



PARLAMENTO DE CANTABRIA

DIARIO DE SESIONES

Año XXVI - VI LEGISLATURA - 28 de marzo de 2007 - Número 156 Página 3711 Serie B

COMISIÓN DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

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

Sesión celebrada el miércoles, 28 de marzo de 2007

ORDEN DEL DIA

Único.- Comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, a petición propia, ante la Comisión correspondiente, a fin de informar sobre "evaluación 2006 del Plan de Salud de las Mujeres" –art 168 R-. (BOPCA nº 561, de 06.03.2007). [6L/7810-0065].

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

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Buenos días a todos y a todas. Bienvenida, Consejera.

Damos comienzo a la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, que tiene el Orden del Día que va a leer la Secretaria.

LA SRA. PEÓN PÉREZ: Comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales a petición propia ante la Comisión correspondiente a fin de informar sobre "evaluación 2006 del Plan de Salud de las Mujeres", art 168 del Reglamento.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Bien. El ordenamiento de la Comisión: comenzará la Sra. Consejera sin límite de tiempo para pasar después a la fijación de posiciones de los Grupos Parlamentarios, por un tiempo de diez minutos cada uno de los Grupos. A continuación, la Consejera tendrá una segunda intervención. Y existe la posibilidad de un segundo turno, en caso de que lo quieran utilizar.

Tiene la palabra la Sra. Consejera.

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

Como siempre, muchísimas gracias por su asistencia a esta comparecencia en la que queremos ofrecerles un balance de toda las actuaciones desarrolladas en todas, o al menos un buen número de ellas, las más importantes, realizadas en el marco del Plan de actuación: Salud para las Mujeres.

Como saben, tanto el Gobierno Central como nuestro Gobierno Autónomo están haciendo, estamos haciendo de las políticas de igualdad, una de nuestras señas de identidad. Un buen número de leyes, como la recientemente aprobada Ley para la Igualdad efectiva de Mujeres y de Hombres, o a nivel autonómico: la Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas. Y toda una serie de planes y actuaciones tanto a nivel estatal como regional pueden ser muestras de este esfuerzo que estamos colectivamente desarrollando.

La salud es sin duda un bien precioso. Está protegido constitucionalmente. Y sabemos que está influido por las desigualdades socialmente construidas entre hombres y mujeres. Estas desigualdades de género, perjudican la salud de las mujeres e incluso crean barreras, dificultan su acceso a la asistencia sanitaria y también a los tratamientos más adecuados.

Es por ello que aquí, en nuestra Comunidad, hemos elaborado un Plan de Salud para las Mujeres 2004-2007, que fue presentado en esta misma

Comisión junto con la Memoria de Actuaciones del año 2004, en su momento.

Nuevamente, el 7 de abril de 2006, comparecí para darles cuenta de las actuaciones más relevantes realizadas también en el marco de este Plan durante el año 2005.

Y hoy tengo el honor, me cabe el honor de presentarles la Memoria 2006 de un Plan que como saben pretende mejorar la salud de las mujeres, dando respuesta a las desigualdades en salud que padecen, que padecemos por razón de género.

En esta comparecencia quiero ofrecerles un balance sólo de las medidas más relevantes realizadas entorno a las cinco líneas prioritarias de actuación del Plan.

Una descripción mucho más exhaustiva creo que sería tediosa. Y además todos podemos y ustedes pueden disponer de ella en el Avance de Memoria que le hemos entregado a la espera de una Memoria definitiva, aún inconclusa porque nos faltan algunos datos.

Si recuerdan, la primera línea prioritaria de actuación del Plan consiste en visibilizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud.

Esta prioridad alcanzó en el 2006 una especial resonancia. Porque ostentamos durante el primer trimestre, el primer semestre mejor dicho de este año, la representación autonómica española en el Consejo de Ministros de la Unión Europea, en lo relativo a temas de Sanidad.

Aprovechando que uno de los objetivos de la presidencia finlandesa era precisamente la salud de las mujeres, propusimos a nivel de las Comunidades y al Ministerio que nuestra participación, la participación de las Comunidades, se centrara en una propuesta sobre disminución de las desigualdades en salud debido a los condicionantes de género.

Dicha propuesta fue aceptada. Pudimos alcanzar en el Estado una posición común entorno a este problema, que finalmente se presentó en la reunión del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, el 2 de junio, que se celebró en Luxemburgo y que quedó reflejada en las conclusiones sobre salud y género, alcanzadas en dicha sesión.

También durante el 2006 se realizó y se difundió la Memoria 2005, que creo que a ustedes también se la hemos acercado; la Memoria 2005 del Plan. Y comparecimos en Comisión para rendir cuentas de lo realizado.

Para nosotros estas actuaciones, ante el Parlamento de Cantabria, revisten suma importancia de cara a aumentar la visibilidad de las situaciones de salud de las mujeres.

Hemos dedicado, a lo largo del año 2006, un gran esfuerzo a introducir la perspectiva de género en la formación continuada de los y las profesionales de la salud. Para ello se han realizado cursos específicos de salud y género. Y se ha tratado ampliamente la perspectiva de género, en los otros cursos de formación que venimos realizando con los profesionales y sobre todo en los cursos específicos que hemos realizado sobre el maltrato.

Los profesionales responsables del Plan de Salud de las Mujeres han acudido, así mismo, a muchas jornadas, tanto en nuestra Comunidad como fuera de ella, sobre estrategias de integración transversal de la perspectiva de género, sobre la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud y en el trabajo asistencial y de atención primaria, y sobre los retos en el abordaje de las relaciones en salud y género.

La participación en estas jornadas, los conocimientos aprendidos, las buenas prácticas aprendidas de otras Comunidades son rápidamente trasladadas a la acción concreta en nuestra Comunidad.

Y tal y como comprometimos en nuestra anterior comparecencia, el IFIMAV; el Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla; estableció en el 2006 una convocatoria de ayudas dirigida a proyectos de investigación específicamente en salud y género, que se publicó el 27 de abril del año pasado.

Se presentaron 7 proyectos de investigación, se seleccionó uno que se está financiando, su duración será de un año y trata sobre sexo y migraña.

Pero hemos evidenciado la necesidad de aumentar el interés de los investigadores y sobre todo de los grupos emergentes en este ámbito de la investigación. Y por ello se realizó un taller para recoger información sobre las necesidades de formación y de apoyo que requieren las personas que están realizando investigación en este campo, para mejorar la calidad y para aumentar también el número de sus investigaciones.

Dicho taller se ha realizado finalmente en enero de este año, por lo que la información que ha proporcionado y las medidas que se pondrán en marcha figurarán en la Memoria del año 2007.

Además, se decidió que en la convocatoria de ayudas de 2006, dotada con 30.000 euros, los trabajos presentados fueran evaluados por una nueva Comisión externa evaluadora con más experiencia en la perspectiva de género y que además tuviese muy en cuenta la necesidad de impulsar a los grupos emergentes de investigadores.

La segunda línea prioritaria del Plan es la mejora de la salud reproductiva. Dentro de esta línea, uno de nuestros compromisos es precisamente desarrollar programas de información y mejorar la accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos de los jóvenes y adolescentes, también por supuesto de la población en general.

Como ya les informamos en la anterior comparecencia, durante 2005 se formó un grupo de trabajo para mejorar una estrategia que considerábamos importante para cumplir el objetivo comentado, que es la consulta joven.

La consulta joven se dedica a atender y a prevenir problemas de salud y conductas específicas de riesgo de la adolescencia y buscar también una mayor accesibilidad y una mejor adecuación a las necesidades de estos adolescentes, de estos jóvenes.

Inicialmente, esta atención se prestaba únicamente en centros de salud, en algunos centros de salud. Pero a lo largo de 2006, en COlaboración con la Consejería de Educación, se han creado Consultas Joven en cuatro institutos, siguiendo precisamente las recomendaciones del grupo de expertos que estudió estos problemas de accesibilidad.

Además, se ha puesto en marcha otra nueva consulta en el centro de salud del Saja, de forma que finalizamos 2.006 con ocho Consultas Joven que desde febrero de este año, del año 2.007, son ya diez porque hemos puesto en marcha una en el centro de salud de Liébana y otra en el instituto Jesús de Monasterio de la misma localidad.

Para posibilitar la creación, el desarrollo de estas Consultas Joven, era necesario formar a los profesionales interesados. Por eso se ha realizado también un curso de formación en atención a los adolescentes, al que acudieron 52 profesionales de atención primaria que estaban interesados en abordar esta cuestión.

Los resultados de haber acercado a los institutos esta Consulta Joven han sido valorados como positivos. El trabajo realizado, por ejemplo, en el instituto Marqués de Santillana, el primero en el que se instaló una Consulta Joven, en Torrelavega, nos permite ya ofrecer algunos datos. En este instituto acuden una media de treinta alumnos y alumnas mensuales, en mayor medida acuden las chicas. Las chicas acuden en grupo, mientras que los chicos lo hacen solos. El sesenta, setenta por ciento de los motivos de consulta, han sido temas relacionados con la sexualidad, la anticoncepción, etc.

El resto de la consultas tiene que ver con consumos de drogas ilegales, con trastornos alimentarios, con problemas de salud mental y con problemas en las relaciones familiares. Y se ha visto también que las chicas consultan por temas relacionados con la sexualidad fundamentalmente y los chicos por temas relacionados con el consumo de

drogas.

Estos resultados, a pesar de haber sido obtenidos en un único centro escolar y durante un período muy corto, de febrero a mayo de 2.006, podemos considerarlos muy representativos, ya que son coincidentes con los datos obtenidos de otras experiencias, como por ejemplo los que acaba, precisamente, de presentar el programa "Salud y Escola" de las Consejerías de Sanidad y Educación catalanas.

Hemos dedicado también esfuerzos para promover en el ámbito educativo programas que favorezcan la educación sexual y las relaciones afectivo sexuales responsables entre los jóvenes. Para ello se ha impartido por parte del centro de orientación familiar La Cagiga, talleres sobre educación sexual y reproductiva en 21 centros educativos.

Y los equipos de atención primaria realizan también, múltiples actuaciones en los centros educativos que se encuentran en sus zonas básicas de salud.

Hemos querido también aprovechar algunos eventos que han concentrado a muchos jóvenes y adolescentes para informar y sensibilizar sobre educación sexual. Así, el Plan de Salud de las Mujeres, ha estado presente en un stand en la feria de JUVECANT 2.006 que fue visitado, nada más y nada menos, que por 2.155 chicos y chicas.

Instalamos también un stand informativo en el macroconcierto de la Campa de la Magdalena del 2 de agosto, al que acudieron más de 12.000 jóvenes. Se aprovechó esta ocasión para distribuir preservativos para promocionar el sexo seguro, folletos informativos sobre el uso adecuado de la anticoncepción postcoital, se repartieron también folletos sobre la Consulta Joven. Este folleto inicialmente se realizó en el 2.005 pero, conforme aumenta la oferta de Consultas Joven, se modifica para que así vayan figurando todas las que realmente existen en la Comunidad.

Se divulgaron también, se repartieron videojuegos sobre educación sexual. Estos videojuegos fueron muy utilizados también en la feria JUVECANT 2.006 y se distribuyeron también camisetas con el logotipo "Sexualidad en igualdad".

Hemos querido también aprovechar la página Web, "Jovenmanía.com", que sabemos que es muy visitada y se ha introducido en esta página un apartado sobre información sobre anticoncepción y sobre salud reproductiva.

Otra de nuestras estrategias, dentro de esta línea de actuación que persigue mejorar la salud reproductiva, es garantizar la información y dispensar gratuitamente la anticoncepción postcoital en el Servicio Cántabro de Salud. En 2.005, elaboramos un informe sobre la píldora postcoital en Cantabria, que nos permitió conocer la situación en que se

encontraba su dispensación.

El informe, además, analiza el importante impacto de la píldora postcoital en la disminución de los embarazos no deseados y, por consiguiente, en la disminución de las interrupciones voluntarias del embarazo en nuestra Comunidad. Llegando a concluir que durante el año 2.004 y gracias a su utilización se habrían evitado 448 embarazos no deseados, en su mayoría en chicas menores de 20 años. De no haber tenido esta segunda oportunidad, muchas de estas mujeres hubieran tenido que interrumpir su embarazo.

Los datos del año 2.005 del INE, que son los últimos disponibles sobre las tasas de embarazo en adolescentes y las tasas de IBE, avalan esta idea. Las tasas de IBE, por 1.000 mujeres entre 14 y 44 años, en Cantabria, es de 4,42, mientras que en España es muy superior, es de 9,60. Y el porcentaje de embarazos, en menores de 20 años, en Cantabria, es de 1,35 por ciento, mientras que en España es del doble, de 2,79 por ciento.

Durante el año 2.006, editamos este informe y le divulgamos entre los diferentes servicios y profesionales implicados en la dispensación de este tipo de anticoncepción. Además, se creó una Comisión de Trabajo para establecer estrategias dirigidas a mejorar lo que en este informe se constataba, que había barreras a la dispensación de la píldora postcoital. Este equipo, esta Comisión de Trabajo elaboró estrategias y se tomaron las siguientes decisiones.

Que la dispensación de la píldora postcoital fuera gratuita en todo el Servicio Cántabro de Salud y se realizara tanto en los servicios de atención primaria como en el centro de orientación familiar La Cagiga, como en los servicios de Urgencias de atención especializada. Pero que se iba a potenciar la utilización precisamente de los servicios más adecuados para dispensar esta atención, que son los servicios de atención primaria, frente a los servicios de Urgencias de especializada.

Además se iba a potenciar el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia, sobre todo entre la población joven y que se tenía que realizar un reciclaje en este tema para los profesionales de atención primaria.

Para alcanzar estos objetivos, se pusieron en marcha toda una serie de actuaciones. Se elaboró, por un grupo de expertos, un protocolo de dispensación de la anticoncepción de emergencia. Con este protocolo, quisimos transmitir a los profesionales la información necesaria para poder administrar este tipo de anticoncepción de manera segura y eficaz. En este protocolo se recogen aspectos como: mecanismos de acción, presentación farmacológica, eficacia, efectos secundarios, interacciones con otros fármacos, formas de administración y la cuestión de la dispensación a menores de edad.

Se creó un grupo de profesionales de atención

primaria, especialmente sensibilizados en el tema. Finalmente, está integrado por tres médicos, médicas de familia de Santander, Laredo, y otros tres de Torrelavega, Reinosa que han recibido formación desde septiembre a diciembre de 2.006 con la finalidad de convertirse en formadores de sus compañeros y compañeras, del resto de los profesionales de atención primaria.

A lo largo de este año, del año 2.007, este grupo de formadores se va a responsabilizar de la formación, de la actualización en este tema, del resto de profesionales de los equipos de atención primaria.

Por otro lado, se tomó la decisión de adquirir la píldora postcoital por los servicios de farmacia de las gerencias de atención especializada.

Y ya al finalizar el año 2.006, todos los hospitales habían adquirido stock suficiente de Norlevo y de Postinor, para su dispensación gratuita.

Las gerencias de atención primaria ya venían adquiriendo desde sus servicios de farmacia estos preparados de píldora postcoital para su administración gratuita y no ha habido que realizar ningún cambio a ese nivel.

Además, se elaboró un folleto informativo sobre anticoncepción postcoital. Este folleto contiene información sobre aspectos básicos de este tipo de anticoncepción y los servicios a donde debe acudir la mujer, en el caso de que tenga que solicitarlo.

Voy a exponerles los principales mensajes que transmite el folleto, porque en mi anterior comparencia, la Diputada del Partido Popular, expresó cierta preocupación en este sentido. Preocupación que si se dan cuenta, fue recogida también por la Comisión de Trabajo, ya que uno de los objetivos importantes es potenciar el uso adecuado de la anticoncepción de emergencia.

Así los mensajes son los siguientes, la anticoncepción postcoital es un método de emergencia, no debe utilizarse como método anticonceptivo habitual. La anticoncepción postcoital no protege contra el sida ni contra otras enfermedades de transmisión sexual. La anticoncepción postcoital no protege del riesgo de embarazo en posteriores relaciones sexuales. El preservativo es el único método que evita al mismo tiempo el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

Si se mantienen relaciones sexuales, se debe utilizar un método anticonceptivo adecuado a las propias necesidades.

