



DIARIO DE SESIONES

X LEGISLATURA – AÑO 2016
SERIE C · NÚMERO 135

Comisión de Investigación sobre las listas de espera en la sanidad asturiana

PRESIDENCIA DEL ILUSTRÍSIMO SEÑOR
DON ANDRÉS FERNÁNDEZ VILANOVA

Séptima reunión
celebrada el martes 5 de julio de 2016
en la Sala Jovellanos

ORDEN DEL DÍA

- COMPARECENCIAS** informativas recabadas por la Comisión de Investigación sobre las listas de espera en la sanidad asturiana (10/0176/0001/02448)
- Ramón Abascal, Jefe del Servicio de Urología HUCA (10/0253/0037/08174)
 - Francisco Javier Cuervo Calvo, Ex- Jefe del Servicio de Urología Cabueñes (10/0253/0038/08175)
 - Emilio Esteban González, Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA (10/0253/0047/08185)
 - Cristóbal de la Coba Ortiz, Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes (Área V) (10/0253/0040/08178)
 - Juan de la Vega, Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín (10/0253/0041/08179)

SUMARIO

Se reanuda la sesión a las nueve horas y once minutos.

Prosigue el orden del día.

Comparecencias informativas recabadas por la Comisión de Investigación sobre las listas de espera en la sanidad asturiana de la Junta General del Principado de Asturias

— ***Don Ramón Abascal García, Jefe del Servicio de Urología del HUCA***

La **Presidencia** toma la palabra para dar lectura de los derechos y eventuales responsabilidades del compareciente y para explicar el objeto de la comparecencia y el formato previsto para su desarrollo5

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia.....6

El señor **Fernández Bartolomé**, del Grupo Parlamentario Ciudadanos, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Abascal García**6

Intervención de la señora **Fernández Gómez**, del Grupo Parlamentario Foro Asturias.....11

La señora **Pulgar García**, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Abascal García**11

El señor **Fernández Vilanova**, del Grupo Parlamentario Podemos Asturias, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Abascal García**16

El señor **Suárez Alonso**, del Grupo Parlamentario Popular, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Abascal García**.....22

La señora **Pérez Ordieres**, del Grupo Parlamentario Socialista, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Abascal García**25

El señor **Abascal García** interviene en turno de precisiones29

El señor **Suárez Alonso**, del Grupo Parlamentario Popular, y la señora **Pérez Ordieres**, del Grupo Parlamentario Socialista, intervienen acerca del transcurso de la reunión.....29

Se suspende la sesión a las diez horas y cincuenta y ocho minutos.

Se reanuda la sesión a las once horas y cinco minutos.

Prosigue el orden del día.

— ***Don Francisco Javier Cuervo Calvo, ex Jefe del Servicio de Urología del hospital de Cabueñes***

La **Presidencia** toma la palabra para dar lectura de los derechos y eventuales responsabilidades del compareciente y para explicar el objeto de la comparecencia y el formato previsto para su desarrollo30

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología del hospital de Cabueñes)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia31

El señor Fernández Bartolomé , del Grupo Parlamentario Ciudadanos, formula una pregunta, a la que responde el señor Cuervo Calvo	31
El señor Fernández Vilanova , del Grupo Parlamentario Podemos Asturias, formula varias preguntas, a las que responde el señor Cuervo Calvo	32
El señor Suárez Alonso , del Grupo Parlamentario Popular, formula varias preguntas, a las que responde el señor Cuervo Calvo	35
Intervención de la señora Pérez Ordieres del Grupo Parlamentario Socialista.....	36
Se suspende la sesión a las once horas y treinta y un minutos.	

Se reanuda la sesión a las doce horas y nueve minutos.

Prosigue el orden del día.

— *Don Emilio Esteban González, Jefe del Servicio de Oncología Médica del HUCA*

La **Presidencia** toma la palabra para dar lectura de los derechos y eventuales responsabilidades del compareciente y para explicar el objeto de la comparecencia y el formato previsto para su desarrollo

37

El señor **Esteban González (Jefe del Servicio de Oncología Médica del HUCA)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia

38

El señor **Fernández Bartolomé**, del Grupo Parlamentario Ciudadanos, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Esteban González**.....

39

La señora **Fernández Gómez**, del Grupo Parlamentario Foro Asturias, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Esteban González**.....

43

La señora **Pulgar García**, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Esteban González**.....

45

El señor **Fernández Vilanova**, del Grupo Parlamentario Podemos Asturias, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Esteban González**.....

49

El señor **Suárez Alonso**, del Grupo Parlamentario Popular, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Esteban González**

56

La señora **Pérez Ordieres**, del Grupo Parlamentario Socialista, formula varias preguntas, a las que responde el señor **Esteban González**

59

El señor **Esteban González** interviene en turno de precisiones.....

60

Se suspende la sesión a las trece horas y treinta y tres minutos.

Se reanuda la sesión a las trece horas y cuarenta minutos.

Prosigue el orden del día.

— **Don Cristóbal de la Coba Ortiz, Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del hospital de Cabueñes (Área V)**

- La **Presidencia** toma la palabra para dar lectura de los derechos y eventuales responsabilidades del compareciente y para explicar el objeto de la comparecencia y el formato previsto para su desarrollo61
- El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del hospital de Cabueñes)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia62
- El señor **Fernández Bartolomé**, del Grupo Parlamentario Ciudadanos, formula varias preguntas, a las que responde el señor **De la Coba Ortiz**65
- La señora **Fernández Gómez**, del Grupo Parlamentario Foro Asturias, formula varias preguntas, a las que responde el señor **De la Coba Ortiz**68
- La señora **Pulgar García**, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, formula varias preguntas, a las que responde el señor **De la Coba Ortiz**70
- El señor **Fernández Vilanova**, del Grupo Parlamentario Podemos Asturias, formula varias preguntas, a las que responde el señor **De la Coba Ortiz**72
- El señor **Suárez Alonso**, del Grupo Parlamentario Popular, formula varias preguntas, a las que responde el señor **De la Coba Ortiz**.....76
- El señor **De Rueda Gallardo**, del Grupo Parlamentario Popular, formula varias preguntas, a las que responde el señor **De la Coba Ortiz**80
- La señora **Pérez Ordieres**, del Grupo Parlamentario Socialista, formula varias preguntas, a las que responde el señor **De la Coba Ortiz**80
- El señor **De la Coba Ortiz** interviene en turno de precisiones82
- Se suspende la sesión a las catorce horas y cincuenta y ocho minutos.

Se reanuda la sesión a las dieciséis horas y treinta y cinco minutos.

Prosigue el orden del día.

— **Don Juan de la Vega Fernández, Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo del hospital de San Agustín**

- La **Presidencia** toma la palabra para dar lectura de los derechos y eventuales responsabilidades del compareciente y para explicar el objeto de la comparecencia y el formato previsto para su desarrollo83
- El señor **De la Vega Fernández (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo del hospital de San Agustín)** realiza una exposición acerca del objeto de su comparecencia84
- Intervención del señor **Fernández Vilanova**, del Grupo Parlamentario Podemos Asturias, y del señor **De la Vega Fernández**.....86
- Se suspende la sesión a las dieciséis horas y cincuenta y tres minutos.

(Se reanuda la sesión a las nueve horas y once minutos.)

Comparecencias informativas recabadas por la Comisión de Investigación sobre las listas de espera en la sanidad asturiana

— **Ramón Abascal, Jefe del Servicio de Urología HUCA**

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, se reanuda la sesión. Buenos días Señorías.

D'alguerdu col calendariu aprobáu pola Comisión y señaláu pola so Mesa, foi citáu pa les nueve hores don Ramón Abascal García, Xefe del Servicio de Urología del HUCA. Llámese al compareciente, por favor. (Pausa.)

Bueno, en primer lugar, vamos, cuando inicia la comparecencia damos un par de minutos para que prensa puede tener imágenes de recurso y a continuación procederé a leer el guión por el que se rige la comparecencia y empezamos.

Por no dificultar la escucha del guión, cuando acabe, que acaba ya...

Bueno, bien.

Fáese constar que el compareciente ta presente, de conformidad col artículo 74 del Reglamento de la Xunta Xeneral y cola resolución del Presidente de la Cámara 2/IV, de 20 de ochobre de 1998, sobre comparecencias ante les Comisiones de Investigación, va procedese a dar lectura al compareciente de los sos derechos y eventuales responsabilidades, salvo que el compareciente renuncia a la lectura, ¿renuncia a la llectura? (Asentimiento.)

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Bueno yo tenía un escrito para leer.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: No, la cuestión ye...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: ¡Ah! No, ¿los derechos? No, ya me los sé. No hace falta.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¡Ah! Vale, eso, eso, bien pero tovía queda texto protocolario.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Ya, ya...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Queda salmo.

Bueno.

Tal y como se-y comunicó en tiempo y forma, el compareciente fue requeríu pa que, na so condición de Xefe del Servicio de Uroloxía del HUCA, preste testimonio ante la Comisión de Investigación sobre les llistes d'espera de la Sanidad asturiana, creada colos siguientes oxetos, que son 4 enunciados:

Esclarecer los motivos de la non publicación nel último año de los datos pa consultes y procedimientos diagnósticos.

Analizar les irregularidaes producíes na xestión de les indicaes listes y los sistemas de control existentes.

Auditar les repercusiones sanitaria y económica del estado actual de la espera.

Y fiscalizar les medies adoptaes poles autoridaes sanitaries, pa poner solución a esti problema

Sobre estos 4 enunciaos los Grupos Parlamentarios podrán formular les preguntes que consideren y contribuirá pues aburriendo usted los sos conocimientos y experiencia acerca del oxetu de la mesma.

Como también se-y comunicó en tiempo al compareciente tien la posibilidad de facer una exposición previa, si lo desea, por no más de 30 minutos. Seguidamente los miembros de la Comisión podrán formula-y preguntes d'alguerdu col orden siguiente: en primer lugar Grupo Parlamentario Ciudadanos, Grupo Parlamentario Foro Asturias, Grupo Parlamentario Izquierda Unida, Grupo Parlamentario Podemos, mientras yo formulo les preguntes ostentará la Presidencia el Grupo Parlamentario Popular, Grupo Parlamentario Popular y Grupo Parlamentario Socialista.

Como también se-y comunicó, perdón.

La comparecencia desarrólase en sesión pública, que puede siguese en directo a través de la web de la Xunta Xeneral, grábese y va a publicase en el Diario de sesiones de la Xunta Xeneral.

¿Desea el compareciente facer una exposición previa? (Pausa.)

Ahora sí. Pues adelante.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Buenos días, voy a poner las gafas mejor.

Presidente, buenos días Señorías.

Comparezco en el día de hoy a requerimiento de la Comisión con la pretendida finalidad de aportar mis conocimientos y experiencia sobre el objeto de la Comisión, circunscrito a esclarecer los motivos de la no publicación en el último año de los datos para consultas y procedimientos diagnósticos, analizar las irregularidades producidas en la gestión de las listas de espera y los sistemas de control existentes, auditar las repercusiones sanitarias y económicas del estado actual de la espera y fiscalizar las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias para poder poner solución a este problema.

Soy convocado en mi condición de Jefe de Servicio, cuyas funciones se limitan a ejercer la jefatura del personal y el control de su actividad.

Comprenderán por tanto, que no entra dentro de mi ámbito obligacional, ninguno de los aspectos que constituyen el objeto de esta Comisión. Por ello me permito efectuar las siguientes consideraciones.

En primer lugar, pretende la Comisión que asuma unas funciones que no me corresponden, si lo hiciera, estaría usurpándolas. En segundo lugar, deben saber que los empleados públicos solo podemos y debemos hacer aquello que entra dentro del marco estricto de nuestras competencias y, por tanto, nos está vedado inmiscuirnos en asuntos que nos son ajenos.

En este marco pesa sobre el empleado público la misma limitación que sobre la Administración pública a la que sirve, en el sentido que únicamente puede hacer aquello que tiene expresamente permitido a diferencia de los particulares que pueden hacer todo aquello que no esté prohibido.

En tercer lugar, no debe de perderse de vista que tanto el HUCA, como el Sespa, como la Consejería de Sanidad en la que estamos insertos, de menor a mayor, son organizaciones fuertemente jerarquizadas, en la que cada una de las personas que integran su plantel humano tienen un papel muy concreto que cumplir, y el nuestro no es obviamente el de asumir ninguna de las funciones a las que se circunscribe el objeto de esta Comisión.

Yo soy Jefe de Servicio, pero obviamente también soy ciudadano y como tal, tengo mi opinión sobre estos asuntos, pero por respeto a la organización a la que sirvo debe prevalecer en mi la condición de empleado público que es en la que he sido convocado, y por ello, la prudencia y el respeto debido a la institución en la que trabajo y a quienes la rigen, me impone observar un respetuoso silencio, por tanto, ya les anuncio desde este momento que no voy a contestar a las preguntas que me formulen.

No interpreten este silencio como indiferencia, en modo alguno. Los usuarios de la sanidad pública merecen todo mi respeto y consideración y a diario me empleo a fondo para que desde el Servicio que dirijo reciban una atención técnicamente correcta y humanamente considerada. Pero las circunstancias que son, son las que son, y desde luego mi capacidad de actuación es la que es.

Tampoco deben interpretar mi actitud como de altanería o de rebeldía, nada lejos de la realidad.

Pero se imponen mis obligaciones públicas sobre las que podían ser mis deseos privados. Repito, soy empleado público no soy político y carezco, por tanto, de capacidad de decisión en todos los asuntos a que se refiere el objeto de la comparecencia.

Esta es una Cámara política. El dictamen de esta Comisión será un dictamen político, entiéndanme ustedes, entiéndanse ustedes con la clase política y no enfrenten a los empleados con los dirigentes.

Gracias por su atención.

El señor **PRESIDENTE**: Bien. Muchas gracias.

Acabau el turno de exposición del compareciente, iniciaría igualmente el turno de preguntas de los Grupos Parlamentarios que, por supuesto, usted tá na so libertad de no responder si nun quíer. Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Buenos días. Gracias, señor Abascal.

Dentro de las listas de espera, los Servicios de Urología ocupan un lugar, no prominente, pero si un lugar importante. Corrijame si las cifras que le voy a comentar son verídicas.

Para mayo de 2016, según las cifras que nosotros manejamos el número de pacientes en lista de espera estructural para cirugías de urología en el HUCA, era de 692 pacientes del total regional, que era de 1.712. De esos datos hay una cifra que es preocupante y es que la demora media es de 94 días, la más alta para todas las especializaciones en el HUCA y que se ha registrado demoras máximas de hasta 339 días, cifra sin duda alguna inaceptable.

