular, lo dicen los propios familiares de discapacitados.

Si tenemos en cuenta que desde el momento que se publique la Orden hace falta, o ha de pasar un

mes que se venía dando de plazo salvo que se apoye esta iniciativa del Grupo Popular, para presentar la solicitud. Después, los técnicos de la Consejería han de estudiar las solicitudes y después al menos hay que dar al menos otro mes para subsanar los defectos en algunas solicitudes, como digo, tras la revisión de los funcionarios, es evidente que teniendo en cuenta como digo que a esta fecha aún no se ha publicado, es más que previsible que el año que viene nos encontremos en la misma situación, con que todavía estén cobrando las ayudas de este ejercicio.

En tercer lugar, es curioso ver como mientras por parte del Gobierno de y los Grupos que lo apoyan se hacen manifestaciones rimbombantes, alardeando de grandes inquietudes y de mejorar las prestaciones sociales, en respuesta a nuestras propuestas, tanto al debatir los presupuestos como en las iniciativas que venimos presentando reiteradamente en el Parlamento; como digo es curioso que sin embargo podamos comprobar, cómo de las 1.223 solicitudes de ayudas individuales que se presentaron en el ejercicio anterior al que he hecho referencia, solo se han concedido 397, señalándose en la resolución como motivo de denegación de muchas de las restantes haberse agotado el crédito disponible.

Recientemente este Parlamento rechazó con los votos del Partido Socialista y Partido Regionalista otra proposición no de ley del Grupo Parlamentario Popular, por la que solicitábamos que el Gobierno definiese cuáles son los recursos o prestaciones a los que tienen derecho los discapacitados y las personas en situación de dependencia en nuestra Región.

Este rechazo creemos que demuestra la falta de sensibilidad por parte, tanto del Partido Regionalista como por parte del Partido Socialista, a una petición unánime de todas las asociaciones.

Se empeñan ustedes en decir que nos inventamos los problemas y las inquietudes pero como en ningún caso eso es así, pues quiero ilustrarles un poco.

El día 19 de abril se publica en Solidaridad Digital la reivindicación de FEAPS, Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, la reivindicación de que consideran como necesaria y urgente de definir carteras de servicios en las Comunidades Autónomas.

Luego se demuestra que la iniciativa que ustedes rechazaron no era un invento del Grupo Parlamentario Popular, sino una reivindicación evidentemente de colectivos de discapacitados.

Y decimos que este rechazo evidencia también o pone de manifiesto la política del actual Gobierno en materia de servicios sociales. Si bien hemos de reconocer que albergamos la esperanza de que la proposición no de Ley que ahora debatimos sí sea estimada, dados los comentarios efectuados entre descalificaciones, todo hay que decirlo, por el Portavoz del Partido Regionalista hacia esta parte, en el debate de la proposición no de ley al que hemos hecho referencia.

Y en la cual nos daba esperanza en el sentido

de aceptar la posibilidad de que se sigan solicitando las ayudas individuales durante todo el año.

Esperamos que apoyen nuestra iniciativa y que no nos digan que no, porque ustedes ya lo están pensando o porque ustedes ya lo están haciendo, como suelen hacer, porque creemos que eso ya no cuela.

Llevan ya ustedes dos años gobernando, llevamos dos años de legislatura y seguimos esperando que cumplan, cuando menos, alguno de sus compromisos en el ámbito social.

Y parafraseando un poco a la Sra. Consejera en comentarios que ha hecho hace un rato, creemos que esta es una oportunidad de mejora, como ella ha dicho, y desde luego esperamos que los Grupos que apoyan al Gobierno lo aprovechen.

Muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias Sra. Diputada.

Para fijación de posiciones pasamos a la intervención del Grupo Regionalista, por un tiempo de cinco minutos.

LA SRA. VALDÉS HUIDOBRO: Muchas gracias Sra. Presidenta.