Se prepararon además kit, paquetitos de anticoncepción postcoital formados por una bolsa, en las que se incluye la píldora, se incluye el folleto que acabo de enseñarles y se incluye también un preservativo.

La inclusión del preservativo tiene un doble

objetivo. Por un lado, fomentar su uso como método anticonceptivo, sobre todo entre la población joven y por otro transmitir el mensaje de que el preservativo previene, como hemos dicho, a la vez del embarazo no deseado y de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el sida.

Estos kit, están disponibles en todos los servicios donde se dispensa la píldora postcoital y se entregan cuando hay una demanda de este tipo.

Dentro de esta misma línea prioritaria de actuación, nos propusimos también aumentar el nivel de salud de las mujeres gestantes, de las mujeres puérperas, después del parto y de sus hijos e hijas. Para ello nos planteamos reevaluar la vigilancia prenatal que estábamos realizando en la comunidad, tanto a nivel de los protocolos que utilizábamos como a nivel de la estructura asistencial en la que nos apoyábamos para prestar esta asistencia.

Se formó un grupo de trabajo, integrado por profesionales expertos en salud perinatal tanto de primaria como de especializada, para la elaboración del protocolo de atención al embarazo y puerperio. Este protocolo tiene como objetivo actualizar, según la actual evidencia científica, los protocolos anteriores y además unificar los criterios de actuación en las diferentes áreas sanitarias de nuestra Comunidad.

Así mismo establece la coordinación necesaria entre el nivel de atención primaria y de atención especializada, para lograr la atención prenatal que cada mujer precise.

Este protocolo trata de aportar a nuestros profesionales una herramienta válida, una herramienta actualizada, científica, de calidad, que les permita mejorar su atención al embarazo y al puerperio.

Se ha elaborado ya un borrador que está siendo consensuado con los diferentes servicios, estando prevista su finalización para mayo de este año 2.007. Se decidió también, continuar con el gran proyecto de la humanización de la atención al parto y nacimiento.

Para ello se ha puesto en marcha las siguientes actuaciones: ampliación de la vía clínica, del parto del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. A finales del año 2.005, recordarán que se puso en marcha esta vía clínica, hospital que atiende al 75 por ciento de los partos de Cantabria, lo que supone que cualquier cambio que se introduzca en su asistencia va a repercutir, sin lugar a dudas, en la mejora de la asistencia al nacimiento en nuestra Comunidad.

Tras comprobar durante los primeros meses de su aplicación, que los criterios de inclusión en la vía clínica del parto, eran excesivamente estrictos, en junio de 2.006 se acordó su ampliación, beneficiándose de la vía clínica del parto también los partos instrumentales y los partos que tenían..., las gestantes que tenían una cesárea anterior.

Pero, ya en febrero de este año, hablo de 2.007, se ha constituido otro grupo de trabajo, integrado por ginecólogos y matronas, para ampliar nuevamente la vía clínica del parto, porque se va a realizar la incorporación de un protocolo de atención al parto natural. Un protocolo de parto natural.

También hemos querido reconocer nuevos derechos sanitarios, mediante la promulgación de un Decreto que reconoce los derechos de la madre del padre y del recién nacido en el ámbito sanitario en relación con el nacimiento.

Entre todos los derechos reconocidos y que abarcan desde derecho a la atención anticonceptiva, a la vigilancia del embarazo y a una atención diferente al parto y al recién nacido, me gustaría resaltarles algunos de ellos.

Derecho materno al parto natural, derecho a estar acompañada por el padre o una persona de confianza. Derecho a no ser separada del recién nacido, a ser ayudada a iniciar el amamantamiento en los primeros momentos tras el nacimiento. Derecho del recién nacido a estar acompañado en todo momento, si su madre no está en condiciones por el padre o persona que lo sustituya.

Derecho a un sistema de identificación contrastado que preserve su derecho a la identidad. Dentro de los derechos comunes del padre y de la madre, derecho a tener acceso continuado en caso de que su hijo o su hija deban ingresar en la unidad neonatal y a poder participar en su cuidado, a que se requiera su consentimiento expreso y por escrito para el uso de chupetes para la administración de suero oral o de leche artificial.

Este Decreto fue elaborado y tramitado durante el año 2006, finalmente ha sido aprobado en el Consejo de Gobierno el pasado 1 de marzo y se ha publicado en el Boletín Oficial de Cantabria el 16 de marzo de 2007, obligando a todos los centros y a todos los servicios sanitarios, tanto públicos como privados de Cantabria desde el día siguiente de su publicación en el Boletín.

Después de un intenso trabajo y de un largo proceso de acreditación el ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación nos concedieron también en 2006 la acreditación de una unidad de matronas que permitirá que profesionales se formen en esta especialidad. Profesionales que son una pieza clave para la atención al proceso del nacimiento.

La primera promoción comenzó su formación en mayo de 2006. Hemos elaborado también una guía dirigida a la mujer embarazada denominada "cuidados de salud durante el embarazo"; que sirve de apoyo a la educación sanitaria y que todos los y las profesionales ofrecen en las consultas habituales de vigilancia del embarazo y en los cursos de educación maternal, y que es entregada a todas las mujeres gestantes en el centro sanitario donde se vigila su embarazo.

En colaboración con el servicio de prevención del Servicio Cántabro de Salud del área de Torrelavega- Reinosa, se ha elaborado también un folleto divulgativo sobre el embarazo y prevención de riesgos laborales, que se facilita a las gestantes y que contiene información sobre la ley de protección de la maternidad, sobre los riesgos laborales más significativos que pueden afectar al desarrollo del embarazo, recomendaciones para disminuir la carga física y el estado de estrés y el trabajo nocturno.

En colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo estamos realizando una campaña de prevención del déficit de yodo durante el embarazo y la lactancia. Como recordarán durante el año 2005 y también en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, hicimos una campaña de prevención del déficit de ácido fólico. Este es un objetivo muy alcanzado en nuestra Comunidad y estamos abordando este otro: prevenir el déficit de yodo durante el embarazo y la lactancia porque es causante de retraso mental.

Pretendemos mejorar la ingesta mediante la utilización de sal yodada en las comidas y el aporte farmacológico de yodo durante todo el embarazo y todo el proceso de lactancia.

Se han elaborado también dos tipos de guías sobre cuidados de salud para después del parto, son dos tipos de guías diferentes en las que se tratan cuestiones relacionadas con los cuidados de salud de la mujer y los cuidados de recién nacido tras el parto. Una de ellas está dirigida a las madres que van a dar lactancia materna y la otra a las madres que dan lactancia artificial. Las guías se entregan a las madres tras el parto en todas las maternidades de nuestra Comunidad.

En relación a la evolución de los indicadores de salud reproductiva, que se marcaba el Plan, podemos decir que hemos cumplido sobradamente el objetivo relacionado con el acompañamiento en el parto, también sobradamente el objetivo de administración de analgesia epidural, el de reducción de episiotomías y del uso de enemas y rasurado. Pero sin embargo no hemos cumplido el objetivo de reducir el número de partos por cesárea, lo que nos obligará a proseguir nuestros esfuerzos para que sólo se hagan las cesáreas estrictamente necesarias.

En esta línea de mejora de la salud reproductiva, se fijaba como objetivo específico en el Plan, aumentar el porcentaje de mujeres que mantienen la lactancia materna. Y dentro de las estrategias facilitar la implantación en los hospitales de los 10 pasos para una lactancia feliz.

Pero finalmente se tomó la decisión, dada la envergadura de este proyecto, de desgajar en un Plan específico todas estas actuaciones. Y así, tenemos el Plan de Fomento de la lactancia materna 2.005-2.007, que recoge todas las actuaciones en este ámbito.

Este Plan contiene también memorias y la

memoria de este año, del año 2.006, merecería otra comparecencia que quizá podríamos hacer de todo el Plan en su conjunto el próximo año tras finalizar su vigencia.

La tercera línea de actuación del Plan, es reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. Durante 2.006 se han realizado toda una serie de actuaciones en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. En enero de 2.006, se puso en marcha la unidad fija de exploración en el Hospital Sierrallana, en el año 2.005 se habían puesto en marcha las otras dos unidades.

Esto tiene que ver con cómo circula el Programa en nuestra Comunidad. La unidad fija de exploración trabajó desde enero hasta septiembre, explorando a las mujeres pertenecientes a los Ayuntamientos de Torrelavega y Cartes.

Se habían invitado a participar a 6.053 mujeres, y acudieron a realizarse la mamografía 4.302. Por lo que la tasa de participación de esta área ha sido del 71,67 por ciento, lo cual supone un incremento muy importante respecto a la vuelta anterior que para esa misma zona de salud, fue de 61,77 por ciento. Y confirma, creemos, la buena aceptación que esta medida ha tenido entre las mujeres de esta zona.

Desde septiembre, además se incrementó en una radióloga el personal asignado a la lectura mamográfica del programa, para permitir reducir los tiempos de informe mamográfico.

Con el objetivo de dar una mejor respuesta a las mujeres que tienen que ser remitidas a los hospitales de referencia para la realización de pruebas complementarias, según indicación del programa. Y también para mejorar la atención a las mujeres que son diagnosticadas de cáncer de mama, en el contrato de gestión 2.006 de nuestros hospitales, se estableció como objetivo la mejora del proceso diagnóstico y del proceso terapéutico del cáncer de mama.

Está la quinta vuelta, es decir, la realizada en 2.005-2.006, todas las mujeres exploradas que requerían pruebas complementarias y que tenían asistencia sanitaria a través de seguros privados, eran remitidas a ellos para completar el proceso de cribado diagnóstico; lo cual además de generar gran incertidumbre, hacía que estas mujeres se sintiesen abandonadas y conllevaba a que el proceso diagnóstico no fuera uniforme para todas las mujeres que eran atendidas por el programa.

Por este motivo, y teniendo en cuenta que la vocación del programa es ser universal, para todas las mujeres de Cantabria que cumplan los criterios, a partir de septiembre de 2.006, de esta quinta vuelta, el sistema sanitario público garantizó todo el proceso cribado diagnóstico a todas las mujeres que participaban en el programa.

Una vez finalizada la quinta vuelta, se realizó

una encuesta de satisfacción a una muestra de 688 mujeres, lo que ofrecía un nivel de confianza del 95,5 por ciento y un error muestral del 4 por ciento. Se incluyó también un grupo de mujeres que habían sido diagnosticadas de cáncer de mama en esta vuelta.

El grado de satisfacción global de las usuarias ha sido importante. Para un 97,7 por ciento de las mujeres el programa es muy satisfactorio o satisfactorio. Y un 98,8 por ciento de las mujeres entrevistadas dice que sí volvería a participar en el programa.

La encuesta ofrece muchísimos otros datos interesantes y satisfactorios, pero no me voy a extender puesto que pueden encontrarlos en la memoria que les hemos proporcionado.

Hemos intentado hacer una difusión importante del programa a los profesionales sanitarios durante el año 2.006. Antes de comenzar el cribado en cada zona de salud, se visita a los profesionales de los centros de salud y se les informa de todas las actuaciones y se les informa también del calendario de esta vuelta.

En junio de 2.006, se presentaron los resultados correspondientes al área de salud de Laredo, a los servicios de radiología, de ginecología y de anatomía patológica del hospital de Laredo.

Además, responsables del programa, han impartido clases para alumnos de la Facultad de Medicina y participado en cursos para profesionales y en jornadas de ámbito ibérico, España y Portugal.

También se han realizado actuaciones de divulgación para la población general. En esta labor colabora también la Asociación para Ayuda a las Mujeres con Cáncer de Mama, AMUCAN, a la que se concedió en 2.006 una subvención para impartir conferencias informativas y mesas redondas acerca de la detección precoz del cáncer de mama entre la población de Cantabria.

Y el día 19 de octubre, Día Internacional del Cáncer de Mama, presentamos, en rueda de prensa, los datos referentes a la quinta vuelta del programa, destacando la mejora en los resultados obtenidos. Se distribuyeron también folletos con el lema: "El cáncer de mama puede curarse, necesitamos tu colaboración para conseguirlo" y se dieron a conocer los avances en el tratamiento con radioterapia y la técnica del ganglio centinela mediante una visita a los servicios de radioterapia y medicina nuclear del hospital universitario Marqués de Valdecilla.

Durante el año 2.006, se ha invitado a participar en el programa a 34.268 mujeres, de las cuales acudieron a realizarse la exploración mamográfica 21.910 y, en este año de la quinta vuelta, se han diagnosticado 90 cánceres de mama.

Este año, que es la finalización de la quinta vuelta, se ha realizado toda la valoración, lo que nos permite ofrecer los siguientes datos comparativos

con la vuelta anterior, en la que todavía no se habían introducido aún cambios sustanciales.

Si en la cuarta vuelta, año 2.003-2.004, fueron invitadas 47.787 mujeres, en la quinta vuelta, 2.005-2.006, fueron invitadas 52.904. De 27.180 mujeres que se exploró en la cuarta vuelta, hemos pasado a explorar 34.110. La tasa de participación pasó de 56,89 por cien en la cuarta vuelta en la que ya introdujimos algunos cambios, porque la cogimos a mitad, y en la que ya conseguimos un incremento de participación de 2.685 mujeres, pues hemos pasado de esa tasa de participación de 56,89 por ciento a una tasa de participación del 64, 48 por cien de las mujeres invitadas.

Comentar que si creemos las informaciones que nos dan las mujeres que no acuden al programa, hasta un 71 por ciento de las mujeres de nuestra Comunidad entre 50 y 64 años, a lo largo de 2.005 y 2.006, se habrían realizado una mamografía de screening, 34.110 en el programa y el resto en otros dispositivos, sobre todo en dispositivos de nuestro propio Servicio Cántabro de Salud.

La participación es oscilante, la participación más baja sigue siendo la del área de salud de Santander, en el que hemos mejorado bastante la participación, más de nueve puntos, pero sigue manteniéndose en un 60,71 por cien, siendo la participación en el área de salud de Torrelavega más elevada, 70,60 por cien y teniendo el récord el área de salud de Reinosa con una participación de un 77,77 por cien.

Hemos mejorado mucho el número de mujeres que esperan menos de quince días laborables el resultado. Si en la cuarta vuelta, sólo un 7,5 por cien esperaba menos de quince días, en esta vuelta han sido 70,15 por cien. Y las mujeres, y también hemos mejorado el tiempo de espera entre el resultado de la mamografía de cribado y la valoración, una mamografía de cribado que hablase de riesgo de diagnóstico de cáncer

Y la valoración, en el hospital, esperaban menos de siete días laborables en la vuelta anterior, en la cuarta vuelta, un 12,5 por ciento de las mujeres. Mientras que esperaban solamente eso un 46,33 por ciento, en la quinta vuelta.

El número de carcinomas de mama detectados, ha sido sensiblemente superior. En la cuarta vuelta se diagnosticaron 65 cánceres de mama. Y sin embargo, en esta vuelta se han diagnosticado 154 cánceres de mama. La mejoría es realmente extraordinaria. La tasa de detección ha pasado de 2,35 por mil, a una tasa de 4,59 por mil.

Comentarles que éste es un dato todavía provisional. Porque aún hay mujeres pendientes de pruebas complementarias que se realizan meses después de realizada la primera. Es decir, que todavía podríamos detectar algún cáncer más. Y es un dato, éste, muy importante; porque nunca el programa había alcanzado una tasa de detección tan elevada; ni

siquiera en la primera vuelta, en la que se realizó a una población –vamos a llamarla- virgen, a una población en la que no se había realizado un cribado poblacional previo. Pues bien, en aquella primera vuelta, sólo hubo una tasa de detección de 4,3 por mil. Y en esta vuelta, en la quinta vuelta hemos superado esa tasa porque ha sido de un 4,59 por mil

Durante el año 2.006, se ha estado trabajando para preparar la ampliación de la edad de cribado del programa hasta los 69 años, para la sexta vuelta. Para la vuelta que ya ha comenzado en este año 2.007.

La franja de edad de cribado entre 50 y 69 años, es la recomendada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, según se recoge en la estrategia en cáncer, del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial, en diciembre de 2.005. Y en cuya elaboración participamos todas las Comunidades, incluida Cantabria por supuesto. Y este rango de edad es también el recomendado por el Parlamento Europeo y por la Comisión de las Comunidades Europeas.