De esos mismos datos oficiales también se desprende que en el HUCA hay 160 pacientes que llevan esperando entre 90 y 180 días y lo que es más grave, 121 personas con más de 180 días de espera, dato que es el más alto del HUCA respecto a cualquier otra especialidad.
¿Estos datos son correctos?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Voy a hacer una excepción. Mire usted, en primer lugar, los datos son correctos, coinciden. La pregunta es ¿por qué este Servicio de urología tiene tanta lista? Y se lo voy a comentar, mire usted, las áreas sanitarias no están distribuidas en lógica, con lo cual yo opero un enfermo de Jarrio, otro de Sama, otro de no sé dónde... El cuarenta y pico por ciento de nuestra lista —es lo que tenía que haber comprobado usted— son enfermos de fuera, no de este Área. Punto uno.
Punto dos. En este centro, el mío, en el que yo llevo en este Servicio muchos años, exactamente cuarenta y uno, tenemos un convenio desde hace muchos años con el sistema público de, en teoría, hacer lo que no hacen otros servicios. Bien, hasta ahí todos de acuerdo. ¿Y qué entraba dentro de esa teoría y de ese grupo de pacientes? Pues mire usted, tres cosas: tumores renales con trombos en cava que llegan hasta la aurícula, que lo hacemos en Cirugía con parada cardiaca, de hecho somos centro de referencia nacional.
Punto dos. La litotricia, porque nosotros teníamos la máquina de romper cálculos y ningún sitio del servicio público la tenía, y tumores suprarrenales por laparoscopia, que empezamos a hacer en el 96. Esas eran las tres condiciones que antes de habernos fusionado el Sespa nos mandaba siempre, y yo eso lo admitía, porque son un grupo de enfermos que no son muy grandes. Quiere decir que en cirugía cardiaca hacemos uno al mes, dos, hay años de doce..., pero vamos, desde luego más de dos al mes no se hacen. Cirugía suprarrenal sí, desde luego se hacen cuatro o cinco casos al mes, de toda la región, desde luego. Y la litotricia se sigue usando y no hay lista de espera.
Entonces, ¿de dónde sacamos nosotros esta lista? Pues se lo explico muy fácil, y digo que hago una excepción, se lo explico muy fácil. Si usted coge nuestra lista ve que los enfermos de Jarrio vienen aquí; los enfermos de Mieres vienen aquí, algunos de Sama vienen aquí, los de Gijón vienen aquí, los de Avilés y los de Cangas. ¡Oiga!, no puede ser. Y además no es justo, porque el paciente nuestro, en teoría, es el del Área de Oviedo, y lo ve cuando está ingresado, y lo dice: “Oiga, pero si este paisano...”. Claro, el problema es que ese paisano, normalmente, pasa antes porque son tumores. Nosotros no tenemos lista de espera en tumores, que hay que especificarlo muy bien, porque estas listas así puestas y leídas talmente parece que estamos silbando. No, mire usted, tenemos tres quirófanos al día, somos dieciséis personas y sí le puedo decir que estamos a destajo.
Entonces, es una versión un poco *sui generis* del tema. Al hacer los tumores, nosotros no tenemos tumores en la lista. Se diagnostica un tumor, nos envían un tumor de otro sitio y en más o menos quince días está solucionado. Eso lo hacen en la Clínica Mayo y en cuatro sitios, ojo al parche, porque yo tengo un Urólogo en Barcelona y sé las listas de espera de su hospital, y desde luego los tumores son preferentes en todos los sitios, pero hay más lista porque son áreas mucho más grandes y, desde luego, no tienen la sanidad de aquí. Esta es la región de más camas por habitante; eso no lo podemos olvidar nunca. Otra cosa es que estén bien gestionadas o no, pero, desde luego, es la región de España de más camas por habitante.
Dos. La región de España y del mundo con índice de crecimiento cero. Muy importante, muy importante, porque al final, ¿qué pasa?: la población vive mucho más y tiene muchas más enfermedades y morbilidades con la edad. Entonces, esas cosas hay que tenerlas ahí y barajarlas. No digo más.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Muchas gracias por sus explicaciones. Si precisamente nosotros lo que queremos no es enfrenar a los empleados con los políticos ni nada por el estilo. Justamente lo que queremos es que las personas como usted, que tienen tanta experiencia, nos den sus impresiones. También su Servicio depende bastante de ecografías y de otro tipo de pruebas radiodiagnósticas. ¿Podría hacernos una valoración sobre eso? Es decir, ¿influyen realmente en la tardanza a la hora de poder abordar problemas médicos en su Servicio, los retrasos en otro tipo de pruebas diagnósticas?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Mire usted, si seguimos así entonces hacemos una entrevista a otro tipo de cosa.

Vuelvo a recalcar que no es esta Comisión donde yo tengo que explicarme; yo tengo que explicarme a mi Gerente, a mi Director, que se lo saben de memoria. Pero le voy a hacer otra aclaración, porque ya veo que no se la sabe.

Miren ustedes, 30 % de las pruebas diagnósticas no están indicadas. Partiendo de esa base, entonces explíqueme lo que hay que hacer. ¿Y por qué no están indicadas? Pues por varias cosas: una, por el consumo; dos, por la formación de los profesionales; tres, porque la gente muchas veces va a los sitios a pedir pruebas y la gente no quiere discutir con el paciente.

Yo le voy a contar una anécdota y no hablo más. Mire usted, cuando se puso el escáner en el hospital, que ya llevamos muchos años, y se puso precisamente el primero en España —bueno, había otro privado en Barcelona— porque la Diputación, en aquella época, estaba libre de tasas de aduanas. Entonces, el si el escáner costaba ciento cincuenta millones de aquella, a esta Diputación le costó como ochenta millones, con lo cual disfrutamos de un aparato buenísimo y de tecnología puntera en aquel momento. Bien. Voy a hacerle el cuento corto.

Empezamos a tener aquel juguete y, claro, ¿quién no quería al enfermo suyo hacerle un escáner? ¡Claro!, y entonces el Jefe de Rayos, que era Juan Ramón Jiménez, muy amigo mío, me acuerdo que en un pasillo un día dijo: “Voy a ver al Gerente”, y yo le dije: “¿A qué vas?”, y dijo: “Voy a explicarle a ver...” —y traía como cien papeles de petición de escáner—, “...es que no puede ser, no puede ser.” Entonces fuimos a ver al Gerente y él, con buen criterio, dijo: “Mira...” —un poco siguiendo lo de América, porque en América las indicaciones del escáner, en principio, tenían que ser dos profesionales los que firmaban, en los seguros privados sobre todo— “... voy a mandar una carta a los jefes de servicio para que perfilen y que el residente último no pida, porque es que, si no, esto acumula y luego pagan justos por pecadores, que es el problema”. Y le dijo el Gerente: “Perfecto”. Entonces mandó la carta, pero con la carta, ¿qué pasó? Pues que al siguiente día de llegar la carta la mayoría de los jefes de servicio fueron al Gerente a decirle: “Oye, pero esto, ¿qué es? ¿O sea que no puedo pedir yo un escáner? ¿Pero esto que es?”. Entonces ya entran en juego las vanidades y muchos otros problemas.

Esto es un problema de las pruebas muy grave; en otros sitios hay mucho menos problema, y eso va en relación con una cosa que se llama “variabilidad en las listas de espera, variabilidad en las pruebas”. De eso hay mucho publicado. Según las regiones, según los países y según los estados. Hay gente con una formación básica muy buena que manda pocos enfermos a los especialistas. Hay gente que a la mínima, sin explorar, mandan a los enfermos al especialista, y entonces tenemos un embudo ahí que no hay manera. ¿Y cómo se soluciona eso? Con formación, con formación, no con miedo a que me reclame un enfermo, no. Al enfermo hay que mirarlo, explorarlo, hacerle historia, sospechar lo que sea y luego pedir la prueba que sea, no al revés, no pedirle pruebas y luego a ver, porque se cae en otra cosa que es muy importante y que estamos viendo mucho, que es el diagnóstico del hallazgo. “¿Pero usted por qué vino?” “Bueno, me dolía la rodilla”, “Pero es que tiene cálculos en la vesícula”, “Ya, ¿y?” Ya empezamos otra rueda.

Por eso le digo que es mucho más complicado para poder valorar. Es más a servicios médicos con las direcciones y con unos planteamientos que no son políticos, no. A mí el Gerente no me va a decir... Sabe perfectamente... y de hecho estamos en esos temas, cómo podemos solucionar las consultas que tenemos masivas, mil seiscientas; no lo tiene usted, lo tengo yo, mil seiscientas y pico consultas pendientes. ¡Pero es imposible!

Yo todos los días, a las seis y media de la mañana, voy al despacho y me leo todos los volantes de los médicos preferentes, y le puedo decir una cosa: más del 50 % ni son preferentes ni son nada de nada y encima los enfermos no están vistos. Ponen la sintomatología x o el signo tal, pero no pone paciente tal con esta patología, exploración tal..., lo que sea. No, no pone nada; pone “preferente”. Entonces yo tengo que mirar el ordenador y tengo que buscar, y a ver qué tiene, pero si este señor no tiene nada... Algunas veces los llamo por teléfono: “Oiga, pero a usted, ¿qué le pasaba?”

No puede ser. A mí no me importa, yo estoy para eso y para más porque me falta fregar nada más, pero, desde luego, no es así, porque perdemos mucho tiempo. Entre perder el tiempo ahí y la informática, no le cuento a usted el tiempo que se pierde.

Cuando en otros hospitales se quitó esta informática, precisamente fue cuando Pricewaterhouse en Londres hizo el estudio de estos ordenadores y dijo: “Oiga, no, mire, serán buenísimos, pero el personal no puede estar colgado de la pantalla, no puede ser. La hora de una enfermera vale muchísimo. La hora de un médico muchísimo, y la hora de otro vale muchísimo. No podemos estar así”. Ese es otro problema importantísimo, el factor tiempo, que desde que bajamos allí desde mayo, hay unos ladrones de tiempo muchísimo más importantes que los que teníamos antes.

Yo con eso no quiero decir, ojo al parche, que la informática no sea imprescindible, en todos los hospitales del mundo lo es, pero, desde luego, hay sistemas mejores en otros sitios; los únicos hospitales del mundo que no conozco son en Rusia, los conozco hasta en China, en África..., bueno, en África los pobres no tienen nada, a no ser en cuatro sitios; en Hispanoamérica, voy con ONGs a operar. Quiero decir que me conozco bastante de cómo andamos en todos los sitios. Esta sanidad es buenísima, eso que no lo dude nadie. Tenemos defectos, claro, pero hay unos defectos que tienen un problema, que es la morbilidades de la gente mayor, la forma..., hay muchas cosas complejas, no es “esto es así”, no, ¡qué bah!, no es así. Porque teniendo las camas, yo cada vez que traigo a un cirujano invitado de fuera, que los traigo muchas veces, bueno, ahora desde el HUCA nuevo no los traje, más que nada para que no se me pierdan por ahí y piensen que es el aeropuerto. Miren, cada vez que traje a cirujanos aquí siempre me decían lo mismo: “Oye, ¿pero cuántas... cuántos servicios de Urología hay?”. Tantos. “Imposible”. Bueno, yo me acuerdo con uno que se llamaba D’Onofrio, que yo fui varias veces a Indianápolis, ya murió el hombre, y lo traje aquí varias veces. Y este hombre siempre venía y me preguntaba: “Oye, Ramón, ¿este año cuántos urólogos acabaron?”. Tanto. Y estaba preocupadísimo, porque él en Indianápolis era un poco el coordinador de todo el medio este y estaba obsesionado porque, en teoría, un urólogo tenía que atender a 100.000 personas, más o menos. Y entonces él llegaba aquí y decía: “Pero bueno, ¿cuántos sois?”. Bueno, pues este año somos un millón doscient..., porque, claro, empezó con un millón doscientos, ahora ya estamos en novecientos y pico mil, pero bueno, somos tantos. Y dice él: “Bueno, ¿y entonces, entonces?”. Claro, no lo explicaba. O sea, decía él, “pero esto es imposible, ¿cómo va a haber 60 urólogos en esta región?, o ¿cómo va a haber x de la otra cosa?, es imposible, porque eso está todo estudiado”. Quiere decir, desde la OMS a cualquier organización sanitaria, y sobre todo las escuelas de gestión de los seguros privados, que son los que verdaderamente miran las perras, y de hecho la gestión de los hospitales públicos está copiada de la gestión de los privados, porque es dónde un dólar vale un dólar, señor, aquí no se puede colar un duro. Y esas gestiones están publicadas. Y te lo dicen. Y cuando en un seguro x en América hace muchos años la histerectomía estaba un poco más premiada económicamente, pues cuando se dieron cuenta, había varios Estados, ¡coño!, que habían hecho histerectomía a todas las mujeres mayores de treinta y pico años. Quiere decir, hay una serie de vicios que hay que corregir. Porque el sistema estimulado de ese tipo pues hace que a la gente caiga no en vicios, pero vamos, en defectos. Y esto es un poco parecido.

Yo a un paciente, no me voy a meter con ninguna especialidad, ¡Dios me libre!, el Jefe de Traumatología es cuñado mío, quiero decir con esto, por eso se lo dije muchas veces. Vamos a ver, un paciente de, por ejemplo, 85-90 años, que tiene una artrosis de cadera, hombre, que tiene algún dolor, ¿por qué hay que poner una prótesis? En Inglaterra no se ponen, ¿no?, y en Alemania tampoco. ¿Y aquí por qué las ponemos? ¿Para que el abuelo, que está más cómodo, entonces, no tome algún antiinflamatorio y pueda ver la televisión mejor y vaya al baño mejor? Hombre, yo, hay que separar mucho lo que es la medicina asistencial necesaria de lo que es el consumo. Y llevamos unos años de consumo tan desbordado, fomentado, eso sí, por los políticos, que ahora es muy difícil de quitarlo, es muy difícil. Yo soy de los pacientes... a mí los pacientes muchas veces me protestan, salen de la consulta rabiados, y lo oigo además: “Oiga, ¡y pa lo que me dio, eh, pa lo que me dio! Claro, es que no hay que dar nada, es que en muchas cosas no hay que dar nada. Ya no me quiero meter con las prevenciones del colesterol y lo otro. Eso puedo explicarles ustedes, podemos estar otras tres horas, ¿eh?, del consumo del colesterol, como se van bajando cada poco las cifras, como esta es de las regiones que más hipocolesterolemiantes se toman. Pero, ¿de qué estamos jugando aquí! ¡Cómo el omeprazol es la primera lista de los medicamentos que más se usan!, ¡pero dónde jugamos!, si el omeprazol es pa 14 días, como sabe el señor cirujano, ¡pero de qué estamos hablando! Entonces, coge uno la lista del Sespas, que la publica cada dos meses, y se queda uno asustado, porque dice “omeprazol”, “lexatín”, esta otra, ¿cómo se llama?, “orfidal”, no sé cuál, están todos estos que bajan el colesterol y no sé cuánto. Y dices, pero bueno, vamos a ver, aquí, aparte de esta patología, ¿dónde está la patología? Antiinflamatorios, así fastidiamos el hígado, ¿no? Estoy hay que dar un vuelco. Y en muchos países ya se está dando, en muchos países se está dando. ¿Por qué? Pues porque se combina medicina alternativa, que es mucho más barata, con formación y con autocritica. Oiga, vamos a ver, yo si estoy operando... Claro, yo esa autocritica en lo mío no lo tengo, porque son paisanos verdaderamente desgraciados, quiere decir, uno con una sonda pues, desde luego, si se puede, hay que operarlo, ¿no?, porque no vamos a condenar a un señor, digo un señor o una señora, o una señora con una incontinencia urinaria, que está la probe manchando 5 o 6 empapadores, pues si se puede y se soluciona, no la vamos a dejar, ¿no? Pero que en otras especialidades, vuelvo a lo mismo y lo recalco, hay mucho consumo. En Cardiología antes había muchísimas listas, y lo comenté

