

Sabe que es el consejo interterritorial el que tiene la responsabilidad sobre el establecimiento, por parte de las comunidades autónomas, de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del sistema nacional de salud.

La *consellera* ha instado al gobierno a valorar esta situación y a modificarla en base a las nuevas (*inintel·ligible*) ... científicas y sociales.

La realidad social, democrática y laboral que vivimos justifica, como usted también comentaba, sin duda la propuesta de revisión del criterio de inclusión para estas estadísticas.

Las dificultades en el acceso al mercado laboral han retrasado –es un hecho– de forma significativa la planificación de la maternidad de las mujeres valencianas.

Esta situación por sí misma ya justificaría que el propio ministerio revisara los criterios en base a la propia ley que regula la cartera común del sistema nacional de salud.

Pero con una revisión, que nosotros creemos que podría ir en el sentido que ha hecho el Reino Unido, que desde 2013 se ha ampliado la edad hasta los cuarenta y dos, previo a un examen de capacidad ovárica, es decir, establecer una ampliación de la edad si se cumplen una serie de requisitos mínimos que den indicios de éxito en el proceso.

Porque sabe usted que la edad es la variable más importante relacionada con el propósito reproductivo, porque refleja el efecto que sobre la probabilidad de embarazo tiene la progresiva disminución de la reserva ovárica y de la calidad de los ovocitos en cuanto a la probabilidad de anomalías.

La evaluación de los resultados de las técnicas a día hoy muestra que aún es muy baja la probabilidad de conseguir un embarazo en mujeres de más de cuarenta años.

Para terminar le digo que la respuesta que el ministerio debe dar, a través del consejo interterritorial, debe establecer los criterios que puedan dar respuesta a esas mujeres que quieren ser madres a una edad tardía, conjugando la realidad social y la científica, y establecer las medidas que efectivamente se deben tomar desde la sanidad pública.

Pero para finalizar le hago una reflexión. Por supuesto que estamos de acuerdo en ayudar y acompañar a las mujeres que..., iba a decir deciden, pero no, que quieren ser madres de una forma tardía con todos los avances médicos que existan y los descubrimientos científicos que se produzcan.

Pero donde realmente está el meollo de la cuestión es en seguir consiguiendo más avances laborales de derechos laborales que permitan a las mujeres ser madres cuando la biología se lo permita.

Gracias. (*Aplaudiments*)

**La senyora vicepresidenta primera:**

Gracias, *consellera*.

Pregunta número 1.213, que formula la diputada Fabiola Meco, del Grup Parlamentari Podemós-Podem, també a la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública.

Senyora Meco... –perdone–, senyora Meco.

**La senyora Meco Tébar:**

Buenas tardes.

La pregunta que le hago esta tarde tiene que ver con una población sumamente vulnerable: la infancia y adolescencia que está tutelada por la administración, que reside en centros de acogida, de protección, de reforma, en familias de acogida e incluso alcanza a las que residen en familias adoptantes. Le hablo de cuestiones de su exclusiva competencia.

En la ruta que he realizado por los centros de menores de titularidad pública he podido comprobar estas realidades que le traslado: un alto porcentaje, un muy alto porcentaje de menores tienen prescrita, incluso antes de entrar en los centros, una considerable medicación. Casi la totalidad han sido diagnosticados de TDH. En la práctica totalidad de los casos resulta que no es trastorno de atención e hiperactividad. Su nerviosismo y desorientación es propio de sus historias de vida durísima. No necesitan esa medicación, sino entornos seguros, rutinas, referentes afectivos. Da igual, de entrada se les prescribe medicación que tiene fuertes efectos secundarios. Si es TDH y es leve con pautas de comportamiento se corrige. En otros casos el diagnóstico es erróneo, pero en todos los casos la medicación va por delante. Y si tienen suerte es revisada a la baja o suprimida en centros por personal propio, no de la sanidad pública, sino de empresas privadas que gestionan esos centros. ¿Es usted consciente?

Además, los educadores sociales son quienes administran la medicación y quienes llevan a esos niños y niñas a los centros de salud. Esos educadores me dicen que los profesionales sanitarios nos hacen muchos favores. Nos tenemos que hacer con los profesionales en beneficio de los niños. Me lo dicen cuando hablamos de las USMI, ellos saben que han de diseñar estrategias para incrementar el número de visitas, que es cada dos o tres meses, porque los menores las precisan. ¿Por qué pelean los profesionales? ¿Por qué no su *consellera* mediante un protocolo?

La ratio de psicólogos en la actualidad es sumamente deficitaria en esos centros. Siguen esperando más personal, pero fuera de su competencia, la suya, no hay recursos sanitarios bastantes. No hay ratios de psicólogos en las USMI suficientes, debería haber dos o tres psicólogos por cada psiquiatra. ¿Qué va a hacer usted al respecto? ¿Por qué no hace por priorizar a estos menores en esa atención?