Esta ampliación de la edad estaba ya comprometida en el propio Plan de Salud de las Mujeres, tal y como pueden comprobar en su página 44. Hago esta precisión porque en algún momento se ha negado, o se ha puesto en duda, que el Plan contuviera ya desde el primer momento ese proyecto.

Estimamos en 69.000 mujeres, la nueva población diana. Hemos estado trabajando con los censos para conocer bien este dato.

Es decir, que vamos a invitar a unas 16.000 mujeres más que en la vuelta anterior.

Durante el año 2.006, estamos trabajando también para poner en marcha una nueva unidad fija de exploración mamográfica, en el área de Torrelavega. Que estará ubicada en el centro de especialidades del Hospital Sierrallana y que contará con un mamógrafo también digital.

Esta nueva unidad va a permitir un más fácil acceso a las mujeres y una mayor disponibilidad horaria. Por tanto, vamos a pasar a explorar en esta unidad fija de Torrelavega, no sólo como hicimos en la vuelta 2.005, a las mujeres de la zona de salud de Torrelavega y de Cartes, sino también a las de otras zonas próximas que están muy bien comunicadas con el Centro de Especialidades, que son: Suances, Polanco y Altamira.

Para mejorar la participación de las mujeres en el programa y la correcta utilización de los diferentes recursos sanitarios y viendo que muchas mujeres estaban realizando mamografía de screening, de cribado fuera del programa, se ha elaborado de forma consensuada entre atención primaria y especializada, un nuevo protocolo de petición de mamografía que amplía además la capacidad de resolución de los médicos de familia. Amplía sus posibilidades de utilizar esta prueba complementaria.

Vamos a pasar, si les parece ya, a la cuarta gran línea de actuación del Plan de Salud para las mujeres, que como saben es reducir los riesgos para la salud debidos a la violencia de género.

Como saben, uno de los requisitos para que el protocolo sanitario dé atención a las mujeres maltratadas, se convierta en esa herramienta útil que queremos y en esa herramienta utilizada por los profesionales sanitarios es desarrollar un programa que tiene que ser de sensibilización y también de formación. A esta formación, se han dedicado muchos esfuerzos que han permitido finalizar, en 2.006, la formación en el abordaje de la violencia contra las mujeres de los equipos de la gerencia de atención primaria de Torrelavega, Reinosa. Y comenzar con la gerencia de atención primaria Santander-Laredo.

En total 18 centros de salud y 528 profesionales formados en 2006, a añadir a los tres centros y 100 profesionales formados desde mayo que comenzó esta actividad a diciembre de 2005.

Cada curso de formación tiene una duración de 18 horas lectivas en horario de mañana, y en él participan todos los profesionales del equipo de atención primaria y todos los profesionales del servicio de urgencias de atención primaria, que son para ello sustituidos en su actividad laboral. Cuando un equipo de atención primaria finaliza su formación comienza a aplicar el protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos que se elaboró como saben en el año 2005, y a utilizar el programa informático que ha sido elaborado al efecto para la recogida de la información.

En el centro de salud se colocan y se distribuyen folletos a la ciudadanía, a los visitantes y se colocan carteles claramente visibles que indican a cualquier persona que la violencia, el maltrato es considerado un problema de salud como otro y que los profesionales de ese centro, están preparados para ayudar a cualquier mujer que padece este atentado contra sus derechos y este atentado contra su salud física y psíquica.

Además de esta formación sistemática en atención primaria se han realizado cursos para profesionales de atención especializada, cursos para la asignatura de obstetricia y ginecología en atención primaria que se imparte en quinto de medicina y también para funcionarios de la Administración Regional.

Según los datos aportados por las gerencias de atención primaria, desde junio de 2005 hasta diciembre de 2006, 13.595 mujeres de más de 14 años de nuestra Comunidad han sido preguntadas sobre la posible existencia de malos tratos por parte de su pareja o ex-pareja; 921 han manifestado ser víctimas de malos tratos lo que supone una prevalencia ante una primera pregunta de 6,7 por ciento.

Si analizamos el tipo de maltrato, el maltrato

psicológico, es el que presenta una mayor prevalencia seguido del físico, del económico y en último lugar el sexual y el ambiental.

El protocolo de atención sanitaria ante los malos tratos considera la asistencia psicológica como una atención básica de salud para las mujeres que sufren de violencia de género. Por este motivo las unidades de salud mental de Torrelavega y de Laredo prestan apoyo a los equipos de atención primaria donde está implantado ya el protocolo durante el año 2006, han aumentado sus plantillas para disponer de una psicóloga de referencia para la atención a estas mujeres.

Desde junio de 2005 a diciembre de 2006, 98 mujeres víctimas de maltrato habían necesitado una atención especializada y habían sido remitidas a la unidad de salud mental de Torrelavega y 15 a la unidad de salud mental de Laredo.

Todo este trabajo ha permitido que el centro integral de atención e información a mujeres víctimas de violencia de género del Gobierno de Cantabria, que como saben está parcialmente financiado por nuestra Consejería, nos comunique de que en 2006 el mayor número de mujeres habían sido derivados por los servicios sanitarios. En concreto el 37 por ciento de las mujeres atendidas habían sido derivadas desde nuestros centros sanitarios.

Durante el 2006, también hemos introducido unos partes de lesiones específicos de acuerdo a los protocolos para homogeneizar la recogida de datos, para permitir reflejar la mejor no solo las lesiones físicas, sino también el estado psicológico y emocional de la persona, de la víctima, y para permitir su codificación y cuantificación que hasta el momento que hemos introducido estos partes era imposible.

En nuestros centros sanitarios, se han cumplimentado en 2006 un total de 102 partes de lesiones por malos tratos y 15 por agresiones sexuales. El año pasado finalizó la elaboración del protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones, abusos sexuales, también elaborado como todos los demás por profesionales sanitarios con la participación de forenses y profesionales de la Dirección General de Salud Pública siendo consensuado con el ámbito judicial, con los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, con las asociaciones de víctimas, etc.

Este protocolo ha supuesto la actualización del ya existente en nuestra Comunidad desde 1993. El protocolo se ha difundido entre todos los profesionales implicados para su desarrollo en los diferentes servicios de salud responsables de la atención a este tipo de violencia y está disponible también en la página Web de la Consejería y del hospital universitario Marqués de Valdecilla, así como de actuación sanitaria ante los malos tratos.

A propuesta de la Consejería de Sanidad, el día 16 de octubre de 2.006, se firma un acuerdo de

coordinación interinstitucional, para la atención sanitaria a mujeres víctimas de violencia de género, según lo establecido en estos protocolos, con la Vicepresidenta como representante del Gobierno de Cantabria en materia de prevención de violencia de género y con el Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, como representante del ámbito judicial y con el Delegado del Gobierno como representante de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado.

Quisiera ya para finalizar el balance de esta línea de actuación, comentarles que en tanto, Amnistía Internacional, en su informe sobre la detección de la violencia de género y atención a las víctimas en el ámbito sanitario, como también en la estrategia en salud mental del sistema nacional de salud, ambos han incluido como ejemplos de buenas prácticas nuestro protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos hacia las mujeres y la formación al conjunto de profesionales de atención primaria que estamos realizando.

La quinta y ya última línea es mejorar la salud de las mujeres, desde los entornos sociales, mediante el fomento de hábitos de vida saludables. El objetivo de disminuir los riesgos para la salud de las mujeres, derivados de la división sexual del trabajo y de la doble jornada, se ha centrado en ofrecer una mayor prestación de servicios de cuidados de las personas.

El trabajo de cuidados representa una actividad clave, una actividad indispensable en el funcionamiento y desarrollo de una sociedad, pero al recaer casi en exclusiva sobre las mujeres, es causa de sobrecarga física y emocional y además de discriminación en el acceso a toda una serie de oportunidades profesionales y personales.

Desde las Direcciones Generales de Servicios Sociales, se han impulsado diferentes servicios.

La teleasistencia en 2.006 aumentó sus usuarios en 1.885 personas, el SAT en 551 y las plazas públicas de atención a la dependencia en 617. Además se creó un nuevo servicio de comida a domicilio, para usuarios del SAT, que inició su andadura en Torrelavega y pretendemos extender al resto de la Región como ya hemos hecho con Castro.

También, en 2.006, se concedió una subvención directa a los Ayuntamientos de Astillero y Camargo, por valor de 42.335 euros, con el objeto de colaborar en la creación y puesta en funcionamiento de dos nuevos centros de atención a la infancia en polígonos industriales.

Recordarán, que en 2.005 habíamos hecho lo mismo en Mercasantander. Además se invirtieron 280.000 euros en subvenciones a guarderías y se amplió el personal propio que atiende a las guarderías laborales del Gobierno.

Por otro lado, se está trabajando intensamente en la preparación de la Ley de promoción de la autonomía personal, para que nuestra Comunidad

pueda empezar a aplicarla rápidamente, desde el momento en que ya podamos hacerlo.

Además el servicio transversal de atención a la dependencia, que está realizando atención primaria, se ocupa no sólo de la persona en situación de dependencia sino de su cuidador principal, que en la mayoría de los casos es una mujer.

Ha realizado 5.030 visitas a domicilio, visitas realizadas por fisioterapeutas y trabajadores sociales; estos pacientes estaban ya siendo visitados habitualmente por sus médicos y por su enfermería y algo más del 87 por ciento de estas personas, sabemos que son atendidas por un cuidador informado y en el 82 por ciento de los casos, esta persona cuidadora es una mujer. Y además el 22,6 por ciento de estos cuidadores se encontraban, se habían identificado ya en riesgo de claudicación.

Este servicio ofrece a la cuidadora formación para atender y movilizar a su familiar. Atención sanitaria si presenta problemas de desgaste emocional o de sobrecarga motora y orientación para utilizar los recursos sociales de que dispone la Comunidad y que pueden aliviar su responsabilidad de cuidadoras.

El segundo objetivo del año 2.006, dentro de esta línea de actuación ha sido promover la salud mental de las mujeres, impulsando estrategias para la prevención y detección de los trastornos de la alimentación.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen una patología que afecta mayoritariamente a mujeres. Diez casos en mujeres por cada caso en hombres. Y está relacionada con claros condicionantes de género.

Desde marzo de 2.006, se comenzó a atender en el área de Santander-Laredo de forma integral, pero también de forma integrada en el Servicio Cántabro de Salud, a los y a las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, apostando porque su tratamiento dependiera de un único equipo altamente especializado y con una clara vocación docente e investigadora.

Para ello se puso en marcha una unidad de atención a los trastornos de la conducta alimentaria, dependiente del hospital Valdecilla, con una plantilla de dieciocho profesionales que atendió en 2.006, en consultas externas a 339 pacientes, un hospital de día de 9 a 21 horas, que atendió a 56 pacientes y realizó una hospitalización de 24 horas en la Residencia Cantabria, que ingresó a 22 pacientes con una estancia media de 62,8 días.

Esta unidad realiza docencia a estudiantes de medicina y de enfermería, también a psicólogos clínicos y a médicos internos residentes. Y está realizando varios proyectos de investigación.

Dentro del tercer objetivo: promover el bienestar y calidad de vida de las mujeres en la etapa

de la madurez, se han desarrollado las siguientes actuaciones. El servicio de promoción de la autonomía y atención a la dependencia de atención primaria, ha realizado –como ya les dije- 5.030 visitas a domicilio de personas que se encontraban en situación de dependencia. Pues fíjense, 3.470 de estas personas en situación de dependencia eran mujeres.

Este servicio pretende ofrecer una atención integrada –como les he dicho- por parte del personal médico responsable, de la enfermería, del fisioterapeuta y la trabajadora social del centro de salud, de forma que se atiendan las necesidades sanitarias pero también las de apoyo social a la dependencia, y las necesidades de la familia y específicamente las necesidades de la persona cuidadora, que como comentamos generalmente es mujer.

Se ha realizado de forma piloto, en colaboración con la Gerencia de Atención Primaria Torrelavega, Reinosa y el Centro A-Amaltea, un programa de intervención grupal con mujeres tal y como ya comprometimos en la memoria del 2.005, de tres meses de duración dirigido a la promoción de la salud y la autonomía, que se ha realizado en el Centro de Salud Zapatón de Torrelavega, en el que han participado 40 mujeres.

La evaluación muy exhaustiva ha sido buena, y se está estudiando el capacitar a profesionales de atención primaria interesados en este tipo de actividad, para poder realizarla.

En mayo de 2.006 quedó constituido el grupo de trabajo multidisciplinar que va a elaborar la guía de práctica clínica de las disfunciones del suelo pélvico de la mujer. Disfunciones que como saben, afectan a la mujer de edades más avanzadas.

El principal objetivo de esta guía, es elaborar unas recomendaciones, basadas en la evidencia científica disponible acerca de la atención de las mujeres que ya presentan disfunciones del suelo pélvico. Y también informar y promover hábitos de salud destinados a prevenirlas o a detener su progresión.

Y desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, se está elaborando el Plan de acción para la discapacidad con clara perspectiva de género. Y dentro de la línea estratégica de salud que incluye el Plan, está prevista la formación del personal sanitario en este ámbito, siempre con la incorporación de la perspectiva de género.

Finalizo ya, agradeciéndoles su atención y agradeciéndoles por anticipado todos los comentarios, las sugerencias que puedan hacerme.

Muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Gracias Sra. Consejera por el informe tan detallado que nos ha expuesto.

Pasamos ahora a un turno de fijación de posiciones, en donde cada Grupo Parlamentario tendrá diez minutos, que espero sea respetado.

Sr. Muguruza, en nombre del Partido Regionalista tiene la palabra.

EL SR. MUGURUZA GALÁN: Muchas gracias Sra. Presidenta. Muy buenos días a todos.

En primer lugar, por supuesto, agradecer a la Sra. Consejera y a los Altos Cargos que la acompañan su presencia hoy en este Parlamento.

Quiero empezar tal y como lo hice en su anterior comparecencia, felicitándola con el respeto escrupuloso a esta Cámara, porque desde el 26 de abril de 2.005, presentó en el Parlamento el Plan de la Salud de las Mujeres y desde esa fecha no ha dejado de solicitar su comparecencia ante esta Comisión, para informarnos puntualmente de las conclusiones, avances y evaluaciones de dicho Plan de Salud.

Así nos presentó el pasado 7 de abril de 2.006, el balance de todas las medidas e intervenciones desarrolladas por el Plan a lo largo del año 2.005. Y hoy nuevamente vuelve a traer a este Parlamento la memoria del Plan de Salud a lo largo del 2.006.

Por lo tanto debo destacar su disposición a cumplir con el Reglamento de esta Cámara, en su obligación de informar de sus actuaciones a los representantes directos de los ciudadanos.

Entrando de lleno en la materia que hoy nos ocupa debo recordar que este documento que hoy finalizamos es fruto de los compromisos adquiridos por el Gobierno de coalición, Partido Socialista-Partido Regionalista, al comienzo de la Legislatura y que se plasmaron en el denominada Plan de Gobernanza.

De ahí, de ese conjunto de medidas transversales y vertebradoras, se inició este compromiso de salud con las mujeres que, mediante la elaboración de este documento se ha regido por unos objetivos tasados que han permitido seguir una estrategia planificada y que hoy en día, están dando unos frutos palpables.

Quiero repasar, aunque usted lo ha hecho extensa y satisfactoriamente, los cinco ejes establecidos en el Plan de Salud, poniendo de manifiesto el grado de consecución a lo largo de este tiempo de vigencia.

Voy a referirme en primer lugar, a la meta establecida en el Plan, de reducir los riesgos para la salud de las mujeres debido a la violencia de género que usted ha hecho en anteuúltimo lugar, -creo recordar-.

Este primer compromiso del Plan, ha visto reforzado su cumplimiento en el contrato gestión

2.006, de las distintas gerencias del Servicio Cántabro de Salud que han incluido la atención a la violencia de género dentro de sus líneas estratégicas. En este proyecto, se ha incluido igualmente a los médicos reguladores y teleoperadores del centro de coordinación de emergencias del 061.