varias veces, con gente. Entonces, claro, valvulares, ¿quién no le falla una válvula a los 80 años? Bueno, ¡qué baje Dios y lo vea, señor!, es lógico que las válvulas se esclerosen con la edad. Bien, hasta ahí todos de acuerdo. El problema era la indicación quirúrgica. Entonces, las listas de espera de cirugía cardiaca eran enormes. Menos mal que ahora hay técnicas endovasculares que, sin operar, se hacen y entonces soluciona el problema. Pero, desde luego, es un costo enorme. Pero también es verdad que lo que no puedes es dejar a un enfermo morir, ¿eh?, por un problema que podías solucionar. Bueno, hasta ahí estamos todos de acuerdo. Pero ahora, si nos metemos en los capítulos de la gestión de las medicinas, entonces ya no estamos de acuerdo. En Inglaterra, por ejemplo, y lo pueden ustedes comprobar, que yo no me lo invento, ¿eh?, cuando sale una droga nueva, la que sea, sobre todo para el cáncer, ahora mismo llegaron a un acuerdo, que dice, la medicación, sí, el hospital la paga *fifty-fifty*, si va bien, si no, no, y punto. Y yo creo que eso es un método asumible del Sistema de Salud. Claro, en Inglaterra están tan escaldados de lo que nos está pasando a nosotros ahora, que ya hace 15 años, porque antes, hace 15 años, cuando uno iba a Inglaterra, según entraba en Londres, luego podía ir al dentista de papo. Claro, eso ya se quitó, gracias a Dios. Pero que en Inglaterra están un poco escaldados, en el sentido de que, como aquello que salió en el periódico, que la gente se asustó y dice, “no, que no lo quieren operar del corazón porque sigue fumando”. ¡Joder!, pero, oiga, si usted quiere seguir fumando y se quiere matar, yo no lo voy a operar, que el sistema no puede pagar los gastos... ¿eh? O a un alcohólico, “no, quíteme el hígado este pa poder seguir bebiendo, ¿no?”. Vamos a (incomprensible)

El señor **PRESIDENTE**: Si me disculpa el compareciente, si me disculpa el compareciente...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: No, no, no quiero hablar más, es que me tocan temas...

El señor **PRESIDENTE**: No, ye que...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: ... fuera de tal, que ¿qué me entiende?

El señor **PRESIDENTE**: ... en cada, a cada...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Me toca la fibra.

El señor **PRESIDENTE**: A cada Grupo Parlamentario nos corresponde un tiempo...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Unas preguntas (...)

El señor **PRESIDENTE**: ... un tiempo pautado de...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: No, no, yo ya hacía el hospital por la mañana...

El señor **PRESIDENTE**: ... de, de preguntas...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: ... yo ahora, yo ya dije, yo vengo aquí y no sé lo que va a pasar, pero, desde luego, voy a estar. Dígame.

El señor **PRESIDENTE**: Entonces, bueno, por conceder una pregunta al Grupo Parlamentario Ciudadanos, puesto que quizá no (...)

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: No, no, yo no le pregunto más. Solamente me dio tiempo a dos preguntas. Pero le agradezco mucho las explicaciones, porque nos ha dicho muchas cosas.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Ya, a lo mejor demasiadas. (*Risas.*)

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, pues, pues nada.
Correspondería ahora el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Foro.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Gracias, Presidente.
Buenos días, don Ramón Abascal.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Buenos días.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Y no le voy a hacer preguntas, porque no era su intención contestar. Y entonces se lo voy a respetar.
Sí, nos ha servido de mucho estas reflexiones y esto que nos ha explicado sobre cómo está la situación actual y desde su perspectiva de conocimiento de su propia experiencia. Y le agradezco mucho todas las explicaciones.
Y nada más. Muchas gracias por venir.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Siguiendo el orden, correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Gracias, Presidente.
Gracias, don Ramón.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Hola.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Porque, sin querer decir nada, dijo muchas cosas.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Ya.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Muchas, muchas.
Bueno, voy a hacer un..., como usted ya aventuró que no quería responder ni dar opiniones, aunque alguna ya dio, evidentemente, respecto al tema este de la listas de espera, voy a hacer como una especie de resumen de lo que yo creo que son las conclusiones que yo extraigo de su intervención, ¿no?, al hilo de las preguntas del Grupo Parlamentario Ciudadanos.
Ayer, igualmente, se tocaron una serie de cuestiones que tienen que ver también con cómo solucionarlas y con las probables causas, que algunas de ellas usted ya apuntó. Usted dijo algo interesante sobre la priorización de los procesos, en este caso, de alguna manera, enfocado, si no lo entendí yo mal, desde, antes de que les lleguen a ustedes, desde Atención Primaria, ¿no?, de la priorización que hace el médico de Atención Primaria. Y como posible solución apuntó pues una mayor formación de los médicos de Atención Primaria, una mayor comunicación con..., hasta incluso, bueno, no sé si ve factible y posible pues que el especialista se desplace de vez en cuando a los centros de salud, bueno, bien para dar cursos, bien, en su caso también para atender alguna consulta allí en concreto. Parece ser que hay experiencias en otras especialidades que han tenido un éxito importante, porque eso contribuye también a la mayor relación entre el médico de Primaria y el especialista y, desde luego, también a que haya una buena comunicación y probablemente también a una mejor formación en esa materia, que facilitaría, sin duda, el diagnóstico. ¿Ve factible que eso se pueda generalizar de alguna manera en el conjunto del sistema sanitario asturiano?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Sí, sí. Vamos a ver, yo, desde hace muchos años hacemos, cada dos años, cursos de urología básica para los médicos generales, y llevamos ya quince, ya. Y donde se matriculan normalmente cien, ciento y pico. Y hace tres o cuatro años, después del último curso, que por unas razones no sé si eran políticas o de horario de no sé que, no dejaban a la gente ir a los cursos, entonces la dirección me dijo, oye, que esta vez como fueron pocos, porque el último año habían ido como cuarenta y pico, los que no trabajaban de mañana, claro, o gente que estaba de descanso, bueno, a lo que voy, ¿no te importaría dar una charlas al os centros de salud? Digo no, no.
Y fui con cuatro temas fundamentales que gasta mucho dinero al sistema: Infecciones urinarias. Los pacientes prostáticos que son la mayoría de los hombres a partir de una edad, yo ya me voy a empezar a incluir aunque esté bien, quiero decir que hay una legión de pacientes posibles que hay que enfocarlos muy bien para que tengan el menos gasto posible. Bien.

Entonces les fui a explicar eso, el PSA, no puedo explicar aquí el PSA porque entonces les doy otra charla, mire, el PSA, el que inventó el PSA en el 70 publicó un artículo hace dos años en *The New York Times* que mandó un cardiólogo amigo mío, diciendo: “Miren, estoy asustado, porque yo hice esto como marcador tumoral y resulta que lo aprobó la FDA, otra comedia, la aprobó la FDA para control de la próstata. Es el análisis que más se hizo en el mundo. La cantidad de millones y millones de dólares que movió, no lo sabe nadie, bueno sí, lo saben los laboratorios, y este hombre estaba indignado, dice, oiga, que el PSA esta muy bien de seguimiento, pero que sistemáticamente no se debe de pedir, de hecho yo aquí hice una campaña que ya llovió, porque soy muy mayor ya, en el 85 que patrocinó la Consejería de Sanidad para el diagnóstico precoz en el cáncer de próstata.

¿Y yo que veía?, yo veía que los enfermos que nos llegaban a nosotros de cáncer de próstata eran enfermos metastáticos, que no tenían solución, y decía, tiene que haber algo, o sea, el PSA todavía estaba probándose, no estaba, y entonces coño, si hacemos un chequeo a la gente y les hacemos tactos rectales pues logramos diagnosticarlos antes.

Bueno, la idea no es mala y de hecho se hace. Pero claro, a la vuelta de los años se va viendo que con el PSA incrementado en la analítica lo que se ha visto es unos gastos enormes, unas morbilidades y complicaciones de los usos o los sobre tratamientos a los pacientes, y cánceres por los que..., porque estadísticamente a partir de los setenta y pico años uno de cada tres vamos a tener un cáncer. ¿Eso qué significa, qué vamos a morir de eso?, no. Son cánceres latentes, pero es que yo estoy cansado de operar y pongo la mano en le fuego, llevo más de 20.000 operados, pero estoy seguro que operé muchos de gente joven, porque como no sabía el futuro ni tenía marcadores tumorales, oye, tienes un tumor, yo me lo quitaría.

Pero claro, esa cirugía que costo tiene, pues primero hay que saber hacerla, segundo tiene complicaciones, y en los hombres da impotencia, y algunos da incontinencia, y entonces dejamos un lesionado para toda la vida. Quiero decir con esto que es muy difícil.

Y la pregunta esa que me decía: Los cursos, mire usted, los cursos y tal, yo comprendo que la gente, los médicos también después de tantos años y tengo un montón de teléfonos que lo doy siempre, y yo es raro el día por la mañana que a las siete y media o las ocho no me llama alguno, o de Vegadeo o de... Gente, médicos generales, oye, tengo este problema, y lo solucionamos por teléfono. Porque la mitad de los problemas se solucionan por teléfono.

Una idea que cunde en Inglaterra y en Francia también, son el ecógrafo en las consultas de medicina, ¿por qué?, porque el ecógrafo ahora mismo es como el fonendo. Una ecografía abdominal prácticamente no cuesta, bueno no cuesta porque la mano de obra del médico ya sabemos como está y el aparato cuesta muy poco. Por lo tanto, con una ecografía abdominal tenemos el diagnóstico de la mayoría de las patologías nuestras. Porque hay otra cosa muy importante en mi especialidad, yo hablo de mi especialidad. Nosotros con una ecografía normal ¿podemos asegurar al 100 % que no hay patología?, no, pero en el 94 % sí. No como el digestivo, que el tramo digestivo son metros de intestino, o no como otras especialidades. Yo con un escáner con contraste, cuando me vienen enfermos de estos crónicos que si le duele aquí, que si le duele aquí, que si va pa aquí, que si va pa allá, cuando me lo rebotan les hacemos un escáner con contraste y si no hay nada pues digo, no tiene nada. ¿Qué tiene un dolor? Sí, pero no es del aparato urinario.

Y esa es una ventaja nuestra, por eso la capacidad de sintetizar y de organizar es más fácil. Si un paciente va con una hematuria, una mujer con una hematuria, se le hace una ecografía y si se descarta que tenga un tumor, pues habrá que pensar en una infección u otra cosa. Pero no hay que mandarlo. Pero si usted me la manda y entonces yo le tengo que pedir una ecografía y nos metemos en el carril de la cola, comprendo que el enfermo se ponga en el periódico a protestar, como es lógico, y si tiene dinero se la hace en otro sitio y la trae. Dice, mire, me la hice.

Eso es la raíz de este tema.

¿Qué los ecógrafos tenían que estar en los ambulatorios? Seguro que ahorran muchísimas consultas, seguro, y a un precio mucho más barato.

¿Quedó contestado?

La señora **PULGAR GARCÍA**: Perfectamente, que hay que potenciar la atención primaria desde luego con más capacidad resolutoria de diagnóstico, me quedó clarísimo.

Luego otra de las cuestiones que también en la mañana de ayer con otros especialistas surgió y bueno, va un poco al hilo de esto, que es el tema que usted plantea de la salud pública y la prevención frente al consumo. Consumo bien de fármacos, bien de consumo general sanitario de acudir al médico porque sí, y esas cosas.

Bueno, ¿usted cree qué en Asturias se hace lo suficiente en esa materia, o cree qué sería otra de las herramientas más útiles?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Me están preguntando como cuando me llaman de la televisión que viene, oiga, espere, esto.

Mire, vamos a ver, ¿qué es prevención en medicina? ¿qué es prevención? Porque claro aquí es una palabra que llena la boca a tanta gente, a tantos médicos, a otros, a demagogos, a políticos, a sociólogos. Vamos a ver, ¿qué evidencias, fíjese lo que les voy a decir, qué evidencias científicas hay en el siglo XXI a fecha de hoy para mantener la salud fuera de los trastornos congénitos o hereditarios? Y eso, ese señor que hace pediatría lo sabe, aunque la malformaciones por ejemplo urológicas es uno cada 500 embarazos, aquí como no los hay tenemos muy pocas, yo en mi época de residente teníamos muchas más.

Bien, fuera de esa aclaración vamos a ver, ¿qué evidencias hay? Pues hay una evidencia clara, demostrada y publicada, dieta, la dieta sana ¿y cual es la dieta sana, la dieta mediterránea? Pues sí, estamos en (incomprensible) ¿Pero cuál es la dieta sana en síntesis? Pocas grasas, pocos azúcares y pocos lácteos, porque los lácteos eso es un invento de la industria con los Gobiernos, es pura demagogia.

En América, les voy a contra una cosa que casi seguro no sabrán. Mire usted, en el 70 publicó un cardiólogo un estudio, en teoría abarcaba 27 países, para la dieta, el colesterol y los problemas cardiacos. No me acuerdo del nombre de él, porque claro, no lo traigo preparado, si llego a saber todo esto, vengo preparado. Bien.

Entonces, ¿qué publicó este señor? Pues publicó un trabajo muy curioso, pero resulta que en vez de 21 países el cogió los 7 que le coincidían, y entonces ya empezamos a sesgar el asunto. Eso luego fue criticado mucho por Francia y cardiólogos franceses, esto que coño es, bueno. Entonces aquello, en los 7 países que él había visto, ¿qué veía?, desde luego que el que comía mucho y el que hacía muy poco ejercicio, pues verdaderamente tenía más trastornos, lógicamente, eso era de cajón. Pero entonces consiguió, creo, porque soy bastante mal pensado y ya soy muy viejo, consiguió que la industria de la alimentación proyectara los cereales, los lácteos, y el demonio. Entonces la pirámide, en América la pirámide de la dieta se hizo al revés, o sea lo niños mucha leche, mucho cereal manipulados, el trigo ahora mismo tiene 80 genes, coño, en el 60 tenía 18, ustedes saben como yo que si un humano tiene un gen más hace un síndrome de down, ¿pero de qué estamos hablando? Estamos hablando de productos que no son ni básicos ni nada de nada.

Entonces ¿qué consiguieron? Que la pirámide fueran lácteos, derivados y cereales. Alguna vez carne, muy poco pescado, otro gran error, también es verdad que ahí está más caro, y luego poca fruta, no decían más. Y claro eso no es verdad. La base de la dieta es verduras, legumbres por supuesto, frutas, poco azúcar, nada de lácteos, los terneros son los que, el humano no tiene que tomar leche aparte de la de su madre cuando nace, es mentira, ese es otro montaje, además favorece el cáncer. Y con las vacas que hay ahora tratadas hormonalmente, etcétera, etcétera, etcétera, hay casos de diabetes precoces porque claro a las vacas les inyectan tantas cosas, como a lo pollos, ¿quien come un pollo hoy?, pues habrá mucha gente, pero yo no lo como desde hace 20 años, porque me explicó un veterinario como crecían.

