



PARLAMENTO DE CANTABRIA

DIARIO DE SESIONES

Año XXV - VI LEGISLATURA - 7 de abril de 2006 - Número 109 Página 2655 Serie B

COMISIÓN DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

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

Sesión celebrada el viernes, 7 de abril de 2006

ORDEN DEL DÍA

Página

- | | |
|--|------|
| 01. Comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, a petición propia, a fin de informar sobre "evaluación 2005 del Plan de Salud de las Mujeres" –art. 168 R-. (BOPCA nº 391, de 28.02.2006). [6L/7810-0056]. | 2657 |
| 02. Pregunta Nº 105, relativa a proyecto de geriátrico en el edificio de las Hermanas Carmelitas de Madernia, Molledo, presentada por D ^a . María Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006). [6L/5200-0105]. | 2680 |
| 03. Pregunta Nº 106, relativa a condiciones para llevar a cabo el proyecto geriátrico en el edificio de las Hermanas Carmelitas de Madernia, Molledo, presentada por D ^a . María Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006). [6L/5200-0106]. | 2681 |
| 04. Pregunta Nº 107, relativa a acumulación de puestos de trabajo de Jefa de Servicio de Atención a Personas Dependientes y Directora del Centro de Mayores de Cueto, presentada por D ^a . María Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006). [6L/5200-0107]. | 2685 |
| 05. Pregunta Nº 108, relativa a nombramiento de la actual Jefa de Servicio de Atención a Personas Dependientes, presentada por D ^a . María Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006). [6L/5200-0108]. | 2685 |
| 06. Pregunta Nº 109, relativa a cese del anterior Jefe de Servicio de Atención a Personas Dependientes, presentada por D ^a . María Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006). [6L/5200-0109]. | 2685 |
| 07. Pregunta Nº 110, relativa a vacante de la plaza de Director del Centro de Mayores de Cueto, presentada por D ^a . María Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006). [6L/5200-0110]. | 2685 |

Página

08. Pregunta Nº 111, relativa a criterios para cubrir las plazas ofertadas en la OPE extraordinaria de Consolidación de 2001 y otros extremos, presentada por D^a. María José Sáenz de Buruaga Gómez, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006). [6L/5200-0111]. 2689
09. Pregunta Nº 112, relativa a consecuencias de la Resolución del SCS de 25.10.2005 sobre plazas de nueva creación posteriores a la OPE Extraordinaria de 2001 y otros extremos, presentada por D^a. María José Sáenz de Buruaga Gómez, del Grupo Parlamentario Popular. (BOPCA nº 388, de 21.02.2006).[6L/5200-0112]. 2689

(Comienza la sesión a las diez horas y treinta y cinco minutos)

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Damos comienzo a la Comisión, con la comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, para lo cual va a tener el Grupo Regionalista, diez minutos; el Socialista, diez minutos y lo mismo el Grupo Popular.

Da comienzo la Sra. Consejera, sin límite de tiempo.

Existe después la posibilidad de un segundo turno de intervención. En caso de que vayan a utilizarlo... ¿Van a utilizarlo, segundo turno de intervención?. Será de cinco minutos, para cada uno de los Grupos y a continuación será la Consejera quien dé respuesta.

Señora Secretaria.

LA SRA. PEÓN PÉREZ: Punto primero del Orden del Día. Comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, a fin de informar sobre la evaluación del Plan de Salud de las Mujeres 2005.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Consejera, buenos días. Cuando quiera.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): Muy buenos días.

Quiero agradecerles su presencia en esta comparecencia, que he solicitado para dar cuenta de las actividades desarrolladas en el marco del Plan de Salud de las Mujeres 2004-2007, desde mi comparecencia en esta misma Comisión, el 26 de abril de 2005.

En aquella primera comparecencia, tuve la oportunidad de presentarles el Plan de actuación Salud para las Mujeres, que se había elaborado a lo largo de 2004, de forma simultánea a la puesta en marcha de toda una serie de actividades que ya fueron recogidas en la memoria del año 2004 y de las que también tuve la oportunidad de rendirles cuenta en aquella primera comparecencia.

Va a hacer, por tanto, un año desde que les expuse un proyecto innovador y pionero. Un plan estratégico, un auténtico plan estratégico, que pretendía abordar por primera vez, de manera integral, la salud diferencial de las mujeres y dar una respuesta a las desigualdades en salud, por razón de género.

Hoy en mi intervención, quiero hacer un breve repaso. Quiero ofrecerles un balance de todas aquellas medidas e intervenciones que hemos puesto en marcha y que están convirtiendo el Plan de Salud de las Mujeres en una realidad útil y pujante.

Útil, porque el Plan está resultando un instrumento de extraordinario valor, para que las

desigualdades en salud, de las mujeres, se evidencien.

Útil, porque está consiguiendo que la perspectiva de género empiece a estar presente en la actividad del Servicio Cántabro de Salud y en otras políticas del Gobierno de Cantabria.

Útil, porque está generando un gran número de medidas que están ya mejorando la salud y la calidad de vida de las mujeres.

Pujante, porque ha sido capaz de cobrar una presencia incontestable en las políticas de la mujer.

Porque ha sido capaz de generar unas dinámicas de trabajo multidisciplinares, tremendamente fructíferas.

Pujante, porque podríamos decir que ha adquirido vida propia y se plantea nuevos retos, sin cesar, e incorpora nuevos proyectos día tras día.

Todo esto no hubiera sido posible, sin la colaboración de los profesionales de la Consejería, del Servicio Cántabro de Salud, de las organizaciones de mujeres y de todas las personas que han puesto su entusiasmo y su esfuerzo al servicio de la salud de las mujeres, para que este Plan, haya cobrado vida.

Tampoco esto hubiera sido posible, de no existir una sensibilización ciudadana y de las propias mujeres, acerca de la necesidad de combatir las desigualdades de género, también en el campo de la salud.

Como recordarán, el Plan se marcaba cinco líneas prioritarias de actuación, con diferentes objetivos y estrategias.

Sin pretender ser exhaustiva, quisiera darles algunas pinceladas de las actuaciones más relevantes que en este año, desde la comparecencia que realicé en abril de 2005, ha impulsado el Plan de Salud de las Mujeres, que como saben, tiene su vigencia hasta el año 2007.

Es decir, a lo largo de este año, en el 2007, todavía habrá muchas nuevas actividades que desarrollar.

Nos comprometimos a visibilizar la situación de salud de las mujeres, mediante la incorporación de la perspectiva de género, en las acciones relacionadas con la salud.

Para ello, tras analizar 26 sistemas de información de la Consejería y del Servicio Cántabro de Salud y dos, del registro de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales de la Consejería de Industria, se ha elaborado un informe que les presento.

Se ha elaborado un informe sobre la perspectiva de género en los sistemas de información y registro de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y del Servicio Cántabro de Salud. Este informe, como les digo, demuestra que tan solo el 28,6 por ciento de los sistemas de información analizados contempla la variable "sexo", tanto en la recogida de los datos como en la explotación posterior de los mismos.

Demuestra por tanto que conocer la situación sanitaria o social de las mujeres de Cantabria es difícil. Se han establecido ya las oportunas recomendaciones para que tanto la recogida de datos como el tratamiento posterior de ellos, se desagreguen por sexo y podamos disponer de toda la información que necesitamos.

En el ámbito de la formación permanente se han realizado, como bien saben ustedes, el tercer y cuarto foro "Género y Salud de las mujeres", dirigido a profesionales, a asociaciones de pacientes, a organizaciones de mujeres y también a la sociedad en general.

Los temas abordados han sido: sexualidad a debate y mujeres y salud mental. Y dirigido, esta vez ya exclusivamente a profesionales de atención primaria, se ha organizado un curso sobre salud y género. Con el objetivo de proporcionar conocimientos de la perspectiva de género en salud, que puedan ser inmediatamente trasladados a la práctica clínica de nuestros profesionales.

Para conocer la situación de salud de las mujeres es imprescindible además desarrollar investigación en salud y género, campo que lamentablemente tiene un muy escaso desarrollo. Es por ello que el IFIMAV va a asumir el impulso de esta importante línea de investigación.

Así el patronato de la Fundación Marqués de Valdecilla, aprobó el pasado día 5 una convocatoria de ayudas para este tipo de proyectos de investigación, que esperamos animen a nuestros investigadores a explorar este importante ámbito de conocimiento.

Nos comprometimos también a mejorar la salud reproductiva, quisimos mejorar la atención a un proceso fisiológico, a un acontecimiento personal y social de singular trascendencia, como es el parto y el nacimiento de un nuevo ser humano.

Sabíamos y los propios profesionales eran muy conscientes de que en el afán de incrementar la seguridad del nacimiento, en el Hospital Valdecilla se había medicalizado excesivamente su asistencia.

Se estaba atendiendo el parto como si fuera una enfermedad, no se estaba respetando suficientemente el protagonismo de la madre y del padre, y se estaba separando a los recién nacidos sin razón de sus madres, justo cuando más necesitan permanecer juntos.

Se decidió elaborar un gran protocolo de consenso capaz de determinar la actuación de todos los profesionales sanitarios que atienden a la madre, al recién nacido y a su familia, desde el mismo momento del ingreso hasta el alta; lo que denominamos vía clínica.

Fue un proceso largo y no exento de dificultades porque había que desembarazarse de rutinas y de creencias muy arraigadas, aunque eso sí, superadas por el conocimiento científico.

Pero fue un proceso exitoso que ha permitido poner en marcha desde el 1 de diciembre de 2005 una nueva forma de atender los partos. Ha sido necesario incrementar personal, va a ser necesario realizar arreglos en el actual paritorio, pero ha permitido que hasta marzo 422 recién nacidos no hayan sido separados de sus madres.

Ha permitido que en las primeras cincuenta encuestas de satisfacción realizadas tras instaurar la vía del parto, el 74 por ciento de las madres se declararan muy satisfechas, y el 22 por ciento satisfechas.

Ha supuesto que el 85 por ciento de las que habían dado a luz anteriormente en este hospital considere que esta vez la atención ha sido mucho mejor. Y que el 96 por ciento de las mujeres entrevistadas contestara que si volvía a dar a luz lo haría en el mismo hospital.

Aunque está previsto realizar obras en las actuales infraestructuras que todavía tienen una buena andadura, como saben, en la elaboración del proyecto arquitectónico de la fase III del Hospital Valdecilla, donde finalmente se prestará la atención obstétrica y pediátrica, se ha dedicado un especial esfuerzo al diseño en estas áreas; en el área obstétrica, y en el área neonatal.

Queremos que el diseño arquitectónico responda y facilite el protagonismo de los padres, la permanencia de acompañantes, la intimidad y la necesaria concentración de la mujer en trance de parto y por supuesto el bienestar del recién nacido.

Las mujeres, permanecerán durante la dilatación, el expulsivo, el propio expulsivo y el postparto inmediato en la misma habitación, acompañadas de quien decidan.

El recién nacido permanecerá en todo momento con su madre. El área neonatal permitirá la permanencia de los padres con el recién nacido ingresado y se dispondrá de habitaciones para madres lactantes cuyos bebés deban permanecer ingresados.

El Hospital de Laredo, que ya venía aplicando una vía clínica similar está abordando su actualización y está intentando mejorar la calidad de su atención al nacimiento para merecer la acreditación de Hospital Amigo de los Niños. Para ello y en este año 2006 va a incrementarse su plantilla de maternidad.

Se ha elaborado por parte de un amplio grupo de trabajo, material divulgativo sobre cuidados de salud para después del parto; les enseñé un documento preliminar porque actualmente se encuentra en imprenta el documento definitivo.

Este documento se entregará a todas las mujeres que den a luz en nuestra Comunidad. Será diferente, existirá un documento para mujeres que amamantan y existirá otro documento para mujeres que han elegido la lactancia artificial.

Se han incluido los contratos de gestión de los dos hospitales del Servicio Cántabro de Salud, que atienden partos, toda una serie de indicadores para monitorizar la calidad y la necesaria humanización de la atención al parto.

Como saben también se ha conseguido la acreditación en nuestra Comunidad de una unidad docente, para formar especialistas en enfermería obstétrica-ginecológica. Esta acreditación nos va a permitir formar a unas profesionales, las matronas, que escasean tremendamente en todo el país y lamentablemente también en nuestra Comunidad y que sin embargo son imprescindibles para mejorar la salud de las mujeres desde el punto de vista reproductivo y ginecológico.

Son por tanto, profesionales claves para impulsar muchas de las políticas recogidas en el Plan de Salud de las Mujeres.

Se ha elaborado el Plan de Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007, que les presento, por un grupo de trabajo de profesionales. Quiero decirles que todas las actuaciones, las que voy a comentar, han sido precedidas de la formación de grupos de trabajo multidisciplinarios de profesionales de atención primaria y de atención especializada, pero no solamente de profesionales médicos, sino de profesionales de enfermería, también de matronas, trabajadores sociales, etc, y que todos los protocolos han sido consensuados con las organizaciones de mujeres que trabajan en el ámbito correspondiente. En el caso por ejemplo de este Plan, sería la Asociación la Buena Leche.

Entonces como digo, se ha elaborado este Plan que persigue sensibilizar a la población general en la protección y en la promoción de la lactancia materna, persigue apoyar el inicio de la lactancia materna a los hospitales de nuestra Comunidad y facilitar la adopción en los mismos de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural, siguiendo las instrucciones emanadas en una Resolución por este mismo Parlamento, y persigue también contribuir al mantenimiento de la lactancia materna desde los centros de atención primaria.

Entre los objetivos específicos del Plan, se encuentra un ambicioso calendario de formación que pretende que todos los profesionales de atención primaria, todos los pediatras, ginecólogos, matronas y personal de los servicios de urgencias reciban formación reglada en horario laboral y formación

suficiente sobre lactancia materna que les capacite para atender todos los problemas que pueden surgir durante el amamantamiento pero que sobre todo les capacite para ayudar a las madres en la técnica de la lactancia, en el arte del amamantamiento, un arte que lamentablemente ha ido perdiéndose y que necesitamos recuperar y para recuperarlo es imprescindible lo que la Organización Mundial de la Salud llama una cadena de calor.

Una cadena de calor humana que preste asesoramiento y ayuda a las mujeres que deseen amamantar.

Se ha constituido también otro grupo de profesionales para elaborar un protocolo actualizado y único de vigilancia prenatal, que próximamente va a iniciar su trabajo. Y se está preparando un Decreto que permita reconocer nuevos derechos a la madre, al padre y al recién nacido en el ámbito del nacimiento; lo que permitirá sancionar normativamente una nueva sensibilidad social, una nueva sensibilidad científica que todos podemos ya comprobar.

La salud sexual y reproductiva de nuestros jóvenes también ha sido atendida. Se ha realizado en colaboración con el centro de orientación familiar "La Cagiga", un curso de formación en sexualidad para educadores, para educadores de menores de los Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad, de los Servicios de Justicia y para educadores de medio abierto.

Se están impulsando las consultas juveniles en nuestros centros sanitarios, de las que actualmente existen tres, en La Cagiga, en el centro de salud de General Dávila y en El Zapatón. Para ello, se ha formado un grupo de trabajo integrado por pediatras, por médicos y médicas de familia y personal de enfermería pertenecientes al Servicio Cántabro de Salud.

