

al final del 2017 es de 100 días y que la lista de espera que usted ha comentado hace unos meses era ya de 90 días. Sin duda, no son datos para estar satisfechos, ya lo sé, pero también muchísimo mejores de lo que eran en el año 2015.

Las listas de espera no son números, en cualquier caso, no son temas administrativos. Son personas, con sus vidas, con sus ilusiones, con sus esperanzas, que ven como las esperas les generan incertidumbre. Para este gobierno y esta *conselleria* las personas son lo primero, como han demostrado a lo largo de estos años tomando medidas básicamente de recuperación de derechos.

Es evidente que tanto el presidente como usted misma son conscientes de esta problemática, y así lo anunciaron, por ejemplo, en el debate del estado de la comunidad que iba a haber un plan contra la lista de espera. Así lo ha anunciado usted posteriormente, hablando además de un tema que a mí me parece muy importante, que es una lucha estructural, no coyuntural.

Por todo eso, le pregunto, señora *consellera*, ¿cuál es el plan que tiene la *conselleria* para luchar contra las listas de espera? (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, señor Subías.

Consellera.

La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:

Gracias, presidenta.

Gracias, señor Subías.

Efectivamente, en mi primera comparecencia en el mes de junio ante esta cámara ya me comprometí y dije que uno de los objetivos fundamentales iba a ser abordar las listas de espera.

Y además, lo volví a reiterar en mi comparecencia el día 1 de octubre de este mismo mes en una comisión que tuvo lugar aquí, donde también pudimos abordar las listas de espera. Y es una de las grandes cuestiones que este Consell, como muy bien ha dicho, desde 2015 que se hizo cargo y asumió las responsabilidades de gobierno priorizó, y ha priorizado y lo tiene presente cada momento.

Mire, para ser posible esa reducción de listas de espera, la primera medida que tomamos fue ofrecer datos con honestidad y transparencia. Eso es lo primero. Y esa honestidad y esa transparencia fue la que afloró 10.000 pacientes que estaban ocultos en la lista de espera y que no se incorporaban a los datos que debían remitirse al ministerio.

Por tanto, sacamos a la luz esos 10.000 pacientes. Usted ha explicado muy bien la mecánica. En cuanto se ofrecía a un paciente la posibilidad de ir a un plan de choque, desaparecía de la lista, aunque luego volviera a entrar al sistema, porque

no había sido intervenido quirúrgicamente y, por tanto, volvía a contar como si fuera desde el primer día.

Pues bien, poner a cero el contador, tras cualquier situación como esta, es complejo, porque de repente aparecen 10.000 pacientes y hay que ir incorporando a toda esa... a esa planificación quirúrgica.

En segundo lugar, además de poner en orden las listas, fijamos criterios de priorización junto a la sociedades científicas y los profesionales para las intervenciones quirúrgicas. Eso también es importante resaltarlo.

Y en tercer lugar, nos hemos valido de todos los medios a nuestro alcance para reducir ese tiempo de demora de los pacientes, porque, como muy bien usted ha dicho, cuando una persona está pendiente de una intervención quirúrgica quiere que esta se realice cuanto antes, porque necesita continuar... o porque necesita resolver un tema grave de salud.

Por tanto, hemos acudido a los autoconcertos de tarde y de fin de semana, plan de choque y colaboración entre los departamentos.

En el debate de política general, el *president* Ximo Puig anunció la puesta en marcha de un acuerdo integral de actuaciones para la reducción de listas de espera. Yo sé que hay cierta impaciencia y que muchas veces siguen diciendo: «Las listas de espera no se han reducido.» Es que el plan todavía no se ha puesto en marcha. Porque poner en marcha un plan requiere muchas cosas. Requiere también la mesa... sentarse con los sindicatos, con las mesas de negociación, requiere planificar muy bien todo lo que vamos a hacer, cómo lo vamos a gestionar para que tenga resultados efectivos.

Y en estos momentos, ese acuerdo ya se ha hablado con los sindicatos más representativos, ha sido aceptado de buen grado. Y, por tanto, ese acuerdo irá próximamente al Ple del Consell. Yo espero que el Ple del Consell lo apruebe este próximo viernes.

Como sabe, está orientado a la calidad asistencial del paciente. Y, por lo tanto, lo que vamos a hacer en ese acuerdo es el incremento y la mejora en la gestión de las sesiones y autoconcertos, que pasarán a organizarse y retribuirse por procedimientos, el incremento de los incentivos salariales de aquellos equipos que cumplan con eficiencia durante su jornada laboral y puedan prestar actividad durante las tardes o fines de semana, con una mayor capacidad de decisión del paciente, que podrá elegir entre un mayor abanico de hospitales públicos o concertados y..., en fin, algunas medidas más, que, como se va a presentar el viernes, seguro que les trasladaremos a ustedes todo lo que conlleva ese gran acuerdo, porque ahora ya no tengo tiempo.

Gracias. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, *consellera*.

Pasamos a la siguiente pregunta, que es la del señor Geffner, diputado del Grupo Parlamentario Podemos-Podem, también a la *consellera* de sanidad universal.

