



PARLAMENTO DE CANTABRIA

DIARIO DE SESIONES

Año XXVIII - VII LEGISLATURA - 20 de mayo de 2009 - Número 82 - Página 1571 - Serie B

COMISIÓN DE SANIDAD

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

Sesión celebrada el miércoles, 20 de mayo de 2009

ORDEN DEL DÍA

Único.- Comparecencia del Consejero de Sanidad, a petición propia, a fin de informar sobre el II Plan de Actuación, salud de las mujeres (2008)-2011) (BOPCA nº 231, de 15.04.2009) [7L/7810-0025]

(Comienza la sesión a las diez horas y ocho minutos)

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Damos comienzo a la Comisión de Sanidad, saludando al Consejero y a los Altos Cargos que le acompañan.

¿Sr. Secretario?

EL SR. BARTOLOMÉ PRESMANES: Orden del Día. Punto Único. Comparecencia del Consejero de Sanidad, a petición propia, a fin de informar sobre el II Plan de Actuación Salud de las Mujeres 2008-2011.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Tiene la palabra el Sr. Consejero por un tiempo máximo de treinta minutos.

EL SR. CONSEJERO (Truan Silva): Muchas gracias. Buenos días.

Me acompañan hoy el Director General de Salud Pública, que no pudo estar en la anterior comparecencia de la pasada semana y también Mar Sánchez de Movellán, que es la responsable de este programa, de este plan de actuación.

Quiero en primer lugar también agradecer su presencia en esta comparecencia que he solicitado, para presentarles este segundo Plan de Actuación Salud de las Mujeres 2008-2011, que fue aprobado en el Consejo de Gobierno de Cantabria.

Como saben, la Consejería de Sanidad es pionera en la introducción de políticas sanitarias que promueven la igualdad y la equidad de género y así en el año 2004 se aprobó el primer plan de actuación de salud para las mujeres, un plan estratégico, innovador, en el que se abordó por primera vez de manera integral la salud diferencial de las mujeres y se dio una respuesta a las desigualdades en salud por razón de género.

Este Plan puso en marcha un gran número de medidas, las cuales algunos de ustedes tuvo la ocasión y oportunidad de conocer de forma detallada en anteriores comparecencias, y ha resultado una iniciativa muy útil, no solo por actuar de forma planificada sobre importantes aspectos de la salud de las mujeres, sino también por conseguir que la perspectiva de género comenzara a estar presente en la actividad del Servicio de Salud y en otras políticas del Gobierno de Cantabria.

Finalizado su periodo de vigencia y a lo largo de la evaluación realizada del mismo, en la cual les he informado detalladamente en mi anterior comparecencia el día 12 de mayo, desde la Consejería de Sanidad; continuando con la línea de trabajo iniciada, que ha demostrado ser capaz de mejorar la salud de las mujeres, ha elaborado el II Plan de Actuación Salud de las Mujeres 2008-2011, que persigue seguir avanzando en la disminución de las desigualdades entre mujeres y hombres, promoviendo la equidad en salud.

La búsqueda de la equidad de género en salud constituye la gran contribución del sector sanitario, al objetivo de la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres.

Esta equidad no significa alcanzar tasas iguales de mortalidad y morbilidad en hombres y mujeres, sino la eliminación de las diferencias injustas y evitables, las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, sufrir discapacidad o morir por causas prevenibles.

Para que esto sea posible, se necesitan políticas concretas y específicas que desde la consideración de la desigualdad de género, como determinante de la salud, incorporen las recomendaciones de la Resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y la Declaración de Madrid, introduciendo cambios en las culturas de las organizaciones sanitarias, en la elaboración de políticas de salud, en su planificación, ejecución y evaluación.

La puesta en marcha de este segundo Plan, representa, por tanto, el compromiso del Gobierno de Cantabria con la igualdad de derechos y con la equidad en salud, dando cumplimiento así a una de las actuaciones establecidas por el propio Gobierno en su Plan de Gobernanza de 2008-2011, en el Eje 2: Salud Pública y Sistema Sanitario accesible y de calidad y al compromiso de la legislatura expresado por mí, ante esta Comisión el 4 de octubre del año 2007.

Este segundo Plan, que se ha elaborado partiendo de la experiencia previa establecida por el Plan anterior, tanto en su desarrollo como en su evaluación, promueve un modelo de atención sustentado en los siguientes principios; parte de un modelo integral de comprensión de la salud y la enfermedad; tiene el compromiso y rigor científico y de excelencia existencial, la exigencia de disminuir las desigualdades en salud por razón de género y así contribuir al gran proyecto social de alcanzar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Y la voluntad de incorporar las necesidades y perspectivas de las mujeres en todas las políticas sanitarias. Partiendo de un enfoque integral de género, el nuevo Plan aborda diferentes áreas de actuación que han sido establecidas en función en primer lugar, de las recomendaciones propuestas de la evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007; también de un detallado análisis de la situación de las mujeres de Cantabria, de la revisión de la normativa europea, estatal y autonómica, de la convergencia con otros planes y estrategias tanto estatales como autonómicas.

Las recomendaciones de la evaluación fueron detalladas creo que de manera exhaustiva en la anterior comparecencia, por lo que quisiera cuando

menos darles algunos detalles sobre la situación de la salud de las mujeres en Cantabria.

La población de Cantabria ha experimentado un leve crecimiento en los últimos años, estamos ya en 582.000 habitantes; las mujeres representan el 51,06 de la población de nuestra Comunidad.

Debido a nuestro desarrollo urbano, las mujeres tienden a residir principalmente en la Cantabria urbana y costera. El 9 por ciento vive en zonas rurales.

Cantabria presenta unas tasas de natalidad y fecundidad decrecientes e inferiores a la media nacional, aunque se aprecia una ligera recuperación en los últimos años. El número medio de hijos por mujer se sitúa en el año 2007 en 1,19 alejado de 2,1 que es el valor estimado en los países desarrollados para conseguir el reemplazo generacional.

La edad media en que las madres tienen su primer hijo se ha ido retrasando y en el año 2006 se situó en 31,28 años, es decir, un año más que la media nacional.

El porcentaje de nacimientos de madre extranjera se ha incrementado de manera notable en los últimos años, representando ya en el año 2007 el 11,35 por ciento de todos los nacimientos de nuestra Comunidad.

En cuanto a la mortalidad, en Cantabria se produjeron 5.729 defunciones en el año 2007, por lo que la tasa de mortalidad general se situó en 10,10 por 1.000 habitantes. Y por sexo, las mujeres presentan una tasa de mortalidad de 9,41 por 1.000 habitantes, claramente inferior a la de los hombres que es de 10,6 por 1.000.

Los principales grupos por causa de mortalidad para las mujeres son equiparables a los de cualquier país desarrollado, y desde luego con los que compartimos, países desarrollados con los que compartimos cada vez más los factores de riesgo de carácter ambiental, cultural.

Y desde luego también se demuestra un envejecimiento progresivo, apareciendo en primer lugar como causa de muerte las enfermedades cardiovasculares 34,9 por ciento; seguido de los tumores 21,3 y las enfermedades respiratorias 11,2.

Analizando la mortalidad con un mayor grado de desagregación hay una sobremortalidad femenina claramente superior en causas como cáncer de mama, las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y la diabetes mellitus.

La mortalidad evitable tiene como causas más frecuentes en la mujer, la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas en las edades de 75 o más años.

Si nos fijamos en mujeres más jóvenes, la mortalidad evitable es debida fundamentalmente a tumores malignos de útero y cuello de útero y de

mama.

En cuanto a la esperanza de vida, la esperanza de vida al nacimiento en Cantabria es de 80,85 años y si la desagregamos por sexo, en los hombres es de 77,1 años y las mujeres, 84,64 con una diferencia de 7,54 años a favor de las mujeres.

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

El nivel de salud de las personas también está muy relacionado con su nivel educativo y laboral. Hoy en día los mayores niveles de personas analfabetas o sin estudios, se concentran en la población con edad avanzada, especialmente en mujeres.

La distribución total por sexo del alumnado matriculado en la Universidad de Cantabria es prácticamente homogéneo, 51,6 por ciento de mujeres; sin embargo los estereotipos y roles de género que dirigen a hombres y mujeres, se reflejan claramente en la mayor concentración de mujeres en estudios considerados tradicionalmente femeninos, frente a la mayor elección de los hombres para cursar estudios de tipo técnico.

A pesar de que la mujer ha alcanzado un alto nivel de participación en profesiones asociadas con titulaciones universitarias, del total de mujeres activas en Cantabria, un 42 por ciento tiene estudios superiores frente al 32 por ciento de los hombres. El porcentaje de mujeres que llegan a puestos de responsabilidad es todavía hoy muy escaso.

Y en relación al empleo, todavía hoy la mujer mantiene índices de empleo que pone de manifiesto la desigualdad y la discriminación de este colectivo con relación al hombre.

La tasa de actividades en mujeres ha crecido de forma significativa en los últimos años, aunque todavía es 20 puntos inferior a la de los hombres. Y no hay estadística en la que las mujeres salgan ganando. Cobran menos que los hombres en todas las categorías laborales, el salario medio bruto anual femenino en Cantabria es un 31 por ciento más bajo que el masculino, y estas diferencias salariales persisten incluso en las actividades y ocupaciones más feminizadas.

Pero además, además de estas diferencias de género en el trabajo remunerado, existen desigualdades en el trabajo doméstico, derivadas de la persistencia de roles sociales tradicionales asignados a hombres y a mujeres.

En cuanto a la salud percibida, las mujeres de Cantabria declaran tener una peor salud percibida que

los hombres, ya que el 76,1 por ciento de los hombres refieren tener buena, o muy buena salud, frente al 67,4 por ciento de las mujeres. Esto sucede, además, en todos los tramos de edad y clase social.