Entre las medidas adoptadas para facilitar la accesibilidad de nuestros jóvenes, y siguiendo las recomendaciones de este grupo de trabajo, está la creación de una consulta juvenil, en el instituto de educación secundaria "Marqués de Santillana", de Torrelavega, que comenzó a funcionar en enero de 2006.

Vamos a pilotar este funcionamiento y si obtenemos los resultados que esperamos, esta experiencia será reproducida en otros institutos de nuestra Comunidad. Y también se han editado unos folletos informativos, como el que les enseñé, sobre la existencia de este tipo de consultas, para que todos los jóvenes las conozcan, sobre los temas que pueden consultar en ellas, también para garantizarles la confidencialidad y hacerles saber que, por supuesto, son totalmente gratuitas y para que conozcan los horarios y teléfonos de contacto.

Por otro lado, se instaló un stand sobre educación sexual en la feria JUVECANT 2005. Este stand ha conseguido la participación de más de

1.500 jóvenes, en un video interactivo, con el objetivo de fomentar la sexualidad libre y responsable en este grupo de edad.

Los videojuegos que se utilizaron como herramienta de trabajo han sido distribuidos, porque así nos lo han solicitado, entre los monitores de asociaciones de tiempo libre, monitores de parroquias y profesionales que trabajan con adolescentes.

Se ha elaborado un informe, que está pendiente de ser editado, sobre la realidad de la dispensación de la píldora postcoital en Cantabria, con conclusiones de sumo interés; entre ellas y por no aburrirles podría citarles que en Cantabria, durante el 2.004, se han evitado gracias al uso de la píldora postcoital al menos 448 embarazos no deseados; la mayoría en chicas menores de 20 años. Decir esto quiere decir, que hemos evitado que se produzca el acontecimiento más disruptivo en la formación y en la capacidad para incorporarse socialmente, para progresar de nuestras chicas.

Decir esto, significa que hemos evitado muchos abortos, muchas interrupciones voluntarias de embarazo en este grupo de edad.

Posteriormente y de forma consensuada entre los tres hospitales y las dos Gerencias de Atención Primaria, se ha decidido que la dispensación de la píldora postcoital sea gratuita en todo el Servicio Cántabro de Salud. Para ello se va a realizar un folleto informativo, para los usuarios, y se colocarán carteles informativos en todos los centros. Y se va a proporcionar formación a todos los profesionales en relación a la píldora postcoital.

Uno de nuestros principales compromisos, uno de los principales compromisos del Plan de Salud de las Mujeres, fue poner en marcha para la vuelta 2.005-2.006, un nuevo programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama, capaz de alcanzar una mayor participación y una mayor tasa de diagnóstico.

Podemos decir que este objetivo, durante este primer año, se ha alcanzado claramente. A fecha 3 de abril se habían explorado 19.926 mujeres, con una participación, por tanto, del 64 por ciento. Es decir, 7 puntos más respecto al índice de participación global de la vuelta anterior.

Se han detectado 68 cánceres de mama y un linfoma; lo que representa una tasa de detección de 4,45 cánceres, por cada 1.000 mujeres exploradas.

Ya hemos, por tanto, superado el número de cánceres detectados en los dos años de la vuelta anterior. En la vuelta 2003-2004, el número total de cánceres detectados fue de 65 y en este año, un poco largo, hemos ya detectado 69 cánceres.

Sin duda, el hecho de haber creado tres unidades fijas de exploración, responsables de atender al 56 por ciento de las mujeres invitadas. El hecho de que la lectura mamográfica se haga en Cantabria, por personal experto del Hospital

Universitario "Marqués de Valdecilla" Y el hecho de que se haya introducido de forma pionera en nuestro país la mamografía digital, han conseguido aumentar de forma importante la calidad del programa.

Otras importantes iniciativas que están mejorando la participación de las mujeres, ha sido el Programa Cita Activa, que consiste en llamar telefónicamente a aquellas mujeres que no acuden a la invitación para conocer sus motivos y solucionar cuantas dudas puedan tener acerca del cribado mamográfico.

Este programa está consiguiendo que finalmente acudan a hacerse la mamografía más del 51 por ciento de las mujeres, así localizadas.

El análisis realizado de la última vuelta del viejo programa de diagnóstico precoz, es decir, la realizada en el 2003 y 2004, puso de manifiesto que más de 1.500 mujeres se habían realizado mamografías de cribado en las unidades de diagnóstico, por la imagen de nuestro tres hospitales, que deberían estar reservados a la mamografía diagnóstica. Es decir, a la mamografía que se realiza cuando hay algún problema.

Desde marzo de 2005 esta situación se está tratando de resolver, mediante un volante específico de derivación, desde las consultas del Servicio Cántabro de Salud, al programa de diagnóstico precoz. Lo que va a aumentar la rentabilidad de éste, que atenderá a todas las mujeres entre 50 y 64 años, para hacerse una mamografía y descargará a nuestro servicios hospitalarios, que deben dedicarse únicamente a aquellos casos en que existe una sospecha diagnóstica.

Dentro de todos los protocolos consensuados entre Primaria y Especializada, para aumentar la capacidad de resolver problemas de atención primaria, se encuentra el protocolo de petición de mamografías que sistematiza las mamografías que debe realizar el programa.

Este protocolo de petición de mamografías, establece también las situaciones clínicas en que los especialistas de atención primaria, pueden pedir, van a poder pedir, mamografías directamente. Situación que hasta ahora estaba reservada a los especialistas del hospital.

La información y formación de los profesionales del Servicio Cántabro de Salud se ha cuidado especialmente.

Se ha distribuido una monografía que les presente, programa de detección precoz del cáncer de mama –quinta vuelta- 2005-2006, que también se ha distribuido a asociaciones profesionales, a colegios profesionales, asociaciones de mujeres, etc.

Se ha editado un calendario de exploraciones – que les muestro- que permite a los profesionales, saber cuándo van a ser exploradas las mujeres a las que atienden. Se ha distribuido entre todos los

profesionales de primaria y de especializada, que tienen responsabilidad, atendiendo a mujeres.

Se han realizado presentaciones del programa a los tres Servicios de Ginecología de Cantabria, a las matronas de atención primaria y a los profesionales de cada Centro de Salud, conforme comienza el cribado mamográfico en cada área de salud.

Se ha iniciado una rotación práctica de alumnos de medicina en la unidad fija de exploración mamográfica del Centro de Especialidades de Vargas. Y se ha impartido el tema prevención secundaria del cáncer de mama en la formación pregrado de medicina.

Se ha realizado también una intensa difusión del programa a la población general. Dentro de estas actividades divulgativas se organizó –como recordarán- una jornada de puertas abiertas de la unidad de exploración fija de Vargas, el Día Internacional del Cáncer de Mama, para transmitir a las mujeres la importancia de la detección precoz.

Y finalmente decirles que en la sexta vuelta va a ampliarse la edad del cribado a los 69 años.

Tuvimos ocasión, si lo recuerdan, de hablar en mi anterior comparecencia sobre los inconvenientes de realizar mamografías de cribado por debajo de los 50 años. Lo que hacía que no existiese consenso científico suficiente como para recomendarlo.

Sin embargo, sí existe a día de hoy consenso sobre la ampliación de la edad a los 69 años. Así, sin ir más lejos y sin recomendarles bibliografías, lo recomiendan la propuesta de estrategia en cáncer del sistema nacional de salud, que como saben fue aprobada en el último Consejo Interterritorial.

Este documento de sumo interés y que está pendiente de algunas correcciones gramaticales y de estilo, le será presentado en el momento en que ya se nos remita por parte del Ministerio.

Así, la estrategia en cáncer del sistema nacional de salud; un documento sumamente importante y en el que han participado los expertos más reconocidos de nuestro país, recomiendan que los programas de screening sean de 50 a 69 años.

Concedores de que la mayoría de los programas en nuestro país son de 50 a 64 años, ofrecen un tiempo que es justo el que nosotros vamos a necesitar para ampliar la edad a los 69 años.

Otro de los grandes compromisos del Plan es reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género. A ello han ido dirigidos muchos esfuerzos.

Un grupo de trabajo de las características que ya les comenté ha elaborado un protocolo de actuación sanitaria, ante los malos tratos hacia las mujeres. Este protocolo está dirigido a la detección precoz y sistemática de la violencia contra las

mujeres desde los servicios sanitarios y fundamentalmente desde atención primaria. Junto con una intervención integral y coordinada de todos los organismos implicados, no sólo los sanitarios, sino también los sanitarios forenses, también la policía, también el aparato judicial, etc.

El protocolo fue consensado con la Dirección General de la Mujer y con una representación de mujeres afectadas, expertas en violencia de género en esta área, en el área del maltrato.

Pretende detectar a tiempo la violencia para poder ofrecer una atención temprana, a estas mujeres y a sus hijos e hijas. Una atención capaz de evitar las serias consecuencias que para la salud física, para la salud mental y para la salud social tiene el maltrato.

Una vez finalizado este protocolo, el protocolo inicial, se proporcionó formación específica a todo el equipo de salud de tres centros de atención primaria. En esos tres centros, se ha pilotado durante seis meses antes de elaborar el protocolo definitivo y antes de proceder a su implantación en todos los centros de salud de nuestra Comunidad.

Superada esta fase de pilotaje se ha editado, por tanto, el protocolo definitivo para su distribución entre los profesionales y se ha establecido un calendario de formación que ha permitido hasta el momento de hoy formar a 332 profesionales hasta la fecha. Y que pretende que en el 2006, esta formación la hayan recibido todos los profesionales de los equipos de atención primaria.

Se ha realizado también el diseño del sistema de registro informático del protocolo dentro del OMI-AP, que como saben es el sistema informático de atención primaria. Lo que va a facilitar la atención de este problema de salud. Y siempre asegurando la confidencialidad, conocer las dimensiones del problema del maltrato en Cantabria.

Hemos editado este libro, posiblemente uno de los mejores libros que para sanitarios se han escrito sobre la violencia contra las mujeres, su prevención y detección, que es facilitado a todos los profesionales, además del protocolo, una vez que han participado en el curso de formación del que les he hablado.

Los resultados obtenidos en la fase de pilotaje demuestran con datos, ponen cara, ponen nombres y apellidos a lo que todos y todas sabíamos: que el maltrato de la mujer a manos de su pareja o ex pareja es tan terrible como frecuente.

Se han elaborado carteles y folletos informativos. Carteles que se colocan en los centros de salud una vez que los profesionales, que el equipo ha recibido ese curso de formación y está en condiciones de poder detectar y poder ayudar a las mujeres que sufren maltrato.

Y también se han colocado folletos informativos para que las mujeres sepan que pueden

contar con sus profesionales de los centros de salud, también para este grave problema; para que sepan que además de consultar por procesos respiratorios, por procesos digestivos, por dolores, pueden consultar también por este grave problema porque éste es un problema de salud.

Se está actualizando el protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones, abusos sexuales..., lo tengo por ahí pero no lo encuentro.

Este protocolo en el que viene trabajando desde el año 2005 un grupo de profesionales sanitarios, dispone ya de un documento preliminar que va a consensuarse en fechas próximas con el ámbito judicial, y con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado.

La estrecha colaboración entre estos tres ámbitos: judicial, policial y sanitario, es extraordinariamente importante para atender adecuadamente a las víctimas de agresiones y abusos sexuales.

Otro de los grandes objetivos del plan era disminuir los riesgos para la salud de las mujeres, derivados de la discriminación laboral y la división sexual del trabajo.

Para ello la Consejería está promoviendo centros de atención a la primera infancia en las empresas, para facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral. Así, destinó 98.000 euros a la guardería de Mercasantander. En el presupuesto de 2006, dedica 208.000 euros a subvenciones a guarderías, y más de 84.000 para la puesta en marcha de una nueva guardería laboral como la que está funcionando en Mercasantander.

Por otra parte, en la fase III del Hospital de Valdecilla se contempla la construcción de una guardería laboral, una guardería laboral para la principal empresa de Cantabria, que por otra parte está extraordinariamente feminizada.

Las guarderías laborales propias del Gobierno, han recibido importantes incrementos de personal, para que puedan permanecer abiertas en horarios más amplios. Los horarios antiguos no permitían atender a los niños durante toda la jornada laboral de los padres, los horarios antiguos cerraban en Navidades, Semana Santa y agosto absolutamente incompatible con el papel que debe de jugar una guardería laboral. Esta situación está corregida. Pero además, sus infraestructuras y equipamientos han sido también mejorados sustancialmente.

La Consejería ha puesto en marcha el plan piloto de atención a la dependencia, que pretende atender en el domicilio a las más de 6.500 personas encamadas que viven en Cantabria. Conocer sus condiciones de vida, conocer su domicilio, conocer en qué situación se encuentran sus cuidadores, que como sabemos en el 84 por ciento de los casos son mujeres.

Dicho plan proporciona en el domicilio atención médica a partir de los médicos de atención primaria, atención de enfermería, nuestra enfermería comunitaria de atención primaria. Pero, y esta es la novedad, proporciona atención en el domicilio por parte de fisioterapeutas y por parte de trabajadores sociales.

Esta atención pretende mejorar las condiciones de la persona, de esa persona con graves discapacidades, en grave situación de dependencia, cuidando su situación, cuidando también su entorno, su domicilio. Trabajando sobre la accesibilidad, sobre las propias barreras arquitectónicas, asesorando y facilitando a la familia el conocimiento de todos los recursos sociales, de todas las subvenciones, de todas las ayudas individuales que pueden permitir que esta familia recurra a reformas en su edificio, recurra a ayudas técnicas, etc.

Debemos de recordar –como les he dicho- que la atención se extiende también a los cuidadores principales, que en el 84 por ciento de los casos, son mujeres.

En estos momentos, muchas mujeres cuidadoras principales, de una persona en grave situación de dependencia, están siendo remitidas por estos equipos, a los Centros de Salud, por patología mental y por patología osteomuscular, fundamentalmente.

Se ha realizado, por parte de la Comisión Cántabra de seguridad y salud en el trabajo, una encuesta de salud laboral y condiciones de trabajo que, tras petición del Plan de Salud de las Mujeres, ha incluido preguntas con capacidad para obtener información relevante sobre la situación específica de la mujer.

Finalmente, otro de los grandes objetivos del Plan, es promover la salud mental de las mujeres. En este sentido, la actuación más ambiciosa es la creación de una unidad de tratamiento integrado, de los trastornos de la conducta alimentaria, que está ya funcionando y dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

Esta unidad es el resultado de la unificación de los recursos humanos y materiales del equipo del Hospital Valdecilla y del equipo que bajo la gestión de Padre Menni, atendía en consulta ambulatoria y en hospital de día, a pacientes menores de 25 años.

La decisión tomada por este Gobierno de integrar este Servicio en el Servicio Cántabro de Salud, ha permitido diseñar una unidad integrada, una unidad que atiende longitudinalmente a las pacientes –sabemos que fundamentalmente son pacientes- siempre que lo necesiten, independientemente de su edad. Evitando todas las desventajas existentes en el pasado, de la existencia de dos equipos diferenciados. Uno externo y concebido para jóvenes y otro del propio Servicio de Salud y concebido para adultos.