Igualmente y dando continuidad a lo establecido en 2.005, se ha finalizado la formación de todos los equipos de la gerencia de atención primaria, Torrelavega-Reinosa y se está actuando en la correspondiente área de salud de Laredo. El resultado del avance es palpable. Durante el año 2.006, se han formado, creo que ha dicho usted, 505 profesionales sociosanitarios de los equipos de atención primaria frente o junto a los 332 que se formaron en 2.005.

A esto hay que añadir la formación de los profesionales de atención especializada y la formación de los propios formadores. Tan sólo es necesario añadir que, mientras que en el año 2.005 el protocolo de atención sanitaria a las mujeres de víctimas de malos tratos estaba recién estrenado, a 31 de diciembre de 2.006 son más de 21 equipos de atención primaria, los que se encuentran desarrollando este protocolo en las mejores condiciones de formación.

Igualmente, a lo largo del año 2.006, se ha finalizado la elaboración del protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones a abusos sexuales. Este documento, en el que los estamentos judicial y sanitario han trabajado de la mano, ya ha sido difundido a modo de protocolo entre todos los profesionales implicados.

En segundo lugar, la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama de la Región, este eje de actuación es, para el Grupo Parlamentario Regionalista como ya hemos tenido ocasión de poner de manifiesto en varias ocasiones, de prioridad máxima. Alabamos, en su anterior comparecencia hace un año, la importancia de introducir de forma pionera la mamografía digital.

A los largo del 2.006, se han dado nuevos pasos. Se ha creado en el hospital de Sierrallana, lo indicaba usted, una unidad fija de exploración mamográfica. Y sería interesante destacar la medida que nos parece más lógica, más eficaz y que demuestra una vez más el compromiso de usted, Sra. Consejera.

En abril planteó la posibilidad de aumentar la franja de edad de ampliación del programa hasta los 69 años, siempre que las instituciones y los organismos oficiales, recomendasen tal medida. Pues bien, a lo largo de 2.006, usted, su Consejería, acuerda el incremento de la edad de cribado, como nos lo ha vuelto a recordar ahora, hasta los dichos 69 años. El Ministerio de Sanidad y Consumo y el Parlamento Europeo han recomendado también esta franja de edad lo que, debidamente provisto, supondrá un aumento de recursos materiales y humanos que deberán funcionar al comienzo de un

nuevo programa.

En tercer lugar, los objetivos de mejora de la salud sexual y reproductiva, también este eje, en opinión del Grupo Parlamentario Regionalista, se ha visto fortalecido y mejorado a lo largo del año 2.006. Así aplaudimos la medida de ubicar la Consulta Joven en los institutos de enseñanza secundaria de nuestra Comunidad. Igualmente se ha continuado apostando de manera decidida por los programas que favorecen las relaciones afectivo sexuales de los adolescentes, así como se ha difundido el informe sobre la anticoncepción postcoital en Cantabria.

De otro lado, hoy ya es una realidad el Decreto sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación al nacimiento, normativa que, como quizá recuerden ustedes, fue objeto de mi insistencia en las preguntas que le formulé a usted, en su comparecencia anterior.

Era muy importante que los derechos relacionados con la asistencia sanitaria, la autonomía, la intimidad, la información durante el embarazo, el parto y el postparto estuviesen recogidos en un texto legal de obligado cumplimiento.

Ahora sí que podemos informar que este gran objetivo del Plan de Salud para las mujeres se ha visto cumplido.

Quiero destacar muy especialmente, la puesta en marcha de la primera unidad docente para la obtención de la especialidad de enfermería obstetricoginecológica: matrona. Esta especialidad estaba siendo demandada tanto por los profesionales como por las usuarias. Y hoy día vemos con orgullo que está dando sus frutos.

En cuarto lugar, el Plan de Salud para las mujeres quiere también mejorar la salud desde los entornos sociales y con el fomento de hábitos de vida saludables.

En este sentido, se persigue un triple objetivo de disminuir los riesgos derivados de la discriminación laboral, promover la salud mental de las mujeres y apostar por el bienestar y la calidad de vida en la madurez.

Es necesario hacer mención a la reciente aprobación de dos textos legales básicos, que sin duda cambiarán por completo la figura de las cuidadoras de personas dependientes y que son la Ley Estatal de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y la Ley aprobada recientemente en este Parlamento de Servicios Sociales. Ambos textos contribuirán en este enfoque transversal de la materia, sin duda al cumplimiento y ejecución de este Plan.

Asimismo, el texto que estamos analizando ha impulsado estrategias para la prevención y detección de los trastornos de la alimentación de los adolescentes. Así desde mediados de 2.006, es el único equipo especializado con vocación docente e

investigadora, el que atiende de forma integral estos trastornos.

Quinto. La Consejería también se propone visualizar la situación de la salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud.

El objetivo del Plan, es que al menos el 70 por ciento de los sistemas de información y registros sanitarios incorporen la variable sexo. Y que también al menos el 70 por ciento de los programas y protocolos de la Consejería, incorporen la perspectiva de género.

Las medidas establecidas para el cumplimiento de este objetivo, se han traducido en encuentros, seminarios, cursos, jornadas... Para el Grupo Parlamentario Regionalista, el resultado más importante es la convocatoria de ayudas para la realización de proyectos de investigación sobre salud y género.

Pues bien, del estudio de cada eje del Plan de Salud de las Mujeres, se desprende sin ninguna duda el cumplimiento de los objetivos marcados. Estos se han ido plasmando a medida que se publicaban las memorias que evaluaban, año a año, el documento base.

Así, la conclusión no puede ser otra que confirmar que la planificación existe, que está predeterminada, ordenada. Y lo más importante, que está produciendo los frutos esperados.

Tan solo me queda hacerle una pregunta, Sra. Consejera, que tiene que ver con la promoción de centros de atención a la primera infancia en las empresas. Y que si no me equivoco, no se menciona en la Memoria del año 2.006; que sí lo ha mencionado usted brevemente en su exposición; el fenómeno que se denomina: Conciliación de la vida familiar y laboral. Y que usted apuntaba en su última comparencia, de 7 de abril de 2.006, al examinar la Memoria de 2.005. Hablaba en ese momento del apoyo a las empresas privadas y de la dedicación que hacía, el Presupuesto de 2.006, para desarrollar esta actuación.

Hablaba de la tercera fase del hospital Marqués de Valdecilla donde se contemplaba la construcción de una guardería laboral. Y de los incrementos de personal que experimentarían durante el Gobierno.

El Grupo Parlamentario somos especialmente sensibles a este tema. Y me gustaría saber un poco más extensamente de lo que lo ha hecho hace un momento, pues qué medidas se están poniendo en marcha en la actualidad para posibilitar esta conciliación.

Nada más. Muchas gracias.

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

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Socialista, D^a Purificación Sáez González.

LA SRA. SÁEZ GONZÁLEZ: Gracias, Sra. Presidenta.

En primer lugar, como no puede ser de otra manera, agradecer las explicaciones de la Sra. Consejera. Unas explicaciones exhaustivas sobre lo que ha sido, lo que es el Plan de Salud de la Mujer y lo que ha sido esta Memoria de 2.006.

También agradecer la presencia de los Cargos de la Consejería que la acompañan.

Esta comparencia es continuidad de otras que ya se han llevado a cabo, en esta Comisión. Así, en abril de 2.005, como ya se ha referido el Portavoz del Grupo Regionalista, en esta Comisión compareció la Consejera también ara explicar que era el Plan de Salud para las mujeres 2004-2007, y lo explicó como un compromiso del Gobierno establecido ya en el Plan de Gobernanza.

El Grupo Parlamentario Popular criticó entonces su tardanza, la tardanza en la presentación y bueno se explicó y quedó bastante claro que era un Plan de lo que era la Legislatura, y por lo tanto y sus actuaciones habían comenzado ya desde el primer momento en que la Consejera tomó posesión de su cargo.

Forma parte este Plan de un conjunto de medidas del Gobierno para promover la igualdad de género, una prioridad ética y política de este Gobierno y además una seña de identidad -y me voy a permitir decirlo- de los socialistas también, al igual como es la defensa de lo público no puedo evitar hacerlo.

Es una prioridad la de promover la igualdad de género porque sabemos que estas desigualdades suponen desigualdades en relación con la salud. Es diferente la salud de mujeres y de hombres, debido a factores biológicos, a factores sociales que éstos son modificables, que podemos actuar más en ellos. Y hoy nadie discute que las mujeres se consideran, deben considerarse como un grupo, un grupo con características sanitarias específicas por lo que necesitan un Plan específico con un enfoque no solo biomédico sino también psicosocial.

Se presentó en su día aquel primer Plan de Salud para la mujer porque era necesario, porque era necesario y porque las mujeres como digo somos diferentes, enfermamos de manera diferente y desconocemos bastante también el cómo enfermamos por lo que se debía de profundizar en el conocimiento de este asunto. Son cuestiones que a lo largo del Plan y según ha ido explicando los resultados de esta memoria, van saliendo continuamente en el Plan, están reflejadas en esta memoria que ha presentado.

Las mujeres sabemos que tenemos mayor esperanza de vida, pero también que tenemos una

peor calidad de vida, un peor estado de salud, con unas enfermedades crónicas, padecemos además determinadas enfermedades crónicas más que los hombres. Padecemos más dolores a lo largo de nuestra vida aunque siempre se oye ese refrán verdad de "mujer enferma mujer eterna", pues es cierto se padece más dolor, más accidentes domésticos y más incapacidades. Y por lo tanto pues todas estas diferencias hacen que tengamos también desigualdades en la salud.

Era por lo tanto una necesidad actuar sobre estas desigualdades para mejorar la salud de las mujeres cántabras, y por lo tanto mejorar así la salud de toda la Comunidad. Conocer el estado de la salud de las mujeres, que es un trabajo que ya se realizó el detectar los problemas emergentes, un trabajo ya realizado, priorizándolos en cuanto a su magnitud y gravedad y actuar sobre ellos de una manera integral y transversal que es en lo que estamos estos años trabajando.

En aquella ocasión, en aquella presentación para el Partido Popular le pareció poco ambicioso este Plan, que decía bueno si se detectan todos los problemas actuemos sobre todos los problemas. Pues es importante priorizar bien esos problemas y saber en cuales se debe de incidir por su magnitud y por su gravedad.

Este Plan era pionero en muchos aspectos también se dijo entonces , porque por un lado mejoraba programas ya existentes, como el programa de cáncer de mama o los trabajos que había en salud reproductiva pero planteaba unas actuaciones del todo novedosas como era la incorporación de la perspectiva de género, disminuir los riesgos para la salud debido a la violencia de género y fomentar los hábitos de vida saludables.

Todas estas cuestiones se ven ahora con el trabajo hecho que efectivamente se ha trabajado en ellas y que han dado unos datos que ya podemos comparar, la memoria del 2005, la memoria del 2006 que dan idea de que se está trabajando en la buena dirección y que además las ideas y los planteamientos entonces presentados eran los correctos.

De las cinco líneas de actuación han sido ya explicadas suficientemente por la Consejera, lo único señalar desde este Grupo Socialista pues alguna de las cuestiones que nos parecen más relevantes..

Nos parece muy relevante que en las conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre Salud y Género pues muchas de esas conclusiones sean reflejo de las prioridades y aspectos señalados en el Plan de Salud para la Mujer de Cantabria, como es toda la cuestión de los registros, es decir, que se recojan datos con indicación expresa del sexo, la incorporación de las perspectivas de género a los cuidados sanitarios, examinar y abordar las desigualdades sanitarias e impulsar la investigación; cosa que aquí estamos haciendo a través de la becas de los proyectos de investigación sobre salud y

género, que como ya se ha mencionado en este 2006 la beca versará sobre el sexo y la migraña.

En el aspecto, en la segunda línea, mejorar la salud reproductiva, pues aquí se introdujeron muchas mejoras, muchos cambios y muchas novedades en el plan de salud 2005-2007.

Señalar, para mí me parece muy importante lo que ha sido el desarrollo de lo que es la consulta joven; llega a más centros de salud, llega también a los institutos en este año 2006 y se ha intentado darle mayor difusión a través de estar presente en todas las ferias y todos los stand juveniles posibles.

Es una manera de educar y de informar a nuestros jóvenes y sobre muchos temas y además ya se han explicado aquí las preferencias de tanto por sexos, referente a qué temas se tratan; si las chicas se inclinan más sus preguntas y sus inquietudes hacia los temas relacionados con el sexo y relaciones sexuales sanas y libres, y los chicos parece que se inclinan más o sus preocupaciones van más relacionadas con el mundo de la droga y sus estas cuestiones.

Aunque en Cantabria gozamos de unos francamente buenos datos en lo que hace referencia embarazos, tanto embarazos no deseados como embarazos juveniles, unos buenos datos; es cierto que no se puede bajar nunca la guardia en este asunto y así se ha demostrado un poco con el uso de la anticoncepción postcoital. Se ha referido muy bien la Señora Consejera al decir que esto debe ser un método anticonceptivo excepcional, de emergencia. No podemos descuidar el resto de las acciones.

Por eso nos parece muy acertado el reparto de ese kit, en el que a parte del folleto explicativo de la píldora postcoital se sigue introduciendo el preservativo como evidencia de que es la única manera de evitar el embarazo y de evitar la transmisión de otras enfermedades sexuales.

Todo lo referente a ámbito de pre-parto, parto y post-parto, pues es un esfuerzo que miles de mujeres agradecerán, el humanizar el parto, el evitar todas estas cuestiones como la que se puede administrar la epidural, el evitar la episiotomía, los enemas, los rasurados..., estoy segura que muchísimas mujeres, miles de mujeres lo agradecerán, el tener un parto más individualizado, más natural.

Y esperamos que la vía clínica del parto alcance y llegue a la mayoría de las mujeres que van a dar a luz en cualquiera de los centros hospitalarios.

Las guías, los cuidados referentes a los cuidados de salud, las guías durante el embarazo, para después del parto con lactancia o cuando no es posible la lactancia, las guías referentes a los riesgos laborales especiales de las mujeres gestantes y la guía de prevención de deficiencia del yodo, para prevención de trastornos mentales pues también nos parece muy destacable.

En la línea tercera de actuación lo que hace referencia al programa de cáncer de mama, pues aquí habría que recordar, verdad, muchas de las críticas que sufrió estos cambios del programa. Unos cambios que ya se empezaron a introducir en el 2003, en el 2004 y en el 2005; cambios de todo tipo, desde el nombre, desde cambiarle el nombre a toda la organización, a toda la cuestión de recursos, unidades fijas, lecturas, que la lectura se hiciera en Cantabria, los radiólogos, la mamografía digital, el sistema informático, todas aquéllas cuestiones que en principio se zanjaban la crítica diciendo que es que se quería prácticamente deshacer el programa, pues los datos son tozudos y nos damos cuenta de que no, de que no se ha deshecho el programa, al contrario ha mejorado y mucho. Ha mejorado muchísimo la participación, estamos muy próximos al objetivo del 70 por ciento, hay que ver de dónde estábamos partiendo.

Los tiempos ,la disminución de los tiempos de espera es espectacular. Era inconcebible el que las mujeres estuvieran más de quince días esperando los resultados, y la tasa de detección es algo también muy significativo de que efectivamente, los cambios introducidos en el programa eran los que debieran de haberse hecho, quizá, con anterioridad.

En cuanto a reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia, pues destacar los protocolos de actuación que han sido reconocidos aquí en Cantabria y fuera de Cantabria, tanto por la Amnistía Internacional como al establecer la estrategia de salud mental nacional.

El dato que nos ha dado la Sra. Consejera de detección de esta violencia por malos tratos del 7 por ciento en las mujeres preguntadas, nos hace idea de que quizá podemos estar lejos de la realidad. Pero sí es cierto que ahora sí tenemos un dato fiable, cosa que antes solamente podíamos estar hablando de expectativas.

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

LA SRA SÁEZ GONZÁLEZ: Finalizo.

La última línea, la quinta, la de mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de ámbitos saludables, pues es una tarea que se ha puesto en marcha, que debemos de seguir trabajando en todas estas cuestiones, tanto en lo referente a los trastornos de alimentación, que tanto afecta y tan gravemente afecta a nuestras adolescentes principalmente, aunque no son las únicas.

Y todo lo referente a los problemas de la mujer en la etapa madura.