En cuanto a las enfermedades, las patologías crónicas constituyen en la actualidad las primeras causas de enfermedad en términos generales, excluyendo los ingresos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, la primera causa de ingreso hospitalario de las mujeres son las enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo, seguido de problemas cardiovasculares.

En Cantabria, los trastornos crónicos más frecuentes diagnosticados por un médico, a las mujeres de 16 a más años, son: la artrosis, la hipertensión arterial y las varices en las piernas.

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

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

El porcentaje de personas que fuman es mayor en hombres que en mujeres 37,8 sobre 30,2. También las mujeres consumen alcohol con menor habitualidad; pero en las edades extremas, entre los 16 y 24 años y por encima de los 65, la mujer consume más veces alcohol que los hombres.

Las mujeres acuden más a los servicios de atención primaria y los hombres, más a los servicios hospitalarios. En ambos casos, mayoritariamente, lo hacen al servicio público, a la sanidad pública.

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

En cuanto al consumo de medicamentos, un 63,35 de mujeres y un 47,65 por ciento de hombres de nuestra Comunidad han consumido algún medicamento en las dos últimas semanas. Las mujeres refieren consumir más analgésicos, tranquilizantes y antidepresivos que los hombres.

Las alteraciones mentales comunes, como la ansiedad y la depresión, afectan al doble de mujeres que de hombres. Y 9 de cada 10 trastornos alimentarios lo son en mujeres.

En Cantabria, la primera causa de muerte en las mujeres entre 15 y 74 años, son los tumores. El cáncer de mama es el tumor más frecuente y el que más muertes provoca entre la población femenina de Cantabria, presentando una incidencia de 76 casos por cada 100.000 mujeres, seguido del cáncer de

colon y el de útero. El cáncer de cervix, por el contrario, presenta una incidencia baja en nuestra Comunidad.

En este documento, en el Plan de actuación, encontrarán un análisis mucho más detallado del que yo..., estas cuatro pinceladas que yo les he dado aquí, con referencias, además, a la salud sexual, a la anticoncepción, a la interrupción voluntaria del embarazo, al embarazo, al parto, al nacimiento, a lactancia materna, a la violencia contra las mujeres, a las mujeres inmigrantes.

Todo ello, yo creo que justifica y reafirma aún más la necesidad de que exista este Plan.

En función de todo lo que anteriormente he expuesto, este II Plan establece ocho áreas prioritarias, para desarrollar durante su periodo de vigencia.

Las ocho áreas son: en primer lugar, la desigualdad de género en el Servicio de Salud; la segunda: salud sexual; tercera: salud reproductiva; cuarta: promoción de la lactancia materna; la quinta área: cánceres específicos o prevalentes, cáncer de mama y cáncer de cuello de útero, sexta violencia de género, séptima salud mental y octava atención a la cronicidad.

Algunas de estas áreas ya existían en el anterior Plan, su permanencia en éste, yo creo que indica lo relevante del tema y la necesidad de seguir actuando en ellas, otras áreas sin embargo, son novedosas y dan respuestas a nuevos retos.

Paso a continuación a detallarles cuales son los principales objetivos de cada una de estas áreas, teniendo en cuenta que para cada uno de ellos se define en el documento además una serie de actividades y además una serie de indicadores.

Con respecto al primer área, desigualdades de género en servicios sanitarios, su objetivo general es sistematizar el análisis de las diferencias por sexo en los servicios públicos de salud, con el fin de poder identificar la existencia de desigualdades y promover la equidad de género en la atención sanitaria, para lo cual, se introduce como práctica sistematizada el análisis diferenciado por sexo en el ámbito de los servicios sanitarios públicos, adecuando para ello los sistemas de información.

Se mejora, se mejorará el conocimiento de la información sobre desigualdades de género en los servicios sanitarios, para ello formando profesionales y fomentando la investigación en esta área.

También la mejora del acceso y la atención a los servicios de salud a las mujeres con necesidades especiales como las mujeres con discapacidad, las mujeres con enfermedades raras o las mujeres inmigrantes.

Con respecto al segundo área, salud sexual, como objetivo general, se pretende mejorar la

información y atención en salud sexual de la población, para lo cual se realizará una encuesta sobre salud sexual desde la perspectiva de género para conocer la situación de la salud sexual de la población de Cantabria.

Se mejorará la información, educación y atención a la salud sexual de la población joven, a través de programa de atención sexual en colaboración con el ámbito educativo y de impulso de servicios como la Consulta Joven. Se promoverá el reconocimiento del derecho a la sexualidad de las mujeres con discapacidad y también se promoverá la atención sexológica a las disfunciones sexuales.

Con respecto al área tres, salud reproductiva, en esta área se plantean dos grandes objetivos generales, por un lado mejorar la información y el acceso de las mujeres a los métodos e intervenciones que garanticen su derecho a decidir sobre su maternidad, a través de la mejora de la información, utilización y seguimiento de los métodos anticonceptivos en el ámbito de atención primaria y también en la mejora de la atención pública a la interrupción voluntaria del embarazo en un momento además en el que se está en debate la modificación de la actual legislación sobre el aborto, lo que supondrá seguramente un nuevo reto para los servicios sanitarios.

Y como segundo objetivo, mejorar la atención al embarazo, parto y nacimiento, ofreciendo para ello una asistencia respetuosa con la fisiología y basada en la evidencia científica actualmente disponible, por lo que se mejorará la atención preconcepcional, a las mujeres y/o parejas que planifiquen un embarazo, reduciremos la medicalización y el intervencionismo en la atención a un proceso fisiológico como es el embarazo normal y se desarrollará nuestra estrategia para la atención al parto normal que impulsa una asistencia al parto y al nacimiento respetuosa con la fisiología y basada en la evidencia científica, manteniendo eso sí, siempre los niveles de seguridad alcanzados.

Con respecto al área cuatro, promoción de la lactancia materna, el objetivo general de esta área, se centra en conseguir el inicio precoz de la lactancia materna en las maternidades hospitalarias del Servicio Cántabro de Salud y la adopción en las mismas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, garantizando en todo momento también el respeto a las mujeres que deciden no amamantar; para lo que estableceremos una política institucional que apoye la adopción de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural de la Organización Mundial de la Salud y de la UNICEF en las maternidades hospitalarias y también se promoverá la coordinación en materia de lactancia entre los niveles asistenciales de atención primaria y atención especializada, ya que existe un gran trabajo que ha de desarrollarse en la atención primaria para que las madres adopten la lactancia materna, es decir, que decidan que sea el sistema por el que van a alimentar a sus hijos, se potenciará también la formación en habilidades prácticas del personal sanitario en materia de lactancia materna, con el

objetivo –como digo- de fomentar la misma; y se trabajará para conseguir entre la población general el concepto de que la lactancia materna es la norma de alimentación, lo normal en la alimentación de los niños recién nacidos y lactantes.

Con respecto al área cinco, cánceres específicos o prevalentes, en esta área, también, se consideran dos grandes objetivos generales, por un lado, mejorar la detección y atención al cáncer de mama a través de, en primer lugar, facilitar el consejo genético a mujeres con predisposición genética a padecer cáncer de mama hereditario. También se promoverán el uso adecuado de los métodos de detección del cáncer de mama; potenciaremos, aún más si cabe, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama; y se mejorarán los procesos de atención a las mujeres a las que ya se les ha detectado un cáncer de mama.

Creo, por otro lado, también, es preciso como segundo objetivo, mejorar la detección y atención al cáncer de cuello de útero, para lo cual en primer lugar, se realizará un análisis de la situación de cribado de cáncer de cuello de útero en el Servicio Cántabro de Salud, lo cual nos llevaría a estudiar la implantación de un Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero, organizado de una manera estable en nuestra Comunidad.

Y también, se dará un impulso a la formación de los profesionales en relación a la prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello de útero.

En cuanto al área seis, atención a la violencia de género, en esta área el objetivo general es mejorar la actuación de los servicios de salud en la atención a la violencia de género, a la violencia contra las mujeres, para lo cual se mejorará el acompañamiento y seguimiento en atención primaria de las mujeres en situación de maltrato. Potenciaremos la formación personal de los servicios de salud en la sensibilización, detección y atención a la violencia contra las mujeres; se mejorará el apoyo psicológico a estas mujeres desde las unidades de salud mental; se sensibilizará sobre violencia de género a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, como las mujeres gestantes, mujeres con discapacidad y mujeres inmigrantes; y promoveremos la evaluación del impacto de las actuaciones realizadas en el ámbito sanitario en la atención a la violencia contra las mujeres.

Con respecto al séptimo área de actuación, la salud mental, tenemos el objetivo general dirigido, está dirigido este objetivo, a reducir el impacto de los condicionantes de género en la salud mental de las mujeres, desde los servicios sanitarios, y por ello analizaremos en profundidad la respuesta que da el Servicio de Salud a las mujeres con síntomas de depresión o ansiedad para, una vez analizado, mejorar la atención a estos procesos.

También se promoverá un enfoque integral en la atención a la salud mental de las mujeres en el ámbito de la atención primaria, pues como siempre, con el incremento y la formación de los profesionales.

Y, por último, se potenciará el apoyo grupal a las mujeres desde atención primaria.

Y, con respecto al último área, al área ocho, atención a la cronicidad, tiene como objetivo general mejorar el abordaje de los factores de riesgo y los problemas crónicos más prevalentes en las mujeres adultas, desde un enfoque biopsicosocial, para lo cual se establecerá y se atenderá un enfoque integral al dolor crónico de las mujeres.

También analizaremos los criterios asistenciales y de promoción de la salud, desde atención primaria en la obesidad y la hipertensión, dos problemas muy importantes y muy prevalentes entre las mujeres; se mejorará el conocimiento sobre la vulnerabilidad de las mujeres a la cardiopatía isquémica y la identificación precoz de los síntomas, y se promoverá el ejercicio físico en la mujer adulta.