Las posibilidades de una unidad distinta, de una unidad de las características que les comento y además de una unidad con la dotación que tiene, la convierten en una de las más completas de nuestro país, por lo que nos sentimos orgullosos.

Si comenzaba diciendo que el desarrollo de este Plan no hubiera sido posible, sin la colaboración de los profesionales de la Consejería, del Servicio Cántabro de Salud, de las organizaciones de mujeres y de todas las personas que han derrochado su entusiasmo y esfuerzo; quiero terminar diciéndoles que tampoco hubiera sido posible de no haberse reforzado nuestro Servicio Público de Salud, de no haberse reforzado el Servicio Cántabro de Salud.

La creación de una nueva cartera al servicio de la salud de la mujer, podemos hablar de una nueva e importante cartera de servicios de salud de la mujer; hubiera sido imposible de no haber decidido reducir las tarjetas sanitarias individuales, de no haber decidido poner en marcha equipos multidisciplinarios en los Centros. De no haber hecho, en definitiva, una importante inversión en contratación y en organización y gestión.

Porque en el año 2005 se crearon 273 nuevos puestos de trabajo en atención primaria. Y este año y precisamente en estos días, se están contratando más de 60 nuevos profesionales.

Hubiese sido difícil mejorar la salud mental, atender las secuelas psíquicas del maltrato, etc., de no haber reforzado las unidades de salud mental.

Hubiese sido difícil, si no se hubiesen contratado 12 psicólogos o no se creara –como se va a hacer este año- una nueva unidad de salud mental en Santander.

Hubiese sido difícil hacer un cuidado integral a domicilio, que incluya la atención y la detección de los muchos problemas de las cuidadoras, de no haber contratado a 36 nuevas fisioterapéuticas y a 15 nuevas trabajadoras sociales en atención primaria.

No quiero cansarles más.

Muchísimas gracias, por su atención.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Gracias, Sra. Consejera, por su exposición.

Pasamos ahora para fijación de posiciones, preguntas o las observaciones que quieran hacer, a los Grupos Parlamentarios.

Comenzamos por el Grupo Regionalista. Tiene un tiempo de diez minutos. Sr. Muguruza, cuando quiera.

EL SR. MUGURUZA GALÁN: Muchas gracias, Presidenta. Buenos días.

En primer lugar, agradecer la presencia en esta Comisión, de la Consejera y su personal, quienes

comparecen para informar sobre la evolución del Plan de Salud para las de las mujeres 2004-2007, uno de los compromisos plasmados en el Plan de Gobernanza de nuestro Gobierno.

No ha transcurrido un año y la Sra. Consejera comparece de nuevo ante esta Comisión, para hacer una evaluación, informarnos de la evolución de este Plan a lo largo del 2005.

Por lo tanto, y como primera conclusión, destacar el respeto escrupuloso en el procedimiento y el cumplimiento de los plazos. Destacar también que este Plan se trata de algo pionero, un plan que nació con medidas claras y concretas para cada período y con la obligación que hoy se cumple de presentar una evaluación anual, junto con la correspondiente memoria.

La ejecución del Plan a lo largo del 2005, teniendo en cuenta su transversalidad, su ambición y realismo, que han servido para poner en marcha acciones concretas que con todo detalle nos ha explicado la Sra. Consejera, tras la información aportada hoy mismo por usted, de todo lo realizado en esta primera fase de ejecución del Plan, quiero, queremos -el Partido Regionalista- destacar lo siguiente:

Primero, dentro de las líneas prioritarias es de destacar la disminución en la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, la puesta en marcha del programa de detección precoz del cáncer, mediante la mamografía digital ha resultado, como usted misma ha indicado un éxito.

Los datos que ha dado son verdaderamente esperanzadores. Ha supuesto un 7 por ciento más, ya de momento, que en el anterior programa.

La creación de unidades fijas de detección y pronóstico realizada por radiólogos y médicos en los propios hospitales del Servicio Cántabro de Salud, han permitido el examen previo, el tratamiento oportuno y la confidencialidad de los pacientes.

La campaña de citación e información a las mujeres, en el programa Cita activa y el nuevo programa de envío de resultados, han conseguido por un lado convencer a las mujeres de la necesidad de someterse a las pruebas y por otra parte, que en un 70 por ciento de los casos se hayan recibido los informes en los domicilios en un plazo inferior a 7 días.

Desde el Grupo Parlamentario Regionalista, consideramos que la Consejería de Sanidad ha trabajado en la dirección correcta y se están consiguiendo unos resultados magníficos.

Otra de las estrategias que este ambicioso plan ha puesto en marcha, es lo relativo a la reevaluación de la vigilancia prenatal en la Comunidad, tanto a nivel de protocolos como de estructura asistencial.

Es de resaltar el trabajo realizado por la

Consejería, en primer lugar, por haber cumplido la recomendación del propio Parlamento de Cantabria de junio de 2004, de elaborar un plan de humanización y atención al parto y nacimiento en los hospitales públicos de nuestra Comunidad, con la satisfacción comprobada -como usted misma ha dicho- de las madres, según la encuesta realizada.

En segundo lugar, por seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre derechos de la mujer embarazada y del recién nacido.

Y en tercer lugar, por tener ultimado el borrador del Decreto para garantizar los derechos sobre el parto, tal y como nos anunció la Consejera en su comparecencia del 26 de abril de 2005, se ha ampliado la vía clínica del parto que después de su puesta en marcha en el hospital de Laredo, comienza su andadura el pasado 1 de diciembre en Valdecilla, potenciando, repitiendo sus argumentos y sus razones, potenciando la relación de los niños con sus madres, que ya no se separan, que se establecen ese vínculo desde el momento mismo del parto.

Destacar también ¿no?, que el hospital pionero ha sido Laredo, que ha solicitado la declaración de hospital amigo de los niños que concede la UNICEF, concesión que dotará de prestigio a este centro público cántabro ¿no?.

También destacar la participación y consenso que está teniendo este texto, dada las frecuentes y fructíferas reuniones mantenidas por la Consejería y las distintas asociaciones vinculadas a estas materias, tales como las asociaciones "el parto es nuestro" o la "buena leche". No nos consta la satisfacción de los usuarios de este nuevo sistema y creemos que la puesta en marcha de este nuevo programa beneficia -como usted también ha indicado- al desarrollo afectivo de padres, madres con sus hijos, ¿no?.

El texto legal ha finalizado su camino técnico y aprovechamos esta intervención para repreguntar a la Consejera sobre la previsión de su aprobación definitiva y si el texto legal, al que usted hacía referencia, y el documento que nos enseñaba ¿en qué momento se encuentra?, si se podría precisar algo más, si puede usted hoy precisar algo más sobre lo manifestado en esta intervención, ¿no?.

Destacar también el cumplimiento y el desarrollo de la cuarta línea de actuación del plan, esto es la salud de las mujeres en el ámbito de la violencia de género.

Ya he solicitado el documento que usted nos ha enseñado sobre ello, que me ha parecido interesantísimo y que me gustaría poder leer.

Resaltar la puesta en marcha del protocolo de actuación sanitaria en este tema, malos tratos, la formación de los profesionales.

Desde el Grupo Parlamentario Regionalista

queremos detenernos y analizar este último aspecto. Así se están llevando a cabo cursos de formación de atención primaria, se están formando médicos, matronas para poder atender a las mujeres afectadas, y para que éstas puedan acudir a su centro de salud más cercano, y recibir allí las asistencias. Creo que es una línea magnífica a la cual le animamos a continuar.

Hacer hincapié al desarrollo de este programa que comenzó en Reinosa y hace dos días se ha clausurado el curso en Valdecilla, con lo que pronto todos los centros de salud estarán preparados y formados para poder atender los casos que se les presenten.

Felicitarla también por las iniciativas argumentadas o explicadas sobre educación sexual, lo que nos ha explicado sobre pacientes encamados en su domicilio, mayoritariamente mujeres. Los trastornos alimenticios, las cuidadoras y su preparación.

Todo ello como es claro, necesita unos aportes económicos, por lo tanto finalizo comentando lo que dijimos en nuestra anterior comparecencia. Que hay que poner de manifiesto la necesidad de contar con un respaldo económico suficiente que permita llevar a efecto las estrategias y objetivos del plan.

Solicitamos por tanto, que todos los recursos necesarios, materiales técnicos y humanos se posibiliten con estas aportaciones económicas. Y por ello se permita que este plan continúe la buena marcha que usted nos ha indicado.

Por lo tanto felicitándola por esta buena andadura durante este año, finalizo mi intervención.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Gracias Sr. Muguruza.

Tiene la palabra, la Portavoz del Grupo Socialista, D^a. Susana Mediavilla.

LA SRA. MEDIAVILLA GARMENDIA: Gracias, Sra. Presidenta.

Lo primero dar los buenos días a todos y a todas las personas que nos acompañan. Y especialmente agradecer la presencia y comparecencia de la Sra. Consejera y del Director General de Salud Pública y Directora del Gabinete que la acompañan.

Brevemente antes de entrar sobre la elaboración del plan en sí, yo quisiera hacer alguna apreciación o consideración sobre el plan, este plan de salud para las mujeres de Cantabria.

Lo primero yo quisiera recordar la oportunidad y la necesidad de este plan. El año pasado se expuso aquí, aproximadamente sobre estas fechas, por parte de las Sras. Consejeras, el porqué de este Plan. Las

diferencias en el estado de salud entre ambos sexos, diferencias que se relacionan con factores biológicos y aspectos o características de género socialmente construidas, que determinan diferencia del estado de la salud entre hombres y mujeres. Por eso, queremos recordar y recalcar la necesidad y la oportunidad de este plan.

También nos gustaría recordar y poner en valor la seriedad y el rigor en la metodología de elaboración del propio plan. Este plan ha sido elaborado por muchas personas, por muchos profesionales de la Dirección General de Salud Pública y del Servicio Cántabro de Salud, de la Consejería de Sanidad y de Servicios Sociales.

Han colaborado profesionales de la Universidad de Cantabria y también han participado asociaciones de mujeres, como ha comentado aquí la Sra. Consejera, expertas en distintas materias o ámbitos en los que actúa.

Y también quisiéramos poner en valor y destacar que este plan parte de una situación real y conocida. Es un plan totalmente objetivo, tanto desde el punto de partida su elaboración, como la propia evaluación en base a los datos que nos ha ido dando la Consejera.

Datos reales que demuestran que no hemos llegado todavía al cien por cien, ni mucho menos, de los objetivos planteados, pero que la tendencia y la evolución es favorable y positiva.

Por último también quiero recordar, y ello a diferencia de lo que hizo aquí el Grupo Popular, considerar que este Plan no es una venta de humo, que tiene respaldos, actuaciones y compromisos concretos. Y además cuenta con una financiación, una financiación de 2 millones de euros a lo largo de este periodo de tiempo, 2004-2007, ya contemplado en cada uno de los presupuestos anuales.

También quiero recordar que se trata de un plan novedoso en Cantabria y en España. Somos la primera Comunidad que pone en marcha un plan de estas características, aunque lo cierto y lo deseable sería que este tipo de actuaciones en el ámbito sanitario, lo pudiéramos haber calificado como pionero hace ya no años, sino hace ya muchos años.

Creo también que es importante recordar, que tal y como decía la Sra. Consejera en su exposición del Plan, aquí en esta Cámara este plan pretende ser realista y por eso abarca aquellos problemas principales sobre los que es posible y necesario abordar, en el ámbito de la salud de las mujeres, por su problemática y gravedad.

Yo, partiendo de estas premisas iniciales y en base a la exposición que ha hecho aquí la Sra. Consejera sobre la evaluación del plan, en los cinco ámbitos principales de actuación, quiero exponer que por parte del Grupo Socialista hacemos una valoración muy positiva y favorable de este Plan.

Y también quisiera recordar las críticas que se vertieron aquí hace un año sobre este Plan. Se le reconocía algún valor técnico, se le reconocía que era aceptable desde el punto de vista teórico, que tenía también algún valor desde el punto de vista social porque sensibilizaba. Pero que no tenía compromisos políticos, que no tenía acciones, que no tenía medidas, no tenía respaldo y que lo único que hacía era mejorar -como no puede ser de otra forma- todos los Gobiernos mejoran la calidad en las prestaciones y en la Sanidad.

Yo creo que se han dado sobrados ejemplos de que este Plan no es una mera venta de humo. Que este Plan cuanta con acciones concretas, medibles y cuantificables. Muchas de ellas recogidas ya en el informe que nos ha comentado la Sra. Consejera. Y no compartimos -como digo- esta apreciación que se hacía desde el Partido Popular del propio Plan.

Muchas han sido las actuaciones que se han puesto en marcha; algunas las ha comentado la Sra. Consejera. Queremos recalcar algunas de ellas, precisamente son en las que basamos o fundamentamos esta redacción positiva. Y que digo, demuestran que sí es un plan comprometido con acciones y actuaciones concretas y resultados evidentes.

Por ejemplo, en el ámbito de actuación de tendencia a la mejora de la salud reproductiva... - Sra. Presidenta, de qué tiempo dispongo, por favor-

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Diez minutos.

LA SRA. MEDIAVILLA GARMENDIA: No. ¿Cuánto voy, perdón?...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): La quedan cinco.

LA SRA. MEDIAVILLA GARMENDIA: Vale. Gracias.

Dentro de las actuaciones tendentes en la mejora de la salud reproductiva, son numerosas las actuaciones que se han llevado a cabo.

Nos ha explicado, la Sra. Consejera, algunas de ellas. La elaboración y puesta en marcha de la vía clínica de atención al parto; la firma del convenio con la Asociación Española para registro y estudio de malformaciones congénita. Cursos de sensibilidad para educadores de jóvenes. Impulso de la consulta joven, en los centros de atención primaria. Y edición de un folleto de información que nos ha mostrado. Stand sobre Educación en la Feria de Juevecant; esto lo hemos visto en los medios de prensa. Y yo personalmente que visité la Feria, lo pude comprobar.

Informes sobre la píldora postcoital, su elaboración y edición que nos ha mostrado aquí también. Elaboración de publicaciones específicas y de campañas de sensibilización.

También a destacar dentro de las actuaciones llevadas a cabo en concreto, dentro de las actuaciones del Programa de detección precoz del cáncer de mama.

Aparte de la exposición, hemos podido ver en la prensa, en los últimos días, algunas de las valoraciones que ha hecho en la rueda de prensa que se ha llevado al efecto. La detección precoz de cáncer de mama, se duplicó con el nuevo programa y se consiguió un 7 por ciento más de participación, por parte de las mujeres, que la vuelta anterior.

Yo creo que en este sentido ha sido muy favorable la puesta en funcionamiento de dispositivos fijos de detección precoz del cáncer de mama.

También las campañas de información hacia los profesionales, las mujeres destinatarias, su medios de comunicación, las instituciones, los organismos, las asociaciones de mujeres, los colegios profesionales y la sociedad en general.

También la posibilidad de poder efectuar una lectura mamográfica, centralizada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a través de una unidad equipada con alta tecnología, ya que como sabemos estas lecturas se hacían anteriormente fuera de Cantabria.

Como hemos dicho, la creación de unidades fijas de explotación mamográfica en Santander y Laredo, la puesta en marcha del Programa Cita Activa para incrementar la participación de las mujeres en el programa de detección precoz del cáncer de mama.