Desde luego yo lo que me voy a ceñir es a la proposición no de ley que se ha presentado a debate hoy en esta Cámara, y quiero también decirle a la Sra. Diputada, a la Sra. Sáez de Buruaga, que desde luego prefiero tener papeles delante que perder los papeles, como hemos visto en el debate anterior, ha perdido usted.

Y le recuerdo lo de "pijamas de pino", expresión poco afortunada que aparecerá en el Diario de sesiones, Sra. Diputada.

Yo desde luego, veo que esta iniciativa que se presenta hoy a debate en Comisión lo que resume es la política de oposición que yo creo que el Partido Popular en Cantabria mantiene desde que perdieron las responsabilidades de Gobierno.

Una política que yo denomino de política ficción, o lo que es lo mismo allí donde no existe un problema creémoslo, llenemos de titulares de periódico para aparentar primero, que el gobierno tiene problemas; segundo, que el Partido Popular presenta iniciativas que tiene como única finalidad reconducir a estos discursos del ejecutivo y tercero demos a la prensa y a la opinión pública la imagen de que se hace una oposición responsable y de que esos problemas sólo pueden solucionarse desde la perspectiva del Partido Popular.

Mire sus declaraciones públicas en materia de servicios sociales, Sra. Diputada, reflejan este modelo de hacer política, ha afirmado usted varias veces que existe una situación de caos en materia de servicios sociales que requiere de la actuación del PP con dos medidas, a alguna de ellas se ha referido usted antes y yo creo que no es esa la última que se debe tomar.

Yo creo que óptica es partidista y este Gobierno no ha dado ni un paso hacia el Plan de acción para las personas discapacitadas, eso es lo que dicen ustedes pero no es en absoluto cierto.

En esta obsesión permanente que tienen ustedes, desde el Grupo Parlamentario Popular, de buscar cualquier resquicio o el más mínimo fallo o error en el ejecutivo, presentan sus propuestas a debate como la que tenemos ahora. Y lo hacen utilizando materias especialmente sensibles para la opinión pública creando confusión e incertidumbre entre las familias para abordar un problema que a pesar de lo que diga usted, Sra. Toribio, está enfocado adecuadamente desde el actual Ejecutivo y sobre el que únicamente yo creo que debe de seguir profundizándose y mejorando.

Para ello se requiere un tratamiento sereno y riguroso y sobre todo lo que se necesita es del consenso de los Grupos Parlamentarios, ese que ustedes demandan y lo hacen siempre con la boca pequeña.

Sra. Portavoz, su propuesta se caracteriza por el escaso rigor y seriedad y voy a intentar demostrárselo aunque ya sé que es difícil hacerles apaar del burro. En primer lugar y pese a sus públicas y categóricas afirmaciones, el actual ejecutivo ha aumentado la dotación presupuestaria destinada a las ayudas individuales a personas con discapacidad desde el 2003.

En segundo lugar, no solamente ha aumentado esa dotación económica sino que otras partidas presupuestarias se han incrementado en el capítulo social, me refiero a medidas como la asistencia domiciliaria, la teleasistencia y las estancias concertadas, que no me negará usted que influyen también en la calidad de vida de estas personas.

Y por último, no entendemos el giro de 360 grados que ahora y solamente ahora, es decir, cuando no gobiernan el Partido Popular ha determinado para su política de ayudas individuales. Es preciso y le quiero recordar aquí, Sra. Diputada, que el plazo de un mes fijado en la convocatoria de ayudas individuales no es nuevo.

En la etapa del Consejero Del barrio, es decir, durante 8 años, se mantuvo y ustedes no protestaron por el mismo, por ello hablo de giro radical en sus planteamientos; pero además debo indicarle Señoría que la falta de rigor preside un planteamiento como el que pretenden con esta iniciativa.