Como les he indicado al principio, cada uno de los objetivos que he enumerado, se sustenta en una serie de actividades concretas, pero como son muchas tampoco parecía razonable, ya que viene en el documento, enumerar una por una. Pero como en todos los planes y programas que presentamos están previstas no solamente las actuaciones a desarrollar, sino también un sistema de seguimiento que nos permita, por medio de unos indicadores monitorizar en todo momento cómo evoluciona el Plan y además está prevista también una Comisión de Seguimiento que lo analizará, por lo menos una vez al año.

También, al final del periodo de vigencia realizaremos una evaluación, cuando menos tan eficaz y rigurosa como la de la anterior, la que se ha hecho al primer Plan. Y así mismo, también todas las actividades están planificadas en un cronograma y tienen una previsión presupuestaria.

Yo creo que todo ello completa pues un programa bastante completo, valga la redundancia. Pero todo ello, como digo, no habría sido posible sin la gran cantidad de profesionales que han intervenido en su elaboración, a los que, pues también quiero agradecer aquí y desde aquí su gran trabajo.

En definitiva, el esfuerzo de muchos, que ha sido plasmado en este documento, creo que es una herramienta para conseguir el objetivo genérico que nos hemos propuesto desde la Consejería de Sanidad, desde el Gobierno de Cantabria y que es el de mejorar la salud de las mujeres de Cantabria.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Consejero por su extensa exposición.

Y ahora si ninguno de los Grupos quiere hacer uso de la posibilidad de suspensión de esta Comisión -entendiendo que no- pasamos a fijación de posiciones, con un tiempo máximo de 10 minutos por cada Grupo.

Tiene la palabra por el Grupo Parlamentario

Socialista, D.^a Purificación Sáez.

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

Bueno, pues en esta ocasión agradecemos, desde luego, la presencia y las explicaciones del Sr. Consejero. La presencia de los miembros de su Consejería, porque aparte de que es muy clarificador sus explicaciones, nos permite por segunda vez en un breve espacio de tiempo, hablar en esta Comisión, hablar en este Parlamento sobre la salud de la mujer, que los Socialista entendemos como una de las prioridades en las políticas de prevención de la salud pública.

Hablamos hace muy pocos días de la evaluación de ese primer Plan de Salud que durante 4 años estuvo funcionando, una evaluación que entendimos rigurosa, independiente, desde un modelo participativo, con dos objetivos muy específicos, uno técnico, que era la de la elaboración de una propuesta metodológica transportable a otros planes y otro más estratégico, que era el de conseguir y el de presentar una serie de recomendaciones para elaborar un futuro Plan.

Porque hablábamos de siempre desde la presentación del primer Plan de salud para las mujeres de su afán de continuidad.

Y esta evaluación se hacía desde el análisis profundo de los procesos de aplicación, de los resultados del Plan, tanto cuantitativos como cualitativos, estudiando la concordancia de las distintas normativas, de las necesidades locales, la coherencia entre los objetivos, actuaciones e indicaciones y la evaluación en definitiva del diseño de los procesos, de los recursos y de los resultados.

Y la evidencia fue, a nuestro modo de entender clara, unos resultados que no vamos a decir que son los suficientemente amplios como para no justificar la presentación de este II Plan, pero sí unos resultados en muchos casos satisfactorios, que veíamos que incluso sobrepasaban los objetivos previstos en ese primer Plan y en todas las maneras unos resultados alentadores para afrontar este II Plan de Salud para la Mujer con mayores energías, si cabe.

Unas recomendaciones que justifican claramente y creo que así ha quedado expuesto por el Sr. Consejero, la elaboración, el desarrollo de este II Plan, que se ha elaborado por una Comisión técnica, teniendo en cuenta tanto el análisis, el actual análisis de situación de la mujer, porque por supuesto ha variado desde el anterior análisis que se manejaba, las recomendaciones de la evaluación, teniendo en cuenta también las indicaciones de los estamentos internacionales y la convergencia existente con otros planes y otras actuaciones existentes en Cantabria.

Aborda los problemas de salud de las mujeres, enmarcados en el concepto biosicosocial de salud y de enfermedad, con el compromiso del rigor científico y desde la excelencia asistencial y desde la exigencia

de disminuir las desigualdades e incorporar las necesidades y las perspectivas de la mujer, algo que así se señalaba en la evaluación.

Y establece, como bien se ha dicho una serie de indicadores, de seguimiento de evaluación más preciso si cabe. Un cronograma que evidencia que ya, que en ningún momento ha habido parón, que se ha estado trabajando desde la finalización del primer Plan hasta este momento de presentación, ya ha habido actuaciones y trabajos y que queda pasmada una financiación ampliamente incrementada con respecto al Plan anterior.

Estábamos hablando en el Plan anterior de una media anual de 540.000 euros, ahora estamos hablando de una media anual de 690.000 euros, que respalda la consecución de los objetivos de este Plan.

Plantea ocho líneas de actuación que han sido también señaladas y enmarcadas por el Sr. Consejero y que a mí me gustaría dar alguna pincelada de lo que al Grupo Socialista nos parece más destacable, más interesante y que, sin duda alguna se apoya principalmente buscando la coordinación de todos los servicios del sistema sanitario de Cantabria; pero apoya y hace gran incidencia en lo que es la atención primaria en el ámbito de la detección y el seguimiento de todas las patologías que afectan a la salud de la mujer. Y que incorpora en esta ocasión, yo creo que esto es bastante llamativo y a resaltar, incorpora una especial atención a las mujeres con una doble carga de desigualdad.

Nos estamos refiriendo a aquellas mujeres con discapacidad, a aquellas mujeres inmigrantes, a aquellas mujeres en las que actúan otra serie de factores, que las hacen diana doblemente de las desigualdades o en algunos de los casos, como se ve en las líneas de trabajo, por ejemplo en las mujeres gestantes también.

En cuanto a la primera línea de actuación, la de identificar desigualdades de género de los servicios sanitarios, yo creo que es más que interesante explotar todos los datos de información diferenciada que ya se han obtenido, en base a las actuaciones que se han venido desarrollando en estos cuatro años anteriores y que sin duda alguna los profesionales actualmente valoran, están reconociendo y están demandando, porque son un instrumento muy fiable para su actividad.

Y el fomento de la investigación. Hablamos y se veía en Presupuestos unos 33.000 euros que se destinan a becas, desde el IFIMAC, para trabajos de investigación que estudien las diferencias y las desigualdades de salud, bajo las perspectivas de género en diversas patologías que afectan a la mujer.

Mejorar la actuación de los servicios de salud en la atención a la violencia contra las mujeres, es otra de las líneas prioritarias de actuación; sin lugar a dudas se revisará el protocolo de la actuación sanitaria ante los malos tratos. No hay que olvidar que durante estos años de trabajo y desde la atención

primaria se ha realizado una importante labor de detección de estas situaciones y así figura en el Plan, en la documentación que nos han remitido, con la información requerida a casi 66.000 mujeres en el periodo que va desde 2005 hasta el 2008.

Y esto ha supuesto que se hayan podido detectar más del 5,8 por ciento de situaciones de malos tratos y es un dato sorprendente y creo que nos debiera dar lugar a mucha meditación; unos malos tratos que en la mayoría de los casos se establece una media de 14 años de prevalencia. Entonces debiéramos de ver realmente la importancia de esta detección, de este trabajo que se está haciendo desde la atención primaria.

En una tercera línea, reducir el impacto de los condicionantes del género en la salud mental de las mujeres. Mejorar, sin lugar a dudas, toda la cuestión de lo que es atención y diagnóstico de estas mujeres. Sabemos, porque así nos lo dicen todos los análisis, sabemos que las mujeres están peor diagnosticadas en este ámbito, que muchas de sus patologías que a veces están enmascarando una situación de vivencia de malos tratos, pero muchas de sus patologías se derivan directamente o se establece que la mujer por su condicionamiento tiene mayor incidencia de la depresión, de la ansiedad y muchas veces mal diagnosticadas se derivan a estas situaciones.

Pues todo el ámbito de la atención y el diagnóstico certero de las patologías de las mujeres, debemos de ser capaces de mejorar. Y también estudiar los distintos itinerarios sanitarios que siguen las mujeres. Todos conocemos situaciones a veces a raíz de ese mal diagnóstico, situaciones que en algunos casos son irreversibles para muchas de las mujeres.

Nos parece muy bien esa propuesta de conseguir y potenciar la asistencia grupal en mujeres con problemas de salud mental.

Y pasando a una cuarta línea de atención a la cronicidad, pues sin lugar a dudas, ya lo venimos señalando muchas veces, la mujer padece muchas más enfermedades crónicas, parece una cuestión que a veces supone casi una exclusión social de la propia mujer; el dolor crónico, enfermedades de dolor crónico, todas las enfermedades músculo esqueléticas. Estamos hablando de fibromialgias o enfermedades de este tipo que además son difícilmente diagnosticadas, tardíamente detectadas y suponen para la mujer una situación social y personal de mucha impotencia.

Hay que hacer un esfuerzo para que se establezcan unos criterios de actuación claros, que a estas mujeres por un lado las alivien en su dolor crónico, y por otro lado las apoyen y sean detectadas rápidamente también desde los servicios de atención pública.

Y nos parece interesante promover desde la atención pública el ejercicio físico en mujeres con procesos crónicos, estamos hablando de obesidad o

de enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a lo que es salud sexual, a los Socialistas nos ha gustado que se diferencie claramente en este Plan todo lo referente a la salud sexual y lo referente a la salud reproductiva, porque siempre hemos entendido que son dos cuestiones distintas.

Si somos capaces en esta sociedad de por fin romper los lazos existentes por cuestiones culturales, religiosas o de otro tipo, existentes entre sexo y reproducción, seremos capaces de avanzar claramente en otro tipo de debates que hoy en día tenemos sobre la mesa.