También la elaboración de la Guía de procedimiento de control de calidad, en las Unidades de exploración. Sensibilización de los profesionales y de las profesionales sanitarios del Servicio Cantabro de Salud, con ediciones monográficas. Elaboración y edición de los calendarios de exploraciones. Formación pregrado en la Facultad, como nos acaban de comentar. Participación en foros, reuniones.

Y dentro, por ejemplo del ámbito de actuaciones tendentes a reducir los riesgos de salud de las mujeres, debidos a violencia de género, destacan: la elaboración y edición del protocolo de actuación sanitaria de los malos tratos hacia las mujeres, que se está implantando progresivamente en los equipos de atención primaria; el diseño y la utilización de programas informáticos específicos para el registro de datos y la evaluación del programa; el aumento de los recursos humanos para el abordaje de la violencia contra las mujeres y los servicios sanitarios. Con más psicólogos, más trabajadores sociales, más personal facultativo y personal de enfermería en atención primaria.

También en este sentido, ha sido importante la formación de pregrado en la Facultad de Medicina del personal sanitario para la inclusión de la violencia contra las mujeres, en el currículum del personal sanitario en formación.

También la asistencia –como hemos dicho- a jornadas de coordinación territorial ante la violencia de género, en colaboración con la Delegación del Gobierno de Cantabria.

La elaboración de un protocolo de atención sanitaria a las víctimas de agresiones sexuales o del borrador que nos ha comentado ahora la Sra. Consejera.

Y también destacamos las actuaciones en el ámbito de las mejoras de las condiciones de vida y de salud de las mujeres, desde entornos sociales, mediante el fomento de hábitos saludables, como son: los talleres realizados sobre trastornos de la conducta alimentaria, la introducción de la perspectiva de género en los estudios relacionados con la salud laboral, la creación de becas de formación práctica y colaboración con el Plan de Salud de las Mujeres; los programas de intervención grupal con mujeres para la promoción de salud y de autonomía en las mujeres.

Yo lo que quiero hacer es poner en valor este Plan con datos y con objetivos, con medidas concretas. Y –como digo- no estamos de acuerdo con las críticas que en su día se vertieron sobre el Plan y que los hechos y esta evaluación, están demostrando que eran inciertas e infundadas.

Voy a finalizar. Y por último me gustaría dar la enhorabuena a la Consejera de Sanidad, a todas las personas, a los diferentes profesionales que trabajan en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y en el Servicio Cantabro de Salud; que han trabajado y que están trabajando en este Plan. Ya sea en su elaboración, en su implementación, en su aplicación, evaluación y mejora.

Para nuestro Grupo Parlamentario, para el Grupo Parlamentario Socialista, mejorar la salud de las mujeres, beneficia a las mujeres destinatarias directas de estas medidas, pero también a la sociedad en su conjunto.

Yo personalmente, se lo agradezco mucho. Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Gracias, Sra. Mediavilla.

Tiene la palabra, la Portavoz del Grupo Popular, D^a. María José Sáenz de Buruaga.

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

En primer lugar y como han hecho quienes me han precedido en el uso de la palabra, agradecerla, Sra. Consejera, su comparecencia y su exposición.

Del mismo modo que usted, Sra. Consejera, ha recordado la filosofía, las líneas estratégicas y las actuaciones de su Plan, y sin necesidad de que la Portavoz del Grupo Socialista lo haga por mí o por mi Grupo Parlamentario; pues nosotros vamos a reiterar

en alguna medida, nuestras cuestiones o lo que son nuestros planteamientos en relación a este Plan.

A mí me gustaría reiterar –como hicimos ya en su momento- nuestra valoración positiva hacia esta iniciativa. No quiero que quede ninguna duda. Saben que compartimos, con todos ustedes, la constancia y la conciencia de que las desigualdades de género colocan a la mujer en una situación de discriminación en relación a la salud, como saben, que compartimos la necesidad de considerar a la mujer en su integridad y la bondad de un plan específico que trate de identificar y de actuar eficazmente sobre estas desigualdades.

Siempre lo hemos dicho, lo importante es el objetivo final, que teóricamente al menos, también compartimos: la puesta en marcha de actuaciones y medidas concretas respaldadas con presupuesto, que permitan mejorar la atención que reciben nuestras mujeres.

Partiendo de esta premisa básica, también saben que muy probablemente o mejor diría yo, con toda seguridad; éste no es el plan que hubiéramos hecho desde el Partido Popular.

Porque a nuestro juicio, su Plan peca de poco ambicioso o de un abordaje poco exhaustivo, como dicen ustedes en el propio Plan de Salud de la Mujer.

Peca de no incluir muchos o demasiados –diría yo- de los aspectos susceptibles de intervención. Lo dicen también o lo decimos nosotros o lo dice también el propio Plan.

Peca de carecer en la práctica de ese verdadero enfoque biopsicosocial, al centrarse, sobre todo en problemas de salud reproductiva y de violencia de género. Pero obviar la intervención y la coordinación necesaria o imprescindible –diría yo- con otros ámbitos, como son: el laboral, el social, el educacional, el económico, que están ausentes de este Plan, porque en este Plan no aparecen. Y peca, a nuestro juicio, de estar plagado de generalidades, de ambigüedades y de buenas intenciones, que no se concretan en medidas específicas, en un cronograma de implantación. Y en la definición del responsable de llevar a cabo cada estrategia.

Pero es que a nuestro juicio, el problema que tiene este Plan, que para nosotros es una oportunidad perdida –como digo- cargada de buena intención; es el mismo o mejor dicho, consecuencia de uno de los problemas más importantes y más notorios que tiene este Gobierno, o siendo más correcta esta Consejería de Sanidad, que es la ausencia de planificación.

Con Plan o sin Plan, con documento o sin documento, yo lo que quiero decir, es que planificar para el Partido Popular, no consiste en escribir páginas y en hacer libros, consiste en marcar objetivos y líneas de actuación, consiste en arbitrar medidas integradas y coordinadas, consiste en comprometer plazos, responsables, en comprometer

recursos y en comprometer presupuesto y eso es lo que ocurre.

Yo creo que ustedes tiene un bonito libro o me atrevería a decir, un montón de bonitos libros encima de la mesa al que llaman o a los que llaman Plan; pero en realidad, no son el resultado coherente de un proceso de planificación.

Para que se me entienda, para que se me entienda; no planifica nada porque mal puede planificar por ejemplo, la salud de la mujer si no se ha hecho una labor de planificación y no se tiene un Plan de salud para la población de Cantabria.

No tenemos Plan de Salud de Cantabria, luego muy mal podemos saber qué queremos hacer con la salud de la mujer.

Muy mal se puede planificar o muy mal se puede introducir la perspectiva de género en la salud mental si Cantabria lleva tres años, sin Plan de Salud Mental Y Asistencia Psiquiátrica, para el resto de la población, porque no tenemos Plan. Es más, no lo digo yo, se le escapa a su Plan, su Plan lo dice, su Plan hay una serie de páginas dedicada a la convergencia con otros planes y dice que es necesario que este Plan converja con otros planes y entre ellos ya ven ustedes se les escapa el Plan de Salud Mental de Cantabria.

Para que este Plan funcionara en salud mental sería necesario que hubiera un Plan de Salud Mental en Cantabria, lo dice este Plan, no lo dice el Partido Popular y ese Plan, no existe y no existe además porque ustedes han dicho que no tenía que existir seguramente a indicación de la Consejera o del Gobierno cuando nosotros propusimos una iniciativa para que existiera.

Francamente y tal y como advertíamos en su día, yo creo que este Plan está resultando sin duda alguna un buen instrumento publicitario al servicio del Gobierno. Más al servicio del Gobierno que al servicio de las mujeres de Cantabria, un instrumento publicitario que como todos los que ustedes ponen en funcionamiento no hace sino encubrir la falta de un compromiso político real de este Gobierno.

Y otro aspecto no menor, hoy, no menor hoy que corresponde hablar de la evaluación de este Plan y que quien se examina Sra. Mediavilla es el Gobierno, es la falta de la correspondiente memoria, a mí de verdad hay cosas que no entiendo, porque este Plan Sra. Consejera, no la obliga a usted a comparecer hoy en este Parlamento a hacer ninguna evaluación, como no la obliga mi Grupo Parlamentario la agradece francamente esa actitud de venir usted aquí voluntariamente.

Pero lo que sí la obliga el Plan, es a que esa evaluación anual se lleve a cabo a través de la correspondiente memoria y la memoria ni está ni la tenemos ni conocemos ni disponemos.

El año pasado cuando ocurrió esto mismo, la

trajo en un día como hoy, sin tener acceso previo los Grupos Parlamentarios, pidió disculpas y este año estamos peor que el año pasado, porque ni siquiera ha venido hoy, es que no hay memoria, luego poca credibilidad tiene un Plan cuando ustedes mismos están incumpliendo los mecanismos y la forma que ese Plan, en que ese Plan dice que ha de evaluarse.

Probablemente, no nos han traído la memoria porque visto lo que yo he visto y oído lo que he oído vale perfectamente la memoria que nos dieron en el año 2004, vale perfectamente, es perfectamente válida, viene a decir lo mismo.

Dicho esto, pues mire la evaluación de este Plan resulta muy difícil, resulta muy difícil para nosotros y supongo que muy fácil para ustedes y para el Gobierno, por algo muy sencillo que yo he dicho hace escasos minutos; un Plan que no contiene objetivos concretos, un Plan que no marca plazos para esos objetivos concretos, porque no tiene programa, un Plan que no señala responsables de los objetivos ni de los medios para los objetivos pues es muy sencillo de evaluar, o sea el resultado de la evaluación, es el que ustedes quieran, es el resultado de su subjetividad y de su arbitrariedad.

Y claro pues es lo que ustedes dicen y es muy difícil de rebatir porque a mí me gustaría que alguien de los presentes, me dijeran a qué obliga este Plan durante el año 2005, porque como no habla de anualidades, ni está establecido...o sea, nadie sabe a qué obliga este Plan durante el año 2005, luego es muy difícil evaluar este Plan durante el año 2005, ¿cuál es el grado de cumplimiento exigible?, ¿cuáles son los objetivos que nos habíamos marcado para el año 2005? Y luego otra cosa es cuantificar ese grado de cumplimiento o de desarrollo.

Yo creo que esto es sencillamente en lo que ustedes quieren que sea, por eso con todos mis respeto yo creo que ustedes pueden venir aquí a hablar de lo que quieran. Y repito, el Grupo Popular encantado, pero no podemos llamar evaluación a algo que no lo es.

Los elementos de juicio que tiene mi Grupo Parlamentario para hablar del grado de desarrollo de este Plan durante el año 2.005, pues son ni más ni menos que la comparecencia de la Sra. Consejera el año pasado, cuando nos proporcionó la información de las actuaciones llevadas a cabo durante el 2.004, y sus compromisos durante el año 2.005.

Y con esos datos y con esas informaciones pues nuestro balance hoy, lamento decirle y poner la nota discordante no puede ser positivo, y por supuesto ni nuestra posición ni nuestro mensaje, puede ser de satisfacción.

Usted Sra. Consejera, comprometió vaguedades, y hoy ha rendido cuenta de vaguedades, las mismas vaguedades de las que rindió cuenta en el año 2.004.

Foros, jornadas, cursos.., así se da por

cumplido la línea estratégica relativa a incorporar la perspectiva de género a las acciones relativas a la salud.

En lo relativo al segundo eje de actuación que ustedes han hablado: mejorar la salud reproductiva. Pues se conformaban ustedes para el año 2.005 con desarrollar programas de información y de accesibilidad a los distintos anticonceptivos. Y yo desde luego, hoy me quedo un tanto preocupada cuando veo que en vez de esa información, en vez de esa prevención, en vez de esa anticoncepción, estamos pregonando desde Cantabria una apuesta mucho más clara y unos datos que la avalan por lo que la Consejera llama la anticoncepción o lo que nosotros llamamos la píldora del día después, la postcoital.

Nos hablan ustedes del plan de la humanización de atención al parto, la vía clínica de atención al parto y al nacimiento. Yo desde luego también tengo que decir que en ningún caso comparto ese punto de partida o esa evaluación tan catastrófica que ha hecho la Sra. Consejera de cómo eran las atenciones al embarazo y al parto hasta que ustedes han llegado en esta Comunidad Autónoma.

Porque bueno...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada debe ir finalizando, se le acaba el plazo.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Voy terminando.

Pero en cualquier caso las actuaciones que usted nos ha contado relativo a la vía clínica de la atención al parto y nacimiento, engrosaron ya la memoria del 2.004. O sea, que si se puso en marcha en el 2.004, o vino en la memoria del 2.004, me imagino que no va a venir otra vez en la memoria del 2.005.

Igualmente con el Plan de Lactancia Materna, que cuando uno lo lee se queda un tanto sorprendido porque como todos sus planes suenan muy bien, pero es tan realista, tan realista, tan realista, que no se plantea ningún objetivo. Y a uno le cuesta muchísimo encontrar su utilidad, después desde luego explicaré un poco más en qué nos basamos para decir esto.

Y en cuanto al Plan de Mama, pues evidentemente no va a ser este Grupo el que niegue la evidencia, porque la evidencia es la evidencia. Hay unas unidades fijas que se han puesto en marcha, se mantienen las unidades móviles como un recurso útil y necesario para un importantísimo porcentaje de mujeres de esta Comunidad Autónoma. La lectura mamográfica se centraliza en Valdecilla, donde cuenta con un radiólogo.

Y todo esto a nosotros nos satisface y nos llena de satisfacción, porque forman parte de nuestras reivindicaciones y de esos objetivos de mejora, que nosotros hemos propuesto en relación a este programa y aunque ustedes...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Debe finalizar Sra. Diputada...

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: ...y aunque ustedes voten no o rechacen en el Parlamento, luego en cambio incorporan a su Plan de Mujer.

Seguimos teniendo una reivindicación pendiente, y con eso termino Sra. Presidenta, que es la ampliación de la franja de edad. Nosotros pensamos que la evidencia científica hoy, y la experiencia está demostrando que es perfectamente posible ampliar la franja de edad a mujeres comprendidas entre los 45 y 69 años.

Hace poco tiempo nos decían ustedes que tampoco procedía de los 64 a los 69. Hoy nos comienzan ustedes dando la razón, y estoy segura que dentro de muy poquito tiempo cuando comience la siguiente vuelta, y ustedes vayan a poner en marcha este Plan, nos acabarán dando la razón y tendremos ese programa entre los 45 y 69 años.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada, tiene después cinco minutos...

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Gracias.

Sra. Consejera, tiene usted un turno ahora de réplica, sin límite de tiempo.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): Yo también quiero comenzar dando las gracias a los representantes del Grupo Parlamentario del Partido Regionalista de Cantabria, del Partido Socialista Obrero Español de Cantabria y del Partido Popular de Cantabria por las intervenciones, por la atención con que han seguido la exposición y por las intervenciones que han realizado.

Quería en respuesta, o para completar los comentarios del Parlamentario del Partido Regionalista de Cantabria, decirle que he valorado el que usted haya dedicado interés a la reevaluación, a la necesaria reevaluación del protocolo de vigilancia prenatal en Cantabria. Porque, por no extenderme demasiado, yo lo he citado sólo de pasada. Y sin embargo, coincido con usted que es una actuación clave.