A lo que voy, se me va el santo, porque me contó usted una cosa, y yo le dije lo de la dieta.

La dieta, el ejercicio y punto, y como es usted se evita los cánceres, y está demostrado, y se evita las enfermedades neurológicas, y se evita mil cosas, pero ¿qué pasa en Oviedo, en Asturias, en la región? Enfermo, perfil de enfermo, cincuenta y pico años, hombre, vamos a poner hombre, exceso de peso, le sobra 15 kilos, ya tiene un síndrome metabólico, y tiene diabetes, tiene hipertensión, tiene no se que, y entonces le dice, mire, lo vamos a poner a dieta, va a empezar a andar, ah, no, es que me fatigo, bueno, vaya a la pista finlandesa que es llano, y si no va la piscina, coño, pero ya no le gusta. Eso ya no les gusta. Claro, yo para el ácido úrico me daban unas pastillas que me lo bajaba. Yo le digo, pero que dieta hacía, no, no, dieta ninguna. Pero vamos a ver hombre, estamos aquí jugando a los médicos o a que estamos jugando. Eso es lo que pasa, esto es lo diario....

El señor **PRESIDENTE**: Perdón, dos minutinos pa preguntar.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ¿Entiende? y ese es el problema, dieta, esa es la verdadera prevención, dieta y ejercicio.

Otra cosa es que me diga, es que yo, en mi familia hubo cáncer de colon, pues efectivamente, hay un tanto por ciento de cáncer de colon en antecedentes familiares, que son gente que hay que hacer una colonoscopia, pero es que esos son los menos, son los menos.

Y eso mismo con el cáncer de próstata, el cáncer de próstata hereditario no llega al 4%, entonces, yo, mi padre murió de cáncer de próstata, tengo un hermano con cáncer de próstata, pues es lógico que me tenga que chequear una vez al año, porque probablemente lo tenga, pero el resto del personal, no lo veo.

Porque todo está montado en el consumo, entonces se hacen chequeos, y los médicos mismos, muchos de ellos participan, yo, cuando tienen un PSA alto un enfermo normal, ¿cuándo tengo que volver? No vuelva, y a lo mejor me ponen cara como diciendo, coño, no vuelva, no, no tiene que volver a no ser que tenga algún problema, joder.

Un tío de 70 años, con un PSA de 1, es que no tiene que volver, tiene que ir a Grecia, coño, a pasear, pero no a ver la consulta de ningún médico, sea privado, público o del medio, me es igual, no tiene que ir, pero la gente está obsesionada, fomentado por, hágase otro colesterol, a ver cómo está, uy, tengo los triglicéridos más altos, pero, ¿estás haciendo dieta? No, entonces, ¿a qué estamos hablando?

Bien, no quiero hablar más, no, porque luego, el Presidente de la Comisión está diciendo...

El señor **PRESIDENTE**: No, no, yo lo que pasa que les recuerdo el tiempo, sin más, pa que lo administren, no ye en ningún caso pa limitar la intervención.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Pues tengo una última relacionado con, bueno, usted ya apuntó una serie de medidas que se podrían abordar para reducir sin duda lo que son los tiempos de espera, en este caso, con medidas, bueno, variadas, de coordinación, de formación, incluso de medios materiales en los Centros de Salud y demás.

Pero una de las cuestiones que está poniendo en marcha ahora mismo la Consejería, es un decreto de tiempos máximos, como una medida, de alguna manera, que garantice que el ciudadano sepa el tiempo máximo que va a estar en esa lista de espera, y a la vez, bueno, a partir de ahí, se promuevan distintas medidas, entre ellas las derivaciones.

¿Tiene usted alguna opinión respecto a la efectividad de una medida como esta de los tiempos máximos y de las posibles derivaciones para solucionar este tema?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: La raíz de los tiempos es la no distribución, en nuestro caso, la no distribución de las áreas sanitarias, el no respetar eso, que es sagrado, por un lado, y por otro lado, el problema, el derivar, vamos a ver, la medicina privada, los convenios, eso es imprescindible.

En esta región probablemente menos, pero en otras regiones, vamos, vamos, es que, ¿pero cuántos Hospitales públicos hay? No dan abasto, quiere decir, que a mí el decir, “coño, no, es que la medicina privada, no, no, no, vas a Madrid y les sale más barato”, porque mire usted, eso no lo dice nadie, ¿sabe cuánto nos cuesta encender el Hospital nuevo todos los días? Pues casi dos millones de euros, ¿por qué? Porque somos cinco mil y pico personas.

Quiere decir, el mantenimiento de esa estructura es carísima, y hay que aprovecharla al máximo, pero, ¿cuál es el problema? que si la aprovechamos más del máximo normal, se multiplica el gasto, si yo mando un enfermo, y les voy a poner un ejemplo, tengo una apendicitis, que es una chorrada, en principio, y una apendicitis, bueno, como hay un cirujano, podrá decirlo o no, y una apendicitis en el Hospital cuesta equis, pero es que una apendicitis en la Clínica Asturias cuesta equis menos, uno o dos, ¿por qué? Pues porque tienen menos personal, tienen un buen cirujano que lo soluciona, y el 24 horas el enfermo está en casa.

¿Y qué nos pasa ahí abajo? Pues ahí abajo nos pasa que, primero, la gente cree que aquello es un error, craso error, yo siempre le dije había que haber puesto 500 camas, de hecho el proyecto de los alemanes, que nunca entendí por qué se quitó, que costó 500 millones a este Principado, venía a decir lo siguiente, 80% de los pacientes, alta en 24 horas, como máximo 48.

Nosotros eso, ¿en qué lo podemos hacer? en la cirugía laparoscópica, en cirugías de escroto, vamos, en cuatro cirugías, no en todas, claro, yo no voy a sacar un trombo de la cava y suturar toda la cava y mandarlo pa casa, tiene que ir a la UVI, pero es que en los hospitales buenos, ¿qué hay? Pocas camas de hospitalización buena, UVI potentes y los enfermos salen como los... vamos, no como los chorizos, circulan sobre la marcha, entras por aquí, te operas y marchas, y eso aquí es imposible.

Por lo tanto, el decir, hombre es que esas medidas van a solucionar, yo creo que no, yo creo que esas medidas van a solucionar poco, la Consejería, y yo no me dedico a la política, vuelvo a recalcar, sabe perfectamente que el mandar enfermos fuera, a hacer, por ejemplo, una vasectomía, ¿una vasectomía hay que hacerla en un Hospital de este calibre? Yo creo que no, ¿por qué? Porque gastamos tiempo en la infraestructura pa hacer una cirugía que en la India, coño, la hacían en la carretera y les daban 12 dólares y un kilo de arroz.

Con esto no quiero decir que es un problema de tal, pero un poco en síntesis, una vasectomía es una cirugía de 5 minutos casi en el salón de casa, por lo tanto, meter en un Hospital una serie de patologías banales es ridículo y carísimo, y carísimo, lo mejor es decir, oiga, centro concertado, mire usted, me va a hacer usted cien vasectomías por 25 euros, porque es un poco como contratan, porque yo conozco también gente de las privadas y sé cómo los amarran.

Por lo tanto, estamos en un negocio rentable pal sistema, que manden enfermos.

Otro problema, ¿qué es? Que desde luego nosotros nos quedamos con los enfermos caros, claro, los enfermos con problemas no los van a hacer en clínicas que muchas veces tienen una reanimación un poco precaria, etcétera, etcétera.

Entonces, ese es el problema, pero la solución de los convenios no la vamos a poder quitar, no se va a poder quitar, vamos, usted va a Madrid, a cualquier sitio, pues claro, lógicamente, qué ventaja tiene Madrid, por ejemplo, las comunidades de Madrid, bueno, primero, que de repente hicieron ocho nuevos Hospitales, cosa que no tenían, porque estaban en un déficit claro, entonces ya no sabían qué hacer, entonces ahora tienen más.

Pero luego, tienen otra ventaja, que es que si yo tengo aquí cien prótesis de cadera, coño, las mando a otro sitio, para que el enfermo no... “es que el enfermo tiene que ir a Gijón”, bueno, pues yo, coño, bastante hago, ¿me explico?

Entonces, eso está bastante logrado en otros sitios, y a la gente no le parece mal, lo que pasa que a la gente le parece mal, no, no, yo quiero ahí, y quiero que me opere Petito, y luego, a las 8 de la mañana, porque hay enfermos que dicen, es que ahora voy a Benidorm, de hecho hay un señor ahí que ya lo dije al Secretario, avísele usted que le pasamos al fondo de la lista, tiene un tumor de vejiga y marcha a Benidorm, si me parece muy bien, pero claro lo que no podemos es ir a Benidorm a operarlo por un lado, y luego dejarlo ahí para mandarlo en cuanto venga de Benidorm, porque hay otra gente en la lista, ¿me entiende?

Entonces hay una serie de cosas de estas que son malas necesidades cubiertas, quiero decir, muy demagógico, no, no, lo que diga el enfermo, es como la oficina de reclamaciones, oiga, mire usted, yo comprendo, yo hago muchos informes a los juzgados, porque me caen de otros sitios, encima, y encima tengo un hijo juez, con lo cual juez que tuviera problema, hombre Ramón, a ver este problema, y entonces me tocaron, yo qué sé, llevo 15 años haciendo informes pa unos, pa otros, pa los de más allá.

Pero lo que sí le digo es una cosa, mire usted, hay muchas veces en las reclamaciones que no tienen base ninguna, es una pura falacia, que es que estuve media hora sentado ahí, oiga, y los de Vueling llevan ocho horas y todavía no tal, que no tiene que ser así, sí, pero bueno, en las consultas, yo no sé el tiempo previsible, yo tengo un enfermo que se me complica, y además ahora con el ordenador, como no encuentre unas radiografías, y a lo mejor un enfermero que en teoría era una revisión de 20 minutos, como no encuentre el escáner o como no encuentre no sé cuánto, cuando me doy cuenta estoy una hora y media, y eso, ¿en qué repercute? Coño, los que estaban después, pero eso es así.

Eso, ¿implica que hay que ir a la oficina de reclamaciones y poner a parir a unos, a otros, al médico? Y luego encima contestar, porque luego hay otro problema, ¿qué hacen las oficinas ahí? Nada, es un funcionario diciendo, le mandó reclamación Petito, y Petito te manda la reclamación y te la lees, y dices, bueno, ¿y qué? ¿Y estuvo en la lista de espera allí o estuvo esperando en la sala de espera ocho horas? ... hora y media, ¿y qué contestas? Bueno, pues sí, ¿y qué? Y perdimos tiempo y hacemos más papeles. Mire usted, la eficacia va reñida con los papeles, que quede claro, que quede clarísimo, en estos Hospitales la eficacia es otra cosa, ¿eh?, no es papelinos, oficina de información, meto para allí, meto para allí, no, cada uno tiene que ser responsable de sus actos, pero desde luego, menos papelinos y más currar y trabajar.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Gracias, por sus respuestas.
Gracias, Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Hasta aquí el turno de Izquierda Unida.

El señor **VICEPRESIDENTE (De Rueda Gallardo)**: Sí, buenos días.

Ahora va a intervenir Andrés Fernández Vilanova, pero no como hasta ahora que intervino como Presidente de esta Comisión, sino como Portavoz representante en esta Comisión del Grupo Parlamentario Podemos Asturias y en esa condición de Portavoz de Podemos, le va a hacer las preguntas.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Gracias.

Bueno, en primer lugar agradecer les respuestes, precisamente este ye pa nosotros el sentido de la Comisión, que les persones que tienen experiencia en la clínica puedan aportar información y su visión orientada a cómo abordar este problema que, evidentemente, ye poliédrico, multifactorial y por lo tanto, va a necesitar soluciones de muchos tipos que usted, bueno, hoy mismo ya apuntó algunas y que coincidieron con intervenciones de comparecientes anteriores como, bueno, la relación entre niveles asistenciales, ye una cosa clara. Usted mismo puso un ejemplo muy gráfico, ¿no?, el de la llamada de teléfono, el que no tengamos que otra posibilidad, otra alternativa a la derivación que sea oficial, no oficiosa, ¿no?, ye pa nosotros una reflexión sobre lo que dixo porque, porque bueno, lo considero ya por respondido, ¿no? Iba a ser parte de les preguntas que ficiera también, versión en Atención Primaria en dar una mayor capacidad de resolución, mayor formación, formar en patologías más prevalentes lógicamente para reducir la complejidad, bueno, para reducir el número de lo que viene y para traerlo más trabayado a las especialidades, ¿no? Pues bueno, sobre todo esto la verdad que iba a preguntá-y pero, bueno, doilo ya casi por respondido.

Si quería, bueno, pregunta-y por cuestiones organizativas, ¿no?, por la distribución organizativa y qué posibilidades tendríamos ahí de avanzar, ¿no? Y en ese sentido pues quería, quería preguntái si hubo algún cambio organizativo en su Servicio recientemente o si se dispuso, bueno, tengo entendido que la distribución de las secciones cambió. Esto de alguna manera ¿cree que ayudó o cree que pudo tener alguna influencia con el estado actual de la espera de su Servicio?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Bueno, se lo explico muy fácil. Mire usted, yo estaba en el Hospital General, era Jefe de Servicio en el Hospital General. En el Hospital General teníamos mucha menos lista de espera. Desde luego éramos muchos menos por claro no teníamos posibilidades de escaquearnos, o sea, si uno no venía había que hacer el trabajo. Bien. Partiendo de la base que éramos pocos pero salía el trabajo, ¿eh?, y operábamos los sábados y los domingos, pero bueno eso era un problema que los anestesistas eran amigos “Oye, tengo que operar ...” En fin, era un poco aquello de favor. Probablemente no fuera serio, no fuera serio no, pero era así. Entonces a mí, mire usted, por el artículo 21 —que no sé cuál es, que es que se dice siempre— a mí me unen a otro Servicio. El único jefe de Servicio por oposición de Urología de toda esta región es este señor que tiene usted aquí. Mire, entonces, claro no me podían poner de soldado raso como era obvio, y entonces me unen pero a patadas. Prácticamente me dicen “Hala” y entonces yo me encuentro con una serie de señores allí, bueno, con una distribución totalmente distinta, desde luego poco eficaz porque tenían mucha más lista de espera que nosotros. Y de hecho los tumores y muchas cosas lo seguíamos haciendo nosotros. Bueno, y entonces me encuentro con gente que, bueno, tiene unos hábitos distintos a los nuestros. Y ese choque de cosas nos costaron mucho, a mí mucho, muchos disgustos porque claro el jefe al final es el que manda pero esa es una teoría. El jefe al final, la obligación del jefe es hacer que los demás trabajen y por supuesto él pero encarrila las cosas y procurar que las cosas no sean violentas. Y, claro, si un señor, x, por ejemplo, pues hacía una guardia y luego libraba dos días pues yo claro esas cosas no las hacía. Entonces esos problemas, las secciones están muy bien, mire usted, esa es otra demagogia. Las secciones en sí, las subespecialidades están muy bien en centros muy grandes y con todo muy controlado, por ejemplo, mire usted, yo me dedico a Cirugía de hombro, vale, perfecto, hace usted la Cirugía de hombro pero si usted está de guardia tiene que hacer otra cosa. Le voy a recalcar una cosa que seguro que no lo sabe, mire,...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí. Si me permite le voy a preguntar, claro, ye lógico que todo el mundo tenga que poder, que tenga que tener su bagaje generalista, ¿no? dentro de la especialidad. No obstante, por lo menos, vamos, yo creo que en la mayoría de los Servicios el dividir en secciones facilita o agiliza el procesar determinaos, por lo menos en Pediatría. Si el cardiólogo tuviera que gestionar los casos de alergia pues le llevaría bastante más tiempo. ¿No cree que esto puede dificultar a sus trabajadores ...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Sí, pero eso, Pediatría es una especialidad.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: *(Asentimiento.)*