En cuanto a la salud sexual sin lugar a dudas será un instrumento muy fiable y muy necesario, la encuesta sobre la salud sexual en Cantabria, porque así conoceremos los datos reales de nuestra Comunidad.

Potenciar la consulta joven, hemos visto que ha tenido un resultado y una aceptación importante. Actualmente está actuando en cinco centros de salud y en siete centros educativos, hay que intentar y los Socialistas apoyaremos todas las iniciativas al respecto, intentar que esa consulta joven se implante en más centros educativos, que sin lugar a dudas será el lugar donde los jóvenes irán en mayor número a realizar sus consultas.

Y la coordinación que estoy segura que existe y existirá, entre los distintos estamentos de esta Administración, la Consejería de Educación en lo referente a la educación sexual que se imparta en los centros educativos. Y desde la Dirección de la Juventud la información que aparezca en su página web y que consultan un número importante de jóvenes. Y una especial atención también en este ámbito de la salud sexual en la mujer con discapacidad.

La salud reproductiva, por fin diferenciamos aquí, lo que es sexo y lo que es reproducción y se aborda esta parcela desde los puntos de lo que es planificación, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo y lo que es maternidad.

En la anticoncepción, pues yo creo que Cantabria ha venido realizando un estupendo trabajo durante todos estos años. No hay más que mirar las cifras de lo que son embarazos no deseados en nuestra Comunidad, las bajas tasas de interrupción voluntaria del embarazo; estamos hablando de un 4,63 por 1.000 con respecto a la media nacional que es un 11,49. Luego andamos en unas cifras que hacen indicar que realmente aquí se está haciendo un trabajo importante en lo que es planificación y anticoncepción.

Y otro dato que nos parece interesante destacar, es el porcentaje de madres adolescentes, estamos hablando de 1,63 por ciento con respecto al 2,84 que es la media nacional.

Hemos sido pioneros en lo que ha sido dispensación de la píldora postcoital, entendiéndola siempre como un método de anticoncepción de urgencia y por ello el sistema que estableció el Gobierno de Cantabria para ofrecer esa píldora postcoital, ha sido interesante, pionero, con un kit que tenía por una parte la píldora y por otra parte una serie de información, los proyectos explicativos y un preservativo; en observancia de que eso es un sistema de emergencia, no es el método anticonceptivo.

No podemos olvidar que tenemos, que sigue existiendo el problema de enfermedades de transmisión sexual, principalmente el SIDA y sabemos que el 57 por ciento de las infecciones en este caso, se realizan por vía heterosexual.

El Ministerio en esta nueva dispensación que ha anunciado ofertar a través de las farmacias, pues estamos seguros que ya está trabajando en lo referente a que ese sistema de acceso de este sistema anticonceptivo sea también de manera informada en lo referente a embarazo, parto, nacimiento, puerperio...

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

LA SRA. SÁEZ GONZÁLEZ: Sí.

Yo, aquí me gustaría hacer, si me permite la Sra. Presidenta, una incidencia. Porque es un tema que hemos debatido en ocasiones, en el Parlamento y en Comisión.

Muchas veces, desde el Partido Popular se pide y se demanda el establecimiento de un Plan de apoyo a la maternidad. Y yo creo que es en base al desconocimiento, quizás, de las actuaciones planteadas y de la labor que se está realizando desde los Planes de salud.

En los Planes de salud de la mujer, en este ámbito, vemos que existen unos protocolos asistenciales. Nunca se ha hecho tanto a favor de la maternidad como en estos pocos años, con nuevos protocolos asistenciales, con la declaración de los derechos de la madre, el padre y del recién nacido, con la regulación de la cartilla de salud del embarazo, con los protocolos de atención al embarazo y puerperio. Y con la estrategia para la atención al parto normal.

Y se siguen, como se ve en este Plan, actuaciones para mejorar todo el ámbito de lo que es el embarazo y el parto.

Y la promoción de la lactancia, que existe en un Plan desde el año 2005 y que ahora se incorpora a este Programa.

Y en cuanto a la detección de los cánceres, tanto específicos como el de cérvix, o prevalentes como el de mama, señalar el desarrollo y la rápida implantación del protocolo de rápida respuesta en las

mujeres, que son diagnosticas, que yo creo que es lo que incidía toda la evaluación anterior.

Y a pesar de que me haya alargado un poco en el tiempo, y agradeciéndole a la Sra. Presidenta su paciencia, pero creo que es un tema interesante y apasionante desde mi faceta como Portavoz de esta área y como mujer, el poder hablar con aceleración, pero nuevamente de la salud de la mujer, que entendemos que todavía mientras existan desigualdades -y ya han sido enumeradas por el Sr. Consejero y otras muchas más- mientras existan desigualdades, nos veremos obligados y tendremos la necesidad de establecer estos planes de salud para la mujer.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra ahora D^a Eva Bartolomé, del Partido Regionalista.

LA SRA. BARTOLOMÉ ARCINIEGA: Gracias, Sr. Presidenta.

Queremos, en primer lugar, dar de nuevo la bienvenida al Consejero y a parte de su equipo que nos acompañan hoy.

La semana pasada tuvimos ocasión de escuchar también al Consejero, que acudió a esta misma Comisión para presentarnos el balance del Primer Plan de Salud de las Mujeres 2004-2007, que se elaboró con varios objetivos que nos recordó la identificación y la actuación sobre las desigualdades de género que afectan a la salud de las mujeres de manera directa. La evaluación del Plan de un modo integral y participativo, incluyendo a los distintos agentes implicados en la planificación y también a las usuarias. El estudio de la concordancia del Plan con los marcos políticos en distintos ámbitos: nacional y europeo. Así como la adecuación a las necesidades sociales y locales. Y la valoración de las modificaciones y correcciones precisas con la mirada puesta en la edición de este Segundo Plan, aportando las recomendaciones de cambio orientadas a su sostenibilidad y sobre todo a su mejora. Y que hoy nos presenta.

El Consejero nos fue desgranando, línea por línea, entonces, todas aquellas actuaciones del programa y fue también señalando las distintas recomendaciones que la Comisión Técnica aportó de cara a la óptima ejecución de este nuevo Plan.

Estas recomendaciones son tanto más importantes cuanto vienen de quienes han pulsado, día a día, la evolución del programa. La conocen bien, con sus luces y sus sombras. Y por tanto, sus aportaciones son de gran valor.

La primera diferencia que observamos visible, del Segundo Plan respecto del Primero, es la remodelación y ampliación de las diferentes líneas de actuación. Y la potenciación de las que ya estaban

implantadas.

En la línea 1, la visibilización de la salud de las mujeres con una perspectiva de género en la atención diaria, incorpora las recomendaciones básicas del estudio. La necesidad de realizar un análisis de género de los planes, de los programas y de los protocolos de la salud pública. Tanto en los servicios sanitarios, introduciendo un análisis diferenciado y extendiendo su conocimiento de esas desigualdades. Y la mejora de la atención a las mujeres con necesidades especiales, con discapacidades, enfermedades raras, mujeres inmigrantes y mujeres de avanzada edad.

Para el desarrollo se consideró fundamental la formación como base y pilar básico para capacitar a los profesionales, a cargo de la elaboración, coordinación y evaluación de todos estos programas y protocolos.

En la línea 2, aparece ya otra modificación. Y es que se establece una línea específica de la salud sexual el objetivo es mejorar la información y la atención sexual, especialmente en aquellos que se incorporan a la vida sexual, como son los jóvenes y aquellos que tienen especiales dificultades como las mujeres con discapacidad o algún tipo de disfunción sexual.

En general la consideración del I Plan ha sido una respuesta positiva en cuanto a la aportación a las necesidades de las mujeres en todos estos aspectos, pero sin duda la incorporación y la implantación de todas las sugerencias de la evaluación permitirán optimizar los resultados.

Por tanto de los servicios se valora bien el traspaso de la Consulta Joven a los centros educativos coordinando al personal sanitario y al docente y en este punto parece que se hace especialmente hincapié en la recomendación expresa de la evaluación respecto a la ampliación de centros de consulta joven y a incrementar la colaboración y coordinación con la Consejería de Educación y también la atención y la asistencia técnica a la Dirección General de la Juventud.

En el aspecto de la línea tres, la salud reproductiva, el II Plan de la Salud de la Mujer establece dos apartados, dos líneas de actuación, por un lado la anticoncepción y el IVE y por otro lado la atención al embarazo, parto y nacimiento.

En el primero Cantabria contaba ya con una notable implantación rigurosa además en toda la red sanitaria y este II Plan pretende mejorar la difusión y seguimiento de la anticoncepción. En cuanto a la atención al embarazo, parto y período neonatal, las iniciativas introducidas durante el I Plan, generaron ya efectos positivos tanto en los pacientes como en los familiares y en los neonatos.

El II Plan toma en consideración la necesidad de adecuar el proceso de implantación a los recursos humanos e infraestructuras disponibles que eso es absolutamente vital.

Especial atención merece a nuestro juicio la incorporación en este II Plan de protocolos de interconsulta y de atención al parto, así como la puesta en valor de las matronas que son las verdaderas protagonistas de todo este proceso de mejora en la salud de las mujeres, tanto su formación como su aproximación a la ratio recomendada, son fundamentales; lo creemos especialmente importante.

También destaca la elaboración de un programa de preparación para los padres con el fin de que sensibilicen del especial papel tanto de padres como de madres que deben desarrollar en este proceso biológico tan importante para las familias.

Respecto a la línea cuatro, la promoción de la lactancia materna que se ha incorporado directamente ya a este II Plan; el objetivo es aproximarnos a la política que sugieren organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud o UNICEF, potenciando la formación del personal sanitario y su coordinación en los distintos niveles asistenciales. Nos parece importante que esto se vincule con la anterior línea.