Nada más, felicitarle por su exposición y animar para que el trabajo siga por estas líneas.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):

Muchas gracias, Sra. Diputada.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra D^a. María José Sáez de Buruaga.

LA SRA. SÁEZ DE BURUAGA GÓMEZ: Gracias, Sra. Presidenta.

En primer lugar, y tal y como han hecho los Portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, pues debo agradecer a la Sra. Consejera su comparecencia en esta Comisión y desde luego la información que nos ha proporcionado en relación con la evaluación del Plan de Salud de las Mujeres.

Saben, porque se lo decimos año tras año, pero yo me siento en la obligación de repetirlo hoy, que desde el Partido Popular valoramos positivamente esta iniciativa. Valoramos positivamente esta iniciativa y cualquier otra en esta dirección, porque compartimos la necesidad de considerar a la mujer en su integridad y la bondad de todos aquellos instrumentos que tratan de identificar y tratan de actuar eficazmente sobre las desigualdades.

Lo importante, sea cual sea el instrumento y se llame como se llame, es poner en marcha actuaciones y medidas concretas respaldadas con presupuesto, que permitan mejorar la atención que reciben nuestras mujeres.

Dicho esto, Sra. Consejera, lo que usted ha hecho hoy más que una evaluación correspondiente al año 2.006, yo creo que ha sido un recopilatorio y más bien un tanto decepcionante, de los tres años de vida del Plan de Salud de las Mujeres.

Un recopilatorio o un balance de Legislatura que permite poner de manifiesto, yo creo que ya a punto de concluir la Legislatura, con absoluta claridad algunas cosas, que año tras año venimos diciendo desde el Grupo Popular, y sobre todo que evidencia las limitaciones y las serias carencias de este Plan.

Mire, siempre hemos manifestado que este no es el Plan que hubiera hecho el Partido Popular, decía la Sra. Sáez, que habíamos dicho que era poco ambicioso. Pues tengo que decir que nos parecía y nos sigue pareciendo un Plan poco ambicioso, nos parece que peca de no incluir muchos de los aspectos susceptibles de intervención, y además no es que lo diga el Grupo Popular, es que si usted se hubiera leído en alguna ocasión el Plan completo, el propio Plan lo reconoce, que hay muchos aspectos susceptibles de intervención que no aborda; lo reconoce el Plan no me estoy inventando yo nada.

Yo creo también en el fondo es un Plan que carece de ese verdadero enfoque biopsicosocial o de ese enfoque integral del que presume, porque se centra mucho en algo que a nuestro juicio es algo tremendamente necesario, importante y relevante como es la salud reproductiva y la violencia de género. Pero sin embargo, olvida la necesaria intervención y coordinación con otros ámbitos como son el laboral, el social, el educativo y el económico,

que están ausentes de su Plan.

De un Plan además que siempre hay que decirlo, la Sra. Consejera habla de que la salud de las mujeres, es una salud entendida en un concepto amplio que debe abarcar su aspecto laboral, su aspecto económico, su aspecto educativo, todos esos aspectos.

Yo, por ejemplo, hay preguntas que todavía me sigo haciendo. ¿Dónde están en este Plan, las medidas para atender –porque yo no las he encontrado- a los problemas de la mujer cuidadora?.

¿Dónde están las medidas, en este Plan, para mejorar la atención y abordar el tratamiento de los problemas de salud más propios de las mujeres como son: la fibromialgia, las depresiones, o las enfermedades crónicas?. Dice la Sra. Sáez: La mujer padece más enfermedad crónica, la mujer padece más dolor, la mujer padece más accidentes y padece más incapacidades. Pues bien, de todo esto no hay absolutamente nada en su Plan. Luego, mal encaja con que la mujer padezca todas esas cosas más que nadie.

¿Dónde están, por ejemplo, las medidas específicas, en un Plan de Salud de Mujer, que yo creo que tiene que servir para eso; para las mujeres con sida, para las drogodependientes, para las mujeres en situación de exclusión, de pobreza, o incluso para las mujeres inmigrantes?.

De todas estas cosas y de otras muchas, el Plan se ha olvidado. Por lo menos en lo que debiera ser nuestra concepción del Plan.

Segunda cosa que yo quiero decir, a la vista de este balance y esta evaluación. Algo que también hemos dicho en alguna ocasión, que su Plan es más estética que cualquier otra cosa. Un bonito libro al que llaman Plan, pero que no es el resultado de un proceso coherente de planificación.

Lo decía la Sra. Consejera en su comparecencia del año pasado. Decía: “Tenemos a nuestra disposición todos los recursos sociales y sanitarios”. Y tiene razón. Tienen a su disposición, dirige y coordina este Gobierno todos los recursos sociales y sanitarios.

Pues bien, yo creo que la intervención y la coordinación imprescindible de todos esos recursos y todos esos servicios, no se refleja, no se garantiza y no se optimiza a través de este Plan.

Y quiero explicarlo para que ustedes me entiendan. Yo, lo que la quiero decir, Sra. Consejera, es que el mejor Plan de salud para la mujer en estos momentos, es aquel que garantice un mejor funcionamiento de nuestro sistema de salud.

Aquel que evite situaciones como la que vivimos recientemente, en el área de salud de Laredo. Donde se había dado la orden de cerrar la agenda de ginecología de ese Hospital, vulnerando el derecho de

la mujer a su acceso a un especialista; que lo decidía un gerente y no lo decidía su médico de primaria.

El mejor Plan de salud de la mujer, es aquel que evite que para una consulta de ginecología haya que esperar ocho meses.

Dice la Sra. Sáez –me ha hecho muchísima gracia- inconcebible las esperas en más de quince días para dar el resultado de una mamografía. Por supuesto. La recuerdo que era cuando la lectura de la mamografía se hacía fuera de Cantabria porque no habíamos recibido las transferencias sanitarias. Las mejoras se pudieron hacer a partir del año 2.002, una vez que se haya transferido la competencia en asistencia sanitaria.

¿Y no la parece a usted inconcebible que haya que esperar ocho meses en el Servicio Cántabro de Salud, para una consulta de especialista en ginecología?. Pues a mí me lo parece.

¿Y no la parece inconcebible que la demora media para una intervención quirúrgica en ginecología esté, en Cantabria, por encima de los tres meses?. Pues a mí me lo parece.

Y me parece sinceramente que no es la mejor forma de planificar los recursos sanitarios que tenemos, en beneficio de la salud de la mujer. Si a usted le parece bien, pues lo respeto.

También me parece que es muy necesario utilizar esos recursos como por ejemplo para que se solucione la escasez, los graves problemas laborales y las sobrecargas de trabajo que tienen nuestras matronas en nuestra Comunidad Autónoma. Me parece que el Plan tenía que poner nuevos servicios para la atención a la mujer.

Ya saben ustedes que el Partido Popular demanda y sigue demandando, y además va a tener la oportunidad de ponerlo en funcionamiento dentro de escasos meses, una Unidad de partos, neonatología y cirugía infantil en el hospital Sierrallana. Eso me parece una medida en favor de la salud de las mujeres.

O me parece una medida en favor de la salud de las mujeres, que se incluya la rehabilitación de la incontinencia urinaria en la cartera de servicios de atención primaria. Nada de esto está en el Plan.

Tercera cosa. Su Plan, tal y como está concebido pues es un Plan de muy difícil o de imposible evaluación –diría yo-. No sólo faltan medidas concretas, no sólo falta integración y coordinación, sino que falta un cronograma de implantación y falta la definición del responsable en cada estrategia. O mejor dicho, yo diría que es un Plan que está concebido para evaluarse ustedes mismos, el Gobierno, o la Consejería como ustedes quieran.

Yo pregunto lo mismo de todos los años. ¿Alguien sabe a qué obligaba el Plan durante el año

2.006?. Porque no hay un cronograma de implantación por años.

¿Alguien sabe si el cumplimiento es satisfactorio, o no?. ¿Si el grado de cumplimiento es el exigible para el 2.006?. Pues es muy difícil cuando no hay indicadores objetivos, o cuando no hay exigencias.

En su evaluación yo creo que, por lo tanto, es el resultado de la subjetividad, de la parcialidad y de la arbitrariedad de un gobierno o de la Consejería que es la encargada de impulsarlo.

Y a la vista de este balance, de esta evaluación de Legislatura, yo querría decir algunas cosas también. Lo que querría decir es que, si alguno mira la memoria del año 2.006, que es muy difícil mirarla cuando se nos ha entregado ayer a las dos de la tarde, igual ustedes la tenían antes, el Grupo Popular no, porque se registró en el Parlamento el día anterior, el lunes. Entonces hay que decir que el respeto al Parlamento no se mide sólo por venir a comparecer, que el Plan además no obliga a venir a comparecer, pero sí por remitir la información y la memoria en plazo.

Y cuando se venga a comparecer se haya estado en condiciones de poder estudiarla, examinarla y demás. Pero bueno...así y todo, desde el Grupo Popular, lo hemos hecho, con sacrificio pero lo hemos hecho.

Y viendo la evaluación de este año, yo diría que en el año 2.006, es el año en el que más se evidencia lo que verdaderamente es este Plan. Además la Consejera lo ha puesto muy fácil, porque ha venido cargada de lo que es este Plan en el año 2.006, del folleto, del material divulgativo y de un Plan que se queda en lo publicitario.

Salvo en el tema de la ampliación de la edad en el Plan de detección precoz del cáncer de mama, yo diría que muy pocas medidas nuevas. Y que lo que ha contado hoy la Sra. Consejera en su comparecencia, si ustedes se han leído la del año pasado es práctica y exactamente lo mismo. Y voy a poner algunos ejemplos.

Líneas prioritarias de actuación, cuando se habla de visibilizar la situación de la salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en la acciones relacionadas con la salud. Nada nuevo en relación con ejercicios anteriores, realización de cursos, jornadas, encuentros, en número de cinco, a las que asistieron 31 profesionales de la Consejería y la ya anunciada convocatoria de ayudas del IFIMAV para investigación en esta área.

En el tema de salud reproductiva, yo tengo que decir que no ha habido nada que me sorprenda en relación, ni que aporte un plus en relación con lo del año anterior. El impulso de la Consulta Joven se nos explicó el año pasado, las presencias en JUVECANT y en actos de los jóvenes se nos explicó el año

pasado, el ya conocido informe sobre anticoncepción postcoital ya se nos explicó el año pasado y fíjense, por ejemplo en este año se incluye en la memoria la difusión de ese informe y la rueda de prensa que dí para explicar ese informe.

O sea, entenderán ustedes o compartirán ustedes conmigo, que en la memoria hay cosas que encajan un poco mal.

La adquisición de la píldora postcoital en los servicios de farmacia de las gerencias de atención especializada, el folleto informativo de anticoncepción postcoital y poquitas cosas más.

Nada que no se nos haya dicho en el 2.004, en el 2.005 y ahora en el 2.006, también en relación con la humanización al parto y al nacimiento y en relación al Plan de fomento de la lactancia materna que, en realidad, no desprecia en ningún caso ni en ningún caso las medidas que se han venido poniendo en marcha ni la iniciativa, pero digo que este año no hay ninguna novedad o ningún avance significativo a ese respecto.

Únicamente se habla de un Decreto en el que se recogen los derechos, pero yo lo que tengo que decir es que esos derechos son expresión del derecho a la libre elección, expresión del derecho a la autonomía del paciente, expresión del derecho al respeto, a la intimidad y a la dignidad que consagra la ley, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria del año 2.002.

En relación al cáncer de mama, sí quiero decirlo alto y claro. Lo hago todos los años, lo sabe la Sra. Consejera, yo creo que este grupo es honesto o trata de serlo en sus intervenciones, este es el aspecto en el que menos reproches hemos de hacerlo y en el que más avances hemos de reconocerla. En cuanto al Plan de detección precoz de cáncer de mama.

Es cierto que seguimos sin cumplir los objetivos de participación señalados, pero es cierto que se han introducido mejoras muy importantes durante estos tres años. Mejoras a las que yo creo estaba obligado cualquier Gobierno que recogiera el testigo y mejoras, también hay que decirlo, que en todo momento han sido instadas y compartidas por el Grupo Parlamentario Popular.

A este respecto, ustedes también lo saben o me imagino que lo esperan, lamentamos y seguimos lamentando la falta de voluntad, seguimos lamentando la falta de ambición y seguimos lamentando su negativa a ampliar en la sexta vuelta, el Plan 2.007, durante los años 2.007 y 2.008, las pruebas de cribado a las mujeres comprendidas entre 45 y 50 años. Compartimos esa decisión de la Consejería, para nosotros tardía, de ampliar la edad de 50 a 69 años, pero saben que hemos sido críticos y reivindicativos en el sentido de que para nosotros con los datos que hoy hay encima de la mesa, es imprescindible e inexcusable que se incluyeran en esa nueva vuelta ya las pruebas de cribado para las

mujeres de menos de 50 años, concretamente entre 45 y 50 años.

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

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Voy terminando ya Sra. Presidenta.

En cuanto a los riesgos para la salud derivados de la violencia de género, decir que también poco nuevo que aportar en el sentido que se ha desarrollado el protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Y sí destacar la actualización del protocolo de actuación sanitaria a víctimas de agresiones y abusos sexuales, que en realidad databa nuestra Comunidad Autónoma desde el año 93.

Pero yo también tengo algo que decir para ir terminando. Su balance demuestra o su Plan demuestra que hay líneas que están absolutamente vacías de contenido y a mí eso o a mi Grupo eso nos preocupa mucho, vacías de contenido y vacías de resultados. Y me refiero sobre todo a la quinta línea de actuación, la de mejorar la salud de las mujeres desde entornos sociales mediante el fomento de hábitos saludables.

Ninguna actuación para reducir el rol de cuidadoras mediante programas de descanso, formación y apoyo. Ninguna actuación sería en relativa a los problemas en salud mental, ninguna actuación para promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la madurez, salvo alguna guía como de costumbre; y ninguna actuación para desarrollar programas especiales de atención a mujeres mayores solas con enfermedades crónicas o discapacidad.

Termino diciendo que yo creo que su Plan está agotado, no en cuanto al grado de cumplimiento de sus exigencias, sino en cuanto a propuestas. Yo creo que el Plan de este Gobierno necesita renovarse y necesita fortalecerse con propuestas a favor de la mujer como las que plantea el Partido Popular.

Se preocupan ustedes mucho y es obligado hacerlo y es un acierto hacerlo por la anticoncepción, pero no se preocupan absolutamente nada de uno de los problemas más importantes de las mujeres que es la concepción; no hay una sola medida y no proponen ustedes una sola medida para impulsar las unidades de reproducción y una mayor cobertura a los tratamientos para la esterilidad.

Más propuestas, pues como la creación de un atención integral, de una unidad a la atención integral a la mujer menopáusica o a las enfermedades del suelo pélvico que ni siquiera aparecen en cuanto a las medidas en su Plan.

Más propuestas, actualizando el calendario vacunal en lo que se habla de salud pública, referencia a la prevención incluyendo vacunas en este caso, que son salud para nuestras chicas, para nuestras mujeres como la del papilomavirus, que

puede prevenir infecciones y por lo tanto cáncer.

Más propuestas, ya lo saben ustedes...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada va a doblar usted el tiempo.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Ampliando, termino ya Sra. Presidenta, el programa de detección precoz de cáncer de mama desde los 45 años o promoviendo nuevos programas de detección precoz como el de cáncer ginecológico.

Echo de menos Sra. Consejera y de verdad a mí esto me parece un tema muy importante, sé que lleva tiempo pero tiempo es lo que ustedes han tenido, cuatro años y yo creo que es fundamental, es algo urgente que hay que abordar inmediatamente un Plan Integral de prevención y control del cáncer, que además de diagnóstico precoz, garantice tratamiento y rehabilitación.

Yo creo que esas son aparte de las críticas propuestas y aportaciones de futuro del Partido Popular frente a un Plan pobre, vago e inconcreto en contenidos que es aún más pobre, más vago e inconcreto en cumplimientos.

Gracias Sra. Presidenta por su benevolencia.

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

Antes de dar la palabra a la Sra. Consejera entiendo que no van a utilizar ustedes el segundo turno porque ninguno se ha manifestado.

Bien entonces tiene la palabra la Sra. Consejera ya con el último...