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Y luego hay varias subespecialidades dentro del organismo de un niño pero Urología es una especialidad pero no hay grandes cosas, quiero decir, el aparato urinario es uno, no cambia, por un lado. Por otro lado le voy a explicar, mire, las secciones que era lo que quería decir. Las secciones en centros muy grandes están muy organizadas y yo de esto tengo bastante experiencia porque claro muchos amigos míos son jefes y tienen secciones. Las secciones, fíjese lo que le voy a decir, mientras no sean reinos de taifas y no se crucen intereses económicos, perfectas. Ahora, si yo llego a un sitio y me encuentro “Fulanito, ¿a qué se dedica” “No, es que se dedica a esto nada más y está de guardia y no me hace nada” Y le voy a decir otra cosa, 60 % de las reclamaciones en la Seguridad Social, que hice yo informes, muchas de las reclamaciones estaban basadas en pacientes que van a Urgencias porque son mal atendidos o mal diagnosticados o no operados a tiempo por gente de guardia dedicada a la sección de no sé qué “No, yo me dedico al oído medio” ¿Cómo? No, no, si usted está de guardia otorrino tiene que saber de otorrino y por eso quité las secciones como estaban pero las tengo puestas desde hace dos años y pico con otro tipo de gente que sé que no tiene intereses económicos, punto uno y fundamental, y que sé que trabaja y son honrados.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¿Cuántas secciones tien, por curiosidad?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Tengo Andrología, Tumores, que la llevo yo personalmente, Litiasis, Urodinámica, falta alguna... Están escritas y mandadas porque eso ocupó una reclamación de algunos colegas del Servicio y se contestó... Dígame.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Una cuestión que tien que ver por ejemplo con la lista de espera tal y, las diferentes entradas que tiene, bueno, esto es una cuestión administrativa, ¿eh?, de gestión, probablemente ni la conozca. Yo, me informaron el otro día de cómo funcionaba esto pero hay una, la que se llama entrada tipo 3 que ye cuando se distribuye a secciones precisamente. ¿Hay posibilidad de citar en secciones en su Servicio actualmente o se envía a un general que después usted distribuye?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Vamos a ver. Yo, la lista de espera la reviso todos los días, por patologías. Y lo primero es lo urgente y lo siguiente es lo siguiente. Por ejemplo, Litiasis porque ya veo que viene usted informado de la lista. Mire usted, la Litiasis es una patología que tuvimos nosotros la bañera, la primera bañera, con lo cual hacíamos toda la litiasis, pero ¿qué paso? Que todos los centros dijeron “Coño, yo quiero un juguete” Entonces no compraron de una máquina de litotricia que valía ciento y pico millones de ..., pero compraron un litoscopia y compraron un láser de tal manera que Avilés tiene láser y Unidad de Litiasis, vamos, a una gente que se dedica a eso, Gijón tiene otra, en Sama también hacen. Con lo cual nuestra lista muchas veces nos la envían de Arriendas, del otro sitio pero yo ahora estoy como hay bastante lista de Litiasis y la Litiasis verdaderamente la única urgencia que tiene es la amenaza de pérdida de función renal. Si un señor tiene la amenaza de la pérdida en función renal y se le pone un tubo de nefrostomía el problema está solucionado. Por lo tanto la nefrostomías hay enfermos que están con ellas durante un tiempo ¿por qué yo no puedo meter más Litiasis que es un tema mucho más fácil que otro? Pues se lo explico, porque nos agobian los tumores. O sea, yo hay semanas que quitamos cinco vejigas y seis y usted dice “Coime, esto no lo hay en ningún sitio” Pues no, nada más que aquí.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¡Ah sí!, entonces cuando, o sean cuando se cita pa su Servicio eso llega-y a usted y usted ye el que lo distribuye al...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: No, no, ...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: .. al *staff* o ...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ... cada médico tiene la autonomía de firmar el ingreso.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pero no, digo lo que se cita desde, cuando se solicita una consulta desde Atención Primaria.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Normalmente yo veo todos los papeles ahora y distribuyo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Vale y distribuye. Vale, val. Entendido, vale.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Y muchos los veo yo. Lo que Barrunto puso lo llamo yo y lo veo yo a las siete y media de la mañana.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Vale, vale.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: En ese sentido no hay quien nos coja pero aparte de eso, mire, cada médico en el Servicio están pasándose ..., vemos trescientos y pico enfermos todos los días, que es una comedia, nos lo ven ni en la Clínica Mayo, pero bueno. O sea, es un lujo de consumo. Pero cada uno, como están formados, todavía tienen su título, que luego podemos hablar de los títulos, ¿eh?, pues cada uno pone el ingreso a la preferencia que sea.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Entendido, entendido...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Y eso me lo.... a la Secretaria y yo lo reviso con ella. Y todas las semanas yo con el Jefe de Admisiones tengo una reunión....

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Perfecto. Vale...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ... y sabemos los partes, cuántos tumores entran, cuántos de la lista de espera. ¿Por qué entran menos de la lista de espera? Por el problema de los tumores y toda la Dirección sabe que son de otras áreas....

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¿Cuántos tumores intervienen a la semana aproximadamente, aproximadamente?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Pues a lo mejor 15, 20.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: 15 a la semana.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Tenemos 3 quirófanos al día, ¿eh? Mucho tomate. Ahora nos quitaron, ahora por ejemplo empezaron las vacaciones. Aquí en España es una cosa curiosísima porque las vacaciones, bueno primero tenemos el mes de la nieve, luego tenemos en mayo ya empezamos a bajar, en julio ya la del demonio, agosto parado, septiembre, bueno, como estamos de fiestas en Oviedo.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Desde luego que, que... Oiga que es que no hacemos seis meses en el año, ¿eh?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Estoy de acuerdo con que convendría tener previsto las vacaciones del personal y cubrirlas con personal sustituto pero bueno...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Sí las tenemos previstas porque...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Ye una filosofía que no...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ... nos hacen hacer un papel....

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, sí.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ... nos hacen hacer un papel...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, sí.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ... en enero...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Claro, claro...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ... pero yo qué voy a hacer en agosto no sé qué...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ... lo que no se prevé y la sustitución pero, bueno,

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: No, no se prevé nunca. Se para.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Si me permite...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Sí, sí.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bueno, pues, pues a ver. Ye un fechu estudiau y conocido que el aumento de las listas de espera supone un, o sea, ye gravoso pa los usuarios, supón un mayor gasto de bolsillo, ¿no?, que incluso ta cuantificao, en Asturias subió en los últimos años después de la huelga y, en fin. Ye decir, los usuarios muchas veces abandonen el sistema público y tienen que recurrir al privado porque nos yos queda otra como decía usted antes, ¿usted sabe más o menos o tien cuantificao que porcentaje de los pacientes suyos acaba recurriendo a la medicina privada?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Hay pocos, muy pocos. Yo no veo, vamos a ver una cosa. Yo hago medicina privada en el Centro Médico, yo le puede decir una cosa, la mayoría de los enfermos que yo hago privados, no los conozco de nada ni están en ninguna lista. Muchos.

Hay otra lista de enfermos que alguna vez van y yo les digo siempre lo mismo, oiga tiene usted derecho a que lo entiendan en un centro nuestro y lo pueden mandar a otro sitio, ¿problema? Que muchos no quieren, y luego hay otro problema que no se ve desde aquí pero se ve desde allí. ¿Oiga me puede operar usted? Oiga, si estoy lo opero, yo siempre digo lo mismo, si estoy lo opero, claro, no estoy, pues claro, no soy Supermán, yo esta semana estuve en Viena en un congreso de cáncer de próstata, pues esta semana no operé, entonces puede dar la casualidad que el paciente x, como la lista no la prevemos, quiero decir, que le toca este adenoma con sonda le toca, lleva 6 meses, y le toca del martes y yo no estoy el martes... y muchas...en la medicina privada hay otra cosa muy importante que es, vamos a ver, el paciente que va a medicina privada, muchas veces no va solamente por tal, va porque escoge el médico y porque escoge el centro, quiere tener su intimidad, no quiere, ¿me explico? No es solamente la cosa, no, no marchan de ahí corriendo, nooo, hombre si marcharan corriendo a lo mejor no me citan ustedes porque me dedico solamente a la medicina privada ¿me explico? Vamos a ver si nos centramos, quiero decir, que no, esa teoría....

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bueno, tar tá cuantificado.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: No, no, si está cuantificado los gastos no quiere decir...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Usted por ejemplo ¿no notó un incremento de la demanda en la medicina privada...?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: No, no, vamos a ver una cosa, yo, mire usted, le puede contar lo que dice mi... el que me hace la declaración de la renta que vive aquí enfrente. Yo desde la crisis, ha bajado enormemente, ¿por qué? Pues porque la gente no tiene dinero o lo tiene y tiene miedo a gastarlo y le puedo contar Comunidades enfrente y al lado, en León, por

ejemplo, pues les bajó mucho menos, ¿por qué? Porque la mentalidad de la gente de León, en general, que es una ventaja es, si tengo algo ahorro pa' la salud, y entonces van a la medicina privada y eso pasa también con los gallegos. Los gallegos, yo con los compañeros míos no notaron casi ninguno la crisis, aquí si se notó mucho la crisis, porque hay menos dinero y porque luego hay mucha gente que dice, no, no, no puedo gastar esto no vaya a ser que me pase algo, con razón además, pero ese sueño americano, no, esto es un trasvase, yo no lo vi ni en las películas. Bueno si lo hubiera visto no me dedicada a medicina pública, vamos a ver si nos centramos. Yo me dedico a trabajar, el negocio es otra cosa distintas.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: En relación con esto, pues evidente, esto ye una cuestión que evidentemente ye delicada y suscita mucho debate, como sabrá la lista de espera genera un conflicto de interés entre la práctica pública y la privada, puesto que a medida que aumenta la espera, pues aumenta también el volumen de negocio privado y este conflicto de interés pues afecta a quien compagina les dos actividaes en especial si se tien una responsabilidad organizativa que podría condicionar la capacidad de trabajo de un servicio público e influir en que el volumen de la lista sea mayor o menor. Esto ye un fenómeno que, en fin, ye un equilibrio ecológico, por así digamos. Esto que por otro lado, la práctica de la medicina, en la pública... en la privada, pues ye algo sostenido legalmente, ¿no? inapelable por sentencias de tribunal que permitieron la compatibilidad, incluso pa determinados Xefes de Servicio, pero ye un asunto que creemos que todavía admite ciertas consideraciones éticas y administrativas, ¿no? y que sigue siendo origen de litigiosidad. Dada la situación dada esta situación, pues cuestionada en muchos casos de quien compagina estas actividades ¿usted cree que existen garantías y cuales son pa' garantizar la honorabilidad de los facultativos y además a su vez evitar que se desvíen pacientes de la privada a la pública?, y ¿cree que quienes ostentan una responsabilidad organizativa deberían someterse a procedimientos de inspección?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Bueno, por supuesto, yo tengo ahí las libretas abiertas. Pero le voy a comentar una cosa, mire usted, que a lo mejor la sabe o no la sabe. Mire usted, yo tengo una denuncia en la Fiscalía con un grupo de enfermos, eran doce enfermos y venían a decir eso que me está diciendo usted, porque las fuentes de las cosas siempre son las mismas, mire usted, y ¿sabe lo que pasó? Pues que la Fiscal o Fiscal, no sé quien era se dedicó a llamar a aquellos enfermos y de doce enfermos había ocho que yo no conocía y en la denuncia ponía que yo los había llevado a mi consulta privada, una cosa de dolor. Mire usted, yo, ¿usted que cree que yo que tengo, llevo 41 años en el pescante que digo casi siempre las verdades, resulto bastante incómodo iba a estar aquí si estoy mojado de algo? No, hombre no, que va, lo llevo a rajatabla, lo llevo a rajatabla y en el Servicio no se tolera, no es que este es primo del amigo, bueno, de hecho ¿cuántos médicos tengo operados en el Centro para evitar problemas, de decir, oye no quiero problemas? Desde hace muchos años, ya en el hospital viejo, no nos gustaba, porque no, porque no tiene nada que ver la medina pública con la medina privada, es medicina, desde luego, pero es otra cosa distinta. La medicina privada es un contrato entre un paciente y un médico para hacer x y con resultado y tal sitio y a tal hora y tal precio. La medicina privada nuestra es carísima, quiero decir que una cirugía nuestra es muy cara, no es catarata.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Si, si, y, disculpe, y usted o algún otro colega suyo que se vea en la misma situación, ¿pasó alguna vez un procedimiento de inspección interno? O sea por parte del Sespa.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Claro, cuando la Fiscalía, si, si, nos investigaron, ¿qué van a investigar? Pero si había, es que era una comedia.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Vale y...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Era una comedia, había enfermos que no me conocían.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Y este... querría pregunta-y también ¿coincidió alguna vez que operara algún paciente de su Servicio aunque no lo derivara usted, vamos, porque coincidiera, algún paciente de su Servicio, o sea, del servicio público de Urología del HUCA, en su actividad privada?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Si, mire usted, le voy a contar un detalle de uno, no voy a decir el nombre, porque encima padeció. Ese enfermo se operó de un tumor de vejiga en la Residencia, y yo, vamos, normalmente los sábados y los domingos voy y...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Una re-intervención.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: ... fui a verlo y me dice, doctor Abascal, quiero marchar de aquí inmediatamente, y le dije, “bueno tranquilín, Fredín, ¿qué pasa hombre?” “No, no quiero marchar de aquí, no, no, no me fío, porque...” bueno, para hacer el cuento corto. Yo como conozco mucho a la familia dije, “bueno, pues llamas a tu hermana, llamas...” y ese enfermo luego se operó en el Centro, pero bueno... quiso marchar, él pedía el alta voluntaria.

Eso no es ningún trasvase de nada.