En lo que se refiere a la línea cinco, otra de las novedades de este Plan respecto al primero, es la de establecer un Programa para reducir la morbilidad y mortalidad de los cánceres prevalentes incorporando además del que ya existe, del cáncer de mama, el cáncer del cervix.

La evaluación del Programa de Atención Precoz del Cáncer de Mama ha sido muy positiva en general y tenemos que felicitarle por ello, su rediseño en cuanto a la estructura, organización y difusión así como la mejora de los medios tanto técnicos como humanos se ha demostrado eficaz en la cobertura, en la coordinación, en los tiempos de espera de los resultados, en las unidades de exploración. El Programa de Acompañamiento, que ha sido muy importante y muy valorado por las usuarias, los índices de participación que han ido creciendo y aproximándose a los idóneos, a los considerados idóneos por los organismos internacionales y como no, la consolidación de los puestos de trabajo que se han ido incorporando en este programa.

Sin duda estos resultados, estamos seguros que mejorarán notablemente con este II Plan al que se han incorporado las recomendaciones surgidas y emanadas de la evaluación técnica como es la mejora de la participación, incidir en la mejora de la implantación, de la participación en todos aquellos puntos donde todavía la participación no es la óptima, pero además es importante la participación, el fomento de la participación, de la confidencialidad y de la confianza que deben las mujeres tener con lo que es la asistencia primaria que es el primer punto de partida.

Debemos valorar muy positivamente la incorporación a este Plan como no, de la detección precoz del cáncer de cervix, y esperamos que la experiencia en el cáncer de mama sea positivo para la implantación de este Programa de detección precoz

del cáncer de cervix.

En cuanto a la línea seis, reducir los riesgos para la salud de las mujeres debido a la violencia de género; ya dijimos la semana pasada que considerábamos muy destacable la tarea realizada en este ámbito, especialmente la implicación de los servicios sanitarios, volcados en la detección precoz de estos problemas, la coordinación y colaboración con otros ámbitos y otros agentes implicados en el lamentable y triste tema de la violencia de género.

La inclusión de la salud mental dentro del circuito de la salud mental este tipo de problema, y la implantación del protocolo de violencia, donde se debe incidir en que los médicos de atención primaria sean capaces de aproximarse a este problema tan difícil de afrontar por muchas mujeres, en el que el miedo incide fundamentalmente. Y cómo no, la formación, la formación de tantos y tantos profesionales que están volcados en la resolución o, por lo menos, en la aminoración de este problema tan grave.

Para la elaboración del II Plan se han mantenido todos estos ejes de actuación que se han demostrado útiles, y se han reforzado aquellas áreas que se han identificado en el análisis como de mayor necesidad: la formación, la información de los profesionales de la salud, en los centros hospitalarios, trabajar desde la atención primaria con grupos de mujeres afectadas, la colaboración y soporte con todo el ámbito familiar, y todo ello con apoyo de psicólogos.

El II Plan de la Salud de la Mujer incluye una séptima línea, que es la salud mental, específica para todos aquellos problemas que se han demostrado con mayor incidencia en las mujeres. Y se trata de reducir el impacto de los condicionantes de género en la salud mental de las mujeres, de valorar todos los factores biopsicosociales que hacen que haya una mayor prevalencia de determinados problemas de salud mental en las mujeres, identificarlos como los factores que influyen en su incidencia e intentar abordarlos y atajarlos de la mejor manera posible.

Con respecto a la línea ocho, mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables, es muy importante que se haya tenido en cuenta la evaluación, porque la evaluación ha sido capaz de detectar que hay temas prioritarios que se deben abordar desde otros ámbitos y que se incorporen otras prioridades, hacer una reconsideración de los objetivos planteados y valorar como nuevos, susceptibles de ser desarrollados de esta línea de acción otras estrategias, como son las enfermedades, especialmente las enfermedades crónicas: el enfoque integral del dolor crónico; la asistencia desde la atención primaria del problema como la obesidad y la hipertensión; que son especialmente graves e incidentes en las mujeres; la vulnerabilidad de la mujer en el caso de la cardiopatía isquémica; y promover el ejercicio físico como un método mucho más fácil y más accesible para la mujer y que puede dulcificar los efectos de las anteriores enfermedades mencionadas.

No queremos dejar de señalar que valoramos el importantísimo esfuerzo que se desprende del documento que ha elaborado la Consejería para este nuevo Plan, presenta un completo análisis sociológico, tanto desde el punto de vista general como desde el punto de vista específico de la salud de la mujer y de la atención que se ha prestado a la mujer de Cantabria.

Sin duda, mucha de la información es resultado del trabajo realizado a lo largo de estos diferentes años de implantación y de ejecución del I Plan. Es extraordinariamente importante como instrumento de análisis para la toma de decisiones en cuanto a los déficit y las correcciones que se tienen que aplicar y que se tienen, por tanto, que incorporar al II Plan que hoy valoramos.

Por otro lado, el Plan incorpora también información sobre los recursos financieros con que cuenta la Consejería para su desarrollo, sin duda todos son pocos, y en eso estamos –creo– que de acuerdo todos. Todos son pocos los recursos que se puedan aportar para mejorar la calidad asistencial de todos los ciudadanos y especialmente de las mujeres. Pero a juzgar por los buenos resultados del I Plan, las aportaciones previstas y que se plasman el Documento, en el Documento que nos presenta hoy, pueden, posiblemente, dar continuidad a estos buenos logros en el periodo previsto hasta 2011.

Finalmente, el Documento incluye, en sus anexos, información, pues del marco normativo, de las distintas estrategias vigentes relacionadas con la salud de la mujer en otros contextos, en el contexto nacional, en el contexto autonómico.

En definitiva, este II Plan de la Salud de la Mujer supone un paso más, un paso adelante, seguramente en muchos casos puede resultar insuficiente, pero sin duda es relevante en la consecución del objetivo último y final, que es el de acabar con la desigualdad y las disfunciones de las mujeres en la atención sanitaria, mejorando su salud y por tanto su calidad de vida. Y como consecuencia de ello, la calidad de vida del resto de los ciudadanos, teniendo en cuenta el peso y el valor de la mujer en la sociedad de Cantabria.

Por tanto, desde el Grupo Regionalista, desde nuestro Grupo, le animamos a seguir en el esfuerzo de lograr todos estos objetivos.

Muchas gracias.

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

Pasamos ahora al Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra D.^ª María José Sáenz de Buruaga.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ:
Muchas gracias, Sra. Presidenta y gracias, Sr. Consejero, de nuevo, por su comparecencia y por esta presentación.

Saben, porque así lo manifestábamos la semana pasada que el Grupo Popular concibe la experiencia del I Plan de actuación y sobre todo su evaluación, como una clara oportunidad de mejora para este II Plan de Salud de las Mujeres que nos ocupa hoy.

Una evaluación que hay que decirlo, hemos examinado con detenimiento y tengo que confesar, ha resultado un ejercicio reconfortante, porque a pesar de las injustas críticas que a menudo hemos recibido, pues no hace sino avalar muchas de las carencias y deficiencias que desde el sentido común había venido poniendo de manifiesto el Partido Popular.

Hoy es la propia evaluación del Plan, la que dice cosas tan evidentes para nosotros, como que es necesario mejorar los procesos de coordinación, dirigiendo la acción política hacia la transversalidad e integralidad de las políticas de género. Es la que llama la atención sobre la necesidad de su convergencia con otros planes, la que declara la existencia de objetivos generales, demasiado abstractos y por lo tanto difíciles de operativizar, la que declara la incoherencia de ciertas estrategias que se quedan en simples declaraciones, sin establecer el cómo, el medio y el procedimiento o la formulación genérica de indicadores, la ausencia de cronograma o la atribución de responsabilidades que impiden dar cuenta del grado del cumplimiento y que arrojan problemas de evaluabilidad.

Evaluación del I Plan que también pone de manifiesto, la existencia de áreas, como decía la Portavoz Regionalista, que no se han priorizado adecuadamente, como la reducción de desigualdades de mujeres con discapacidad o mujeres inmigrantes, como era el caso de la promoción de la salud mental de las mujeres, la necesidad de promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres en la madurez, de las mujeres con enfermedades crónicas y enfermedades raras o las necesidades de salud de las mujeres cuidadoras.

Quiero decir con ello, que en este sentido, esta evaluación ha sido un ejercicio de suma utilidad yo creo que para todos. La pena es que se haya retrasado probablemente de forma deliberada, superponiéndose a la presentación de un Plan, ya redactado y consumado y que nace, por lo tanto, privado de las aportaciones y reflexiones que el Partido Popular le hubiera gustado hacer y que estoy segura harían de él un instrumento pues mejor y más eficiente de lo que es y también un documento más plural y por tanto más de toda la sociedad de Cantabria.

Pero dicho esto y entrando ya en el fondo, en el II Plan 2008-2011, pues señalar, yo creo que es indudable reconocerlo, que estamos ante un documento técnicamente mejorado, notablemente mejorado –diría yo– en su proceso técnico de redacción y desde luego mucho más coherente en sus estrategias que el documento anterior.

Un documento que a nuestro juicio ha perdido su largo alcance inicial, para centrarse o concentrarse más en el ámbito de la salud, reformulando por completo sus líneas de actuación y abandonando objetivos que fueron simples declaraciones de intenciones, que finalmente no quedaron o quedaron en nada.

Yo creo que ha perdido falsa ambición y que es un instrumento hoy bastante más realista, algo también muy importante para el Partido Popular.

Valoramos también positivamente –como no- y como se ha repetido aquí, la asunción de buena parte de las recomendaciones de cambio y de mejora, formuladas a raíz de la evaluación del Plan anterior, algunas de las cuales –hay que decirlo- coinciden con sucesivas y reiteradas propuestas que ha venido haciendo el Partido Popular.