En estos momentos, en Cantabria, disponemos de varios protocolos de vigilancia prenatal dependiente del área, dependiente de cada zona. Son similares, pero no son idénticos. Y además de no ser homogéneos, pecan de excesiva medicalización.

Es decir, durante unos años, muchos profesionales hemos ido incorporando sucesivas actuaciones al protocolo de vigilancia prenatal, en un afán por mejorar la atención, el cuidado de las mujeres, quizá sin esperar a que existiesen evidencias

-científicamente validadas- suficientes.

Transcurrido un tiempo sabemos por nuestra experiencia y también por la experiencia de muchos y de otros, que algunas de esas actuaciones lo único que sirven es para hacer que la mujer piense que está pasando por un auténtico proceso de enfermedad para sobrecargar su vigilancia. Y sin embargo no aportan nada en salud, no aportan nada al bienestar, ni al buen resultado de esa gestación.

Por tanto y con ese criterio vamos a reevaluar este protocolo de vigilancia y vamos a actualizar la cartilla sanitaria, la cartilla maternal que proporcionamos a todas nuestras gestantes en Cantabria. Documento que hoy día, ya podemos decir que está obsoleto y que no tiene la flexibilidad, ni tiene la composición más adecuada para el tipo de asistencia que nosotros les estamos prestando.

Por otro lado, ha comentado cosas de la vía clínica del parto, que se ha puesto recientemente en marcha, en diciembre pasado, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Presento datos y hablo de él porque, efectivamente, han empezado a funcionar en diciembre de 2.005. Cuando yo presenté aquí la comparecencia y rendí cuentas de lo realizado en 2.004, hablé de ese importante trabajo que ha llevado más de dos años de reuniones semanales y en ocasiones con más frecuencia, a un equipo nutridísimo de neonatólogos, obstetras, pediatras, matronas, enfermería de planta de puérperas y a la dirección médica de Valdecilla, para consensuar ese gran proyecto que es una vía clínica.

Ha comenzado en diciembre. Y hemos de decir que si las gestantes, las actualmente madres que han respondido a la encuesta están satisfechas, los profesionales lo están quizás hasta más. Y están tan satisfechos, que sin esperar mucho más tiempo, quieren ya ampliar la vía clínica.

Inicialmente y con una postura digamos conservadora, quisieron probar esta vía clínica en aquellos partos vaginales espontáneos que no sufriesen ningún problema. Está yendo tan bien, les ha generado tal confianza esta nueva forma; nueva aquí pero ya muy extendida en el resto del país y por supuesto en todos los países desarrollados; que ya quieren ampliar esta forma de atender al proceso del nacimiento, a aquellos partos que aunque hayan sido instrumentales; es decir, haya tenido que realizarse una ventosa o un fórceps; haya sido sin mayores incidencias y con un recién nacido sin ningún problema, como por otra parte suele ser lo común.

Por tanto, esta vía clínica, desde luego, ha abierto una nueva posibilidad de relación de los servicios de salud con mujeres y hombres en plenitud de su vida y que están viviendo un acontecimiento singular; el hecho de traer un hijo al mundo.

Hasta ahora, esa relación era una relación muy medicalizada. Era una relación muy paternalista. Y sin

embargo, ahora es una relación totalmente distinta. Y eso –y aquí quiero salir un poquito a aclarar a la Diputada del Partido Popular- no es por arte y obra de esta Consejería. Eso es, porque los tiempos que corren lo demandaban. Porque los tiempos que corren, hacían imposible que una recomendación de la OMS, de hace tantísimos años, no cuajara también en un gran hospital como es el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Esto está cuajando, porque los profesionales lo han comprendido. No es sólo arte de la Consejería, que indudablemente ha cumplido con su papel de liderar este proceso de apoyar y de impulsar en todas las dificultades.

Tiene usted razón también, en que hemos conseguido dar pasos en el sentido de convencer a las mujeres de las ventajas que ofrece el programa. Y usted ha señalado varios puntos. Los informes de resultados llegan mucho antes. Aquellas incertidumbres de esperar los resultados desde Madrid, hacían que muchas mujeres se desanimasen de volver a realizarse una mamografía.

Largas esperas frente a una unidad móvil, a la intemperie, en mujeres que vivían en el propio Santander, que vivían en el propio Laredo, que vivían en el propio Torrelavega. Es decir, al lado de centros sanitarios reconocidos por ellas, también las desanimaba.

Por eso creo que efectivamente, hemos acertado y estamos convenciendo a las mujeres de las ventajas que ofrece nuestro programa.

Por otro lado, comentarles, decirles, que está simultáneamente elaborándose todo un plan de respuesta inmediata, frente al diagnóstico a la detección de patología mamaria maligna; bien procedente del programa o bien procedente de las propias consultas a donde puedan acceder las mujeres por sintomatología o por el hallazgo de una tumoración mamaria.

Necesitamos también una vía clínica, también un gran plan para poder responder en tiempo a una patología que necesita para su adecuado tratamiento, del concurso de cirujanos oncológicos, de ginecólogos, de radioterapeutas, de oncólogos médicos, de rehabilitadores y fisioterapeutas y de unidades de apoyo en salud mental.

Comentaba usted y con muchísima razón, que Laredo -y esto no ha sido suficientemente reconocido; porque aunque yo siempre lo digo, en los medios de comunicación no lo recogen adecuadamente-; Laredo fue pionero en nuestra Comunidad en la instauración de una vía de atención al parto, respetuosa con los derechos de las mujeres, de sus familiares y de los hijos nacidos; tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud y UNICEF y otras organizaciones internacionales.

Ellos fueron los pioneros en instaurar en esa vía clínica, pero fueron además, los primeros que se

iniciaron en una andadura complicada, que es recibir una acreditación tan exigente como la de Hospital amigo de los niños.

Y si Laredo está tardando algún tiempo en obtener esa acreditación, no se debe a que sus profesionales y sus trabajadores no estén volcados en ese empeño, sino que se debe a que tiene déficit estructurales, déficit de espacios, que dificultan mucho que el organismo acreditador UNICEF conceda esa acreditación.

Por eso y por otras muchas razones, se decidió en su momento, elaborar un plan director que permitiese mejorar toda la infraestructura del Hospital de Laredo.

Como saben, ya se han resuelto algunas fases de esa obra. Ya disponemos de un servicio de urgencias, digno de tal nombre. Un servicio de urgencias moderno y funcional en el Hospital de Laredo, capaz de atender a la gran cantidad de población que se concentra puntualmente en determinadas fechas en ese área.

Estamos ya buscando un hospital de día, suficientemente capaz, suficientemente amplio. Cuando tengamos ese hospital de día vamos a incrementar las camas de hospitalización en 35 camas, porque liberaremos la planta que actualmente ha dejado de ser planta de hospitalización para convertirse en hospital de día.

Pero vamos a ir a una tercera fase, que actualmente se está diseñando, que es la remodelación de todo el área quirúrgica y del área del paritorio y también de las consultas.

Queremos que los profesionales de Laredo no se vean constreñidos, no vean perjudicado su capacidad de ofrecer una calidad asistencial, no vean constreñido su desarrollo profesional, por el tamaño de un hospital, por las limitaciones de unas infraestructuras puramente físicas.

Por otro lado, me comentaba usted que, qué contenido iba a tener el Decreto, el contenido del Decreto que estamos elaborando persigue reconocer, con rango de Decreto, nuevos derechos de ciudadanos sanitarios; los derechos que a una madre en trance de parto, a una puerpera, debemos reconocer los derechos de un recién nacido y los derechos también del padre de ese recién nacido dentro de nuestras estructuras asistenciales.

Reconoce el derecho a una anticoncepción adecuada, a tener hijos en el momento que se desea, y a que ayudamos en esa medida, reconoce el derecho a una vigilancia prenatal de calidad y a una atención al parto totalmente humanizada.

Reconoce el derecho al consentimiento informado frente a todos los procedimientos que muchas veces y de forma rutinaria, se aplican, reconoce el derecho al consentimiento informado de hechos tan comunes como colocar un chupete al

recién nacido, administrarle una leche maternizada o administrarle un suero consignando que estas cuestiones tienen que realizarse siempre por indicación facultativa.

Reconoce ya como derecho el acompañamiento. Cuando ese decreto esté elaborado ya no va a quedar al buen criterio de los profesionales, el permitir un acompañamiento, el garantizar una epidural, el no separar a un recién nacido, o el administrar un chupete o no, sino que ya van a ser derechos de los padres y de las madres a tomar ese tipo de decisiones y por tanto derechos subjetivos, derechos exigibles.

Comentaba la Diputada del Partido Socialista que efectivamente este Plan estaba financiado. Este Plan tiene una financiación propia para las actividades muy específicas del Plan, que está valorado en dos millones de euros distribuidos a lo largo de los años de ejecución del Plan 2004-2007; pero el mismo Plan, lo indica en el apartado de que esto se habla, que la financiación se realizará mediante los recursos humanos, materiales, financieros existentes en la propia Consejería y en el Servicio Cántabro de Salud.

Esto quiere decir que una política tan transversal, una política que tiene que dinamizar tantos aspectos para conseguir mejorar la salud de las mujeres, tiene que poner en marcha absolutamente todos sus recursos.

Recursos propios, de la Consejería en su globalidad y también recursos ajenos, recursos de la Dirección General de la Mujer, recursos también de Obras Públicas, recursos por supuesto de empleo y así podríamos seguir.

Sin embargo el Plan sabiendo que necesita de todas esas políticas y así se consigna para conseguir la mejora de la salud de las mujeres, solamente pretende rendir cuentas de lo directamente ejecutado desde la Consejería de Sanidad y de Servicios Sociales, piensen que la Consejería tiene unas posibilidades muy importantes, dispone de un Servicio de Salud de 7000 trabajadores distribuidos por toda nuestra Comunidad, que llegan hasta el último confín, hasta el último rincón de nuestra Comunidad.

Pero además nuestra Consejería y es una decisión que muchas veces he explicado aquí en comparecencia tiene también las competencias, la responsabilidad de los Servicios Sociales e indudablemente utilizamos todas nuestras plataformas técnicas de salud pública, recursos del Servicio Cántabro de Salud, recursos de Servicios Sociales, recursos de las Unidades Básicas de Acción Social, todos esos recursos son útiles y a través de todos esos recursos utilizamos o ponemos en marcha políticas y actuaciones concretas para atenuar las desigualdades en salud de las mujeres.

De ahí que haya hablado del Plan piloto de atención a la dependencia desde atención primaria o que haya hablado de nuestra política sobre centros de

menores, sobre guarderías laborales –para decirlo más claramente-, políticas que desarrollamos desde la parte de servicios sociales de nuestra Consejería.

Por otra parte, yo estoy muy satisfecha porque la Diputada del Partido Popular ha reiterado –también lo hizo en aquella primera comparecencia mía- que su Grupo valoraba positivamente esta iniciativa y que el objetivo era totalmente compartido.

Y yo tengo que decir que creo que esto es así. Porque sé que algunas de las medidas que pone en marcha este Plan, algunas de las medidas que detrás de las cuales existe una posición ideológica frente a la condición de la mujer, frente a la vivencia del sexo, etc., plantea problemas en otras Comunidades para el Partido Popular.

Y sin embargo, nunca he detectado que esto sucediera así, en esta Comunidad. Por tanto, creo que partimos de un importantísimo acuerdo de respeto democrático a las opciones individuales de una sociedad plural, de una sociedad laica y además de una sociedad cada vez más consciente de que debe dejar atrás aquella idea patriarcal de la superioridad del hombre sobre la mujer, por el mero hecho de pertenecer al sexo masculino. Y eso es algo que comparte, en esta Cámara, que comparten en esta Cámara todos los Grupos Parlamentarios.

Yo creo que ésta es una gran noticia para nuestra Comunidad y debemos sentirnos muy satisfechos.

Por otro lado, la Diputada ha dicho que no se puede negar la evidencia y que tienen que reconocer que se han hecho avances importantes en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Yo sé que esto es así, y que es un hecho incontestable. Pero le agradezco que sin estar obligada a ello, lo haya expresado con esa claridad y con esa contundencia.

Y por tanto, a mí, únicamente me queda el trabajo de, progresivamente, ir llevando a su ánimo lo que en mi opinión también es hoy una realidad.

Y es que este Plan sea más o menos ambicioso es un Plan incontestable. Es un Plan que está desarrollando un gran número de medidas de una forma absolutamente contundente, absolutamente incontestable.

No es el estilo de esta Consejería, y yo creo que a lo largo de este tiempo el buen observador debería de estar en condiciones de constatar, el trabajar entorno a documentos, papeles, publicar y difundir. No es nuestro estilo.

Nuestro estilo, fundamentalmente, es sentarnos a abordar un problema juntando a las mejores mentes, a todos los que pueden tener opinión sobre este tema que pertenezcan, por supuesto, a nuestra Consejería, a nuestro Servicio Cántabro de Salud, o a la sociedad civil, al

asociacionismo, etc.

Se trabaja sobre un tema. Se hace un análisis de situación del tema y se hacen unos desarrollos, unas propuestas, unas políticas que después lenta, progresiva e inexorablemente, y quiero decirles que inexorablemente se van a poniendo en marcha. Y solo cuando es necesario elaborar un documento, porque necesitamos elaborarlo; porque queremos ofrecer a ustedes, representantes de la ciudadanía y a los propios ciudadanos, y a nuestros propios profesionales y a nuestros propios técnicos, unos objetivos escritos, unas estrategias, unas líneas prioritarias y además una forma de evaluar el desarrollo del Plan. O bien cuando necesitamos crear un elemento divulgativo, formativo para nuestros profesionales o para la ciudadanía accedemos a elaborar documentos.

Así lo hemos hecho en todas las cosas. Por ejemplo no he comentado, porque ya me daba un poco..., me parecía que me estaba alargando, todo nuestro trabajo con mujer y tabaco.

El ejemplo del tabaco le he puesto en muchas ocasiones. Nosotros quisimos actuar sobre un problema de salud pública, el problema de salud pública más importante de todos los países desarrollados. E hicimos un plan y pusimos en práctica actuaciones; pero es que las actuaciones son incontestables, es que nosotros hemos dado formación a todos los profesionales de atención primaria, y a todos los profesionales de atención especializada que lo han querido.

Cuando nosotros damos formación lo que hacemos es que sustituimos a todo el centro de salud, paramos ese centro de salud, contratamos para sustituir a todos los profesionales: matrona, fisioterapeuta, trabajadora social, médico de familia.

Reunimos a ese equipo y por un grupo de expertos se le da un curso de varios días sobre el tema en cuestión. En el tabaco, en realidad se hizo durante dos horas diarias. Pero por ejemplo, en la violencia de género y otros temas que vamos a tratar, ocupa todo el día.

Supone ese esfuerzo económico, no lo ponemos en los presupuestos, pero la sustitución de todos los profesionales es un esfuerzo económico, también de gestión.

También es un esfuerzo para los ciudadanos, tienen que renunciar ese día a ser atendidos por su médico, su enfermera habitual.