A las USMI van los menores de hasta catorce, a veces de hasta dieciséis años. En adelante van a las USMA, un adulto, señora *consellera*, no es un menor. ¿Por qué no van a las USMI hasta los dieciocho o incluso algunos profesionales solicitan que hasta los veinticuatro, que es cuando se alcanza la madurez cerebral? No se les prioriza en las pruebas médicas generales o específicas, ni siquiera, señora *consellera*, cuando tienen TEA, trastorno del

espectro autista, o tarjeta sanitaria de atención preferente. ¿Sabe usted que cuando un educador está esperando en una sala durante todo ese tiempo deja de atender a otros menores en los centros? ¿Por qué no hay protocolo al respecto?

¿Qué recursos sanitarios existen cuando un menor sale de un centro terapéutico después de cumplir con una medida judicial? ¿No cree que un centro terapéutico, o ahora llamado de formación especial, debería de estar bajo su *conselleria* auxiliado por igualdad, y no al revés?

El consumo de tóxicos, señora *consellera*, es causa de enfermedades mentales, agresiones y violencias, también de la filio-parental. ¿Qué programas desarrollan ustedes desde la *conselleria* de sensibilización a menores y familias? ¿Por qué no hay recursos sanitarios especializados para adolescentes en estos casos?

Señora *consellera*, no sé si es más grave que todo, pero es tremendamente doloroso que hoy haya dos menores con parálisis cerebral en silla de ruedas en Valencia que no son prioridad para su *conselleria* porque tienen el fémur salido y llevan cuatro meses esperando. Luego le doy el dato, puede interesarse por ellos.

Las familias de acogida tienen necesidades que tampoco son cubiertas, los diagnósticos hay que cuidarlos mucho. Algunas familias de acogida se han enterado de que el menor tenía hepatitis C cuando ya estaban en sus casas y ha habido riesgo de contagio de sus propios menores. O incluso menores acogidos tienen síndrome de abstinencia por consumos tóxicos no diagnosticados, de los que se enteran cuando ya están en casa.

Las familias, además, están cansadas de lamentar que las tarjetas sanitarias no traduzcan un expediente unificado, después de la resolución de desamparo, guarda y adopción. ¿Hasta cuándo van a ser llamados en los centros de salud por su identidad anterior? Piden unificación del expediente médico. Señora *consellera*, ¿tan complejo es?

Y no sigo. Hay muchas más demandas. Éstas son las más acuciantes. Las necesidades sanitarias, señora *consellera*, lo convierten en sus hijas e hijos. Por eso, con cierto desasosiego, señora Montón, le pregunto: ¿qué medidas ha arbitrado o piensa arbitrar urgentemente en colaboración con la *conselleria* de políticas inclusivas para favorecer y proteger a esta infancia y adolescencia tremendamente vulnerable?

Muchas gracias. (*Aplaudiments*)

**La senyora vicepresidenta primera:**

Gràcies, senyora Meco.

Senyora consellera.

**La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:**

Gracias, señora presidenta.

Efectivamente, señora Meco, vulnerables entre los vulnerables.

A las niñas, a los niños y adolescentes tutelados por la administración, que residen en centros de protección de menores, protección, específicos y especializados, se les comprueba de forma sistemática si tienen o no tarjeta sanitaria. Si no la tienen, se les tramita una tarjeta sanitaria que les permite acceder a todas las prestaciones sanitarias que se ofertan en los dispositivos vinculados al departamento de salud donde se encuentre ubicado el centro de protección en el que resida el menor en función de su necesidad. Esto garantiza que el acceso a estas prestaciones sanitarias se realice con las mismas garantías y derechos que el resto de la población infanto-adolescente que reside en el mismo departamento de salud.

Los centros de menores están todos adscritos a un departamento de salud, que es el responsable de ofrecer a estos menores todas las prestaciones que requieren. De tal forma que se les asigna pediatra del centro de salud más cercano, que es el responsable del seguimiento y tratamiento de los menores. Sabe que la edad pediátrica es hasta los trece, catorce años.

Desgraciadamente, un porcentaje elevado de estos menores tutelados presentan problemas de salud mental, que unido a las dificultades acaecidas por esta problemática se le unen factores de riesgo, como son problemas en el ámbito familiar, bajo nivel socioeconómico y escaso apoyo social. Todo esto les predispone a necesitar mayor diversidad de recursos, entre los que se encuentran los sanitarios.

Para dar respuesta a estas necesidades, la Estrategia autonómica de salud mental 2016-2020, de la *conselleria* de sanidad contempla entre sus objetivos, la elaboración e implementación de un protocolo de atención para estos menores. Un protocolo que define que el circuito de actuaciones a llevar a cabo y la coordinación entre profesionales sanitarios y de los centros de protección o de otras personas implicadas en el desarrollo evolutivo del menor, con el objetivo de ofrecer una atención adecuada a sus necesidades. Para ello se ha configurado un grupo de trabajo multisectorial, donde están trabajando tanto profesionales sanitarios del ámbito social, como también del ámbito educativo, que tras un análisis de la situación y de la población a intervenir defina cuáles son las líneas de actuación prioritarias y la elaboración del circuito.

Una vez implementado este protocolo de actuación, este mismo grupo de trabajo se encargará de hacer el seguimiento y la evaluación. Actualmente se trabaja en este proceso de abordaje para su implementación lo más rápido posible.

