

En definitiva, es la puesta en marcha de este servicio que nos permite atender a cualquier paciente en edad pediátrica con necesidad de asistencia sanitaria urgente en un menor tiempo, nos evita el 97% de desplazamientos y, además, fortalece un trabajo en red entre Liria y La Fe para dar una mayor calidad asistencial a los niños y a las niñas del departamento. *(Aplaudiments)*

**La senyora vicepresidenta primera:**

Gracias, consellera.

La pregunta següent és la 1.281, que formula la diputada Isaura Navarro, del Grup Parlamentari Compromís, també a la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública.

Senyora Navarro, ¿vol polsar...? Molt bé. Quan vullga.

**La senyora Navarro Casillas:**

Gràcies, senyora presidenta.

Senyora consellera.

Com vosté sap, la dona patix més dificultats per a accedir al mercat laboral; quan accedix, ho fa amb major precarietat, els contractes són a temps parcial; quan accedim, també estem discriminades, cobrem menys salari, patim la bretxa salarial, patim també dificultats en la promoció, i n'hi ha molts motius pels quals al final la dona va endarrerint el seu accés a la maternitat.

De fet, n'hi han estudis com este que diu que una de quatre dones renuncia a la maternitat per la seua carrera professional. O este, que diu que –el CIS– retallen la carrera laboral de les dones, però impulsen la dels homes.

La realitat és eixa, que les coses són més difícils per a nosaltres, per a les dones, i per això demà algunes farem vaga. Pararem, perquè volem parar el món perquè el món siga més just.

En estes circumstàncies en les quals la dona va endarrerint la seua maternitat, després es troba que quan decidix tindre fills, quan pot, quan es troba amb la suficient estabilitat, no pot, no pot. I per això és necessari poder accedir a la fertilitat, als mecanismes de fertilitat del sistema públic.

Però també ahí n'hi ha una limitació, i és que a partir dels quaranta anys la porta està tancada, a pesar que les llistes d'espera són d'un any i, fins i tot, de dos anys per a poder accedir a estos mecanismes, a pesar que la sanitat espanyola de fertilitat va arribar al consens d'establir el sostre en els cinquanta anys, a pesar que des del 2002, quan es va establir que la mitjana estava com a límit en els quaranta, els mecanismes, les tècniques han avançat tantíssim, tantíssim, com és cert que precisament en les clíniques privades la mitjana d'edat està per damunt dels quaranta.

De fet, una cosa curiosa és que..., una dada més que curiosa, és preocupant, és que a l'estat espanyol els pacients en

tractament de reproducció assistida en el sistema públic és del 25%, mentres en altres països com en França la cobertura és del 100%; en Finlàndia, Àustria, Holanda, Bèlgica és del 80%, del 90%; el 70% en Portugal; Alemanya, el 65%.

Però, però Espanya és la primera potència europea en reproducció assistida per nombre de clíniques, i destaca per l'aplicació de les tècniques més avançades. ¿A on? En la privada, en la privada. Clar, per a les dones de més de quaranta anys.

Com nosaltres no estàvem d'acord en eixa situació, Compromís presentà una iniciativa parlamentària, que va tindre el recolzament unànime de la comissió de sanitat, i el 15 de desembre de 2016 es va aprovar.

Aleshores, jo vull saber: ¿en quina situació està esta resolució en la qual demanem que estiga inclòs l'accés a les tècniques de reproducció assistida per a les dones majors de quaranta anys, establint un criteri que estiga més acord senzillament a la realitat científica i social actual?

Moltes gràcies. *(Aplaudiments)*

**La senyora vicepresidenta primera:**

Gràcies, senyora Navarro.

Consellera.

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

Gracias, señora Navarro.

La resolución producto de su iniciativa instaba al Consell a aprobar la inclusión en la cartera de servicios de la sanidad pública valenciana el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida a mujeres con capacidad de gestar mayores de cuarenta años y establecer un criterio que esté más de acuerdo con la realidad científica y la sociedad actual, como usted nos explicaba ahora mismo. Una iniciativa que ha puesto en marcha mecanismos científicos y administrativos.

Dado que esta es una prestación incluida en la cartera básica de servicios del sistema nacional de salud, se solicitó al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la revisión de dicha cartera en el sentido establecido de la resolución de las Cortes de su señoría.

Hasta el momento, el ministerio no ha tenido a bien emitir contestación alguna a nuestro escrito solicitando la modificación de los criterios de acceso a las técnicas de reproducción asistida a mujeres mayores de cuarenta años. Ni se ha incluido en ningún orden del día del consejo interterritorial de sanidad, que es el competente, según el Real decreto 1030/2006, para la inclusión de nuevas prestaciones o modificaciones en la actual cartera del servicio del sistema nacional de salud.

También le tengo que decir que en lo que llevamos de año aún no se ha celebrado ningún consejo interterritorial.

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 *conselleria* 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 *conselleria* 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