El senyor Geffner Sclarsky:

Gracias, presidenta.

Consellera, buenas tardes.

Podemos ha defendido y defiende la recuperación de los servicios privatizados. La Sindicatura de Comptes en su momento demostró que la privatización de las resonancias magnéticas eran más caras que si se realizaban por medios propios de la *conselleria* y que el control por la *conselleria* era eficiente.

Pero la privatización de servicios de resonancia magnética tuvo efectos colaterales que no pudo valorar la Sindicatura de Cuentas, que en su día advirtió ya la Sociedad Valenciana de Radiología. El efecto colateral de la privatización de las resonancias magnéticas fue el secuestro del conocimiento de la alta tecnología por empresas privadas y la falta de integración del diagnóstico por imagen en los servicios de radiología.

Con la recuperación de la resonancia magnética lograremos no solo quitar de la ecuación el beneficio empresarial, sino recuperar para la sanidad pública valenciana la alta tecnología y el conocimiento que ha estado secuestrado por empresas privadas.

Así que, *consellera*, se acerca la finalización del contrato de concesión del servicio de resonancia magnética al final de este mes y la sanidad pública valenciana a partir de entonces tendrá integrado dentro del servicio de radiología la mayor parte de las resonancias magnéticas.

No será un proceso sin dificultades. Plantea un reto para la *conselleria* de sanidad y una oportunidad para la sanidad pública valenciana. Reto que se superará exitosamente si existe un plan estratégico con un cronograma de actuaciones, con dotaciones de recursos humanos y un plan de inversiones en material, infraestructura y máquinas, el reto de definir quiénes y cómo se integran en los servicios de radiología.

Consellera, ¿está elaborado el listado de personal médico, radiólogo, técnicos, auxiliares y administrativos que pasarán a ser personal de *conselleria*? ¿Será mediante la figura de personal a extinguir? ¿Ya están diseñadas y presupuestadas las obras a realizar en los distintos departamentos de salud, partidas presupuestarias, cronograma y la renovación y/o compra de máquinas de resonancia magnética.

Se ha acordado con los jefes de servicio y los gerentes de cada departamento de salud un plan singular de los servicios de radiología, personal, guardias, renovación, maquinarias. ¿Considera que en los cinco lotes ofertados de resonancia magnética por dos años será suficiente para asumir las necesidades asistenciales y no se prolongará en el tiempo?

El personal subrogado, ¿cómo se integrará en los servicios de radiología? ¿Realizarán guardias? ¿Cómo se socializará el conocimiento entre los radiólogos y radiólogas que estaban en los servicios de radiología con los que ahora serán subrogados?

Son muchas las cuestiones planteadas, poco tiempo disponemos y espero que con su respuesta nos aclare el programa.

Por eso, le pregunto, *consellera*; ¿qué plan está desarrollando su *conselleria* para recuperar las resonancias magnéticas para la sanidad pública en 2018-2019? ¿Qué actuaciones tiene programadas realizar y cómo se relacionan con la adjudicación del concurso a empresas privadas, para proveer dichas prestaciones?

Gracias. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias.

La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:

Gracias, presidenta.

Gracias, señor Geffner.

Como usted ha dicho, el 30 de octubre del 2018 finaliza el contrato de resonancias adjudicado hace diez años a la UTE Erescanner Salud, SL. Este contrato suponía una continuación del concurso anterior del año 2000, preveía la delegación de la gestión de las pruebas de resonancia magnética de dieciséis hospitales de la Comunitat Valenciana, así como los equipos y del personal sanitario: técnicos auxiliares, técnicos especialistas, administrativos, personal de enfermería, etcétera.

En el plan de salud 2016-2020 esta *conselleria*, apoyada con estudios asistenciales y económicos, planteaba la reversión progresiva de dieciocho años de gestión externalizada.

Para poder asumir las necesidades asistenciales hasta ahora cubiertas por el contrato de concesión, es necesario contemplar aspectos, como usted muy bien ha señalado: infraestructura, personal, tecnología, etcétera.

En cuanto a las infraestructuras, con la finalización del actual contrato, la *conselleria* adquiriría veinte equipos que ahora son propiedad del UTE y distribuidos en trece hospitales.

Estos trece equipos de resonancia, junto con los otros seis disponibles en hospitales de gestión directa, están distribuidos, uno en el Hospital Provincial de Castellón, dos en el Hospital Peset, dos en el Departamento de la Ribera, uno en el Hospital de Sant Joan de Alicante, que serían insuficientes para asumir toda la demanda actual.

Por ello, se van a adquirir ocho equipos más, siete que precisamente hoy hemos firmado el convenio de la donación con la fundación Amancio Ortega. Tres tiran para el departamento del Hospital General, uno en Vinaròs, otro en Requena, en el Arnau y en Sant Joan. Y un octavo equipo, actualmente en fase de licitación, para el departamento de la Marina Baixa.

Y para el exceso de pruebas que no pueden asumirse durante el tiempo en el que no se disponga de estos equipos, hemos elaborado un concierto que permitirá la realización de resonancias mediante empresas externas.