Yo destacaré pues la incorporación en distintas líneas de actuación, de las mujeres con necesidades especiales, como es el caso de las mujeres con discapacidades, enfermedades raras o mujeres inmigrantes; destacaré como positivo el hecho de promover la atención sexológica, las disfunciones sexuales y muy especialmente, cuatro cuestiones con las que este Grupo está especialmente identificado. Y como digo, han respondido a propuestas e iniciativas del Partido Popular a lo largo del tiempo.

La necesidad de cambiar la visión de las matronas, para visualizarlas como encargadas de liderar el proceso del embarazo y del parto de mínima intervención, mejorando sus ratios y en sus condiciones de trabajo; la necesidad de facilitar el consejo genético a las mujeres con predisposición a padecer cáncer de mama hereditario; el hecho de estudiar por lo menos la implantación de un programa de protección precoz de cáncer de cerviz; o el hecho de establecer como áreas hereditarias de actuación: la salud mental y la atención a la cronicidad.

Créame que el hecho de que estas 4 últimas propuestas, reiteradas -como digo- a lo largo del tiempo por el Partido Popular estén hoy presentes, aunque tímidamente y algunas en fase de estudio en este Plan, es motivo más que suficiente para expresar nuestra satisfacción hoy.

Porque han pasado ustedes de denostar a quien las hacía y de votar no; quiero recordar que pese a que hoy se hace mucho alarde, votaron que no la última vez, con ocasión del debate presupuestario, a una unidad de referencia de cáncer hereditario, de consejo genético para estos cánceres, como votaron que no y denostaron a quien propuso implantar un programa de detección precoz de cáncer de cervix, diciendo que ya existía y que no era necesario en esta Comunidad.

Hoy, con este Plan, las contemplan y las pasan a ser suyas. Y yo creo que ese es un hecho y un reconocimiento por el que todos debemos hacerles al Plan y a ustedes, porque sí que es difícil.

Dicho esto, hay que decir también que a este Plan, a este II Plan, debemos exigirle algo más que al primero. Y yo creo que este es un Plan que vuelve a ser francamente mejorable en algunos aspectos.

No podemos conformarnos con enmendar los errores del pasado, sino que tenemos que aspirar a dotarnos de instrumentos de planificación e intervención que resulten útiles, que resulten eficaces y que desde luego se traduzcan en una mejor adecuación de los servicios sanitarios y la mejor respuesta asistencial a las necesidades de las mujeres.

Mi obligación es decirles hoy dónde creo que fallamos, o dónde cree el Grupo Popular que fallamos.

Pues miren, en primer lugar yo creo que seguimos fallando en la óptica de considerar a la mujer en su integridad y con un enfoque biósico-social, que una vez más creo que está ausente de este Plan; no de su discurso, pero sí de este Plan. Porque yo creo que se renuncia a abordar aspectos laborales, sociales, educativos, económicos que influyen desigualmente en la peor salud de las mujeres.

Quiero decir que no hay una palabra; o mejor dicho, no hay ni una sola opción para intervenir en los riesgos para la salud de las mujeres derivados de la discriminación laboral o la división sexual del trabajo.

No hablamos de la prevención de la discapacidad a la que estamos más fácilmente abocadas las mujeres. No se trata la feminización de la pobreza, que tiene una gran influencia en el estado de salud. No se habla de las especiales cargas físicas y psíquicas de las mujeres que sustentan una familia monoparental, o a los cuidadores de enfermos crónicos o dependientes. Como tampoco abordamos ninguna especificidad en materia de mujeres drogodependientes con SIDA, o situación de exclusión social.

En segundo lugar, yo creo que fallamos en que este Plan es un plan huérfano de encaje, en una planificación sanitaria global. Perdónenme mi tozudez -diría yo- pero no tenemos una estrategia de salud para nuestra población en Cantabria, no tenemos Plan de Salud en Cantabria.

Como no tenemos Plan de Salud Mental con el que converger y planificamos la salud de la mujer al margen de los recursos de los servicios del funcionamiento de nuestro sistema de salud.

Yo lo tengo que volver a repetir, yo creo que mal entienden los ciudadanos una política y la utilidad de un plan de salud de las mujeres que choca, que choca una y otra vez con los más de 6 meses, 190 días de demora media para una intervención quirúrgica de ginecología, que choca con los más de 65 de días de tiempo medio de espera para una consulta o con los más de 93 días de espera para una mamografía.

O choca, o mal a entender los ciudadanos este

Plan y sobre todo las ciudadanas cuando no encuentran dispositivos, cuando carecen de recursos adecuados y de programas suficientes para la atención de la salud mental de nuestra población, la atención de las mujeres, pero también de los enfermos de los que ellos cuidan.

Y falla en tercer lugar, porque mientras se reformulan adecuadamente sus áreas prioritarias y se reconsideran objetivos, pues las actuaciones y las medidas propuestas siguen siendo las mismas, yo creo que es aquí donde su Plan pierde coherencia y en cierta medida cierta credibilidad, en actuaciones que salvo honrosas excepciones como los esfuerzos en formación de profesionales que hay que reconocérselo, pues han de calificarse de superficiales, de mediocres o de simplemente irrelevantes en el resultado final.

Miren, abundan casos en los que la actuación prevista consiste precisamente en priorizar actuaciones, o sea, la actuación es priorizar actuaciones; cuando no en estudiar la posibilidad de, en explorar nuevas líneas de trabajo de, en crear comisiones y grupos de trabajo de, o en labores de sensibilización.

Y el resto pues yo creo que encaja dentro de la línea que viene siendo habitual de encuestas, guías, protocolos, material divulgativo, foros y jornadas.

Pero junto a estos defectos de planeamiento o a estas carencias, hay en este II Plan cuestiones de fondo que también nos preocupan y mucho, y yo no estoy aquí para engañar a nadie. Nos preocupa mucho Sr. Consejero, un Plan que en materia de salud sexual y reproductiva es el vivo retrato de la estrategia del Gobierno Zapatero.

Un Plan que abandona como objetivo el de reducir el número de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo, para proponerse como objetivo mejorar el acceso al aborto; aborto que a partir de este momento se concibe como un método anticonceptivo más.

Un Plan para el que mejorar la educación y la atención sexual de la población joven, pasa por incentivar el uso de la píldora postcoital, sin control, en detrimento del sexo seguro y hurtando a los adolescentes el consejo médico, que era el que recetaba y aconsejaba adecuadamente.

Y un Plan que garantiza efectivamente el derecho a decidir de la mujer, derecho a decidir sobre su maternidad, pero que la da la espalda o da la espalda a la necesidad de mejorar la atención a las parejas con problemas de esterilidad o se niega –y aquí me va a entender usted Sra. Portavoz- a arbitrar prestaciones, medidas reales y apoyos sociales para que ninguna mujer se vea abocada a un aborto forzado por su entorno personal, por las circunstancias que rodean su embarazo o porque simplemente no ha encontrado nada ni nadie dispuesto a ayudarla.

Este es el Plan de apoyo a la maternidad que pide el Partido Popular, que también ayude a ser madres a aquellas mujeres que quieren serlo y no desean abortar y no tienen ayuda para poder serlo; eso es lo que pide..., en este Plan no.

Nos preocupa y mucho –y voy terminando Sra. Presidenta- las áreas de salud mental y atención a la cronicidad se queden en agua de borrajas, sobre todo porque llevamos mucho tiempo esperando. Se queden, cuando digo en aguas de borraja, digo sin traducción real en la práctica y en la actividad asistencial.

Porque actuaciones como la realización de estudios, la creación de grupos de trabajo y los programas de sensibilización están muy bien, pero sirven de muy poco si no van acompañados de medios, de recursos, de gestión y de presupuesto al servicio de los profesionales sanitarios.

Y nos preocupan y decepcionan a estas alturas algunas ausencias, Señorías, ausencias que vistas las recomendaciones formuladas a este Plan pues yo creo que tienen difícil justificación.

Me refiero a la negativa tan siquiera a contemplar la posibilidad de ampliar la cobertura del plan de detección precoz de cáncer de mama a las mujeres comprendidas entre 45 y 50 años. Tan siquiera solo a contemplarlo, le digo como posibilidad, máxime manejando los datos del registro de tumores que ustedes manejan y teniendo en cuenta que este Plan va a prolongar su vigencia hasta el año 2011.

Me refiero a la negativa a implantar un Plan integral de cáncer de mama, que además de diagnóstico precoz garantice un tratamiento rápido y eficaz y una rehabilitación integral a las mujeres que padecen esta enfermedad. Que como la evaluación tantas veces mencionadas he dicho, reconoce como un déficit importantísimo.

Me refiero a la nula consideración que este Plan ha pasado de hacer a los problemas de salud emergentes, vinculados a la edad y la madurez, como la menopausia, las patologías del suelo pélvico e incontinencia urinaria.

Me refiero al desprecio que yo he visto que se trata en este Plan o que se ignora mejor dicho en este Plan, la situación dramática y aberrante que están padeciendo hoy las mujeres afectadas por fibromialgia y síndrome de fatiga crónica en esta Comunidad Autónoma y que a ustedes les consta. Desechando, yo creo que el Plan tiene que contener y no lo hace, un protocolo de actuación que ellas y nosotros llevamos mucho tiempo demandando.

Y me refiero a una última cuestión que son los oídos sordos a la necesidad de mejorar y adecuar las infraestructuras de las maternidades hospitalarias, yendo más allá del área de Santander y el área de Laredo, Sr. Consejero. Ofreciendo seguridad, calidad y equidad también a esa población de más de 160.000 personas, en su mayoría mujeres, y de la

Cantabria rural que vienen demandando una unidad de partos en el hospital de Sierrallana.

Termino diciendo que sabemos que los verdaderos avances necesitan de su tiempo, que iremos viendo cómo se implementa y evoluciona este Plan, con la confianza de que es un Plan vivo y estoy segura que muchas de las reflexiones y de las aportaciones que el Partido Popular va haciendo irán teniendo como han tenido otras, un encaje.