De sobra sabe usted y si no lo sabe realmente tendríamos que considerar preocupante su desconocimiento, que existe una ley general de subvenciones que es básica y que fue aprobada con los votos del Partido Popular. Esa ley determina procedimientos y requisitos para la solicitud, la concesión y la gestión de las ayudas de manera tasada y puntual, apoyada en los principios de igualdad, concurrencia, objetividad y no discriminación y de sobra sabe usted que toda subvención ha de tener un crédito concreto y limitado que tiene que ser un Comité de Valoración el que se

pronuncie obre la misma conforme a un baremo perfectamente reglado y no discrecional y no mezcle usted las cosas.

Y qué nos piden precisamente ustedes, pues justamente lo contrario, nos piden que adoptemos un sistema de ayudas individuales con carácter de prestación universal sin sujetarse a plazo ni control del crédito asignado. Es decir, que nos pasemos por las alas de la gaviota popular la ley de subvenciones que ustedes aprobaron.

Olvidese de que el actual ejecutivo marche al toque de corneta del Partido Popular, sobre todo en cuestiones tan sensibles y de tanto calado como en las ayudas a los discapacitados, cuando propugnan sobre todo como esta que tenemos hoy ocasión de debatir propuestas inviables en la práctica, al menos por el momento. Porque Señorías cuestión distinta es que en un futuro y a nivel nacional, vía regulación a través de la ley de dependencia se contemple la posibilidad de que cualquier persona en situación de dependencia -como digo- pueda acceder a este tipo de prestaciones sociales de manera inmediata.

Pero reitero que ese es otro debate que de momento esta posibilidad, sólo se contempla en un borrador legal que aún tiene que pasar por numerosos trámites, el más importante de los cuales y que quiero que no se le olvide Señoría es el económico pues se requiere de una financiación adicional del estado hacia las Comunidades Autónomas que aún no se ha negociado.

Supongo que después de 8 años que ustedes han estado en el Gobierno de España algo tiene que saber, algo tienen que saber o deben de saber acerca de esta cuestión que ahora parece que les ocupa y les preocupa.

En definitiva, yo creo que no podemos respaldar una iniciativa como ésta que ustedes presentan hoy aquí. Una propuesta en virtud de la cual pretenden ustedes llevar al Ejecutivo a lo que yo considero que es el terreno de las carencias en esta materia. Y es que yo creo que eso, Señorías, es una añagaza en la que desde luego el Grupo parlamentario Regionalista no va a caer.

Nada más.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Valdés.

Tiene la palabra, por un tiempo de cinco minutos igualmente, D. Miguel Ángel Cavia, del Partido Socialista.

EL SR. CAVIA FRAILE: Muchas gracias, Presidenta.

Efectivamente, yo lamento mucho que vamos a tener que repetir muchos argumentos, porque de hecho el debate es repetido y repetitivo.

Con motivo del debate de la proposición no de ley que hoy nos presentan podíamos basarnos perfectamente en las argumentaciones que se dieron en el pasado Pleno, el día 4 de abril, sobre catálogo

de prestaciones básicas. Podríamos repetir, punto por punto, las argumentaciones que se dieron ese día y no pasaría absolutamente nada, por ser un tema repetitivo y buscar en suma la misma pretensión por parte de su Grupo; que es hacer creer a los ciudadanos que existe una situación de desprotección, por parte de este Gobierno hacia sus necesidades más elementales. Nada más lejos de la realidad.

Insisto en que la historia es absolutamente clarificadora y la realidad es la que es. Que se está trabajando con una gran determinación y seriedad en la próxima aprobación de una Ley Básica de Atención a la Dependencia que solventará de un modo definitivo la problemática que plantean ustedes en el día de hoy.

Es fácil entender para cualquier ciudadano que no sea necesario, por estar considerada la atención sanitaria como un derecho subjetivo, el aprobar cada año por ejemplo una Orden de ayudas para afrontar la epidemia de la gripe; o para cualquier otro tipo de atención sanitaria que se lleve a cabo de un modo habitual.

No teman, no les voy a repetir los argumentos por ya reiterados, aunque como dice algún compañero de mi Grupo: ustedes no atienden en los Plenos, ni tampoco en las Comisiones, sólo les interesa hacer gestión parlamentaria, independientemente de lo que se dice, de lo que se demuestra o de la defensa real de los derechos de los ciudadanos.