En relación al personal, que ha preguntado usted y atendiendo a los derechos laborales, se ha puesto en marcha los mecanismos de subrogación de los trabajadores. Actualmente está en proceso de aprobación del decreto y pendiente de que finalice el trámite, tanto por la Abogacía de la Generalitat, como el Consell Jurídic Consultiu.

A este propósito, ya hemos remitido a hacienda el número de plazas necesarias que se deben de crear para atender las necesidades asistenciales en cada uno de los departamentos, y que serán cubiertas por el personal subrogado o por nuevos contratos.

Debo destacar también que sabe que se plantearon recursos a los contratos, a los lotes dos y cinco, que permanecían externalizadas determinadas resonancias. Y por tanto, no podrán adjudicarse hasta dentro de dos o tres meses.

Creo que usted me lo habrá oído decir varias veces, que mientras no tengamos toda la seguridad y completo todo el protocolo, subrogación, tecnología, y resueltos los recursos de las resonancias magnéticas que se tienen que quedar externalizadas o recurrir a conciertos, porque no podemos asumirlo, hasta que todo eso no esté protocolizado y esté en disposiciones, no entrará en funcionamiento esa internalización.

Yo querría decirle también que durante este tiempo hemos ido formando al personal. Durante los últimos tres años se ha incorporado formación, gestión en los servicios y equipos directivos de los departamentos, para que estén preparados lo mejor posible ante la finalización del contrato.

Se han realizado cursos de formación en el EVES, cursos de formación para técnicos superiores, y está pendiente la edición de una guía de adecuación de pruebas, realizada por sociedades científicas, avalada por el Instituto Médico Valenciano, que permitirá mejorar la frecuentación de las pruebas.

Gracias.

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, *consellera*. (*Aplaudiments*)

Muy bien, pues pasamos a la última pregunta, el señor Córdoba, del Grupo Parlamentario Ciudadanos, también a la *consellera* de sanidad. Cuando quiera, señor Córdoba.

El senyor Córdoba Cortijo:

Buenas tardes, señora *consellera*.

Mire, la enfermería pediátrica es la figura encargada de proporcionar atención sanitaria a nivel de enfermería lógicamente a bebés, niños y adolescentes hasta los dieciséis años, aunque ahora esta discusión es si la pediatría tiene que cubrir hasta los dieciocho años, pero esto es otro discurso.

Bien, su trabajo es muy variado: desde atender a un recién nacido en intensivos, hasta un chico de dieciséis años que

venga con un brazo roto. Es realmente importante la función. Su papel es especialmente relevante por el nivel de humanización que aportan al sistema sanitario público, adoptando un rol muy cercano a los familiares y a los cuidadores de los menores.

Sin embargo, un detalle importante es que todos los días llegan a las unidades pediátricas y también a las consultas de atención primaria personal no formado, no formado en las características propias de la población infantil, provocando que la enfermería pediátrica sufra una importante sobrecarga de trabajo, al tener que tutelar en parte el trabajo de estos profesionales no especializados.

La población infantil precisa en todas sus etapas de un personal de enfermería altamente cualificado, y esta situación no se está dando en la Comunidad Valenciana de una forma plena, de una forma deseada.

La figura de la enfermería pediátrica se crea y se reconoce a través del Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, concretamente en su artículo número 2.

Del mismo modo, en abril del 2014, el entonces Ministerio de Sanidad presenta una propuesta de cronograma para la creación, implantación y dotación de plazas de las categorías de enfermeros especialistas. Bien.

Así pues, en el caso de la enfermería pediátrica, mediante este cronograma se propone asumir el compromiso de creación de esta categoría, preferentemente en el término de cinco años, es decir, antes de mayo del 2019.

En el ámbito autonómico, como usted sabe, la *conselleria* de sanidad publicó el Decreto 44/2017, de 24 de marzo por el que se crearon, entre otras, las categorías estatutarias de especialistas en enfermería pediátrica.

Nos llama mucho la atención que, en las semanas previas a esta pregunta, la *conselleria* haya anunciado la inclusión de esta categoría en la apertura de una bolsa. Bien.

Sin embargo, sabemos que es necesaria la adecuación de los puestos de trabajo para que esta categoría y su bolsa correspondiente sea efectiva y que funcione, máxime cuando verificamos que la última publicación de enfermeras residentes se comprueba que aún no podemos contar con la enfermería pediátrica de una manera plena.

Por su parte, el colectivo de enfermeras y enfermeros pediátricos sigue reivindicando la importancia de su figura en todos los ámbitos sanitarios, para poder ofrecer la máxima calidad de los cuidados.

Por todo ello, desde nuestro grupo pensamos que es de vital importancia reunirse con este colectivo. Reúnase con ellos y escuche sus necesidades. Nos consta que la *conselleria* ha actuado en este sentido a raíz de la publicación del Decreto 44/2007, de 24 de marzo.

Sin embargo, queda mucho camino aún por recorrer, y el siguiente paso debe ser a nuestro juicio el iniciar los trámites de adecuación de los puestos de trabajo para que la nueva categoría de enfermería pediátrica sea efectiva en la bolsa que se tiene que constituir.