La mayoría de los enfermos que yo hago ahí no los conozco. No los conozco del hospital, quiero decir, ¿me explico?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¿Y recibió alguna vez alguna presión para intervenir adelantando en la lista alguna persona de especial relevancia, algún cargo político, alguna...?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Todos saben lo mismo, saben que conmigo pocas bromas y les digo siempre lo mismo, oye es que es un recomendado, es que es primo de la tía del abuelo, vale, me pones un anestesista un sábado, vengo y le opero, no tengo problema ninguno. O sea, yo el favor lo hago, pero no a costa de colar, eso lo sabe todas las direcciones del Insalud desde hace más años ya que Judas, de la época de Pergentino, “Ramón, bueno ya se que...” “ya lo sabes, bien, dime, ¿esto es urgente? Si es urgente y es un tumor por supuesto, no tienes ni que llamar, pero si no es urgente y no es ningún tumor, tendrá que esperar como es lógico”

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bueno, y por último pa acabar, nuestro Grupo Parlamentario considera que la práctica, el compaginar la práctica de la medicina pública y privada debe ser posible, debe ser compatible, non en el caso, consideramos que no en el caso de los Xefes de Servicio, pero en cualquier caso esto, pues bueno, trasciende la nuestra voluntad o la nuestra idea porque tá avalao por los tribunales, ¿no? En cualquier caso creemos que pa cualquier facultativo que compagine estas dos actividades pues debería de mostrarse que no existe este trasvase de la actividad pública a la privada. Creemos que ye importante verificalo. En ese sentido tamos preparando una iniciativa parlamentaria pa poner en marcha un procedimiento de verificación. Sabemos, bueno, puede ser algo comprometido pero bien, creemos que ye necesario una prueba del algodón que garantice que esto no ocurre, y que de esta forma pues también que por otro lado, una vez que se garantiza que no ocurra pues sella la honorabilidad del facultativo, ¿no? si se puede pasar este procedimiento y bueno, pues como un certificado de calidad, por así decir.

Esto se podría facer cruzando datos de Hacienda, de los datos que tien Hacienda de pacientes intervenidos en el sistema privado con los datos del sistema público.

¿Usted cree que esto sería positivo, un sistema de estas características?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Yo creo que no, pero bueno, independientemente de que cada partido tiene sus ideas y sus cosas.

Vamos a ver. Le vuelvo a decir, de la sanidad el mundo la única que no conozco es la rusa, que además está muy feminizada, porque un amigo mío que estuvo hace poco en Moscú, tuvo un problema fue a urgencias de un hospital buenísimo y lo atendió una residenta. Entonces él dijo: “Coño, yo soy médico y tal; por favor, si viene un staff, y vino un staff que era una mujer”. Entonces él pensó y dijo: “Bueno, aquí, que llamen al jefe”, y el jefe era otra mujer. Quiero decir que en Rusia está feminizado el sistema y, bueno, tampoco es muy bueno, deja bastante que desear y hay gente que consulta por la puerta de atrás. Jefes de servicio y tal consultan por la puerta de atrás; una cosa de locos, vamos.

La medicina pública y la medicina privada se complementan. Hay un tipo de gente que no va a la medicina pública.

Atiéndame una cosa, mire: si lo que le preocupa es ese trasvase, que yo no lo vivo y yo creo que en los colegas míos tampoco, pero bueno, porque veo a los enfermos que opero y si son nuevos para mí... Es más, hay enfermos que vienen a mi consulta y digo: “Hay que operarlo”, “¡Ay!, yo no puedo”,

“Vaya usted al hospital y se opera allí y punto”. “No tengo dinero, no tengo...”. Si me parece muy bien, pero no luchen. Eso de decir: “Venga por aquí, que le cuelo yo por la puerta de atrás”. Eso a lo mejor pasó hace... Yo no lo viví, desde luego...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: La única manera de garantizar que esto no ocurre ye que los pacientes sean distintos, que un médico no pueda ver a un paciente en la pública y la privada a la vez; ye la única manera de garantizalo.

Usté entienda que para garantizar su derecho a la práctica de la medicina privada, también hay que danos unes garantías a quienes pensamos que en la sanidá pública no debe existir esta posibilidá de trasvase, y la única manera de garantizar que no hay este trasvase ye establecer un compartimento estanco para el médico, de forma que de ninguna manera pueda ver a un paciente en los dos sitios a la vez.

Esto ye lo que proponemos y lo que yo pregunto es si usté taría dispuesto a aceptar un mecanismo de verificación de estas características, un certificado de calidad.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Si hay leyes las admito, y si hay propuestas con rango de ley, como usted comprenderá, yo ya no tal.

Lo que sí tengo muy claro es una cosa: a mi me quedan dos años y medio y, bueno, verdaderamente yo bajé ahí con unas condiciones, para ver si arrancaba aquello, para ver si ponemos nueva tecnología y aquello lo levantamos, pero esto que dice usted es una idea romántica, porque está muy contaminada. Uno lo lava...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: un fundamento administrativo...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Sí, pero bueno una cosa es fundamento administrativo y otra cosa es la realidad. Yo le vuelvo a decir una cosa: normalmente los enfermos que veo en mi casa no los veo en el hospital, no son enfermos del otro sitio, no son: “¡Ay!, entonces me ve ahora y me cuelo”. No, joder, que no tiene nada que ver, que el enfermo que se quiere operar con uno va con uno y se opera y punto, y no va por el hospital. Yo opero gente de Gijón, gente tal; opero a muchos médicos y les opero en la privada aunque no les cobre, porque lo que no quiero son problemas de confusiones y porque, además, como no lo hago, como los demás, no quiero. ¡Tengo que empezar por mí, joder! El que tengo que dar el ejemplo soy yo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pero la cuestión ye que ahora no tenemos un sistema que nos garantice esa verificación.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Pero, ¿usted cree sinceramente que en la mayoría de los servicios hay este trasvase?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Mire, ocurre que hay un estudio de la Comisión Europea que diz... Sí, creo que se acaba el tiempo mío. Sí na, acabo fijo.

No pregunto más, pero hay un estudio de la Comisión Europea de 2013 que diz que hasta un 10 % de los presupuestos sanitarios públicos se desvían en prácticas de este tipo. Es una cuestión de fenómeno, no de culpabilizar a una persona en concreto, pero ye un fenómeno que ocurre, porque no hay una regulación. Por eso se plantea establecer una regulación para disminuir este fenómeno.

Ye como cuando ponen leyes para el tráfico. No va a saber decir que esta persona no vaya a tener un accidente, pero sí va a reducir el número de accidentes en global.

En toda Europa, sin diferencias significativas entre los países y con independencia del nivel de desarrollo del país. Pero bueno...

Bueno, pues nada. Munches gracias por les respuestes y recupero la Presidencia de la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Tocaría el turno de preguntas del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Gracias.

Buenos días.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Hola.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: No le voy a hacer preguntas, simplemente precisiones a cosas que ha dicho.

Una primera es que lo ha dicho usted con toda normalidad y, bueno, puede rechinar, acerca de los intereses económicos que decía que no le doy a tal..., más seguro que no tenga intereses económicos, yo más o menos sé lo que quiere decir. Es inocente, pero me gustaría que aclarase a qué intereses económicos se refiere usted cuando habla de los profesionales a su servicio.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Ya. Vamos a ver.

Mire usted, si yo vendo fruta, x, y la tengo de una calidad y de otra, y de otra, pero sigo consumiendo esto, pues a lo mejor el que me la vende me premia. ¿Está claro? Pues eso es lo que hay.

Aquí el problema es bastante complicado. La industria farmacéutica es la mayor potencia económica mundial; riáse usted del G8 y G9. Detrás de esos está la industria farmacéutica y lo siguiente a la industria farmacéutica actualmente, aparte de las mafias, ¿sabe cuál es? La mafia ahora mismo se dedica a la falsificación de medicamentos. Esas son las dos industrias más potentes del mundo. La de la guerra va después.

Yo con la industria farmacéutica me llevo perfectamente, pero la ataco muchísimo, porque hay muchísimos problemas. Hay medicaciones que salen y al año y medio se tienen que retirar; hay efectos secundarios que no se dicen; los médicos, por otro lado, muchos tienen el defecto de que no se leen los prospectos. Hay mucha iatrogenia en las medicaciones.

Yo lo que digo es lo que dice la OMS, no estoy inventando nada. Mire, la OMS, hace poco —salen cosas todos los días— ahora dice que sí, que el zika les preocupa. ¡Menos mal!, porque, ¡coño!, ya estaba bien. Sin embargo les preocupó el ébola mucho más y el ébola era una enfermedad de África que para contaminarse había que meter el dedo en la llaga de un negro, con todos mis perdones. Pero usted figúrese el revuelo que armaron que aquí hicieron unas habitaciones para el ébola. De locos. El zika va a ser muchísimo más peligroso. Hay una firma de doscientos cincuenta científicos, no lo digo yo. Y el paludismo, por ejemplo, se lleva cinco mil y pico vidas al día. Quiero decir que es un mundo de descontrol.

Entonces la OMS está diciendo ahora que hay una serie de medicinas alternativas que los países tienen que empezar a tomar nota, que lo hacen en algunos sitios, en Suiza, en Francia, en Alemania, porque son más baratas y ahorran mucho y evitan estos problemas, porque, ¿yo qué garantía tengo de que el último medicamento, por ejemplo, para el colesterol, sea muchísimo mejor que el anterior?, ¿qué garantía tengo? Un trabajo de Pepito y Fulanito que al final están patrocinados. No, no, no, eso no es así. De hecho —hablo del colesterol porque es un tema que me tengo bastante trillado, aunque soy urólogo—, hay un cardiólogo que se llama Michel de Lorgeril, que está en Lyon, que es del Instituto Científico Francés —o sea, no es ningún cantamañanas— y este es un luchador con estos problemas. El último libro que publica es “El mito del colesterol”. ¿Y qué viene a decir? Pues esto que les resumo: oiga, que son miles de millones de medicaciones que hacen mucho daño. Él demostró que la gente que toma pastillas para el colesterol se mueren igual de accidentes cardíacos, porque, aparte, las estatinas atacan al músculo en general y el cardíaco es un músculo. Entonces, de hecho, en muchos sitios, ahora mismo, cuando tienen que dar algo para bajar el colesterol verdaderamente, asocian vitamina Q, otra serie de cosas para proteger las mitocondrias del sistema muscular.

Quiero decir con esto que yo de los laboratorios, con todos mis respetos, allí ellos y yo aquí. ¿Que hay una medicación muy buena? Me parece muy bien. ¿Usted sabe cuánto cuesta un producto? Equis. ¿El nuevo? Equis. Bueno, pues vamos a ponerlo a quinientos euros. ¿Usted sabe que el 30 % de esto es marketing? El 30 %. Esto me lo dijeron jefes de laboratorios; yo tengo compañeros jefes de laboratorios en Europa. El 30% es de marketing y ¿marketing qué es? Pues marketing es eso, promoción, papelinos, no sé qué, congresinos, no sé cual...

O sea, al final soportan la formación del médico los laboratorios, pero por un interés común; quiero decir que, si vendo, puedo mantener, pero ojo al parche, que muchas cosas de las que se mantienen, (gruñido) Yo vengo de Viena ahora y, desde luego, hubo cosas muy interesantes, pero hubo otra cosa que comenté ayer con el doctor Hevia, que dije yo: “¡Coño!, yo a este paisano lo vi hace dos meses hablando del contrario”, no del producto contrario, de otro producto similar, pero de otra marca. Y digo, pero esto, ¿cómo es? Joder, ni un feriante, coño.

Quiero decir que de esto hay mucho. No sé en la especialidad de Pediatría, no sé en la de Cirugía General. En Cirugía General probablemente haya menos, haya más en Digestivo como especialidad médica. Pero... porque los cirujanos verdaderamente, (...) nosotros en cuanto a tratamiento de

tumores y tal, bueno, es una cosa que es de locos, es de locos. Por eso digo eso, no porque tenga yo ninguno que haya... “no, es que cobra”. No, no, ¡joder!, no.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: A eso me refería, que aclarase eso que...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: No, gracias a Dios, no.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: No, bueno, pues nada más. No le voy a preguntar más. Simplemente, acerca de lo que comentó de dos temas. Uno de la necesidad de la concertada. Acaba de salir publicado hace relativamente poco el informe, el Libro blanco de la sanidad de la OCDE, y en la que se ve con cifras que verdaderamente los conciertos sanitarios hoy por hoy en España no es que sean buenos o malos, es que sin ellos...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Imprescindibles.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ... la sanidad actualmente no podría existir en España, no se podría soportar. Eso por un lado. Y por otro lado, la riqueza que produce, el producto interior bruto basado precisamente en esos, digamos, en esa “industria” —entre comillas la palabra industria—, que hoy por hoy, vamos, es una barbaridad pensar siquiera en que se puede acabar con los conciertos. Y otra cosa, es acerca de lo que dijo del hospital y aquel proyecto alemán. El IESE acaba de sacar ahora en esta primavera el informe definitivo acerca de un máster que tienen sobre tecnología y arquitectura sanitaria, en la que hablan del hospital del futuro. Y dice que en el futuro de los hospitales precisamente está en que más de 500 camas no va a ser posible.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Bueno, yo, si me permite la Comisión, le voy a hacer una aclaración más en abundancia.

Eso ya se lleva tiempo. Los alemanes aquí hace 12 años el hospital tenía 4 plantas p’arriba y 3 p’abajo, y 600 camas. No hay logística que aguante más de 500 camas, no la hay, es imposible. Y las camas, pocas, pa rotarlas inmediatamente. Y el sistema de los hospitales modernos, esos alemanes habían hecho el Hospital Municipal de Munich, que lo conocí yo; el Hospital Universitario de Lieja, que estuve; el Hospital de Lyon, un centro cardiológico impresionante. Resulta que voy a Dubai pa una cosa de tal, y ¡coño!, un hospital nuevo, entro y lo habían hecho ellos. O sea, estos tipos, cuando vinieron aquí, llevaban cuarenta y pico hospitales. Y todos horizontales, ¡qué casualidad!, y con sótanos. Y aquí no se sabe por qué. Yo todavía nadie, ningún político, y eso es verdad, ningún político me dijo por qué aquel proyecto quedó en el cajón. Porque, de hecho, a nosotros no nos entrevistaron. Quiere decir, los alemanes venían, nos hablaban, todos estamos encantados. Pero la síntesis de todo, ¿qué era? El enfermo entra por esta puerta, viene en ayunas, se le pincha, equis, tal, tal, se le ve, se le hace la eco, no sé qué, tiene un tumor de vejiga, en lo nuestro, por ejemplo, se le hace una resección y por la tarde se va. Entonces, no necesitamos camas. Necesitamos camas de UVI para la cirugía. Y eso en casi todas las especialidades. Las vesículas. Oiga, las vesículas se quitan y se marchan. Y una hernia, ya tal, si me pones, también. Bueno, y (incomprensible), por supuesto. Entonces, todo está basado en eso. Pero, ¿por qué? Porque todo lo demás es carísimo, no lo podemos soportar, aunque pagáramos más y aunque la cotización aumentara, es mentira. Estamos empufados hasta el 2020 o el veintipico ya. Todo eso de que se puede... no, no se puede. Seguimos p’alante porque no se puede parar, pero nadie quiere decir la verdad del meollo. Y la verdad del meollo lo dijo aquel economista de melena, que todo el mundo decía que estaba loco, pero, claro, sí, era un loco curioso. Y yo lo oí en una charla en Zaragoza, en la Caja de Ahorros, estando en un congreso, que me habían invitado a una cosa, y un sábado por la tarde hablaba este tío y fui a verlo, ¿cómo se llamaba, hombre?, uno de melena, un paisano un poco raro. Y bueno, las cuentas de la sanidad eran de asustar, eran de asustar. “Miren ustedes, tantos cotizantes, tanto por tal, tanto cama al día, vamos a multiplicar por 20 hospitales —dice—, mire la cuenta, balance, tal”. Una cosa de dolor. Y eso ya lo explicaba este señor. Y, sin embargo, se le callaba la boca. De hecho, en muy pocos Gobiernos, le consultaban cosas pero meramente, bueno, de anécdota, pero nadie quiere tomar el toro por..., no lo quiere coger nadie, porque es un pufo. Ahora, vuelvo a lo mismo, prescindir de la medicina privada es imposible, ¿eh?, olvídese usted. Prescindir de la medicina privada es imposible. Se complementa y seguirá complementándose. Aquí, vuelvo a lo mismo, figúrese usted que es el sitio, la región de más camas por habitante. Y hay una complementación. No le quiero decir en León, en Madrid, en el otro. En Barcelona, bueno, bueno, en Barcelona. Le voy a contar otra anécdota que probablemente no la

sepa. Mire usted, cuando uno nace en Bilbao los padres lo hacen del Atlético de Bilbao y le hacen la mutua esa de los igualatorios. Y cuando uno lo hace en Cataluña, según la zona que sea, pues lo hacen del Barcelona o del Espanyol?, pero también les hacen la mutua. O sea, el 70 % de la población, curiosamente, en Vascongadas y en Cataluña tienen seguros privados. ¿Por qué? Pues precisamente por el juego que les da el, si tienen un problema, ir a un sitio privado. Y cuénteme usted en Barcelona, si lo conoce, cuántos médicos, cuántos médicos o cuántos cirujanos no tienen práctica privada a partir de las 3 de la tarde. Cuéntemelo, por favor, porque yo, bueno, conozco 2 o 3. Y conozco urólogos...