Cuando nosotros tenemos formación suficientemente dada a todos los profesionales es cuando introducimos en cartera de servicios. Y cuando en el sistema informático el OMI-AP del que les hablaba, se crean aplicaciones informáticas específicas para registrar, por ejemplo si la persona fuma, cuánto fuma, si está considerando la posibilidad de fumar, en qué estado se encuentra si

en el contemplativo, si en el de decisión... Y ponemos en marcha recursos.

Lo mismo se ha hecho, por ejemplo, con el tema de la violencia de género. El tema de la violencia de género claro que tiene un calendario, hemos ido centro por centro. Pero para terminar todos los centros vamos a tener que estar trabajando todo el año 2006 y significa para el centro, sustituir a todos los profesionales, permitir al equipo que se reúna varios días, ahora no recuerdo cuántos, en horario completo -3 días- para sensibilizarse sobre un tema para el que no hemos sido preparados los profesionales sanitarios.

Pero no solo para sensibilizarse, sino para convencerse de que necesitamos hacer una pregunta universal, y que debe de formar parte de toda la historia clínica, como por ejemplo, si hay una alergia, como por ejemplo si los padres fueron hipertensos, el si ha experimentado violencia.

Y necesitamos esa formación para saber, para que los profesionales sepan además de detectar cómo deben orientar, cómo deben de apoyar a esas mujeres que ya reconozcan, que ya les digan que están sufriendo violencia.

Pero ahí no podían quedar las cosas ni sabíamos que en el momento que ofreciésemos la posibilidad de detectar estas situaciones muchas mujeres iban a decirnos que estaban sufriendo violencia; y así está siendo.

A una única e inicial pregunta muchas mujeres nos están contestando que sí, y cuando contestan que sí, están contestando que sí porque sufren no ya una violencia social, no ya una violencia económica, sino porque sufren violencia física pura y dura.

Los otros tipos de violencia necesitarán otras preguntas, otros abordajes. Y sabemos que algunas de esas mujeres llevan sufriendo esta violencia desde hace tanto tiempo, que tienen auténticamente enferma su salud mental.

Y para poder tratar esa situación, se han dotado de psicólogos adicionales las unidades de salud mental. Y van a seguir creciendo las unidades de salud mental en psicólogos conforme vaya avanzando la formación y la incorporación de las zonas básicas de salud a esta nueva política.

Y así lo estamos haciendo con todos los temas. Así lo estamos haciendo también con el plan de fomento de la lactancia materna. Plan del que les he hablado poco por no extenderme, pero es un plan que se ha elaborado con la colaboración de un grandísimo número de profesionales de todas las categorías.

Es un plan que parte de un análisis de la situación de la lactancia materna en España y en Cantabria y es un Plan que se fija objetivos clarísimos, objetivos generales y objetivos específicos.

Objetivos que pasan por ofrecer a todas las mujeres de Cantabria gestantes, información durante su vigilancia maternal de su embarazo, durante su preparación maternal, que pasa por informar del Plan y formar en el Plan al cien por cien de los profesionales sanitarios implicados en la lactancia materna y que además se fija objetivos clarísimos, como conseguir porcentajes de lactancia materna predominante de 65 por ciento al mes, del 40 por ciento a los tres meses y del 10 por ciento a los seis meses.

Y obtener porcentajes de lactancia materna complementaria también con objetivos clarísimos que no les digo para no cansarlos.

Todos estos objetivos, que tienen actividades, tiene sus criterios de evaluación y sus indicadores para comprender, para comprobar si esto está sucediendo.

Por ejemplo, porcentaje de embarazadas captadas que recibieron consejo sanitario, información escrita sobre lactancia natural en su primer control, porcentaje de embarazadas captadas cuya intención de amamantar figura recogida en un registro específico de su historia, porcentaje de embarazadas que acudieron a una visita prenatal con pediatría que es otro de los objetivos de este plan.

Y así podríamos seguir, no quiero aburrirles pero como se dice que no hay objetivos claros marcados, quiero tratar de señalarles que hay criterios de evaluación.

Por ejemplo número de hospitales públicos de la Comunidad Autónoma con atención al parto que tienen la norma escrita, para acreditarse como hospital amigo de los niños, el requisito principal es que la norma sobre la lactancia materna esté escrita y sea absolutamente conocida por todos los profesionales y trabajadores que están implicados en atender a las madres.

Porcentaje de recién nacidos a los que no se les ofrece tetinas ni chupetes ni lactancia artificial. Porcentaje de madres que practican el alojamiento conjunto con sus recién nacidos durante toda su estancia, porcentaje de púerperas o recién nacidos con lactancia materna predominante al alta, hospitales de Cantabria que tiene programa de financiación de la manutención y estancia de la madre mientras dure el ingreso del bebé.

Sabemos que en ocasiones niños que están siendo amamantados de tres, de seis, de nueve meses, de un año, cada vez tenemos niños amamantados durante más tiempo, tienen que ingresar por cualquier circunstancia. Nuestro compromiso es que tenemos que facilitar el ingreso conjunto y la manutención de esa madre para que prosiga el amamantamiento durante todo el tiempo que ese bebé, que ese niño, que esa niña, están ingresados por razones de salud.

Y en fin no quiero aburrirles por insistir, pero yo estoy totalmente convencida de que conseguiré llevar al ánimo del Partido Popular el rigor, la seriedad, la tozudez, la sistemática con la que esta Consejería trabaja, que viene derivada de que nuestra profesión, la profesión sanitaria tiene que trabajar así, porque sino ocasionaríamos más daños de salud que beneficio.

Nuestra Consejería por la formación propia de las personas que la integran, por el tema en el que trabajan, tiene totalmente interiorizada esta forma de trabajo, por tanto casi no es –como dijéramos- un mérito, porque forma parte de nuestra formación profesional básica y elemental.

Por otro lado, quiero decirles que no me he extendido en algunos temas que le han preocupado a la Diputada del Partido Popular y que no quiero que en absoluto le preocupen, porque no hay razón.

Y es el tema de si en Cantabria no se estará abandonando la anticoncepción, es decir, la utilización de métodos anticonceptivos tales como el preservativo, el dispositivo intrauterino, la píldora anticonceptiva, los implantes hormonales o por ejemplo la anticoncepción irreversible y no estaremos dedicando excesivo espacio a la anticoncepción postcoital, a la píldora postcoital. Quiero decirle que no.

Nuestra Comunidad tiene un desarrollo muy importante y una accesibilidad muy importante de las mujeres a la anticoncepción.

Esto no es resultado de la política de este Gobierno, sino que es resultado de políticas previas. Es resultado de una disposición de los profesionales absolutamente favorable a respetar el derecho de las personas a decidir sobre estas cuestiones. Y posiblemente es el resultado de disponer de un centro de orientación familiar como es el Centro de La Cagiga, que ha formado y emanado una cultura que ha calado en atención primaria, pero también ha calado en atención especializada.

De tal manera que los especialistas, en ginecología y obstetricia, realizamos desde siempre anticoncepción quirúrgica, colocamos desde siempre dispositivos intrauterinos, colocamos desde que hemos dispuesto de ello, implantes hormonales, etc., sin problemas, sin que podamos señalar problemas importantes, sin que podamos señalar barreras importantes.

Sin embargo, la anticoncepción postcoital tenía problemas. Y no estamos en condiciones de desperdiciar lo que la anticoncepción postcoital proporciona. Es decir, si nosotros colocamos dispositivos intrauterinos de forma gratuita; si nosotros colocamos implantes hormonales de forma gratuita, que son muy costosos todavía hoy día; si nosotros hacemos sin ningún problema ligaduras de trompas y vasectomías, hemos identificado que un campo de la anticoncepción que no estaba tan bien desarrollado era precisamente el de la anticoncepción

postcoital y es por esto por lo que le hemos dado el énfasis que necesitaba, para colocarle al mismo nivel que el resto de los métodos anticonceptivos en términos de accesibilidad.

Pero, por supuesto, sabiendo que no es un método anticonceptivo de elección. Y la primera razón por la que no es un método anticoncepción de elección, no es ninguna razón ética, ni ninguna razón que otros podrían llamar moral. Es una razón de eficacia. Es un método menos eficaz que los otros de los que disponemos. Por tanto, nunca podríamos recomendarlo en primera instancia.

Sin embargo, es un método que proporciona una excelente segunda oportunidad a todas aquellas personas a las que les ha fallado el método anticonceptivo que estaban utilizando. Porque se les ha olvidado la píldora anticonceptiva que usaban, o porque se les ha roto el preservativo. O a todas aquellas personas que en un momento determinado decidieron tener una relación sexual no protegida para inmediatamente después darse cuenta de que habían cometido un error y estaban corriendo un riesgo de embarazo no deseado.

Esto es inherente a la naturaleza humana. Esto es inherente a los problemas del uso de los métodos anticonceptivos. No podemos renunciar a la posibilidad de utilizar esta baraja guardada en la manga, esta segunda oportunidad.

Porque fíjense. Nosotros estamos en condiciones, por cada 1.000 tratamientos, de evitar 53 gestaciones.

Cuando a una persona se le rompe un preservativo y cusa una píldora postcoital es porque no desea quedarse embarazada. Evitar ese embarazo es importante.

Yo pienso que pocas cosas deben ser tan duras para una mujer como llevar adelante una gestión que no ha buscado y que puede no aceptar, una vez producida. Y que pocas cosas pueden ser tan duras para una joven, que iniciarse en su vida sexual con una interrupción, con un aborto.

Si queremos mejorar la salud reproductiva de las mujeres, si queremos ayudarla realmente a hacer realidad el control sobre sus propios cuerpos, necesitamos utilizar la píldora postcoital. Y puesto que la píldora postcoital presentaba problemas de distribución, de accesibilidad, etc., es por lo que hemos elaborado este informe.

Si hubiese sido el DIU, si hubiese sido la píldora anticonceptiva ordinaria, diaria, la que hubiese tenido problemas de comprensión, de conocimiento, de uso; hubiésemos realizado el informe sobre ese otro método anticonceptivo.

Finalmente decirle a la Diputada del Partido Popular, que en estos momentos, no hay consenso científico que avale la realización de pruebas de programas poblacionales, de despistaje o de

screening para el cáncer de mama entre los 45 y los 50 años.

Sin duda, que hay expertos y hay estudios que proponen la inclusión de este grupo de edad, frente a esos hay muchos otros más, desde el punto de vista de la epidemiología, desde el punto de vista de la seguridad de la radiación que emite las pruebas repetidas, y desde el punto de vista del seguimiento de los casos, hay muchos otros que no consideran adecuado incluir al grupo de 45 a 50 años. Y esto como ya tuve ocasión de explicarlo, no sólo porque creen que no es un buen método en este grupo de edad para detectar precozmente el cáncer, sino porque creen que puede resultar negativo y que el balance riesgos beneficios en este grupo de edad, se decanta a favor del riesgo.

Riesgo de radiaciones sucesivas, riesgo de hallazgos de falsos positivos, riesgos de biopsias y de intervenciones con resultados sin embargo benignos, situación que no existe en el grupo de más edad.

Nunca ha podido decir esta Consejería que no existía evidencia para ampliar la edad de los 64 a los 69 años. Es más, esta Consejera y debido a su profesión, conoce bien esta situación y esta Consejera no sé si en comparencias pero sí desde luego en ruedas de prensa ya ha avanzado que el proyecto de este programa era ampliar la edad, pero que lo primero que teníamos que constatar era que conseguimos suficiente participación de las mujeres, no podíamos con un programa en el que participaba un cincuenta y poco por ciento de las mujeres entre 50 y 64 años, plantearnos como primera medida ampliar la edad.

La primera medida, obviamente tenía que ser garantizar la máxima participación del grupo nuclear del riesgo que el grupo entre 50 y 64 años y sólo cuando eso hubiese estado consolidado, nos íbamos a plantear incrementar la franja de edad y está dicho - y habrá aparecido posiblemente el algún periódico y está dicho al menos en ruda de prensa, que yo recuerde- que la ampliación sería elevando la edad.

Esto es así y ahí si que hay consenso. Hay consenso científico y hay consenso científico, consenso político y consenso social, porque este Plan, esta estrategia en cáncer del sistema nacional de salud, que lleva varios años elaborándose, y que como comenzó a elaborarse con el anterior Gobierno, comenzó a elaborarse bajo los auspicios de la anterior Ministra de Sanidad; ha concitado a los mejores expertos en el ámbito de la ginecología, de la oncología, de la epidemiología y de todos los técnicos de las Direcciones Generales de salud Pública.

Y el consenso es clarísimo, no ofrece ninguna duda. Si me permiten y abusando un poquito de su paciencia, le voy a decir, por ejemplo, en el tema éste dice: "Todas las Comunidades garantizarán en el mínimo plazo posible la cobertura por programas de cribado organizados con carácter poblacional del 100 por ciento de la población diana. Seguirán las recomendaciones de las guías europeas de control de

calidad en mamografía" a ver si encuentro donde viene, en la parte...; si no lo encuentro podemos seguir y...

Objetivos. Garantizar la existencia de programas de cribado, organizados con carácter poblacional cuyas bases se establecen de la siguiente forma: población objetivo: Todas las mujeres con edades comprendidas entre 50 y 69 años. Prueba de cribado: mamografía. Intervalo entre exploraciones: 2 años. Sobre eso, no hay ningún problema.

Respecto a la efectividad del cribado en mujeres menores de 50 años, continúa la controversia sobre su eficacia respecto a la obtención de una disminución significativa de mortalidad en este grupo de edad.

En lo que sí hay un consenso general, es en la recomendación de aplicar con carácter poblacional, programas de cribado de cáncer de mama a todas las mujeres de 50 a 69 años.

Y más adelante, dice: Que concedores de que la mayoría de las Comunidades no ofrece los programas de cribado poblacional... -Tienen que crearme, porque no lo encuentro- Dice que aquellas Comunidades que estén haciendo la mamografía - como es la mayoría- hasta la edad que la hacemos nosotros, tienen que plantearse incrementar la edad a los 69 años.

En cualquier caso tienen el libro. Este libro está pendiente de unos pequeños retoques. Y por supuesto está a su total disposición.

Muchísimas gracias.

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

Pasamos ahora a la segunda intervención que han manifestado que iban a utilizar.

Empezamos por el Grupo Regionalista, Sr. Muguruza tiene la palabra.

EL SR. MUGURUZA GALÁN: Muchas gracias.

Gracias, Sra. Consejera, por sus explicaciones. Nosotros, sí nos damos por satisfechos con ellas.

Usted sabe que desde siempre, el PRC y desde el PRC, la hemos animado a ser valiente en la toma de decisiones, en un mundo tan difícil como es el socio-sanitario. Difícil por factores que hemos hablado durante la mañana de hoy. La transversalidad, la enorme implicación presupuestaria y de personal laboral: 7.000 empleados, ha dicho usted, en el Servicio Cántabro de Salud. También por la hipersensibilidad social en todo lo concerniente a la salud y a la atención social.

Señalar también que las críticas vertidas hacia las innovaciones que se están produciendo a lo largo de estos últimos años, se están también viendo

amortiguadas, a medida que sus programas y proyectos van avanzando. Aunque no sean los planes de otros partidos políticos.

Se va amortiguando porque es obvio que los ciudadanos los están acogiendo y reconociendo.