Y lo único decirle pues que en éste, como en otras cuestiones, goza usted para estos fines de toda la colaboración y la lealtad del Partido Popular. Y evidentemente también comprende -como usted lo sabe y debe entender- nuestro derecho a formular críticas, siempre desde el punto de vista constructivo.

Muchas gracias.

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

Tiene ahora la palabra según el Reglamento, el Sr. Consejero, por un tiempo máximo también de treinta minutos.

EL SR. CONSEJERO (Truan Silva): Muchas gracias, Sra. Presidenta. Muchas gracias a las Portavoces de los tres Grupos.

Yo creo que tiene razón, la Portavoz del Grupo Popular, que todo no está bien, por eso tenemos un Plan de actuación que es un Plan riguroso, que viene de un análisis de situación muy cuidadoso y que viene también de un estudio de la situación, no sólo de salud, sino también integral de la mujer en Cantabria y por tanto, creo que es un buen instrumento de mejora y un buen instrumento para trabajar.

Instrumento que además tiene, como dije antes, un cronograma y por tanto tiene algunas áreas de actuación que se van desarrollando a lo largo de estos años. Y por eso, la atención a la salud mental y la salud de la atención a la cronicidad, son dos aspectos que si observan el cronograma tienen actividades, y actividades bastante complejas, a lo largo de los años 2010, 2011, lo cual, no quiere decir que estemos haciendo ahora mismo una serie de actuaciones, sobre todo estudiar cómo hacemos las cosas para poder mejorarlas.

Tampoco esperaba menos del Partido Popular, que arrogarse casi todo lo bueno que se hace en Cantabria. Pero bueno pues permítame que nosotros también aportemos a sus grandes logros, unas pequeñas aportaciones como pueden ser este Plan de actuación, que -eso sí- también me felicito que tenga el consenso de todos, como instrumento para poder llevar adelante lo que pretendemos, que es que la equidad en salud esté presente en todas nuestras actuaciones.

Algunas de ellas, de las cosas que se han referido aquí con respecto a que no hemos incorporado, como son la atención a las mujeres

drogodependientes y una serie de actuaciones de ese tipo, sí que vienen reflejadas en el Plan y además éste es un Plan que tiene una vocación transversal, es decir, es un Plan que se desarrolla no solamente en la Consejería de Sanidad, sino que tiene elementos de contacto con todas las Consejerías; con la Consejería de Empleo, con la Consejería...con otras Consejerías, de tal manera que podamos ir introduciendo, como dije la semana anterior, como una lluvia fina, el concepto de género en todas nuestras actividades, en toda nuestra planificación y en toda la planificación, en la parte que nosotros, cuando cualquier Consejería del Gobierno de Cantabria elabora programas, planes de actuación, solemos tener un representante de la Consejería de Sanidad. Y yo creo que eso garantiza que todas las actuaciones; actuaciones en la prevención de riesgos laborales, actuaciones en otro tipo de aspectos estén garantizadas.

Por tanto, creo que no es un Plan localizado y localizable solamente en el ámbito de la Consejería de Sanidad, sino en el ámbito de todo el Gobierno de Cantabria, porque -como digo- es una voluntad expresa del Gobierno de Cantabria, este Plan de actuación.

Tampoco creo que sea un Plan que se haya disminuido sobre el anterior. Creo que hemos ampliado el Plan anterior. Había cinco áreas de actuación, hemos pasado a ocho, hemos introducido las recomendaciones, como dije antes, hemos separado salud sexual y salud reproductiva, hemos incluido la lactancia materna, es decir, en nuestro programa de lactancia materna se ha incluido como una de las áreas prioritarias de este Plan.

Además, la quinta área de actuación del anterior Plan, que era la promoción de hábitos de vida saludables, diría yo que se ha disgregado con la atención a la cronicidad, la atención a la salud mental y se ha especificado mucho mejor para, precisamente, no irnos por las ramas sino atender las situaciones de una manera mucho más concreta.

Además de eso, hemos ampliado el área de cáncer prevalente, de tal manera que hemos incluido el cáncer de útero porque... lo cual no quiere decir que no existan ahora mismo unos niveles altos de cribaje y de detección precoz, bueno pero parece razonable que avanzando esto más, lo que hemos hecho ha sido tratar de estudiar cómo está eso, si está bien no haremos nada y si no está bien pues nos plantearemos hacer un estudio, o sea un programa de detección precoz, pero todos los programas que nosotros hacemos a diferencia de lo que ustedes hacen, son programas integrados dentro del Servicio de Salud.

No pretendemos en ningún caso sacar nuestros programas fuera del Servicio de Salud, de tal manera que... no digo como programas aparte en el Servicio de Salud, no como programas integrados dentro de la estructura del Servicio de Salud en los equipos de atención primaria, en los servicios de atención especializada, no con una estructura, crear una estructura aparte, la única que tenemos en este

sentido es el programa de detección precoz de cáncer de mama y cada vez esto va más integrado y va a ser cada vez más integrado dentro del Servicio de Salud, porque es la única manera, introducirlo en la práctica diaria, es la única manera de que sea perdurable en el tiempo y que sea además eficaz. Por tanto, creo que en ese sentido la situación es favorable.

Tampoco quiero que se reduzca el debate de este Plan sobre diferentes opciones ideológicas en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo o la píldora postcoital, porque yo creo que el programa es algo mucho más amplio. Estas son opciones que como digo además, se están debatiendo no solamente por la sociedad de Cantabria sino por la sociedad, se está debatiendo. Es un debate que existe en toda la sociedad española y por tanto creo que el resultado del mismo, nosotros tenemos nuestra opinión, ya tenemos una línea clara de funcionamiento en lo cual Cantabria era una de las Comunidades en las cuales la píldora postcoital es accesible ya hace mucho, pues podemos decir las 24 horas del día, porque se puede conseguir por las personas, por las mujeres que lo necesitan prácticamente en cualquier hora del día y por tanto es una situación que nosotros pensamos que está un poco superada.

Y sobre la interrupción voluntaria del embarazo, pues ha habido una legislación durante 25 años que ha despenalizado determinados supuestos, creo que ahora mismo parece procedente reflexionar sobre esto y establecer una Ley más acorde con los tiempos y que bueno nos ponga a la altura y al nivel de cualquiera de los países de nuestro entorno.

Con respecto a alguna de las acciones que vamos haciendo, le diré que en el área de salud sexual se ha hablado mucho de la Consulta Joven, el año pasado hemos... nos parece una actividad novedosa pero además muy eficaz, porque los chavales pueden en los institutos pueden a veces con más libertad expresar algunas dudas, no solamente en el ámbito de la sexualidad sino también en algunos otros aspectos muy importantes, bueno y el año pasado hemos abierto tres nuevas consultas joven, pero no solamente hacemos esto, sino que tenemos una íntima colaboración con la Consejería de Educación.

El ámbito educativo es para nosotros, es importantísimo para la prevención tanto en estos aspectos como en la adopción de hábitos de vida saludable, para evitar que los chavales empiecen a fumar o empiecen a tomar alcohol, tenemos -como digo- una íntima colaboración con la Consejería de Educación, lo educadores son personas que siempre son muy receptivos y muy colaboradores y tenemos, creo que muchas posibilidades porque tenemos cada vez que acentuar esto más.

Hemos hecho el año pasado 30 talleres, más de 30 talleres sobre educación sexual, con alumnos de 3º y 4º de E.S.O. Además también, vamos a los sitios estratégicos donde se reúnen jóvenes como... estuvimos en Candinamia, hemos estado en JUVECANT, hemos estado en los conciertos que hay

o suele haber en verano en Santander, en el mercado nacional de ganados y también la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria forma parte del Comité Institucional que está elaborando la estrategia de salud sexual para todo el Sistema Nacional de Salud.

Creo que en las maternidades del Servicio Cántabro de Salud se van adaptando cada vez más a lo que consideramos la atención a las mujeres, tomando ellas sus decisiones y, además, una atención cada vez más adecuada y más fisiológica.

Creo que estamos mejorando en atención al parto y al nacimiento, y estamos mejorando también la satisfacción de las personas, de las mujeres que allí acuden, por eso hemos formado a muchos profesionales a lo largo del año pasado. Hemos hecho diez cursos en el que han participado 422 profesionales relacionados con la atención al parto y al nacimiento, algunos impartidos por ejemplo por el Dr. Michel Odent, que es una de las autoridades a nivel mundial en relación al parto fisiológico, al parto natural.

También 20 profesionales del Servicio Cántabro de Salud han estado en las maternidades de diferentes Comunidades Autónomas aprendiendo algunas prácticas y para poder después implantarlas en nuestro Servicio de Salud.

Pero también estamos fomentando pues, por ejemplo, conscientes de que para fomentar el vínculo entre la madre y el recién nacido es imprescindible facilitar el contacto precoz de ambos, y la no separación; pues en octubre de 2008 el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla procedió a la supresión del box de observación de los recién nacidos, por lo cual nada más nacer los niños están con sus madres, a no ser que tengan una necesidad - lógicamente- o unos cuidados especiales. Con esta desaparición del box de observación desaparecen todos los boxes de observación de las maternidades hospitalarias del Servicio de Salud.

También hemos realizado un importante incremento en los recursos humanos, las matronas cada vez tienen más protagonismo y fruto de ello es que tratamos de garantizar la presencia continua de ellas en la fase activa del parto. Y por tanto en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en 2008, hemos incrementado la plantilla hasta tener seis matronas por turno, teniendo en cuenta que hay 11 partos y medio por día, lógicamente unos días 12 y otros 11, ¿no?, no hay niños partidos, afortunadamente; pues creo que es un esfuerzo considerable.