Señorías. La dificultad que existe, para que nos podamos entender en esta materia, es que ustedes parece que no quieren asumir qué es lo sustantivo del problema. En nuestra opinión, lo sustantivo del problema es el discernir acerca de si estamos hablando de derechos, o simplemente de ayudas a la necesidad.

Nosotros pensamos que atender una discapacidad, o una dependencia, en cualquiera de sus niveles, se debe considerar como un derecho, no como una atención graciable según el impulso de la intención benefactora de ningún individuo o entidad.

Pues bien, en esta meta es en la que se está trabajando, tal y como ya se ha dicho por activa y por pasiva, como por cierto todo el sector de la discapacidad conoce perfectamente.

Por ejemplo, la aportación que hace FEAPS sobre el catálogo de prestaciones, efectivamente es una aportación que hace al debate que se está produciendo con motivo del Libro Blanco.

Pero en tanto este objetivo fundamental llega, obviamente hay que continuar trabajando en el marco de la legislación que existe en la actualidad. Y en este sentido, el Gobierno de Cantabria se ha aplicado y viene publicando las distintas Ordenes de ayudas y subvenciones que es preciso aprobar cada año y que como ha dicho mi compañera, antecesora en la palabra, aumentando las dotaciones económicas cada año también.

Por ejemplo, como las ayudas económicas para el desarrollo de programas y proyectos en materia de

servicios sociales, o bien la regulación de las bases para la concesión de subvenciones en materia de servicios sociales, o las prestaciones económicas individuales en materia de servicios sociales que están próximas a aparecer y que están en el Boletín ya. O las prestaciones económicas para alquiler de vivienda, etc.

Como no puede ser de otro modo y todas las publicaciones de ayudas y subvenciones se llevan a cabo de acuerdo con la legislación vigente, que no es otra que la Ley General de Subvenciones; Ley 38/2003, de 17 de noviembre, aprobada por el Gobierno del Partido Popular y que establece el marco normativo en materia de subvenciones al día de hoy.

Esta Ley consagra, como tampoco puede ser de otra forma, los principios de publicidad, transparencia, concurrencia, objetividad, igualdad y no discriminación. Así como los de eficacia en el cumplimiento de los objetivos fijados por la administración otorgante y el de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos. -Es difícil que se entienda cuando no se atiende-

Estos principios y fundamentos jurídicos hacen precisamente que dada la gran diversidad de tipos de ayudas necesarias para las personas con problemas de discapacidad hacen de un modo muy evidente que no sea posible, hoy por hoy, el objetivo que ustedes plantean. Pues no es posible la libre concurrencia de un modo abierto y permanente sin vulnerar el resto de principios, al no ser posible la cobertura de las necesidades y una concreción previa de las cuantías económicas a asignar.

Es decir, el ejemplo que usted pone también aquí sobre el tema de alquiler de vivienda es un ejemplo sobre una ayuda única, sobre un tema concreto. Y ahí ya está solventada el problema de la concurrencia y no así con unas ayudas individuales que abarcan tantísimas cuestiones.

Estamos hablando de un número muy importante de destinatarios potenciales, personas mayores de 65 años, que son se encuentran en activo laboralmente, así como personas con discapacidad que tengan reconocida la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes, una minusvalía igual o superior al 33 por ciento. Así como a un número más importante de prestaciones a las que usted ha hecho referencia y no voy a repetir.

Como le digo, como antes no me ha atendido, es imposible la diferencia de la Orden del alquiler de viviendas, poder mantener de forma permanente una tal cantidad de ayudas sin atender al principio libre concurrencia, etc. etc.

Por tanto, bastante evidente como he dicho, la dificultad de poder afrontar toda esta cantidad y dispersión de ayudas de un modo permanente, sin la oportuna previsión presupuestaria ni la posibilidad de poder concurrir en igualdad de condiciones a las diferentes posibilidades que se plantean.