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Si me pregunta depende de la intervención de la Consejera porque lógicamente si hay alguna pregunta, alguna duda, alguna aclaración o algún comentario yo no puedo renunciar a mi segundo turno sin oír a la Sra. Consejera.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): De acuerdo.

Tiene la palabra la Sra. Consejera.

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

Les agradezco mucho las muestras de congratulación que han expresado acerca del hecho de que vengamos periódicamente a exponerles como va este plan, pero quisiera decirles que precisamente su primera línea estratégica es precisamente visibilizar, el hacer más visible la situación de salud de las mujeres.

Es obvio que este es uno de los primeros lugares donde debe de ser ejercido esa actuación. Es una obligación en cualquier Plan, pero en este caso

concreto cumple además uno de los objetivos que están incluidos en la primera línea prioritaria de actuación.

Yo comprendo que este Plan plantea algunas diferencias en relación a otro tipo de planes, a otro tipo de planes que abordan problemas más concretos. Estamos hablando de la diferencia culturalmente construida que influye en resultados de salud diferentes para hombres y mujeres.

Estamos hablando de un tema cultural que recorre a toda la ciudadanía, a hombres y a mujeres, de hecho recorre el mundo entero. Y recorre a todas las personas desde su nacimiento, desde antes de su nacimiento ya se condiciona hasta el momento de su muerte. Estamos de alguna manera hablando también de intangibles.

En lo concreto, este Plan carece de la posibilidad de utilizar en gran medida indicadores estandarizados, indicadores de evaluación al uso, porque no existen salvo en el tema del diagnóstico, del programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama en el que sí existen, por ejemplo las guías europeas de calidad, que marcan una serie de indicadores que si no son cumplidos, comprometen la calidad o incluso la razón de ser del programa.

Salvo en ese caso, hemos tenido que buscar qué indicadores podían demostrar que se estaba progresando en este intento de introducir la perspectiva de género en salud, en este intento por disminuir las diferencias no biológicamente explicables de salud entre hombres y mujeres.

Por otro lado, este Plan se ha planteado actuar progresivamente. Es decir, sí ha establecido líneas de actuación, ha elegido cinco, podía haber elegido más; y dentro de cada línea de actuación marca claramente un objetivo general más teórico, más conceptual y luego objetivos específicos.

Y además establece estrategias, de hecho estamos ya utilizando estrategias que no estaban ni siquiera apuntadas en el Plan, porque como ya dije en la anterior comparecencia, este Plan va desarrollándose, va también creciendo.

Estrategias que son actuaciones más concretas, y luego para cada una de las líneas, habla de criterios de evaluación e indicadores. Y además en un capítulo específico, se explica que la evaluación del Plan se llevará a cabo anualmente junto con la correspondiente memoria, donde se detallarán cuantas actuaciones previstas se han puesto en marcha, y en qué nivel de desarrollo se encuentran.

Como pueden ver esto es absolutamente dinámico y por tanto las actuaciones tienen una continuidad, de tal manera que cosas que se han planificado o incluso iniciado su puesta en práctica en el 2.005, tienen su continuación lógicamente en el 2.006 y seguramente en el 2.007.

Y en la información hay que transmitir esa

idea, y por eso yo he intentando decir esto, 2.005, esto otro ya en el 2.006.

Y además se plantea que se tendrá una evaluación final a la conclusión de todo el periodo de vigencia del Plan. Es decir, que cuando finalice el 2.007, tendremos que hacer una evaluación completa y tendremos que hacer otra cosa que es muy importante también, que es redactar un nuevo Plan de actuación, partiendo del lugar a donde nos haya conducido éste, incorporando todo lo aprendido y todo el nivel de ambición, quienes consideremos capaces de plasmar.

Se habla también de que la evaluación se realizará mediante el análisis de los indicadores correspondientes a los distintos objetivos. Y habla de una evaluación de todo el proceso.

En definitiva, no es un Plan sectorial. Es un Plan que tiene que ver, yo diría que fundamentalmente con la mitad más un poco de la población, pero en términos generales con toda la población.

Porque cuando por ejemplo, estamos hablando de entornos saludables y estamos hablando de sobrecargas, estamos hablando de una distribución no equitativa. Una distribución inequitativa de la atención, del cuidado a los familiares, a los niños, a las niñas, a los mayores, a los enfermos, a los discapacitados.

Por tanto, estamos también aludiendo al otro 50 por ciento con el que las mujeres tenemos que repartirnos todo en el mundo. Por tanto, es un Plan que tiene estas características.

Y además es un Plan en el que influye muchísimo la transversalidad. La memoria no trata de agotar todas las actuaciones realizadas por el Gobierno, ni siquiera por la propia Consejería, entorno a la mejora de las condiciones de vida de las mujeres que influyen en una mejora de su salud y de bienestar, porque sería excesivamente exhaustivo y se centra fundamentalmente en lo que está bajo la directa responsabilidad de la Dirección General de Salud Pública, aunque introduce algunas cuestiones realizadas desde nuestra Consejería y también desde el resto del Gobierno.

Ni qué decir tiene que, cuestiones que ha puesto en marcha la Consejería de Educación, como las aulas de dos años; por ejemplo, el Diputado Muguruza está interesado en ese tema; a todas las cuestiones que está impulsando la Consejera de Relaciones Institucionales desde el observatorio de la familia; u otras actividades que se hacen desde la Dirección General de la Mujer. Por no decir todas las actuaciones que desde Industria y desde Economía se están haciendo, en relación a impulsar el trabajo de la mujer, la incorporación de la mujer al trabajo, podrían quedar aquí reflejadas. Pero no ha sido ésa nuestra intención.

El tema de la transversalidad se refleja

también, y el tema de cómo hay que introducir la perspectiva de género en todas nuestras actividades, se refleja también en un tema del que ha hablado el Diputado del PRC. Él ha hablado de una nueva actividad que hemos desarrollado con el 061.

Hemos sabido que el 061 es un Servicio que es muy conocido en nuestra Comunidad; digamos que es el teléfono más conocido, por encima del 112. Pero hemos sabido que es menos conocido por las mujeres. Entonces, estamos actuando en ese sentido.

Sabemos que el 061, es un teléfono que ante cualquier urgencia sanitaria es utilizado. Y así como las tele-operadoras que responden a la llamada y abren el abanico de preguntas para implantar la atención y el médico, o la médica encargada 24 horas todos los días del año, en resolver y decidir la atención, estaban muy preparados para actuar frente a una accidente de trabajo, a un infarto, pero tenían más dificultades para saber cuál debía ser su actuación y qué otras instituciones debían poner en tensión cuando se producía una situación de violencia de género, cuando se producía una situación de abuso sexual. Y en este sentido se está trabajando.

Hablaba el Diputado, Muguruza, también de nuestros cursos. Los cursos que hemos realizado para sensibilizar y para formar a nuestros profesionales de atención primaria, para atender a las mujeres que son víctimas de maltrato.

Esos cursos están resultando de sumo interés. Puesto que éste, es un tema absolutamente transversal, es un curso al que acuden todos los profesionales del centro de salud.

Otros cursos que estamos realizando, acuden a enfermería o acude a enfermería y médicos, pero no acude la trabajadora social o no acuden las matronas o no acude el fisioterapeuta. Este es el curso en el que está acudiendo todo el centro de salud en bloque, absolutamente todo, pediatras, matronas, fisioterapeutas, trabajadoras sociales, enfermería, etc. Es el curso en el que el equipo ha podido verse en su conjunto y ha tenido una actividad común. Por tanto, estamos observando beneficios adicionales muy importantes. De hecho, es el curso de formación que más satisfacción está generando en nuestro profesionales.

Y además, desde el momento en que empiezan su aplicación, ellos dicen que se produce un fenómeno empático y de mejora de la relación con las mujeres sorprendente, tanto con las que contestan a un primera pregunta que, efectivamente, han sufrido maltrato como a las mujeres que contestan que no han tenido el infortunio de experimentar maltrato. Se rompe una barrera, se abre una puerta que ve muy claramente los profesionales y muy claramente las mujeres, a una nueva forma de confianza y de relación en la consulta. Esto nos lo han contado muchos profesionales y es algo muy interesante.

Con el tema de la edad de cribado que ha hablado el Diputado Muguruza y también ha hablado

la Diputada del Partido Popular, quisiera decir lo siguiente. El incremento de la edad de cribado estaba comprometida en el Plan desde su origen, como se puede comprobar, como dije, me parece en la página 44. Pero es cierto que nosotros lo condicionamos, dijimos que no íbamos a acometer eso hasta en tanto en cuanto, no tuviéramos suficientemente bien atendido al núcleo, al disco duro del problema, que son las mujeres entre 50 y 64 años. Si en el grupo de edad donde más incidencia de cáncer de mama existe, no conseguíamos una participación mínima que justificase un programa y además que posibilitara unos resultados que mejorasen la supervivencia en el cáncer de mama, era una tontería pensar en abordar incrementos de la edad. Y así lo dijimos.

Hemos observado una mejora muy importante en la participación en el cribado. Por tanto, ya en esta sexta vuelta, acometemos este compromiso porque creemos que tenemos un programa sólido, que esta caminando correctamente hacia unos índices de participación adecuados y creemos, por tanto, que estamos en condiciones también de afrontar ese otro reto de ampliar la invitación a 16.000 mujeres más.

Nosotros sabemos que para mejorar la participación alcanzada en esta quinta vuelta en las mujeres, tendremos que intensificar todos nuestros esfuerzos para sensibilizar, para que las mujeres conozcan el programa. Tenemos que intensificar esfuerzos para hacerlo más accesible. Por eso estamos muy satisfechos de la posibilidad que tenemos de sustituir la unidad fija del hospital Sierrallana que, como saben, requiere una comunicación, está más aislada y colocar esa unidad fija en pleno centro de Torrelavega, al lado de la estación de autobuses y muy cerca de la estación de trenes.

Además, con la posibilidad de todo el tiempo. Porque claro, en la unidad fija de Sierrallana, del hospital, tenían que compartir los espacios con la actividad ordinaria de un servicio de radiología. Y aquí, sin embargo, vamos a tener espacio suficiente para que no haya esos problemas horarios. Esto va a permitir, seguramente, mejorar la atención en Torrelavega que ya subió muchísimo su participación, nueve puntos, y tendremos que pensar y diseñar actuaciones para el área de Santander que es el área que menos participa. Aunque nosotros tenemos datos que nos hacen pensar que parte de las mujeres se están realizando las mamografías fuera del programa y la inmensa mayoría de ellos en nuestros propios servicios.

Por tanto, para mejorar la participación en el programa, vamos a tener que seleccionar bien y que todas las mujeres que quieran hacerse una mamografía de cribado, se la hagan en el programa preparado perfectamente para ello, que además está preparado para que vengan todas las mujeres a las que invitamos. Y que estas mujeres no vayan vía consultas ginecológicas de rutina, a los servicios de diagnóstico que deben de reservarse para la mujer que presenta un síntoma, que presenta un signo, una

tumoración o las mujeres que son derivadas desde el Programa.

Se está trabajando también mucho en este sentido. Y además como saben, nosotros hemos preferido antes de hacer una campaña de prensa, de información y de invitación que además siempre llega a las mismas personas, poner en marcha un Programa Cita Activa, que ha consistido en ponernos en contacto telefónico con todas aquellas mujeres que no habían acudido a la cita del programa. Para conocer si no habían recibido la carta por alguna dificultad, si tenían alguna duda, si tenían algún miedo que podía ser resuelto, si ya se habían realizado la mamografía en algún otro servicio.

Y este Programa de Cita Activa, es auténticamente eficaz porque actúa justo donde tiene que actuar: en aquellas mujeres que realmente no han acudido al programa. Nos ha permitido actualizar datos de direcciones, situaciones clínicas, mujeres que habían fallecido y que no estaba así recogido en el censo. Mujeres que tenían ya un cáncer de mama previo, con lo cual no tenían que ser abordadas desde el programa; nos está permitiendo realmente mejorar mucho nuestro control sobre la población a la que tenemos que ofrecer el programa.

Y en alusión al tema de la edad del cribado, yo no voy a insistir demasiado porque entonces se me salto a mi vena profesional y empiezo a disertar sobre el nivel de evidencia científica, sobre el nivel del consenso, sobre las edades en el cribado, sobre la sensibilidad, la especificidad que comprendo que es un castigo a las dos y diez de la mañana, someterles a ustedes Diputados.

Pero ratificar los mismo que ya he dicho en otra ocasión: en el momento que exista evidencia científica suficiente que se entienda suficiente consensuado, es decir, que suficientes organismos y entidades entiendan que ya hay evidencia científica suficiente como para rebajar la edad de cribado a los 45 años, teniendo en cuenta además que estamos consiguiendo una participación adecuada; esta Comunidad lo abordará.

De hecho esta Comunidad está abriendo una línea de investigación muy interesante. Es la primera Comunidad que ha incorporado la tecnología digital, la mamografía digital al cribado. Esto ofrece toda una serie de ventajas que no vienen al caso, pero abre una hipótesis; la hipótesis de que la mamografía digital sea mucho más sensible en la mama joven que la técnica ordinaria.

Y por tanto que, la utilización de la mamografía digital permitiera diagnósticos que no está permitiendo en las mujeres por debajo de los 50 años la técnica que utilizamos actualmente.

Si eso fuese así y si eso se confirmara, se obviaría una de las principales objeciones al hecho de bajar la edad. Y es que la mama joven es muy densa, no se beneficia en la misma medida que la mama de más edad de la técnica radiológica convencional, y

sin embargo es radiada en exceso y además se detectan cuestiones benignas que meten a la mujer en una situación de vivencia virtual, experiencia virtual de tener un cáncer de mama, para luego tener un resultado negativo. Esto con mucho más frecuencia en las mujeres por debajo de 50 años.

Esta es una línea de trabajo que está haciendo nuestra Comunidad y que se está haciendo además en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a partir precisamente de los datos y de las posibilidades que proporciona el programa.

Es decir, que no crean que nosotros cerramos los ojos a la innovación y al crecimiento del conocimiento científico sobre todo, aplicable a nuestras mujeres.

Comentaba el Diputado del PRC, que le había satisfecho el Decreto de nuevos derechos de la madre, del padre y del recién nacido. Pues lo cierto es que ese nuevo Decreto nos gusta, efectivamente también a nosotros nos gusta y va en la línea de la voluntad de este gobierno de ampliar derecho, de crear y reconocer nuevos derechos a la ciudadanía, derechos a la ciudadanía sanitaria y derechos a la ciudadanía social. Por ejemplo, hemos ampliado el derecho de elección de médico entre los 14 y los 16 años, los 14 antes inexorablemente tenía, los niños y las niñas que pasar a ser atendidos por el médico de familia el médico de medicina general.

Se ha ampliado el derecho, tienen ahora la opción de dar ese salto a los que ya se sienten muy mayores y tiene la opción de quedarse con el pediatra que siempre les trató a los que sienten bien acogidos, y saben que su pediatra también sabe de temas de adolescentes.

Hemos puesto en marcha desde luego con la colaboración, gracias al Parlamento la Ley de garantías de Demora de Tiempos de Espera. Este propio Decreto, también la carta de Derechos y de Deberes de los ciudadanos frente a la atención, a urgencias y emergencias del 061 que hemos dado a conocer recientemente y cómo no, en el ámbito de la ciudadanía social, la Ley recientemente aprobada en este Parlamento de Derechos y de Servicios sociales.

Comentaba usted también el tema de la Ley de promoción de la autonomía personal. Efectivamente, estamos totalmente de acuerdo que ningún actuación que podamos realizar desde el ámbito sanitario tendrá un efecto globalmente tan positivo sobre la salud y el bienestar de las mujeres de más edad que el que va a tener la Ley de Promoción de la Autonomía Personal.

Y es por esto que también plantea problemas el elaborar solo desde un punto de vista pequeño, sanitario la mejora de la salud, esa mejora de la quinta línea, esa quinta línea que tenemos un poco hueca, que tenemos más coja; y es que esa quinta línea se está rellenando con otro tipo de actuaciones y desde luego ésta sería una muy importante.

Me hablaba también del tema de los centros de

atención a la primera infancia. Bien, ya sabe y esto perteneció a la memoria del 2005 y por eso no he hablado de ello, que hicimos un cambio muy importante en nuestros propios centros de atención a la primera infancia, que cerraban en verano, que cerraban en Semana Santa, que cerraban en Navidades y que además tenían un horario demasiado corto para los horarios de sus padres y de sus madres.