Usted tiene claro el trayecto a recorrer. Y mientras se vaya cumpliendo como hasta ahora, con el rigor metodológico del que hablaba hace un momento, seguirá contando con el apoyo y visto bueno de nuestra formación política.

Nada más. Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Gracias, Sr. Muguruza.

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Socialista, D^a Susana Mediavilla.

LA SRA. MEDIAVILLA GARMENDIA: Sí. Yo, muy brevemente.

Agradecer también las explicaciones que nos ha dado la Sra. Consejera. Que estaba claro que no quería que quedara ningún género de dudas aquí sobre ningún tema.

Luego simplemente un pequeño matiz. Y no quiero llevar la contraria a la Portavoz Popular, pero creo que sí tenemos que aclarar alguna postura. Y es un distinto concepto que podamos tener sobre este Plan de Salud.

Ella vuelve a demandar un Plan de Salud para la población en general; un Plan de Salud Mental... - ¿Ha dicho un Plan de Salud, no? Vale-

El año pasado, en la Comisión que tuvo aquí lugar también demandaba un Plan de Salud para los ancianos, para los niños, para otros colectivos.

Y en el debate de Presupuestos de este año, también decía que para qué un Plan de Salud para las mujeres, si no había un Plan de Salud para los jóvenes, para los niños, para los mayores.

Bueno, pues yo quiero recalcar la postura de nuestro Partido, que supongo que es también la postura del Gobierno. ¿Por qué hay un Plan de Salud para las Mujeres y no hay un Plan de Salud para los Hombres; o no hay un Plan de Salud para la población en general, o un Plan de Salud para los ancianos, los niños y demás?.

Supongo que no hay un Plan de Salud para las Mujeres, porque el sistema sanitario de nuestra Comunidad Autónoma y la asistencia sanitaria es una asistencia universal y está normalizada desde hace mucho tiempo en nuestra Comunidad Autónoma. ¿Por qué un Plan de Salud para las Mujeres y no un Plan de Salud para los hombres?; pues es evidente que la medicina y la salud siempre ha estado pensada por y para los hombres.

Últimamente hace años esto ya no es así, pero es evidente que se da una situación que se plasma en la situación de partida de este Plan de Salud y que se explicó sobradamente aquí, la no visibilización, la ignorancia, el desconocimiento o como lo queramos llamar de las situaciones de salud concretas de las mujeres, de los problemas de salud concretos.

Precisamente lo que se hace es visibilizarlos. Y entendemos que no es necesario por ello un Plan de Salud para los Hombres.

Respecto de porqué un Plan de Salud para jóvenes, ancianos, demás. Yo creo que hay parte de un error de concepto y es el considerar a las mujeres como un colectivo. Un colectivo al igual que lo son los ancianos o los niños y las mujeres no somos un colectivo, somos más de la mitad de la población. Y previamente cualquier colectivo que usted tome en base a cualquier tipo de condición, edad, condición por raza, por etnia o como lo quiera considerar, previamente son mujeres y hombres. Por ello, este Plan de Salud abarca a las mujeres jóvenes, a las mujeres ancianas, a todos tipo de mujeres en sus distintas etapas y facetas.

Yo creo que las críticas que nos ha trasladado aquí son realmente infundadas, máxime cuando una de las principales nos viene a decir que es que no tiene objetivos este Plan; pues tiene objetivos reales y posibles, medibles y cuantificables y están recogidos, yo le pongo algunos ejemplos, en las páginas 42: objetivos específicos para la mejora de la salud reproductiva; aparecen recogidos 6 ó 7, medidos y cuantificables. Y así en las distintas áreas, en todas las áreas de actuación, objetivos generales y objetivos específicos, aparecen recogidos.

Y ¿por qué no habla aquí de una evaluación anual?, porque este Plan tiene una duración de un período de cuatro años, del 2.004 al 2.007; ello no condiciona de que sí se haga una evaluación anual o memoria anual. Pero no tiene porqué coincidir el ejercicio anual concreto con la memoria, eso es evidente.

Gracias.

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

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Parlamentario Popular, D.^a María José Sáenz de Buruaga.

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

Yo creo que quien mejor ha explicado lo que nos pasa a nosotros con este Plan, ha sido la propia Sra. Consejera. Usted misma, Sra. Consejera, dispone de todos los recursos sanitarios y sociales a su servicio. Usted los planifica y usted los dirige.

Pues bien, pues bien, lo que estamos queriendo decir es que la intervención de esos

servicios y la coordinación imprescindible entre sus servicios no se refleja en este Plan de Salud, que es de lo que estamos hablando. No se refleja en este Plan de Salud.

Por eso decimos que su Plan no nos parece el resultado coherente de una labor de planificación y Sra. Mediavilla, yo soy plenamente consciente que usted no está acostumbrada a seguir mis intervenciones, o mis comparecencias porque habla de otras cuestiones, pero en ningún caso ni hoy ni nunca he dicho o ha usted malinterpretado lo que yo he dicho, no sí se lo voy a explicar, yo he dicho que para ver un Plan de la Mujer, un Plan de Salud de la Mujer en Cantabria, es necesario que haya un Plan de Salud en Cantabria, de la población de Cantabria.

Efectivamente, porque comparto sus planteamientos. A mí la mujer no es ningún colectivo que tenga..., tiene especificidades pero el marco de la política sanitaria tiene que ser un marco general en un Plan. Dice usted: ya está la ley. No, pero es que los programas marcan objetivos y dentro de los objetivos que nos marquemos, con las medidas coordinadas que arbitremos para toda la población en general, un Plan de la Salud de la Mujer, permite atender las especificidades de la mujer, pero dentro de un Plan de Salud..., pero si a mí me parece muy bien que haya un Plan de Salud de Mujer, lo que no me parece bien es que no esté enmarcado dentro del Plan de Salud de Cantabria y lo que no me parece bien y no compartiré nunca, es que no haya un Plan de Salud de Cantabria; porque los planes marcan medida, marcan objetivos, establecen medidas y ponen recursos al servicio de esas medidas y es lo que yo hecho de menos.

En cuanto a la evaluación, por supuesto, yo espero la memoria, Sra. Consejera, porque yo, Sra. Mediavilla, la evaluación del Plan se llevará a cabo anualmente, junto con la memoria correspondiente donde se detallarán las actuaciones, página 57, luego la memoria es absolutamente necesaria si queremos evaluar el plan como este Plan dice que se tiene que evaluar. Lo otro será otra cosa. Yo sigo esperando la memoria.

Y las dificultades que yo he puesto de manifiesto creo que son muy obvias y todos podemos poner ejemplos de muchas cosas. Mire, línea estratégica de mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales, mediante el fomento de hábitos de vida saludables; objetivo general: disminuir los riesgos para la salud de las mujeres, derivados de la discriminación laboral y división sexual del trabajo; perfecto.

Ahora, ¿qué actuaciones dentro de este objetivo tan general nos hemos marcado para el 2.005?, en este libro ninguna. Luego, es muy difícil evaluar qué grado de cumplimiento tenemos. Es lo único que he dicho. Yo me creo lo que la Consejera cuenta aquí, pero digo que el sistema de evaluación de este Plan es subjetivo y es arbitrario.

Y yo creo que la mejor memoria que la

Consejera, a mi gusto, o en opinión de mi Grupo Parlamentario ha traído hoy aquí, en cuanto al grado de cumplimiento, miren si una imagen vale más que mil palabras, está encima de la mesa. Folletos, libros, folletos, libros, folletos, libros. Publicidad y propaganda. Eso es lo que nosotros pensamos y espero que se nos respete.

En cuanto a algunas cuestiones, en el Plan de Mama, pues tenemos que decir que efectivamente es una iniciativa pionera, que puso en marcha el Gobierno del Partido Popular en el año 97, de la que nos sentimos orgullosas. Que se mejoró y que hay que seguir mejorando, como tiene la obligación cualquier Gobierno, en base a la evidencia científica y en base a las posibilidades que a unos y a otros se abren.

Yo recuerdo que la asistencia sanitaria empieza a ser competencia de Cantabria en el año 2.002 y que ahí se abre por tanto una puerta que antes no existía. Y como decía aquél, había que apañarse como uno podía. Con convenios con el INSALUD o de otra manera, pero ahora tenemos un sistema a nuestra disposición y tenemos unas obligaciones.

Felicito las mejoras, o sea, si no se puede ser más leal ni más franco; pero digo también y yo no he dicho en ningún caso, que la Sra. Consejera haya dicho, no yo lo que he dicho es que cuando hemos sometido ciertas iniciativas a votación, entre ellas la ampliación de la franja de edad en el Parlamento, ustedes han votado en contra, que no ha habido consenso político y que poco a poco vamos avanzando en ese camino.

Ahora ya reconocemos que nos vamos de los 64 a los 69.

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

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Sí, Sra. Presidenta, un solo momento.

A mí me da la sensación, se dice que se va a ampliar en la siguiente vuelta la edad; hecho que nosotros apoyamos y compartimos. Pero quiero llamar la atención sobre un hecho, no hemos conseguido los objetivos de participación que nos hemos marcado. El Plan habla del 70 por ciento, estamos en el 64 y también tengo que poner de manifiesto otro hecho, ustedes dicen que ha habido un incremento de participación este año de 7 puntos.

Yo leyendo prensa y declaraciones de la Sra. Consejera, también he visto que justamente, esos 7 puntos, coincide la cifra, es la cifra que se ha dado para decir que había mujeres que estaban siendo miradas, revisadas y haciéndose mamografías en el Servicio Cántabro de Salud, pero no dentro del programa. Un 7 por ciento. Si esas mujeres las cogemos y las metemos en el programa, la participación habrá subido...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra.

Diputada, debe finalizar.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ:...pero las mujeres miradas son las mismas.

Sí, termino sólo con un apunte. La lactancia materna, nos parece fantástico, yo comparto con la Consejera que es un valor que hay que fomentar y apoyo su plan.

Ahora a mí me gustaría que me explicara una duda que yo tengo, porque me da la sensación, que el Plan persigue los mismos objetivos que los datos que tenemos en este momento, realmente encima de la mesa.

Dicen ustedes que hay algo más de un 79 por ciento de bebés que abandonan la maternidad con lactancia materna y los objetivos del Plan es el 80 por ciento.

Dicen ustedes que al mes continúa aproximadamente el 65 por ciento, con la lactancia materna...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Sáenz de Buruaga, ¡por favor!

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Déjeme, Sra. Presidenta, no creo que tenga ningún inconveniente.

Y su objetivo del Plan de Lactancia es el 65 por ciento. Es que igual lo he entendido mal y creo que es una duda importante y voy a darle a la Consejera la posibilidad de que me lo explique sin límite de tiempo.

Y luego, a los tres meses dicen que la realidad es que hay entorno al 40 y su objetivo es el 40 por ciento; entonces yo entiendo muy mal, unos planes que arbitran medidas para dejar las cosas como están.

Entonces, entiendo, mire, es una muy buena idea, pero es más cuestión de marketing que de otra cosa. Eso es lo que me pasa a menudo con los planes del Gobierno y es simplemente lo que queremos poner encima de la mesa; coincidiendo los objetivos, que yo creo que es lo importante y en muchísimos de los planteamientos que se han puesto hoy encima de la mesa.

Gracias.

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

Sra. Consejera, tiene la palabra.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): (Desconexión de micrófonos)...a cada uno de los parlamentarios.

Bueno, el PRC me pide expresamente que sea valiente en la toma de decisiones.

Hay otros que me piden que sea sabia, afortunadamente mi equipo trata de que las decisiones que tomemos sean sabias, acertadas y oportunas.

Bueno, también es cierto que me dice que tengo claro el proyecto. Si yo diría que sí, yo diría que la Consejería, el equipo de la Consejería y también el Gobierno de Cantabria tiene claro el proyecto que quiere ir desarrollando para nuestros ciudadanos y ciudadanas en el ámbito de nuestra competencia.

Y sobre todo, tiene claro la simultaneidad y la coordinación de todas las medidas que debe de tomar utilizando todos los recursos a su alcance.

Por otro lado, se ha hablado de los planes, se ha hablado mucho de los planes. Bueno no vamos tan mal de planes, hemos hecho un plan del tabaco, hemos hecho el plan de las mujeres, hemos hecho el plan de fomento de la lactancia materna, hemos hecho el plan piloto de atención a la dependencia, estamos haciendo un plan de infancia y adolescencia en riesgo y se nos pide el plan de salud mental.

Todo se andará. Ustedes no se preocupen, todo se andará, pedimos un poquito de tiempo, porque nos hemos encontrado con que la situación de la salud mental en nuestra Comunidad no era la óptima y además esto no es sólo una circunstancia que afecte a un poco la hermanita pobre, la cieniente de la salud en la mayoría de las Comunidades de nuestro país, pero también todos, el Libro verde, etc. hablan de todos los problemas que está teniendo la Comunidad Económica Europea de afrontar los problemas de salud mental.

Nosotros quisimos, llegar tomar el pulso a la salud mental de nuestra Comunidad y empezamos a hacer actuaciones, necesitamos, no necesitábamos un Plan inicialmente, necesitábamos soluciones, necesitábamos empezar a poner en marcha soluciones y que esas soluciones fuesen ayudándonos también a ir construyendo en nuestras mentes ese proyecto de salud mental.

¿Qué nos encontramos?. Que la atención primaria no estaba atendiendo en su justa medida los problemas de salud mental que puede atender. ¿Qué trabajo estamos haciendo?. Pues mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de atención primaria para que estén en condiciones también, de incluir en su cartera de servicios la atención a esos problemas menores de salud mental, que están en condiciones de poder atender y se está trabajando en eso.

¿Qué necesitábamos también?. Reforzar el segundo escalón, las unidades de salud mental y lo hemos reforzado de manera importante.

Inicialmente se incrementó su personal en un 30 por ciento. Este año se va a incrementar mucho más, se va además a dotar a Santander de una nueva unidad de salud mental, se están reforzando las

unidades de salud mental en psicólogos, también un poco como resultado de la gran cantidad de patología mental que está detectando con la actuación sanitaria frente al maltrato.

Por otro lado, teníamos importantísimas áreas de atención de la salud mental fuera del sistema de salud y eso impedía que asumiésemos con total responsabilidad, con total conocimiento, nos impedía realmente responder de esas importantes áreas de salud.

Se tomaron decisiones -como saben- que tuvieron su contestación, como por ejemplo, que los trastornos de la personalidad fuesen tratados ambulatoriamente, dentro de nuestros servicios de salud.

De hecho lo eran, realmente sólo una pequeña proporción de los trastornos límites de la personalidad eran tratados de forma ambulatoria, fuera de las unidades de salud mental, pero era un tanto por ciento de ellos.

Y además como esta atención requiere de atención con ingreso, de atención urgente, de atención aguda, de atención subaguda, de largo ingreso, en muchas ocasiones; hacía que la atención estuviese excesivamente compartimentalizada e impedía una adecuada atención a estos procesos que revisten una complejidad y una gravedad importante.

Se tomó esa decisión y en estos momentos, toda la atención se encuentra dentro del servicio de salud. Por otro lado teníamos la atención a la salud mental infanto-juvenil fuera del Servicio Cántabro de Salud. Tampoco eso era admisible.