Así como en el Hospital de Laredo, que hay uno y medio partos día, hay dos matronas por turno, eso es un -creo- que un esfuerzo considerable.

Pero además, para que las mujeres tengan cada vez más poder de decisión en su salud, y sus familias conozcan en profundidad el periodo reproductivo en el que atraviesan, y participen activamente de todo ese

momento; un momento, creo que extraordinario, y que hay que participar pero también hay que disfrutar, pues para eso en octubre de 2008, también hemos constituido un grupo de trabajo para rediseñar el actual programa de educación maternal, con el objetivo de respuesta a las nuevas necesidades y a las nuevas demandas de la sociedad.

También, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla para informar a las madres de...y a sus parejas, sobre el modelo de atención al parto que ofrece el hospital, ha elaborado la carta de bienvenida, en la que informa a la mujer lo que...las opciones y el tipo de asistencia que puede recibir en el propio Hospital.

Y siguiendo la línea de atención a la ciudadanía, en la página web de la Consejería de Sanidad, están ahora mismo colgados los principales indicadores de parto y nacimiento, que es una tasa necesaria, es la tasa de inducciones de parto, la tasa de episotomías, de mortalidad perinatal, etc, etc..., de tal manera que la gente pueda conocer cómo hacemos las cosas por medio de unos indicadores.

Si lo revisamos se puede ver que cada vez, modestia aparte, lo hacemos mejor. Cada vez se hace mejor, cada vez hay menos intervencionismo en cuanto al parto y al nacimiento, y hemos estabilizado la tasa de cesáreas, hemos mejorado mucho y hemos, creo, que cada vez hay un incremento de partos vaginales, y el incremento de partos vaginales fue de cesárea anterior, la relación del número de episotomías...

Es decir, todos los indicadores dicen que cada vez la atención al parto es menos medicalizada y, yo creo, más, mejor para la mujer que tiene que hacerlo.

Dentro del ámbito de la promoción a la lactancia materna, también estamos haciendo un esfuerzo formativo muy importante, y hemos, el año pasado, formado a 487 profesionales de atención primaria y 35 de atención especializada, así como hemos creado la Comisión de Lactancia Materna en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde tiene lugar el nacimiento...el 86 por ciento de los nacimientos de nuestra Comunidad.

El Hospital de Laredo ya es hospital amigo de los niños, es decir, que ya cumple con los diez pasos hacia..., con las indicaciones de la UNICEF y de la OMS y el Hospital Marqués de Valdecilla, uno de los encargos de esta Comisión, es precisamente adecuar la política hospitalaria de su maternidad a la adopción de estos diez pasos.

Pensamos que con las dos maternidades que tenemos en Cantabria, ofrecemos niveles suficientes de calidad, de seguridad y por tanto también seguimos pensando que no es necesario, dados los sistemas de transporte, de comunicación, el control previo que se hace en todos los centros de salud, del embarazo, el control previo que se hace, tanto por los médicos de familia, como por las matronas, por el personal de enfermería; hace que el parto, el

momento del parto sea una situación programada y por tanto, una situación que se puede prever y en la cual nosotros debemos de tener unos dispositivos de mayor calidad y de seguridad. Esos dispositivos se garantizan en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con además su Servicio de Neonatología y el Hospital Comarcal de Laredo.

Pensamos que en este momento, no es necesario la ampliación ni por número de niños ni por necesidades asistenciales.

En cuanto al cáncer de mama, nunca estamos cerrados a ampliar el programa de detección precoz de cáncer de mama hasta la edad que sea necesario, siempre que las organizaciones internacionales y la evidencia científica nos lo certifiquen así.

Por eso, el año pasado ampliamos la edad de 65 a 69 años y ahora mismo el cáncer, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama está dirigido a las mujeres de 50 a 69 años y si la evidencia científica y la evolución -que la medicina no es una ciencia exacta, como todos sabemos-, nos indica que tenemos que ir hacia 45 años; no dude que lo haremos. Por eso también éste es un Plan de actuación que es dinámico, no es un Plan estático.

Tenemos una comisión de seguimiento y esa hará que podamos tomar decisiones y soluciones al respecto, pero también quiero decir que hemos mejorado mucho el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, hemos hecho una adquisición de una unidad móvil de exploración, en la cual ya tiene la señal digitalizada, hemos hecho una unidad fija en Sierrallana el año 2008, no en Sierrallana, en el centro de Torrelavega, en lo que es el centro de especialidades y hemos ampliado la unidad fija también del Hospital de Laredo. Con eso creo que lo vamos haciendo razonablemente bien, porque los indicadores así nos lo indican, en la última vuelta, la sexta, que finalizó en 2008, hemos atendido a 45.349 mujeres, lo que supone un porcentaje de participación del 68 por ciento, cuatro puntos más que la vuelta anterior.

También hemos mejorado el tiempo de respuesta para la emisión del informe. En esta vuelta el 83 por ciento de las mujeres reciben su informe antes de 15 días. Es una situación de cierta angustia, cuando alguien se hace una mamografía, conocer si estará afectada de alguna enfermedad o no y por tanto, pretendemos cada vez acortar más estos tiempos y parece que lo vamos consiguiendo, porque hace no muchos años, el 90 por ciento de las personas lo recibían más allá de los 15 días.

También hemos mantenido las tasas de detección de cáncer y se han incrementado el número de cánceres "in situ" y de cánceres invasores de pequeño tamaño, de menos de 10 milímetros y de cánceres sin afectación gangliar. Estos tres últimos datos hacen que el pronóstico sea mucho mejor y por tanto, asegura un mayor porcentaje de curación en las mujeres detectadas.

Tenemos ya... en la anterior comparecencia les expliqué que sí que tenemos un programa de atención integral, no solamente el Plan de Detección Precoz de Cáncer de Mama, sino además, cuando a alguien se le detecta, entra en el ámbito del Servicio de Salud y hay un sistema de actuación y un sistema de tratamiento, que incluye desde la atención psicológica hasta la figura de la enfermera que acompaña en todo el proceso y que ayuda y además, creo que facilita mucho el funcionamiento terapéutico en el tratamiento de estas mujeres.

La detección, como digo, en estados muy precoces ha permitido tratamientos menos agresivos y así el 82 por ciento de las personas, de las mujeres que detectamos cáncer, lo fueron con cirugía conservadora. También hemos implantado la técnica de ganglio centinela en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla o en el Hospital Sierrallana; lo cual evita que se hagan intervenciones más agresivas con la eliminación de la cadena ganglionar, lo cual a su vez evita la aparición de problemas como el linfedema, es decir, de efectos secundarios.

También el personal del programa participa en proyectos de investigación importantes de ámbito nacional y europeo. Participan en un proyecto de investigación FIS junto con las Comunidades de Valencia y Cataluña, que trata de evaluar la tasa de detección de cáncer y de falsos positivos con la mamografía digital. Ya que hemos implantado la mamografía digital en toda nuestra red asistencial, pues parecía un elemento importante y otros que tampoco me voy a detener.

Y por último, en el área de la violencia contra la mujer, creo que los servicios sanitarios desempeñan, están desempeñando ya hace varios años un papel crucial en la detección y la atención a estas mujeres.

Hemos hecho un esfuerzo muy importante potenciando la formación del personal, en la comparecencia anterior les informé además que eso era gratificante no solamente para las mujeres, porque permitía detectar estos programas, sino también para los profesionales que tienen así capacidad de detectar y de actuar sobre una situación en la que antes se veían faltos de instrumentos.

Para eso seguimos potenciando a los equipos de atención primaria a la formación a todos los profesionales de nueva incorporación o aquellos que no lo hicieron. Pero además, hemos incluido un nivel más y tenemos una formación ya más avanzada en el abordaje de la violencia de las mujeres a todos aquellos que hicieron la formación básica.

Y el año pasado en el 2008 ya hemos formado una formación diríamos más avanzada, a más de 135 profesionales. La experiencia en este campo en

Cantabria en esta área de violencia, de la atención a la violencia de las mujeres, tanto en la formación como en la detección, se ha presentado como un ejemplo de buenas prácticas en otras Comunidades Autónomas como el País Vasco, o en el primer Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud que se celebró en Santiago de Compostela en febrero de 2009.

También nuestra Comunidad está presente en la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud, participando en dos grupos: el grupo de trabajo de indicadores y el grupo de trabajo de formación.

Como antes se ha dicho, la inclusión de la cartera de servicios de atención primaria del servicio 210, que es la detección y atención a la violencia contra la mujer ha contribuido a que podamos haber hecho, preguntado a 65.976 mujeres y hemos detectado que un 5 por ciento manifestaron estar sufriendo malos tratos, lo cual nos muestra quizá la punta del iceberg, todavía no hemos llegado al fondo de la cuestión.

Bueno y creo que es un problema muy importante.

Yo creo que en definitiva este nuevo Plan de Salud de las Mujeres 2008-2011 está construido como no podía ser de otra manera sobre la base del Plan 2004-2007, nos va a permitir mejorar lo que ya tenemos y también avanzar en las necesidades detectadas durante estos años ampliando las áreas de actuación con un carácter integral e integrador.

Queremos hacer extensible esta mejora de la salud de las mujeres además del ámbito indudablemente de la asistencia también en la materia de prevención, de promoción, de promoción de la salud, de la rehabilitación y en definitiva en el ámbito de una auténtica medicina de hoy en día.

Queremos con este Plan mantener una línea de trabajo necesaria que yo creo que ya ha demostrado ser capaz de mejorar la salud de las mujeres avanzando como no podía ser de otra manera en el objetivo de este Gobierno Regional de disminuir las desigualdades en salud de las mujeres promoviendo la equidad en salud.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):
Muchas gracias Sr. Consejero por la presentación de este II Plan de actuación y gracias también a las tres Portavoces por sus aportaciones.

Nada más.

(Finaliza la sesión a las once horas y cuarenta y un 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)