Esto se arregló, se amplió, se incrementó personal y también se llevaron cabo toda una serie de obras de ampliación, de reforma, de remodelación de nuestras guarderías, algunas de las cuales seguramente conoce y también pusimos en marcha una nueva línea de trabajo que era impulsar centros de este tipo, guarderías laborales, vamos a llamarlos así en lugares de trabajo, en entornos de trabajo en los que hubiera muchas mujeres trabajando.

Se empezó con Mercasantander, fue complicado, pero pudimos hacerlo y este año lo hemos podido hacer con dos ayuntamientos y nuestra voluntad es seguir haciéndolo con todos los ayuntamientos o todas las entidades que quieran poner en marcha algo de este tipo.

Por ejemplo aquí no hemos hablado de las aulas de dos años, pero las aulas de dos años sin duda un cambio cualitativo y muy importante en la promoción de la atención de la primera infancia.

Lo supuso desde luego el que la escolarización comenzase a los tres años, pero las aulas de dos años además están progresando mucho en nuestra Comunidad, se está incrementando el número con mucha satisfacción tanto por parte de los padres como por parte del profesorado también sería una cuestión a tener en cuenta.

Comentaba la Diputada del Partido Socialista que este plan tenía toda una serie de valores. Efectivamente en este Plan hemos querido aunar varias cuestiones que usted comentaba, hemos querido aunar el enfoque biopsicosocial, la atención integral con la perspectiva de género, con la actuación transversal no sólo de nuestra Comunidad, no sólo de nuestra Consejería sino de toda la acción de Gobierno. Y creo que en alguna medida lo hemos conseguido.

En este sentido, decía la Diputada del Partido Popular, que sin embargo opinaba que no había un enfoque biopsicosocial, porque nos centrábamos a los temas, o dedicábamos mucho espacio del proyecto del plan a los temas reproductivos.

Quisiera aclarar la siguiente cuestión: cuando hablamos de enfoque biopsicosocial, estamos hablando de una perspectiva con la que se aborda cualquier tema de salud y de enfermedad, también la salud reproductiva. Es decir, enfocar la salud reproductiva con un enfoque puramente biologicista habla únicamente de entender, vamos a hablar del sida por ejemplo, de entender el sida como una enfermedad de transmisión sexual y enfocar el sida

con un enfoque biopsicosocial significa que no nos ocupamos solamente de un virus, transmisible y no nos ocupamos solamente de sus consecuencias directas sobre el organismo, sino que sabemos también que tiene unas consecuencias sobre el individuo como persona en la comunidad; y además existen una serie de razones que han condicionado o han influido que esa persona contraiga ese tipo de infección. Condicionantes sociales, de clase social, condicionantes personales de orientación sexual, por ejemplo la homosexualidad u otro tipo de condicionantes como adicción a drogas con todo su correlato.

Por tanto, este enfoque biopsicosocial también debe de integrar la perspectiva de género; es decir, muchas mujeres no están en condiciones de protegerse frente a una eventual infección por VIH, debido a sus relaciones asimétricas de poder en nuestra sociedad, en relación a los hombres. No están en condiciones de decir que no tienen una relación sexual sin preservativo etc.

Por tanto, frente a cualquier problema de salud, el enfoque biopsicosocial que incluye, tiene que incluir la perspectiva de género está y en esa medida está claramente todo el enfoque en salud, en la línea estratégica de mejorar la salud reproductiva.

Se comentaba, la Diputada del PSOE que no le parecía que el proyecto tuviese escasez de ambición, frente a la posición expresada también en alguna otra ocasión del Partido Popular de que sí era escasa la ambición y que incluso en nosotros, los que habíamos elaborado el proyecto habíamos acotado esa ambición.

Sí, es cierto, nosotros hemos acotado esa ambición porque nos encontrábamos que entrábamos en buena medida en un camino inexplorado, que el resto de las Comunidades no habían hecho recorridos en este sentido, que carecíamos de esos ejemplos de buenas prácticas, en este sentido por lo menos que no había demasiadas y que lo que no queríamos era levantar expectativas que no pudiéramos satisfacer, que lo que no queríamos era que el plan fuese, se quedase como dice la Diputada del Partido Popular en un documento, en papel mojado; digámoslo así.

Y por eso nos planteábamos un plan con ambición controlada, diría yo, ambición controlada que nos está pareciendo que no estaba tan controlada; porque las exigencias del plan son muchas.

E incluso, yo mismo, recuerdo perfectamente en las reuniones preparatorias y quizá por mi origen profesional; me puse muy pesada, digo: es que lo que yo no quiero es un plan que reduzca a la mujer a aspectos meramente de salud reproductivas, o aspectos de salud muy específicos de las mujeres.

Y efectivamente lo intentamos, pero cuando empezamos a trabajar nos dimos cuenta de que había la tira de cosas –me van a perdonar la expresión– muchísimas más que mejorar, en el aspecto

puramente de salud reproductiva; muchísimas. Véase sin ir más lejos el número de cánceres de mama que se nos estaba escapando con el viejo programa. Y eso es puramente biológico.

O dense cuenta del cambio acelerado que está viviendo nuestra sociedad en su vivencia de la sexualidad, en su capacidad para elegir diferentes conductas sexuales. O por ejemplo el cambio que está experimentado nuestra sociedad, nuestras mujeres, nuestras parejas jóvenes que reivindican ser los protagonistas en su parto. Mujeres que dicen: el parto es nuestro; que dicen: nosotras parimos, nosotras decidimos.

Por tanto, nos estábamos enfrentando a un cambio social que colocaba aspectos de atención a la salud reproductiva, en una dimensión muy distinta, en una dimensión de derechos, en una dimensión de ampliación del protagonismo de los ciudadanos impresionante. Ya no era solamente atender un cáncer de mama; ya no era solamente poner una epidural. Era un cambio absolutamente cualitativo de nuestra ciudadanía que quiere vivir su vida de otra manera.

Y en esa medida, nos dimos cuenta que teníamos que dedicar atención también a la mejora de la atención de la salud reproductiva y los aspectos específicos. Porque no les estábamos atendiendo tan bien como quisiéramos atenderlos y porque además tenían ahora una resonancia, una cualidad distinta. Me gustaría haber explicado esto con alguna claridad.

Por otro lado, no quisimos introducir medidas muy concretas. Esto tiene que ver con algunas de las sugerencias que me ha hecho la Diputada del Partido Popular. Es decir, no quisimos que el Plan descendiese a actuaciones muy concretas, sobre patologías excesivamente concretas. Aunque efectivamente el Plan sí está teniendo ese tipo de desarrollos.

Porque creemos que algunas de esas actuaciones se están desarrollando ya desde la atención sanitaria específica e individual. Puede ser, por ejemplo, el tema de los dolores osteomusculares. No lo vamos a enfocar desde el punto de vista de la fibromialgia, sino que lo vamos a enfocar desde un punto de vista más amplio. De hecho, una de las conferencias o de las jornadas de salud y género, precisamente trató este tema. Pero desde una visión amplia y no concreto de uno de los elementos, o uno de los diagnósticos como puede ser la fibromialgia.

Y por ejemplo estamos trabajando en esta línea también, porque –esto no lo he comentado porque pertenece al año 2007- en la convocatoria de Becas de Investigación del IFIMAV de 2006, que acabamos de resolver, precisamente uno de los trabajos va a ser desarrollado por un reumatólogo y va a ser desarrollado por una enfermedad reumática que afecta específicamente a la mujer. No es la fibromialgia.

Le comentaría, a la Diputada del Partido Popular, que es obvio que este no es el Plan que hubiera hecho el Partido Popular. Precisamente, eso forma parte de la riqueza de nuestra sociedad; la pluralidad, la capacidad de prestar más atención a unos aspectos de una realidad que es poliédrica, que siempre es multidimensional. Y además la posibilidad de ofrecer a nuestra ciudadanía desde un bagaje ideológico, desde un acervo ideológico, un enfoque y unas prioridades que no son idénticas, a veces ni siquiera parecidas para los diferentes Grupos Políticos. Sin duda que el Partido Popular hubiera hecho un Plan muy distinto a éste, lo cual ni pone ni quita al valor que puede tener este Plan.

Porque este Plan se ha hecho desde un Gobierno que se considera progresista, desde un Gobierno que no quiere ser conservador. Desde un Gobierno además de coalición, con lo que esto significa de incorporar mayor pluralidad, integrado – como todos sabemos- por el Partido Regionalista de Cantabria y por el Partido Socialista Obrero Español.

Por otro lado, tengo que volver a lamentar que la memoria haya llegado tarde. Lo he comprobado no sólo porque me lo ha expresado, nos lo ha expresado la Diputada, sino porque por la intervención que ha hecho la Diputada, puedo darme cuenta que no le ha dado tiempo a leer la memoria provisional.

Diputado del PRC, faltan de incorporar todos estos aspectos que usted echa de menos. La memoria que es un documento provisional y cotejarla con la memoria del 2.005, porque si se cotejan, este es un trabajo que he realizado yo claro, he tenido que realizar para presentarles este documento, si se coteja, se comprueba que sin duda existe continuidad porque las actuaciones continúan y continuarán en la memoria del 2.007, no se incluyen actuaciones ya recogidas aquí.

Pero si aquí se dice se va a formar un Grupo para trabajar en tal cuestión, aquí se dice: se formó el Grupo, trabajó y este es el producto por ejemplo, de su trabajo.

Decirle que desde luego todas las actuaciones que tenemos que desarrollar para mejorar la salud de las mujeres no están agotadas ni mucho menos tal y como usted decía, pero tampoco están agotadas nuestras ideas, ni tampoco está agotado el Plan de actuación.

De hecho no solamente he cotejado en la memoria de 2.005, con la memoria provisional de 2.006, sino la he cotejado con la memoria de estos tres meses del 2.007. Y me he llevado la agradable sorpresa de que el 2.007, al menos en estos tres meses, ha sido muy fructífero.

Porque claro, aquí ya se estaban preparando cuestiones que cuando dan sus frutos, es un poquito más adelante. Por tanto yo creo que ustedes se van a llevar la sorpresa de que la memoria del 2.007 completa y consolida este importante compromiso que hemos querido adquirir con este Plan.

Pero nosotros ya estamos pensando en el Plan 2.008..., no sé qué, ya estamos pensando y ya tenemos muchas ideas al respecto. Quisiera invitarles a todos ustedes a que nos transmitan, que nos den aquellas ideas, aquellas sugerencias para un Plan de actuación que pretende ser un Plan dirigido a toda la Comunidad, y que pretende medicalizar lo menos posible.

Sería también una de sus condiciones; intentamos medicalizar lo menos posible, y en ese sentido algunas de las propuestas del Partido Popular no serían tanto propuestas para el Plan, serían más bien propuestas para el propio Servicio Cántabro de Salud, que es el responsable de la atención sanitaria individual y directa; y que yo –no le quepa la menor duda- que transmitiré.

Y ya para finalizar, expresar que la preocupación del Partido Popular es la preocupación del Gobierno sobre las listas de espera; lista de espera en la atención sanitaria es un problema muy complejo, motivó según recuerdo una comparecencia y es un problema que debemos de saber que es estructural a nuestro sistema, que su resolución no es la desaparición de la lista de espera, sino el mantenimiento de listas de espera muy bien acotadas en tiempos aceptables social y científicamente y además de eso para situaciones bien conocidas.

Una situación de una hernia umbilical puede no presentar ningún problema a según que personas, y sin embargo ser un auténtico problema para una persona que realice trabajos que supongan esfuerzo físico. Es decir, que no solamente podemos ordenar nuestras listas de espera por procesos, por gravedad de procesos, sino también por indicaciones sociales y personales que tiene que ser además pactadas, estar expresadas y conocidas por los pacientes, por los profesionales y por la ciudadanía en su conjunto; porque solo del consenso y de la aceptación de esa cuestión podrá derivarse un abordaje adecuado del problema de las listas de espera.

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

Abrimos un segundo turno, lo que sí que les pido es que se ajusten a los cinco minutos como máximo para no extendernos mucho en el tiempo.

Tiene la palabra el Sr. Muguruza.

EL SR. MUGURUZA GALÁN: Nosotros básicamente nos damos por satisfechos con las explicaciones dadas por la Consejera.

Nosotros creemos que está perfectamente bien explicado, que estamos de acuerdo con usted Sra. Consejera en que no podemos extraer a la mujer de su integración en las dolencias generales del ser humano, es decir, que si la mujer se fractura un hueso o padece una depresión pues es asistida por el mismo especialista que atenderá al varón con esos mismos problemas.

El Plan de Salud de las Mujeres debe abordar, y así lo hace, aquellas áreas de salud más específicas del género femenino, o que afectan de una manera desproporcionada al género femenino como puede ser la denigrante violencia de género o el cáncer de mama, sin que les desasista en todos los demás aspectos de salud.

Sra. Consejera le animamos a que culmine la presente Legislatura sin dejarse confundir por críticas interesadas no precisamente en la salud de las mujeres y que pudieran descentrarla de su trabajo.

Nada más.

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

Tiene la palabra la Portavoz del Partido Socialista, D^a. Purificación Sáiz.

LA SRA SÁEZ GONZÁLEZ: Gracias Sra. Presidenta.

Lo ha dicho casi al final la Sra. Consejera. Aquí se han escuchado otras propuestas que quizá tiene cabida en el sistema cántabro de salud, pero en este Plan, no en el Plan de Salud elaborado para la mujer de Cantabria.

Además en esta situación de comparecencia lo que debiéramos de estar valorando el Plan y más concretamente su funcionalidad, pero más concretamente su memoria del 2006 y esta memoria presenta unos indicadores que estaban fijados en el Plan con resultados, unos muy buenos resultados, en ocasiones eran mejorable y habrá que hacer propuestas para que se mejore.

Ha habido muchísimas actuaciones a nivel informativo, no hay más que ver la cantidad de documentación que se oferta a la mujer y además es una documentación que lo comentábamos es una documentación que se lee y que transmite la información que pretende

Por lo menos en esta ocasión no hemos oído tildar a la información de propaganda como en otras ocasiones, no se ha atrevido nadie a hacerlo.

Es una memoria que vemos que se ha volcado el trabajo, mucho del trabajo se ha volcado en lo que es la formación de los profesionales sanitarios porque todos sabemos que alcanzar la participación de cualquier sector profesional es complicado y según los datos que se ven en esta memoria, el personal sanitario está participando muy bien y está participando en los cursos de formación y está desarrollando posteriormente su actividad.

Pues la idea de los cursos con las sustituciones pues es una idea necesaria y brillante y seguramente será la base de que esa participación sea buena.

Y se ha trabajado también y se han hecho muchas actuaciones en materia asistencial tanto en

las infraestructuras como en otro tipo de recursos y en cuanto a lo de las mejoras pues bueno se oyen aquí cosas un poco espectaculares: Que el Partido Popular ha apoyado siempre las mejoras; bueno, no hay más que irse a los Diarios de Sesiones, en los debates que hemos tenido sobre el programa de cáncer de mama, en el que no solamente se criticaba las actuaciones pretendidas, sino que se ponía el grito en el cielo, anunciando que ese programa iba a desaparecer y que este Gobierno se lo iba a cargar, como otros muchos programas que después con el paso del tiempo se ha visto que no es así.

Lo bueno de ahora es que –lo dijo ya el Portavoz del Grupo Regionalista- que ha dado los frutos este trabajo y ahora se ven, y se ven aquí en los datos y en la evaluación. Datos que a algunos les parecen una cuestión de estética, pero difícilmente es una cuestión de estética el detectar 4,59 cánceres, que supone el doblar la detección.

Que esto sea causa de que la lectura se hace en Cantabria y que hasta el 2.002 no se tenían las transferencias, pues igual es una acción que se podía haber hecho antes y que quizá más de una mujer hubiera agradecido que se hubiera detectado su problema.

O también una cuestión de estética, o una cuestión de enfoque; que no parece que vaya por la línea del enfoque del Partido Popular, repartir 5.000 unidades de la píldora postcoital. Se entiende como que no se apoya lo que es la actividad reproductiva, o algo así. O que solamente se hacen acciones como medidas anticonceptivas, sin darse cuenta que ese reparto de 5.000 unidades, suponen una cifra más que importante de embarazos no deseados que se hubieran podido producir aquí en Cantabria.