Por tanto, no desesperen y desinformen a los ciudadanos y una vez más les animamos a que si realmente su Grupo y su Partido están de acuerdo con

el paso que el Gobierno quiere dar en un futuro muy corto, como es el de la aprobación de una ley básica de atención a la dependencia, apóyenlo en el ámbito que en estos momentos les es propio, que es en el debate que se está teniendo a nivel de estado, una vez presentado el libro blanco de la dependencia.

Mi Grupo les asegura, que el siguiente paso será el establecimiento por ley del derecho subjetivo a los servicios sociales de atención a la dependencia y en este momento estará consolidado, por tanto, el derecho a la prestación que a cada ciudadano le corresponde en un marco normativo, perfectamente definido sin necesidad que tenga que salir cada año una o varias veces la orden correspondiente.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Muchas gracias, Sr. Diputado.

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Popular.

LA SRA. TORIBIO RUIZ: Sí, muchas gracias, Sra. Presidenta.

Bueno, no quiero empezar la intervención sin decirle a la Sra. Portavoz del Partido Regionalista que no desaprovecha oportunidad para faltarnos al respeto. Le recuerdo que cuando intervino mi compañera en el tema anterior, hizo la alusión a que usted ha hecho referencia, había sido provocada directamente en una alusión al Consejero y a la Presidenta de la Comunidad de Madrid.

Pero claro a ustedes les va muy bien eso de provocar e insultar, pero a nosotros no nos reconocen derechos si quiera a defendernos.

Dicen que nuestra óptica es partidista, evidentemente nuestra óptica está marcada por nuestra ideología, por nuestros principios, por nuestros valores y por una trayectoria que nos respalda. Lo mismo que me imagino que la suya.

Lo que sí es evidente, es que desde luego en su ideología y en su trayectoria en estos dos años, las libertades y el respeto no aparecen en su decálogo, al menos si es en lo que refiere al Grupo Parlamentario Popular.

Bueno, tengo que decirles que por desgracia ustedes son bastante predecibles. Niegan todo lo que afirmamos, se niegan a reconocer la situación real y desde luego, es cada día más evidente que no soportan nuestras iniciativas. Porque no sólo es evidente que no las soportan, sino que es más evidente que les hacen daño, porque no pueden negar que son buenas y oportunas y eso no entra dentro de su forma de hacer política, parece que su única forma de hacer política es creerse los mejores y decir no a todo lo que venga de otras partes.

Dicen constantemente que mentimos cuando denunciábamos que han recortado el presupuesto. Pues sólo un ejemplo, me van a decir si es verdad o no que han suprimido ustedes la partida del presupuesto del ejercicio anterior, si han suprimido o no la partida destinada a apoyo a personas mayores en su domicilio

o la partida destinada a ayudas dependientes. Solo el recorte de esas dos partidas supone el recorte de 900 mil euros que he hecho referencia antes, si no me creen pueden comprobarlo.

Aprovecho a recomendarles, ya de paso, que se informen bien antes de venir a debatir al Parlamento, que se informen bien de los datos, respecto de los temas que vamos a tratar; porque sino lo que les va a ocurrir es lo que les ocurrió el pleno pasado y lo que ha ocurrido en esta Comisión.

Argumentan, utilizan ustedes argumentos para alabar las maravillas, tanto del Gobierno regional como del Gobierno nacional y hacen comentarios más que erróneos, que para su pésame, entiendo yo, quedan recogidas en las actas.

Y quiero hacer una referencia, aunque sea ligeramente, a las manifestaciones del Partido Regionalista, del Portavoz del Partido Regionalista en el pleno anterior, cuando hacía el comentario de que no se puede aprobar o elaborar un Decreto si no hay una ley que lo ampare.