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, por señalar que...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Ya terminé.
Muchas gracias y...

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, pues correspondería el turno de preguntas ahora al Partido Socialista.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Muchísimas gracias, señor Abascal. Ha sido un placer escuchar las opiniones que ha vertido usted en este acto, con algunas, bueno, pues, evidentemente, me muestran más de acuerdo que con otras, pero, ciertamente, no cabe duda de que ha vertido usted esas opiniones desde la experiencia que le dan, como muy bien decía, 41 años de prestación de servicio público.

Ha servido esta comparecencia, bueno, pues para hablarnos de múltiples cosas. Se ha apuntado, por ejemplo, alguna en la que querré consultarle fuera ya de este ámbito y con posterioridad, acerca, por ejemplo, de la feminización de los hospitales en Rusia, o acerca de... Mire, por ejemplo, coincido con usted en la cuestión, en el dato que aporta acerca de lo poco que aporta ya a la calidad de un sistema hospitalario el número de camas, es una postura que yo defendí en este Pleno, a preguntas del Grupo Parlamentario Popular, que hacía pretender que uno de los hospitales de las alas era de peor calidad porque tenía menos camas, y yo le decía que no es cierto, porque esa ya no es una medida propia a la hora de evaluar la calidad.

Por otro lado, coincide usted, fíjese, con lo que decía el señor Sánchez Bayle, cuando vino también a comparecer en esta Comisión, el señor Sánchez Bayle es el presidente de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública, y decía que, efectivamente, no hay un trasvase entre la medicina pública y la medicina privada. Y en Asturias, si cabe, menos. Él decía que los datos que él manejaba, que eran datos de toda España, ponían de manifiesto que no existía, ¿eh?, ese trasvase que, bueno, que dependía, además, de múltiples factores que tenían que ver con la calidad del sistema de cada Comunidad, que tenían que ver con la capacidad económica, etcétera, etcétera. Por tanto, fíjese, coincide usted en esa apreciación.

No obstante, yo sí quiero hacerle cuatro preguntas. Y como usted ponía de manifiesto, además, al inicio, en su comparecencia, decía, bueno, es que el objeto de la comparecencia, yo, mi formación no es médica, mi formación es jurídica, y decía usted: "Cuando ustedes terminen van a tener que elaborar unas conclusiones políticas acerca de esta Comisión". Bien, pues yo quiero centrarme en esas conclusiones políticas, y voy a hacerle las cuatro preguntas que le estoy haciendo a todos los comparecientes y que a usted le fueron indicadas como asuntos de esta Comisión en el requerimiento que se efectuó en la parte número 4. Abandonamos, por tanto, el apartado de las opiniones para centrarnos ahora en el apartado de los conocimientos. Y las preguntas son:

¿Sabe usted si durante el año 2014 se dejaron de publicar datos sobre las listas de espera? No lo sabe.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Yo eso no lo leo. Vamos a ver, vamos a ver, mire usted, yo me dedico a la Medicina. Sé mis listas de espera, sé la de los compañeros, todas las semanas tengo una reunión con las listas de espera. ¿Qué si se publicaron en algún sitio? Bueno, pues hay periódicos del sistema y hay periódicos..., no tengo ni idea, es que no me, es que, vamos a ver, no me preocupa nada. Yo tengo otras preocupaciones.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: ¿Tiene usted conocimiento de que se haya producido alguna irregularidad en la gestión de las listas?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Yo, desde luego, tengo un oficial allí de Admisiones tolas semanas, y el probe vien con el lápiz apuntando, "¿Y ese qué es? Pues este es un

tumor y este...". Y eso llevamos, bueno, desde que bajamos. Desde que bajamos porque ya nos podemos unir. Porque, claro, antes estaba la residencia, el hospital, había más... Y entonces, desde que tal, pusimos una reunión a la semana. Yo todos los... hoy no, hoy precisamente dije yo: "No sé si llegaré", porque es a las 10 de la mañana. Quiere decir, que yo no tengo, y pongo la mano en el fuego, no solamente por el servicio sino por el hospital en general, no tengo ningún conocimiento de "no, este", no. Yo tengo conocimiento de enchufados que me mandan y que les digo: "Pues mira, pues vete a tal sitio, o en Gijón no hay listas de espera, si quieres...". El otro día con uno de Gijón: "Oiga, ¿no me podrás operar aquí?". Dije: "No, pero hablo con el jefe y que te operen allí, te pones en la lista y te operan". Pero vamos, vuelvo a lo mismo, profesionales, enfermeras, veterinarios... Ahora operé al padre de una veterinaria: "Oye, ¿no me lo puedes operar en el hospital?". Y yo digo: "Sí, sí, pero, claro, cuando lo toque. Yo lo que no puedo hacer es colártelo". Vuelvo a lo mismo, entonces, no.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Bien. ¿Puede usted, podría usted auditar las repercusiones económicas de la espera?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: No soy economista, ni me dedico a esas empresas tan maravillosas, que la mayoría de ellas se demuestran que compran los resultados, porque yo me acuerdo la americana aquella famosa que todo era, y de hecho yo tuve un concuñado que trabajaba en aquella, y eran todo cifras maravillosas y tal y luego mire, es muy complicado, el mundo económico es muy complicado, y está muy, como voy a decirle, muy influenciado por las economías grandes y el grande se come al rico, al pequeño, siempre, entonces nosotros aquí que representamos para la economía de la sanidad española, muy poco. Entonces bueno, podemos hacer nuestros pinitos, pero desde luego van a venir ellos y al final pues ahora nos vienen de aquí, luego nos vienen de Europa.

Y luego las ideas están muy bien pero plasmar las ideas en razonamientos es difícilísimo, yo el lema mío es este, mire usted, procurando hacer las cosas bien, a veces salen mal, haciéndolas mal salen fatal, y a lo largo de mi experiencia vi que se hicieron muchas cosas mal. Y claro nos salieron fatal.

Puedo contarles mil detalles de instrumental, de cosas que podíamos haber tenido y por problemas tontos, pues nos quedamos sin ellos, el robot...

Luego hay otra cosa que no quise decir antes y lo digo ahora como colofón. Mire usted, la sanidad es deficitaria, está claro, si ponemos 1.000 gastamos 1.500, si ponemos 1.500 gastamos 2.000, ojo, hasta ahí estamos todos de acuerdo, habrá que buscar fuentes de financiación, sistemas de desviación, algo, formación para evitar gastos, varios factores, pero le voy a decir una cosa: A fecha de hoy, lo que no pueden los hospitales es decir "no hay presupuesto, no puedo gastar en esto o en lo otro". En hospital es un consumidor nato y permanente. Desde luego, si entran residentes nuevos que no saben nada pedirán más análisis y gastarán más, pero eso se puede solucionar, pero desde luego, si hay una tecnología, equis, que ahora mismo los hospitales, las casas, los ceden, como toda la vida a mí, a mí toda la vida, la primera torre de laparoscopia que la tuve en el 95 me la regaló la casa Astor, no tengo nada que ver con la casa Astor, me la regaló y ahí está, sigue funcionando. Y no tuvimos que pagar nada, los consumibles, bueno, coño.

Y yo tengo varios problemas de esos ahora mismo, quiero decir, hay cosas que por falta de, no de criterio, de miedo del funcionario público, del político, "hombre no, es como vamos a poner...", y eso es ahorrar dinero.

Las tecnologías nuevas vienen para quedarse la mayoría, ¿por qué?, porque ahorran dinero. De hecho estas válvulas del corazón, que de eso, bueno, tengo la desgracia de que voy a tener ahí un caso familiar, pero me enteré cuando empezaron, cuando tal, pues claro, empezaron con 60.000 euros ahora bajaron a 30.000 y bajarán más, pero solucionan el problema porque la cirugía es mucho más cara, con muchos más riesgos.

Entonces (incomprensible) no, esto es mucho dinero, no podemos, y yo veo que la administración pública ahora mismo, como el poco dinero y tal están cerrado a decir "no, no, no, en sanidad no".

La sanidad y la enseñanza son dos cosas que los presupuestos aumentan permanentemente, uno, y dos hay que hacer una revisión para acreditar al personal que trabaja en los centros y a los, no solo a los sanitarios, sino a los docentes, como la hacen en otros países. Cada dos años viene usted por aquí o vienen otros a ver como lo hacen, yo ahora que estuve dos meses en Francia, el último con uno que se dedica al robótica, muy amigo mío, y lo primero, cuando llegué..., "Mira Ramón, la acreditación nueva". Como si fuera un niño pequeño con un cuadro nuevo.

¿Eso qué significa?, pues significa que vienen unos agentes externos y aunque sea el fenómeno de la robótica, vienen, lo analizan, historias, no sé que, y dice hospitalización, complicaciones, dicen oye, sí

o no, y si no te lo dan los enfermos no te van, porque ese es otro problema, si aquí hubiera el sistema de acreditación, habría menos problemas. La gente querría ir a 4 o 5, pero entonces ahí entra el problema, habrá que pagar más al que más trabaja, que en este sistema no es así, querido amigo, no es así.

En un avión, comandante es el que sabe, y el segundo está de prácticas la mayoría, no van dos comandantes, es un lujo, va el primero y el segundo. El primero a lo mejor lleva 40.000 horas de vuelo, y el segundo lleva 2.000 y en cuanto empiece 3.000 va a poder volar solo, en vuelos cortos. Lo se porque tengo muchos amigos pilotos.

Entonces, en el avión ¿quién manda? El comandante, claro, lógico. ¿Y en un hospital quién manda? Los médicos no, lo médicos nunca mandamos, somos los seres un poco tal, pero es que el problema es que sin los médicos no hacemos nada, es un factor imprescindible, condición sine qua non para poder funcionar un sitio.

¿La enfermera mía es buena?, buenísima, imprescindible para mi, pero si no estoy allí, ella no opera. Y aquí con la democracia hubo una falsa interpretación de las cosas, por presión, por mil cosas, y entonces todos somos iguales, no, no, no, de todos somos iguales, en lo humano todos igual y hay que respetarlo, pero eso no quiere decir que las categorías profesionales haya que respetarlas, entonces, yo no soy Dios ni el Espíritu Santo para decir no me confundo nunca, no, pero desde luego tengo una experiencia y llevo muchos años y como yo hay mucha gente, y probablemente si se nos, escuchar se nos escucha, ojo al parche, porque yo estos rollos los tengo contados, el Gerente, el Subdirector, lo saben todos, todas las generaciones que pasaron, el problema es que luego llega a la parte económica de muchas cosas y nos quedamos así, pero si nos ceden esta aparato gratis, pero que problema tenemos. “No, no, claro, los...”, pero bueno, a que jugamos.

Y eso a parte retrae al profesional porque nosotros somos muy, nos convencen rápido, con juguetes nuevos, quiero decir, que a mi se me dicen lo del dinero, bueno, lo del dinero hombre, me preocupa, pero a mí me gusta más decir, coño, pues voy a tener esta tecnología, y llevo 5 años ahora, 5 años, con un aparato pa hacer congelaciones que es una técnica nueva y que se hace mucho, en muchos sitios, 5 años con el aparato cedido, todavía no lo tengo, por papeles y ...

El señor **PRESIDENTE**: Si me disculpa, por tiempo, por señalar al Grupo Parlamentario Socialista que le quedan para formular una pregunta.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Sí, pues mire, la última pregunta del requerimiento, aunque ya le digo que entiendo que lo contestó ya en su comparecencia inicial.

La última pregunta, o cuestión, sobre la que hay....

El señor **PRESIDENTE**: Si me permite, solo una cuestión, señalar que va a disponer de otros 5 minutos al cabo de la comparecencia...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Mire usted, yo venía para no hablar, tengo aquí la declaración que me hizo mi abogado, y claro, ya empiezan preguntas que ya me pican, porque claro, no puedo estar callado, porque las verdades hay que decirlas. Pero bueno, bien.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a dexar que por un...

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Pues mire, la última cuestión sobre la que yo le quiero preguntar, ya le digo, para acabar en la plantilla de cuestiones que yo le hago a todos los comparecientes, es ¿podría usted fiscalizar con los datos de los que dispone, todas las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias?

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: ¿Fiscalizar significa criticar o controlar o cómo?

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Mire, fiscalizar entiendo su preocupación léxica, yo también la tuve, pues es inspeccionar, controlar o supervisar las acciones ajenas adoptadas por los gestores sanitarios, en este caso.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología HUCA)**: Yo, mire usted, ya lo recalqué aquí, mi autoridad máxima es el Consejero, la siguiente es el Gerente, la tercera es el Subdirector, y al final

soy un Jefe de Servicio que desde luego tengo otro detrás, pero esto es una cadena, es una pirámide bastante más compleja de lo que parece.

Yo, cuando se toman decisiones que son casi todas políticas, por intereses, por falta de presupuesto, por falta de enfoque, por lo que sea, yo no puedo decir nada, o sea, saben perfectamente que nos estoy de acuerdo, lo saben, porque ya hablé en todas las instancias, nosotros perdimos una serie de cosas, yo me acuerdo en la época del Hospital con la Caja de Ahorros nos compró una litotricia, que había en España una, y costaba ciento y pico millones, ¿y qué fue?, pues hablar con la Caja de Ahorros, y tal. Y eso nos pasó con la robótica. La robótica hace 6 años la hubiéramos tenido, pero por una discusión con el Gerente diciendo que aquello no valía pa nada pues se quedó en nada, y no tenemos robot.