O que el cien por cien de las mujeres que piden la epidural, les sea administrada, pues tampoco nos parece que sea una cuestión de estética.

Y lo de la evaluación que ahora se está evaluando y ahora se ven los datos. Y es difícil en muchos casos, es incuestionable refutarlos porque los datos están aquí. Y los criterios de evaluación están en el Plan de salud para las mujeres, que puede ser que esta Memoria de 2.006, no hayamos tenido mucho tiempo en leerla. Y digo tenemos, porque yo he venido ayer por la tarde a recogerla aquí, al Grupo Socialista. Pero el Plan de Salud para las Mujeres, sí hace tiempo que lo tenemos. Y en este Plan, aparte de como ya se ha señalado aquí y como ya se señaló en otras intervenciones, la cuestión de lo de la edad del programa de cáncer, por ejemplo, que ya figura aquí; aparte de esto, en cada línea de actuación, en los objetivos, se marcan los objetivos generales específicos.

Y hay un apartado final de criterios de evaluación e indicadores. Y ahí están fijados. Y esos criterios e indicadores, son los que se ven reflejados aquí, en la evaluación, en la presentación de la Memoria. Igual que se decía que se iba a presentar una Memoria Anual y así se está viendo que se está

presentando.

En principio, nada más. Decir para acabar esta intervención como al principio. Son cuatro años; en cuatro años desde luego somos conscientes que no se solucionan todos los problemas de salud de la mujer. Es imposible. Pero sí que en estos cuatro años tenemos un Plan de salud para la mujer; cosa que antes no teníamos.

Tenemos unas líneas de actuación; algunas muy mejoradas, casi irreconocibles. Y otras, totalmente innovadoras. Y otras que han sido pioneras. Y que esperamos que este Plan, como ya dijimos en su ocasión, nació con una idea de continuidad y esperamos que se continúe trabajando en esta línea.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra la Portavoz del Partido Popular.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ:
Gracias, Sra. Presidenta. Muy brevemente.

Decir que yo, la Memoria, sí la he leído perfectamente. Y lo único que he dicho es que si se viene aquí a hacer una evaluación del 2.006, pues es del 2.006.

Y es muy difícil saber, Sra. Sáez, cuál es la evaluación del 2.006, cuando los indicadores del Plan 2.004-2.007, no vienen con un cronograma de implantación por años. Los podía usted haber cumplido en el 2.004, los podía haber cumplido en el 2.007. Pero no se sabe cuáles son los objetivos a los que queremos llegar en el año 2.006. Porque en esos indicadores, no se dice, que hay que conseguir el 50 por ciento de mujeres atendidas en violencia de género derivadas de... O sea, que eso no es así Y lo único que digo es que tal vez deliberadamente, la Consejera lo que ha querido hacer es contarnos, ya nos contó en su ocasión en 2.004, lo que iba a hacer, en el 2.005 lo que hizo y ahora en el 2.006 que lo sigue haciendo. Pues eso es lo único que yo he expresado aquí y además le he dado las gracias por hacerlo.

Dicen ustedes que efectivamente, lo he dicho yo, he sido yo quien lo he dicho, que nuestros Planes de salud probablemente para las mujeres no coincidirían o coincidirían bien poco. Y dice la Portavoz del Grupo Socialista, que muchas cosas que hemos planteado que no tiene cabida en un Plan de mujer.

O ha dicho la Consejera que hay planteamientos de un Gobierno progresista que se oponen a los planteamientos de un Gobierno conservador. A mí me gustaría que ustedes me dijeran si acaso no es progresista o choca con sus planteamientos el incorporar, por ejemplo, la sanidad

en políticas preventivas una vacunación para las chicas entre once y trece años, la vacuna para prevenir o evitar un posible cáncer en el futuro, la vacuna del papiloma virus.

O si consideran ustedes que es poco progresista preocuparse de la infertilidad y preocuparse de que haya unidades de reproducción y mayor cobertura de esos tratamientos en Cantabria. O les parece poco progresista poner en marcha un programa de detección precoz de cáncer ginecológico y no sólo de mama. O les parece poco progresista y muy conservador poner en marcha una unidad de menopausia y disfunciones del suelo pélvico. Dice que no tienen cabida y yo la digo lo mismo, en este Plan probablemente no tengan cabida porque lo que si tienen cabida son los folletos. Ésa si que es la seña de identidad del Partido Socialista, la utilización del papel couche.

Decir, simplemente para terminar, que en el Plan, evidentemente quedan muchas cosas por hacer, en resultados hay muchas cosas que no hemos conseguido, yo por ejemplo tenía aquí anotadas cosas como el decir que la vía clínica del parto se había limitado el año pasado al 34 por ciento, cuando en realidad los objetivos de los partos que podían ser atendidos por esa vía, estaban fijados en el 65 por ciento. Lo ha dicho la Consejera, no hemos conseguido los objetivos en cuanto a cesáreas, estamos por encima del 18 por ciento deseable.

No hemos conseguido los objetivos de participación del cáncer de mama, todavía andamos poco más de 64 por ciento aunque hay avances, Sra. Portavoz, avances muy notables que jamás hemos puesto en duda, gracias, lo voy a decir alto y claro, a las mejoras que ha puesto en marcha este Gobierno.

Y no diga que no sé... lo tenía anotado por ahí porque usted ha dicho que el Partido Popular no apoya las mejoras. No, que ha sido al revés, que el que ha traído a este Parlamento en estos cuatro años tres iniciativas a favor de las mejoras en el Plan de detección del cáncer de mama, ha sido el Partido Popular. Y los que han votado el no han sido ustedes, que usted no ha traído ninguna iniciativa a este Parlamento. Luego no mienta.

Tres iniciativas en cuatro años y usted ha votado en contra de las tres. Luego, a ver quién no quiere las mejoras en el programa de cáncer de mama. Luego otra cosa es que la Consejera lo sopesa, que algunas de ellas las comparta, las ponga en sus Planes y finalmente se lleven a cabo. Pero no diga las cosas como son porque no son como usted las está diciendo.

Por lo tanto, yo la sigo diciendo, Consejera, qué pasa con la menopausia y con los problemas de salud emergentes vinculados, como he dicho, a las disfunciones del suelo pélvico o a la incontinencia urinaria que afectan, dice usted en su estudio, entre el 21 y 60 por ciento de las mujeres con más de treinta años.

Y, yo la verdad, nosotros hemos puesto aquí medidas que se dice que no caben, medidas que son poco progresistas, pero yo creo que, ahora que ya han tenido ustedes tiempo de gobernar, de rodar, de ver lo que hacen los demás, todas estas cosas empiezan a ser posible. Lo que pasa que mucho me temo que a partir del 27 de mayo, o sea hasta el 27 de mayo han estado ustedes pensando y a partir del 27 de mayo se quedarán ustedes pensando y estas propuestas las hará el Partido Popular en un Plan de Mujer.

Simplemente para finalizar, decir que lo había dicho Sra. Portavoz del Grupo Socialista, aunque a usted se le había escapado, nosotros seguimos pensando que es ante todo este Plan, un instrumento publicitario al servicio del Gobierno. Ha servido a la Sra. Consejera para asistir y presentarlo en la Conferencia Europea que tuvo lugar en Málaga, ha servido para que presidiera numerosas mesas en cursos y en jornadas, ha servido a buen número de responsables de la Consejería para viajar a costa de su difusión, ha servido para dar muchas ruedas de prensa y ha servido para mostrar la cara menos mala de un Gobierno, fíjese que no digo de una Consejería, sino digo de un Gobierno de coalición incapaz, indolente e insensato en política sanitaria; pero que muy poco, yo creo, definitivamente ha contribuido a mejorar la realidad y la salud de las mujeres.

Yo creo que es un Plan que ha frustrado en gran medida muchas de sus expectativas y de las nuestras.

Gracias.

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

Sra. Consejera, tiene la palabra.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón):
Bueno, pues muchas gracias.

Bien, no podemos caer en un tipo de debate crispado en un tema como este en el que disfrutamos de un consenso muy amplio. Un consenso que podríamos envidiar cuando hablamos de otras cuestiones.

Yo creo que yo no he sido bien entendida. Yo, cuando he dicho que sin duda el Partido Popular hubiera hecho otro plan, he querido reflejar una realidad, que el Partido Popular tiene un ideario, tiene unos objetivos, tiene una visión del mundo, de la sociedad, de la mujer en concreto, y que el Partido Socialista Obrero Español tiene una visión distinta. Esa es una realidad que no..., y no he querido decir que las propuestas que puede hacer el Partido Popular no tengan cabida en este plan; he querido decir que el plan elaborado por unos y por otros lógicamente tenía que ser diferente. Y no he sido yo la primera en decirlo, que la primera en decirlo fue la Diputada.

Pero sin duda que en ese plan va a haber muchas actuaciones compartidas, compartidas y de hecho yo creo que hay muchas que compartimos. Muchas más de las que cuando se tiene que asumir el papel de dar la réplica en una comparencia se expresan verbalmente; pero yo a través de esa percepción de lo que no es el lenguaje hablado, he percibido, yo creo que no seré tan ilusa, hay un consenso muy amplio entre los Grupos Políticos aquí representados en torno a este plan, a su necesidad, a lo que ha hecho y además también en que hay mucho interés en que se hagan más cosas. A mí eso me parece muy importante.

Y yo no he querido decir tampoco que no tengan cabida propuestas concretas. ¡Claro que tienen cabida! y seguro que cabrán, lo que he querido decir es que algunas de las propuestas que aquí se han apuntado forman parte más bien de la actividad del Servicio de Salud, aunque las podemos reflexionar.

Y por ejemplo, sobre el tema de la esterilidad, que está preocupando y que lo ha hablado dos o tres veces la Diputada del Partido Popular, decirle que claro que se está trabajando en la atención a las parejas que tienen problemas de esterilidad. De hecho ahora mismo estamos trabajando en ampliar la cartera de servicios que actualmente ofrecemos.

Pero fíjese, pero vamos no está incluido esa actuación en el plan, pero para la memoria del 2007, si es un tema de interés podemos traer lo que se está haciendo en este campo. Pero además se está haciendo en este campo no solo desde el punto de vista de la atención sanitaria, sino también de la atención social; porque es que el problema que tienen las personas cuando quieren tener un hijo y no pueden tenerlo biológicamente se puede resolver o con la resignación, para eso no necesitamos mucho..., aunque puede ser que haya que hacer un trabajo emocional y psicológico. Se puede resolver mediante la ayuda de técnicas de reproducción asistida y se puede resolver mediante la adopción. Y ahí estamos trabajando muchísimo.

De hecho cuando nosotros asumimos este trabajo eran las ECAI, las Entidades Colaboradoras de la Adopción, las que realizaban todo el trabajo de la adopción en nuestra Comunidad; prácticamente todo el trabajo, salvo ¡claro! la indicación prescriptiva de idoneidad, que se reservaba el Gobierno. Pero en este tiempo hemos incorporado muchísimas actuaciones. De hecho ya nosotros podemos realizar; aunque seguimos trabajando con las ECAI, cada vez vamos haciendo más del trabajo que algunos ECAI hacen. Y además hay personas que no quieren ir con una ECAI y todo el trabajo lo hace el Gobierno, así como todo el seguimiento posterior de la adopción.

Y estamos trabajando muchísimo en ese Plan de Infancia, para que exista una auténtica preparación previa, tal y como la que hacemos en acogimiento, a las parejas que van a realizar una adopción. Y además todo un trabajo de acompañamiento durante el proceso de acoplamiento

del niño, o de la niña adoptada con la familia. Todas éstas son cuestiones que, efectivamente, podemos ese tipo de trabajo, podemos traerla al Plan y engrosar el objetivo general de fomentar el disfrute, bueno no sé si ahí cabría...; en fin, en algún sitio podría caber.

Pero lo que está claro es que el tema de la esterilidad y de sus consecuencias, está tratado en este Gobierno aunque no esté reflejado ahí.

Sobre el tema del diagnóstico de realizar programas comunitarios, programas de base poblacional como el del diagnóstico precoz del cáncer de mama en el cáncer ginecológico, no existe consenso. De hecho no se recomienda, lo que se recomienda son intervenciones, nosotros llamamos oportunistas para el diagnóstico.

Cuando se refiere a cáncer ginecológico, entiendo que está hablando de cáncer de cervix. Pues bien, sobre esto tenemos muchas actuaciones en nuestra Comunidad siguiendo recomendaciones, practicamos citologías cérvico-vaginales y detección de serotipo de papiloma humano virus en nuestras consultas de una manera muy amplia, muy por encima de lo que los estándares reconocen.

Y además existe en cartera de servicios de atención primaria incluso otra pregunta universal para las mujeres por encima cuando superan la menopausia, que es una pregunta que sabemos que identifica el riesgo del cáncer de endometrio que es un cáncer no excesivamente común, y es si se ha producido algún sangrado postmenopáusico.

La pregunta universal, conduce en el caso de respuesta positiva, a toda una cascada de actuaciones. Y saben que no disponemos de recursos para el diagnóstico precoz del cáncer de ovario, que también es realmente reducido, realmente minoritario.

Por tanto creo que nuestra Comunidad hace mucho en detección del cáncer de cervix, también hace en detección del cáncer de endometrio; pero bueno, no se ha recogido, podríamos hablar de ello también.

Y en relación a las unidades de la menopausia, decirle que efectivamente, existe un enfoque en que participa esta Consejería y que ha tratado de trasladar también al Servicio de Salud, de no tratar de crear un gueto en la menopausia.

La menopausia es una época fisiológica de la vida, como es la adolescencia, en la que hay implicaciones biológicas, las hay psíquicas, las hay laborales, las hay sociales, en una mezcla difícil de discernir, que hace que por ejemplo haya comunidades, étnias, países donde no exista el concepto de menopausia.

Por ejemplo en Japón no existe el término sofoco, porque cada Comunidad, cada grupo de población vive la menopausia de una manera u otra. Recuerden que la adolescencia no existía, la

adolescencia es una creación artificial de nuestro desarrollo, no existía la adolescencia como apenas existía la niñez años y siglos atrás.

Pues bien, la menopausia también es un constructor, tiene un fundamento biológico sin duda, pero lo que la mujer lamenta no es perder la regla. Las unidades de menopausia se ocupan de la vivencia del hecho de no tener regla y la vivencia de una serie de sensaciones, de síntomas, de signos que se atribuyen al hecho biológico del cese de la función ovárica.

Pues bien, esto no es vivido de la misma manera por todas las poblaciones, por todas las comunidades, ni ha sido vivido históricamente de la misma forma.

Por tanto nosotros sí que hemos creído que era necesario no hacer unidades específicas de menopausia. Tenemos posición frente a esto, creemos que debe ser abordado desde muy diferentes puntos. Si hay mujeres que tienen síntomas, necesitarán unas cosas, pero no todas las mujeres de 50 años, de 55 años necesitamos las mismas cosas.

Esto me recuerda que hace poco en un periódico de nuestra Comunidad se abordaba este tema y decía: "A las mujeres de 50 años –qué lástima no recordar exactamente la frase- les recomendamos que tengan cuidado, que se tomen el trabajo con calma, que se tomen las cosas con calma".

Y yo me miraba a mí misma y a todas las mujeres de 50 años que me rodean y decía: "Pero qué nos están diciendo".

Revisen este informe que salió en esas páginas de salud, en concreto del Diario Montañés, todas las que tenemos 50 años que somos unas cuantas aquí o rondamos esa edad, y vean que realmente no se estaba refiriendo a nosotras.

Muchísimas gracias.

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

Se levanta la sesión.

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



DIARIO DE SESIONES DEL PARLAMENTO DE CANTABRIA

Edición y suscripciones: Servicio de Publicaciones. Parlamento de Cantabria. C/ Alta, 31-33
39008 – SANTANDER. Suscripción anual: 36,06 euros. (I.V.A. incluido). Depósito Legal: SA-8-1983
Dirección en Internet: [HTTP://WWW.PARLAMENTO-CANTABRIA.ES](http://www.parlamento-cantabria.es)