Creo que es lamentable que un Portavoz que viene a hablar de temas que conoce previamente y que ha tenido tiempo para preparar su intervención, haga comentarios de este tipo que evidencia que desconoce que Cantabria tiene una ley que ampara ese Decreto. Y nos estamos refiriendo a la Ley 6/2001, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia, que deberían molestarse en leer. O como el comentario que hizo el Portavoz del Partido Socialista, hablando de las maravillas de política social del Gobierno Sr. Zapatero.

Pues bien, quiero recordarle también a grandes rasgos, algunas de las promesas del Sr. Zapatero, que contrastan mucho con esas maravillas que usted dice. Le recuerdo cómo prometió apoyo a las personas con discapacidad y en éste ámbito de gestión, su cometido se ha limitado a reducir el presupuesto.

O como prometió para el año 2005, que sería el año de la dependencia, que habría una dotación de 1.000 millones de euros y una ley de dependencia aprobada. Pues de momento ni una sola acción a favor de la dependencia, congelación de programas de atención a personas dependientes y un Libro Blanco absolutamente vacío de medidas concretas.

Aquí también, como ha hecho usted referencia, porque he visto que lo ha leído, al comentario que yo he hecho de FEAPS pues también aprovecho a leerle otro comentario del Director General de FEAPS respecto al Libro Blanco.

Dice y a modo de ejemplo, "que mientras el Libro Blanco de la dependencia propone la creación de 20.376 plazas residenciales para discapacitados intelectuales; la realidad demuestra que sean necesarias otras 42.000 para hacer frente a la situación actual. Éstas son las maravillas del Libro Blanco y de la gestión del Presidente Zapatero.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada, debe ir finalizando.

LA SRA. TORIBIO RUIZ: Sí, acabo en un segundo, Sra. Presidenta, si me permite.

Y en cuanto a la gestión de este Gobierno Socialista-Regionalista, en términos sociales, se puede resumir muy fácilmente y en un segundo: Nada de nada. Convenio sin contenido. Gastos en publicidad y en obras faraónicas en sus despachos, mientras se recuerda unos presupuestos destinados a ayudar a colectivos en el ámbito social.

Señorías, si siguen ustedes dando su apoyo – como vienen haciendo hasta ahora y su parabién al Gobierno- serán ustedes cómplices del retroceso que se está viviendo en el área social.

Yo nunca he dicho y mi Grupo nunca ha dicho que se hubiese hecho todo, porque no ha sido así. Pero lo que es evidente -y esto va dirigido a la Portavoz del Partido Regionalista- que en los últimos 8 años y gracias a los Gobiernos del Partido Popular, los avances en el área social han sido reconocidos a nivel nacional, incluso a nivel de Comunidades Autónomas gobernadas por el Partido Socialista.

Lo que nosotros proponemos es avanzar y lo que ustedes apoyando al Gobierno Regional actual, están haciendo, es recortar y hacer que la Comunidad Autónoma retroceda, sufra retrocesos en cuanto a prestaciones sociales, en cuanto al ámbito social.

Es más que evidente que el Gobierno Socialista en cuanto tiene oportunidades de gobernar, cambiar

radicalmente y renuncia a sus inquietudes. Y esto se demuestra –y acabo ya, Sra. Presidenta- porque desde la oposición para ustedes todo es progresismo y preocupación por lo colectivos más necesitados; pero en cuanto tocan poder sus preocupaciones se centran en subirse sueldos y en decorar sus despachos, para emular –suponemos- las series americanas, por lo que han demostrado. Les atrae el glamour.

Muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Muchas gracias, Sra. Portavoz.

Pasamos ahora a la votación de esta proposición no de ley.

¿Votos a favor?. ¿Votos en contra?.

Abstenciones, ninguna.

El resultado, Sra. Secretaria.

LA SRA. URRUTIA DE LOS MOZOS, en funciones de Secretaria : Votos a favor, cuatro. Votos en contra, cinco. Ninguna abstención.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Muchas gracias.

Damos por finalizada la Comisión.

(Finaliza la sesión a las catorce horas y cincuenta y cinco minutos)