Además, recientemente, en diciembre de 2017, se ha publicado un protocolo de coordinación sanitaria educativa para la atención de menores con problemas de salud mental que atiende a todos los niños y niñas y adolescentes que están escolarizados. Entiendo que en base al derecho a la educación que tienen todos los niños y niñas y adolescentes este protocolo también se hace efectivo a totalidad de menores tutelados por La Generalitat.

Con la universalización de la asistencia sanitaria se ha facilitado que cientos de menores recuperen el acceso a la atención sanitaria integral. La historia clínica compartida entre los diferentes departamentos permite el seguimiento de los niños con independencia de donde se encuentre, teniendo en cuenta la movilidad que caracteriza a este tipo

de menores. Y esto supone que los programas de prevención de problemas de salud, como el niño sano, el calendario vacunal o el programa de salud bucodental se presten a todos los menores sin pérdida de información.

Y, en los últimos segundos, decirle que recojo todas sus sugerencias, propuestas y recomendaciones, y que daré el debido traslado, que espero que en el grupo de trabajo ya las estén teniendo en cuenta, pero lo comprobaré y así les daré traslado.

Gracias. (*Aplaudiments*)

#### La senyora vicepresidenta primera:

Gràcies, consellera.

Passem a la pregunta número 1.232, que formula el diputat Daniel Geffner, del Grup Parlamentari Podemós-Podem, també a la consellera de sanitat.

Senyor Geffner.

#### El senyor Geffner Sclarsky:

Sí. Buenas tardes. Buenas tardes, *consellera*.

Seguimos con el turno de preguntas. Espero que podamos dar claridad.

El día 16 de marzo es el día nacional contra las agresiones al personal sanitario. Según la Organización Internacional del Trabajo el colectivo que sufre mayor porcentaje de situaciones de violencia en el trabajo son los trabajadores y trabajadoras de la salud, con hasta un 24%.

Otros estudios hablan que hasta el 17% del personal sanitario reconoce haber sufrido algún tipo de conducta violenta en el trabajo durante el último año. En el estudio del ministerio de sanidad del 2008 al 2012 hubo registradas 30.416 agresiones al personal sanitario, según una plantilla es de 548.844 trabajadores.

En el informe anual de agresiones del año 2016 en la *conselleria* de sanidad se registraron 306 agresiones. El 68% agresiones verbales y el 32% agresiones físicas, con 23 casos, 8%, que ocasionaron baja laboral.

No encontré informe del año 2017. Pero por prensa indican que las agresiones registradas fueron de 409, lo que representaría un aumento del 33%.

En el País Valenciano disponemos del Plan integral de prevención y atenciones de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público, vigente desde el año 2010.

Mi pregunta es: ¿cómo valora la *conselleria* el desarrollo del Plan de prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público y qué cambios se contemplan?

Gracias. (*Aplaudiments*)

#### La senyora vicepresidenta primera:

Consellera.

#### La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:

Gracias, señor Geffner.

La prevención y atención a la agresión a las trabajadoras y trabajadores constituye uno de los objetivos prioritarios de la política de prevención de riesgos laborales de la *Conselleria* de Sanidad Universal y Salud Pública. Y también sabe que es un compromiso de Vinaroz, de seminario de gobierno, que tenemos pendiente para este semestre.

Ante el intolerable número de agresiones que sufre el personal sanitario en el ejercicio de su labor, la *conselleria* está ultimando los trabajos del plan de prevención integral contra las agresiones que sufre el personal sanitario en el ejercicio de su labor.

Después de fallas, previsiblemente el 22 de marzo, está previsto convocar la mesa técnica para su aprobación, previa consulta, a la comisión sectorial de salud y seguridad.

El nuevo plan de prevención integral de las agresiones al personal sanitario pretende dar un nuevo impulso a la prevención de las agresiones en el entorno sanitario. Así, los principios en los que regirán las actuaciones del nuevo plan serán:

Uno. Compromiso para generar entornos de trabajo libres de violencia y tolerancia cero frente a las agresiones.

Dos. Abordaje integral, combinando acciones preventivas con medidas de apoyo, asesoramiento y asistencia al personal agredido.

Tres. Enfoque participativo, fomentando la explicación de toda la organización y la participación de los trabajadores y las trabajadoras.

Cuatro. La perspectiva de género, puesto que la asistencia sanitaria es una profesión que está totalmente feminizada.

Y quinto, el respeto a los derechos de ciudadanía.

La finalidad del plan es prevenir, proteger y combatir las agresiones al personal sanitario, combinando diferentes acciones:

Declaración y difusión de la política de tolerancia cero frente a las agresiones.

Ampliación de las actuales medidas preventivas, tanto organizativas como seguridad pasiva, abordando de manera específica las necesidades de los diferentes niveles asistenciales.

Tres. Formación de los profesionales sanitarios, incluyendo habilidades de comunicación, recomendaciones para el manejo de pacientes conflictivos, información sobre cómo detectar una situación conflictiva y cómo actuar ante situaciones de violencia verbal o física.