¿Qué hemos hecho?. Hemos hecho un proceso de integración, de internalización -si me permite esa expresión o esa palabra seguramente no correcta- que quiero contraponer al fenómeno de externalización; la internalización de la atención a la salud mental infanto-juvenil en nuestro Servicio de Salud. Lo cual ya a día de hoy es un hecho.

Y quisimos también ofrecer continuidad en la atención a los trastornos de la conducta alimentaria. Sabíamos que era un problema atender a los menores de 25 años por un lado y además por una organización que solamente ofrecía consulta ambulatoria y hospital de día, y no hospitalización completa. Cuando requerían hospitalización completa ya formaba parte de nuestra competencia, de nuestra responsabilidad. Y por otro lado, las mismas actuaciones para los mayores de 25 años.

Teniendo en cuenta que la edad de los trastornos de la conducta alimentaria se están incrementando por ambos extremos, oscilando ya desde 13 años a cuarenta y tantos, esa situación debía de ser resuelta.

Y todos los profesionales, todos los expertos, han tenido muy claro que necesitaba que hubiese una continuidad, un mismo equipo que por supuesto de

forma diferenciada, de forma específica tratase de forma distinta, dependiendo de la edad, de las personas y de las circunstancias. Pero que hubiese un mismo equipo, un mismo proyecto capaz de atender a la niña con 13 años y también de seguirla atendiendo cuando tenga 30, cuando tenga 35, si sigue padeciendo un trastorno de la conducta alimentaria que como saben, es un trastorno crónico que en muchas ocasiones no puede ser dado de alta, ni considerarse curado.

Todo esto se ha hecho. Se ha nombrado también una subdirección, en el Hospital Valdecilla, que coordina todas estas actuaciones. La primera vez que disponemos de una coordinación en salud mental. Y se han tomado también diversas iniciativas, en el Hospital Sierrallana, en relación a la salud mental.

Por tanto, hemos dado pasos, estamos satisfechos y todo se andará. Estamos ya en condiciones de plantearnos ese reto, ese proyecto que tanto le interesa a nuestra parlamentaria.

Estoy de acuerdo con la parlamentaria del Partido Socialista Obrero Español, de que la atención sanitaria se ha hecho por y para los hombres. Yo, no hubiese sabido explicarlo tan concisamente. Pero, es verdad que deberíamos de estar en condiciones de actuar sobre los condicionantes sociales y culturales que influyen en su salud.

Indudablemente, la interiorización del estereotipo masculino tradicional, es un factor de riesgo para la salud de los hombres extraordinario. Y sin duda, tenemos que actuar sobre ello. Tenemos que decir que los hombres sí lloran, que los hombres pueden flaquear. Tenemos que decir y transmitirlo así, e intentar que cale en la sociedad, que no se es más viril por conducir a mayor velocidad; que no se es más viril por despreciar el casco o los elementos de seguridad en las empresas. Y no se es más hombre por beber o por fumar.

Indudablemente tenemos el otro lado de la moneda del patriarcado. El patriarcado no ha sido bueno para las mujeres, pero tampoco ha sido bueno para los hombres. Ha convertido en carne de cañón a los hombres, que han estado muriendo en batallas y en guerras estériles durante siglos. Y ahora están muriendo en las batallas del tabaco, del alcohol, de los accidentes, por actuaciones temerarias, del suicidio, etc., etc. Algún día tendremos que plantearnos también esa cuestión.

Se me había olvidado en la intervención anterior decir que, efectivamente, sí que tenemos una memoria del año 2.005. Se me había olvidado, no había sacado yo este documentito. Pero es que me parecía un rollo. Me parecía; bueno, quizás sea una presunción por mi parte; que el que yo lo explicase de viva voz iba a hacer mucho más agradable la presentación de esta memoria. Espero haberlo conseguido, déjeme al menos con la esperanza de haberlo conseguido en alguna medida.

Y por último, decir algunas cosas. Los recursos de esta Consejería no están a mi servicio, ni mucho menos, están al servicio de los ciudadanos, lo que sí es responsabilidad ya no mía, sino del equipo de la Consejería -nuestra Consejería no funcionaba con personalismos, funciona con equipos- lo que sí es nuestra responsabilidad, el tratar de que realmente los recursos económicos de todos los ciudadanos, los recursos económicos de los Presupuestos aquí aprobados, nos confieren, sean utilizados de la mejor manera, en la mejor prestación de un servicio público y de calidad a nuestros ciudadanos.

Yo creo que lo que yo les he comentado sí refleja una importante coordinación, nunca antes, también porque hubo muy poco tiempo para hacerlo, se consiguió una tan gran coordinación entre los técnicos y los recursos propios de la Consejería con los recursos del Servicio de Salud, ni nunca antes el Servicio de Salud, la Consejería y los Servicios transversales fueron tan vasos comunicantes como lo son ahora.

Y valga un ejemplo, el proyecto de atención a la dependencia es un proyecto liderado por Servicios Sociales que paga y contrata profesionales del Servicio Cántabro de Salud, trabajadores sociales y fisioterapeutas que trabajan en el Servicio Cántabro de Salud y que realizan un trabajo de cartera de servicio habitual de los fisioterapeutas pero también un trabajo de cartera de servicios nuevo proporcionado, planteado por Servicios Sociales; que es evaluar a la cuidadora, a los cuidadores y ayudar a esa cuidadora y a ese cuidador a movilizar, a cambiar, etc. a la persona que se encuentra de importante dependencia.

Fisioterapeutas que además van a estar en condiciones de evaluar el grado de minusvalía, de dependencia de todas estas personas. Yo creo que existe una importante coordinación y fruto de esa coordinación, es el que estamos obteniendo sin grandísimos recursos, sin recursos muy específicos, unos resultados extraordinarios. Es decir, estamos siendo auténticamente eficaces y yo creo que también eficientes.

Los documentos que yo he traído aquí no son publicidad ni propaganda, no nos interesa. Fíjese si nos interesa poco, la publicidad y la propaganda, que frente a políticas anteriores sobre el programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama, que basaba su divulgación en campañas de prensa y de radio con su coste y que nosotros somos conocedores, porque hay estudios sobrados para saber que ese tipo de programas solamente actúan sobre las personas previamente sensibilizadas, los leen, los escuchan y los siguen las personas sensibilizadas, que también sin haber recibido ese input publicitario ya hubiesen participado; hemos optado por algo totalmente distinto.

Hemos optado por trabajar con nuestros profesionales. Nuestros profesionales antes, yo por ejemplo, cuando trabajaba de ginecóloga en el Hospital Sierrallana, desconocía totalmente cómo iba

el programa, por tanto yo no sabía orientar a la mujer que me consultaba de Corrales o de Reinosa, o de Potes, cuándo iba a pasar la unidad fija por allí.

Nosotros hemos hecho un calendario para que todos los profesionales conozcan del Servicio de Salud, conozcan la marcha del programa. Pero es que cada vez que se va a poner en marcha el programa en una zona básica de salud nos reunimos con los profesionales para explicárselo y además de eso, cuando hemos querido incrementar la participación, no hemos hecho una campaña de prensa, de radio y de televisión, sino que hemos hecho cientos de llamadas telefónicas dirigidas específicamente a quien queríamos llegar, a la persona llamada y que no había acudido a la cita. Ese programa que hemos llamado de Cita Activa.

Aclararle también a la Diputada del Grupo Popular, que el índice de participación por ahora es del 64 por ciento, lo que supone un incremento de siete puntos respecto al índice de participación global de la vuelta anterior que fue del 56,89 por ciento.

Esto quiere decir, que si a esto, pero a esto, le añadimos que el 7 por ciento de las mujeres que invitamos a participar en el programa han comunicado que están siendo explorados por otros dispositivos, esto lo sabemos por algunas que nos llaman espontáneamente, pero por muchas de las mujeres que hemos localizado mediante el programa "Cita Activa", y que nos explican: "no he ido, no porque me parezca mal o me de miedo hacerme una mamografía, sino porque me la he hecho en Sierrallana, me la he hecho en Laredo, me la he hecho en Valdecilla".

Entonces, si a esto añadimos por tanto este tanto por ciento, las mujeres de 50 a 64 años que están realizándose una mamografía en nuestra Comunidad de screening, de diagnóstico precoz, sería de un 71 por ciento.

Es decir, podríamos decir si sumásemos eso, que la participación es de un 71 por ciento. Pero no, yo no he explicado eso, la participación del 64 por ciento es relativa a las mujeres avisadas y que han acudido y que han sido exploradas en el propio programa.

Aunque siempre en la participación de los programas está consensuado por las vías europeas, etc., se acepta que si el programa ha conseguido esas placas, y ha conseguido demostrar que son de calidad, etc., puede incorporarlas al programa. Pero todavía esa información yo la estoy dando diferenciadamente.

El programa por sí mismo tiene una participación del 64 por ciento. El programa y el Servicio de Salud tendrían una participación del 71 por ciento de las mujeres entre 50 a 64 años.

Y ya por concluir, comentaba la Diputada que no había habido consenso político entorno a disminuir la edad a los 45 años. Es que no puede haberlo, no

puede haber un consenso político que se salte a la torera el consenso científico, cuando los científicos nos hablan de que el cociente riesgo-beneficio no es claro. No puede haber ese consenso cuando estamos hablando de fondos públicos, cuando estamos hablando de mucho dinero, pero cuando estamos hablando igual de que es posible que el beneficio no sea tanto.

En cualquier caso, y vuelvo a ratificarlo, estamos totalmente abiertos en esta cuestión. Es más, yo profesionalmente estoy interesada en esta situación.

En el momento que la evidencia científica demuestre que hay que disminuir la edad del programa, esta Comunidad estando el equipo que está ahora, o estando cualquier otro equipo, estoy segura de que abordará incrementar esa franja de edad.

Mientras no exista ese consenso científico, sería inadecuado y además sería irresponsable desde el punto de vista del buen uso de los recursos públicos, acometer esta empresa.

Muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Gracias Sra. Consejera.

Después de finalizar con el primer punto del Orden del Día pasamos...

Si les parece damos un receso de cinco minutos. Cinco minutos, diez, decidan..., es que es largo lo que nos queda. Cinco minutos.

(Se suspende durante unos minutos la sesión).

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Continuamos con la Comisión.

Pasamos entonces a los puntos siguientes del Orden del Día.

Los puntos 2 y 3 se agrupan a efectos del debate.

Sra. Secretaria.

LA SRA. PEÓN PÉREZ: Punto número 2. Pregunta número 105, relativa a proyecto de geriátrico en el edificio de las Hermanas Carmelitas de Maderia, Mollado, presentada por D^a. María Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular.

Y punto 3, pregunta número 106, relativa a condiciones para llevar a cabo el proyecto de geriátrico en el edificio de las Hermanas Carmelitas

de Madernia, Molledo, presentada por D^a. Mercedes Toribio Ruiz, del Grupo Parlamentario Popular.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Tiene la palabra, la Portavoz del Grupo Popular, D^a. Mercedes Toribio.

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

Vamos a ver, en diciembre del año 2.005, llevaban ustedes a cabo la publicación de un estudio, informe, titulado "Recursos sociales para mayores de Cantabria".

Durante la presentación de este informe, hizo usted, Sra. Consejera, manifestaciones relativas a la situación anterior, en el sentido -y creo que es más o menos literal- de que había un cierto abandono y un profundo desequilibrio regional en la distribución de los recursos.

Al tiempo, hacía referencia al número de plazas necesarias en centros para mayores, supuestamente a fin de solucionar esa situación y ese desequilibrio.

Independientemente de la opinión que nos merezca el hecho de que tres años después de haber asumido usted la dirección de esta Consejería, derive las culpas de la situación actual al Gobierno anterior, en vez de asumir sus propias responsabilidades.

Lo que vemos, es que en estos tres años que lleva usted al frente -como digo- de esta Consejería, no ha tenido un proyecto de futuro ni tiene un proyecto de futuro para los servicios sociales para mayores, en nuestra Región.

Se ha limitado usted -y los datos son contundentes- a ir ampliando plazas en los centros ya existentes; pero por otro lado ha sido incapaz de finalizar y poner en marcha un sólo centro público nuevo. Creemos -como digo- que los datos son contundentes.

Y creemos que esto lo que evidencia, es el abandono y el desequilibrio que es este Gobierno el que está imponiendo en este sector, sin pretender en ningún caso, que la situación anterior fuese perfecta o fuese la idónea.

Pero -como digo- creo que son ustedes, porque existían proyectos en marcha, por el Gobierno anterior. Proyectos para seguir avanzando en la consecución de la situación ideal o idónea en este campo. Y ustedes los han paralizado todos. Luego, como digo, no creo que esta situación sea imputable al Gobierno anterior, sino a los tres años de gestión que lleva usted al frente de la Consejería.

Tras leer este informe y sobre todo tras leer sus manifestaciones en las que -como digo- lejos de asumir su responsabilidad, lo que hace es echársela a otros; se nos han planteado una serie de dudas sobre qué es lo que piensa la Sra. Consejera hacer al respecto. Dudas como cuál es la política social, para

cumplir el objetivo marcado por el Gobierno en este campo.

Sobre si se está llevando a cabo alguna obra pública, a fin de satisfacer esa necesidad, conocida por el Gobierno y desde este Grupo lo desconocemos.

Sobre si existe alguna partida presupuestaria con dicha finalidad y se nos ha pasado por alto.

Sobre si existe algún proyecto en marcha y de existir cuál es la fecha prevista para su finalización.

Si piensa el Gobierno atender esta demanda en centros públicos o en centros privados concertados.

Y en resumen, qué piensa hacer el Gobierno para que se cumplan los principios de equidad, de igualdad en el acceso de los cántabros a los servicios y recursos públicos o lo que es lo mismo, cómo piensa el Gobierno atender a las personas de esta Comunidad Autónoma, que precisan de una plaza residencial, de acuerdo con los datos que ha dado el propio Gobierno -como digo- en el informe presentado en diciembre del año pasado.

Le aseguro que respecto a la mayoría de estas preguntas, conocemos la respuesta -que siento tener que decir que es negativa- pero nos gustaría que usted nos pudiese convencer de lo contrario.

Pero abundando un poco en esta introducción que he hecho y centrándonos en el objeto de este debate ahora, es que de acuerdo con el informe de referencia, una de las zonas en que es más evidente la necesidad, es la zona básica de salud de Besaya y en concreto, la zona integrada por los Municipios de Arenas de Iguña, Anievas, Bárcena de Pie de Concha y Molledo.

Según el informe de constante referencia, en esta zona hay necesidad de 76 plazas residenciales, para mayores, en el año 2.007. Estamos hablando de un plazo de 8 meses, que quedan para este año y de 103 plazas, para el año 2.010.

Para el 2.010 aún queda tiempo, seremos optimistas. Pero como digo, para el 2.007, quedan sólo ocho meses. Y actualmente desconocemos que haya ninguna iniciativa pública para paliar dicha necesidad.

Desde el Grupo Parlamentario Popular queremos saber cómo piensa el Gobierno, cómo piensa la Sra. Consejera, atender a las personas de esta zona. Si existe como digo alguna iniciativa pública en marcha que se nos haya pasado a nosotros.

Porque sí sabemos que existe una iniciativa privada, pendiente de que por parte del Gobierno Regional, se asuma el compromiso de concertar plazas para poder llevar a cabo dicha iniciativa, dicho proyecto.