Ahora me puede decir, oiga, ¿es imprescindible?, no, a fecha de hoy, no. Pero en aquella fecha sí, porque era el segundo de España, y al final los hospitales se prestigian muchas veces con las nuevas tecnologías pioneras.

Y este hospital necesita diariamente lavado de cara, porque como tenemos muchos defectos y mucha provisionalidad y muchas cosas, el ordenador, las citas, que a uno lo llaman tres veces, problemas que se irán arreglando, pero que originan reclamaciones y originan notitas en el periódico, la única política que yo veo práctica es:

Uno, desde luego contestar a todas estas cosas y procurar arreglarlas, pero muchas de estas son lentas, son lentas porque hay enfermos que los citan dos veces porque sale en el ordenador, y la que no está se da cuenta y entonces viene el tío y dice, pero si tengo cita hoy. No, no, estaba usted citado ayer. Y miras en el listado de ayer y estaba. Bueno.

Pero fuera de eso, la política sanitaria, a mi gusto, tiene que ir enfocada en apoyar siempre nuevas tecnologías, por su puesto que estén contrastadas, no tonterías, para que prestigien, porque eso es la balanza que equilibra, o sea, hace un año y medio llegamos al hospital nuevo y la gente diría, “oye, muy bien, muy bien, estamos muy contentos”. Claro, ahora ya hay un montón de gente que dice, estamos muy contentos, claro, ahora ya hay un montón de gente que dice “estamos muy contentos”, “no, no, no, con los médicos y el personal estamos muy contentos, pero...”, pero, empezamos con peros, pero resulta que me llevaron y no sé qué, entonces esas cosas vamos a tardar en solucionarlas, porque es un engranaje complejo, pero desde luego, el aprobar las nuevas tecnologías a costes muy bajos yo creo que es un mala política, es muy mala política, es muy rastrera, porque es, no, no, me falta un euro, pero vamos a ver, ¿de qué estamos hablando de euro?

Se gasta mucho más en técnicas antiguas que en las de área, la cirugía de la válvula aórtica es mucho más cara la cirugía que el meter un cacharro, aunque valga 70.000, ¿cuánto se gasta, por ejemplo, yo voy a poner un ejemplo que le va a quedar claro, usted sabe que hay una unidad de cirugía vascular cerebral importantísima aquí, hay un tipo muy bueno, que lo conozco bastante, que se formó fuera y hace muchos, libra muchos sitios y tal, usted sabe cuánto cuesta cada catéter de esos del ictus? No sé si se lo voy a decir, pues cuesta casi treinta y pico mil pesetas, y verdaderamente, ¿tenemos algún problema en pagar eso?

Y estamos encantados, coño, de que un señor con ictus, una persona joven, se le haya podido destruir el émbolo y se le puesto un *stent*, eso estamos encantados todos, pero algo de eso, que lava mucha imagen, hay otros servicios que también tenemos cosas y estamos cerrados, estamos cerrados.

Pero si esta Comisión vale pa que ustedes en las conclusiones digan, pues el doctor Abascal se quejó de que no tiene el frío, la crioterapia y se quejó de que tal, oiga, pues lo doy por ganado.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Mire, de todas formas, gracias, por supuesto, por responder a mis preguntas, me consta que viendo la vehemencia y la claridad con la que usted expone sus opiniones, aunque no lo dijéramos nosotros, usted, no me cabe duda de que se lo habrá dicho en numerosas ocasiones a sus superiores, como usted dice, al Gerente del área, etcétera.

Por tanto, nada, no me queda nada más que agradecerle su comparecencia hoy aquí, ya le digo, las opiniones que ha vertido a múltiples aspectos, con algunos de los cuales estoy más de acuerdo que con otros.

Muchas gracias.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Gracias a ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Pues acabao el turno de preguntas, ¿desea el compareciente hacer alguna aclaración o precisión más? Dispondría pa ello de 5 minutos.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: No, no, muchas gracias. No, yo voy a ... no por mí, yo no tengo... yo ya dije que iría a la 1 pensando que esto iba a durar más, sin contestar, o sea, yo no traje nada preparado, porque la verdad, sinceramente les digo, me hizo este texto el abogado mío, y bueno, en principio, no... Porque además es que lo veo, son soluciones políticas, no nuestras, entonces estamos bien aquí bueno, sí...

El señor **PRESIDENTE**: Bueno, decir que ye la dinámica...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: ... se pueden coger ideas y tal...

El señor **PRESIDENTE**: ... ye la dinámica de la Comisión, no...

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Sí, pero que quiero decir que estas Comisiones están muy bien, pero al final son resoluciones políticas, al final es, mire, usted, lo que tienen que hacer es pim, pam, pam, pam, nuestra experiencia está bien sí, pero eso, me llama usted por teléfono y le cuento lo mismo, y más distendido, ¿me entiende?

Quiere decir que son, y a cada uno le cuento lo que verdaderamente le pueda interesar, me pueda preguntar, o si me dicen un tema especial me lo preparo, vamos, la variabilidad, y una cosa importantísima, la variabilidad, que la gente se lo toma de coña, y hay un médico de Zaragoza que es un especialista ya europeo, y claro, hay unos estudios de variabilidad que te ponen así, y dices tú, pero esto, ¿cómo es? Pero cómo aquí se ponen tantas, en Cataluña, tantas prótesis de cadera, y en otro sitio tanta tal, “ay, habrá que pensar que hay alguna cosa, aquí no”, pero hay mucha variabilidad, porque va en razón directa a la formación de los profesionales, y la formación de los profesionales, si no tienen controles de acreditación se va deteriorando, en un grupo mayoritario.

A mí me gusta seguir estudiando, y yo cuando estoy libre estoy empollando, y cuando no, marcho fuera a ver una cosa u otra, porque soy un hiperactivo y no paro quieto, pero eso no quiere decir que todo el mundo haga lo mismo, entonces se van quedando, se van quedando, y entonces luego vienen más complicaciones al estar quedándose.

Bueno, muchísimas gracias a todos.

El señor **PRESIDENTE**: Pues acabada la comparecencia, rogamos al compareciente abandone la sala, agradeciendo-y una vez la so colaboración cola Comisión.

El señor **Abascal García (Jefe del Servicio de Urología del HUCA)**: Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Suspendemos...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Un minuto, antes de suspender, para que conste.

Esto no tiene que ver con usted... oye, mi protesta porque los comparecientes no están aquí para nuestras batallas, lo que has dicho es una falsedad y considero que no se debe de expresar... no, ella, ella, yo no tuve contigo ninguna propuesta de aumentar camas en ningún Hospital.

Y bueno, independientemente de eso, pudiendo discutir sobre el tema, no me parece oportuno que precisamente lo que estás criticando al Grupo Parlamentario Podemos, que es manifestar opiniones y expresiones que no vienen a cuento, las hagas tú, entonces, manifiesto mi protesta y de que eso, por favor, no ocurra.

Ayer tuve que hacer una aclaración que consideré que era, simplemente por desconocimiento, porque no había leído bien la ley, no la había interpretado bien, y la hice, y no hubo problema, pero lo de hoy me ha parecido con una mala intención, y no estoy dispuesto.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Pido la palabra, Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Pues adelante.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Al Portavoz del Partido Popular, señor Suárez, le pongo de manifiesto, primero, bueno, pues que evidentemente no se trata de verter ninguna opinión, sino de contextualizar aquellos puntos con los que yo estaba de acuerdo con el compareciente.

En segundo lugar, las críticas que yo pueda haber hecho en orden a cómo se dirige la Comisión las hago por no distinguir entre la figura de la Presidencia y la figura de la Portavocía. Cuando alguien

está ejerciendo la Portavocía de su Grupo Parlamentario no sólo se le pide que fije posición política, sino que se entiende que está aquí para fijar su posición política, nada más.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: No quiero llevar esto... tal, y acabo, no me parece correcto que utilices el turno para un interpelante para meterte conmigo, sobre todo con falsedades.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias por el orden en el planteamiento de las discrepancias. Suspendemos la sesión tres, tres, minutos, ni tabaco.

(Eran las diez horas y cincuenta y ocho minutos.)

(Se reanuda la sesión a las once horas y cinco minutos.)

— **Francisco Javier Cuervo Calvo, ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes**

El señor **PRESIDENTE**: D' alcuertu col calendariu aprobau por la Comisión y señalao pola so Mesa fue citau pa les diez hores y media don Francisco Javier Cuervo Calvo, ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes.

Llámesese al compareciente, por favor. *(Pausa.)*

Buenos días, ¿qué hay?

Bueno, desde la Mesa los aquí presentes, explicar que en primer lugar procedemos a dar lectura al guión de la comparecencia, un texto forma que precede a la comparecencia.

Fáese constar que el compareciente ta presente. De conformidad con el artículo 74 del Reglamentu de la Xunta Xeneral y cola Resolución del Presidente de la Cámara 2/4 de 20 de ochobre de 1998, sobre comparecencias antes Comisiones de Investigación, va a procedése a dar lectura a la comparecencia de los sos derechos y eventuales responsabilidaes, salvo que la compareciente renuncie a la lectura.

¿Renuncia a la lectura? *(Pausa.)*

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Sí.

El señor **PRESIDENTE**: Pues tal y como se-y comunicó en tiempo y forma al compareciente fue requeríu pa que en la so condición de ex Xefe de Serviciu de Urología del Hospital de Cabueñes preste testimonio ante la Comisión de Investigación sobre les listes de espera en la sanidad asturiana creada con el obxetu de esclarecer los siguientes aspectos: los motivos de la no publicación el último año de los datos pa consultes y procedimientos diagnósticos, analizar les irregularidaes produción na xestión de les indicaes listes y los sistemas de control existentes, pa auditar les repercusiones sanitaria y económica del estado actual de la espera y pa fiscalizar les medíes adoptaes por les autoridaes sanitaries pa poner solución a esti problema.

Sobre cualquiera de estos cuatro enunciaos los Grupos Parlamentarios podrán formula-y preguntes y usted podrá también de forma, exponiendo lo que considere oportuno podrá apurrir los sos conocimientos y experiencia acerca del obxetu de la comparecencia.

Como también se-y comunicó en tiempu al compareciente tien la posibilidad de efectuar una exposición previa si lo desea por no más de 30 minutos. Seguidamente los miembros de la Comisión formularemos preguntes en este orden: Grupo Parlamentario Ciudadanos, Grupo Parlamentario Foro Asturias, Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, Grupo Parlamentario Podemos — en el momento en que el Grupo Parlamentario Podemos formule les preguntes la Presidencia la ocupará el Partido Popular— después el Grupo Parlamentario Popular y después el Grupo Parlamentario Socialista.

Acabada la fase de preguntes podrá si lo desea facer aclaraciones o precisiones por no más de 5 minutos.

La comparecencia desarrollase en sesión pública que puede seguise en directo a través de la web de la Xunta Xeneral que se graba y va a publicase en el Diario de Sesiones de la Xunta Xeneral.

¿Desea la compareciente facer una exposición previa?

Adelante.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)** Sí, si no les importa, he escrito anoche unas notas que querría leerles.

El señor **PRESIDENTE**: Pues adelante.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)** La memoria a veces flaquea y me gusta ser preciso.

El señor **PRESIDENTE**: por supuesto, adelante.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)** Bueno, buenos días a todos. Spongo que ya me conocen, soy Javier Cuervo, médico especialista de Urología que actualmente está jubilado. Yo trabajé en el Hospital de Cabueñes como facultativo especialista de área desde 1980 y desempeñé entonces las funciones de Jefe de Servicio de Urología solo desde el año 2010 hasta la primera mitad del 2014. Me encuentro por tanto, como les he dicho antes, en una situación de jubilación forzosa desde hace 2 años y como consecuencia desvinculado a la sanidad pública.

Bueno, yo la verdad es que pensaba que si la Comisión ha tenido la información adecuada acerca de mi situación no se hubieran tomado la molestia ni siquiera de convocarme porque naturalmente en esta circunstancia no puedo aportar ninguna información válida sobre el asunto que he sido requerida.

Y para precisar más tendría que decir que no puedo responder a preguntas para esclarecer los motivos objeto de esta investigación por razones bien claras o bien porque versan sobre aspectos que nunca fueron de mi competencia o porque a día de hoy carezco de la información necesaria para responder.

A mí me parece que sería una imprudencia, naturalmente ni quiero ni debo cometerla, incurrir en imprecisiones o inexactitudes que pudieran dar lugar a equívocos, malas interpretaciones o conclusiones erróneas sobre un asunto que me parece importante pero muy complejo.

Y para terminar no me gustaría que esta Comisión interpretara lo que acabo de decir como una falta de respeto o como una falta de colaboración sino más bien todo lo contrario. Lo que trata es de ser una prueba del respeto que me parece, que me merece el rigor que debe presidir estas Comisiones.

Y no teniendo más que decir había pensado que me autorizaran ustedes a ausentarme de la Sala.

El señor **PRESIDENTE**: Bien, agradecemos la explicación.

Explica-y que tal y como discurre el protocolo de la comparecencia aunque vusté por supuesto tien el derecho a no responder a ninguna de les preguntas, tal y como figura en, vamos, la referencia de los derechos que se-y envío-y con la citación, pero los Grupos Parlamentarios de igual manera puede formular les preguntas a efectos de que conste en Acta. Entonces simplemente vamos a dar paso al turno de preguntas y tras el mismo usted será cuando pueda abandonar la Sala. ¿Vale?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)** En realidad, como les he dicho antes, poco tengo que responder pero si ustedes desean enunciar las preguntas...

El señor **PRESIDENTE**: Pues comenzaríamos con el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Buenos días, señor Cuervo. Usted ha sido absolutamente explícito, únicamente el emplazamiento si usted que ha tenido, al margen de esas cuatro cuestiones concretas, si usted quiere dar opiniones personales sobre el tema en general de las listas de espera teniendo en cuenta, vaya, su condición de gran conocedor y por otro lado de ciudadano, entonces yo le haré las preguntas pertinentes al margen de, ahora, digo al margen de los concretos de la citación. Y si no pues naturalmente no le haría ninguna pregunta porque no estamos aquí para forzar a nadie.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)** En realidad yo no he sido llamado aquí como experto para hablar de resolver o no las listas de espera con lo cual nada tengo que aportar en ese sentido como he dicho antes por una razón: porque entiendo que la labor de un experto iría dirigido a una comisión de estudio y esto requeriría previamente pues un tiempo, una preparación, en fin, darle el peso y la importancia que yo entiendo y el rigor que tiene que tener un tema gordo como es este evidentemente.

Pero desde el poste o desde la situación en la que yo me encuentro ahora no tiene ningún sentido que yo dé opiniones que realmente no tienen peso y que además en estos momentos me parece que están poco cualificadas porque no tienen el respaldo informativo suficiente.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: perfectamente, pues no haremos más preguntas. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Foro.

La señora **SÁNCHEZ MARTÍN**: Gracias, Presidente.

Buenos días, don Javier Cuervo. Bienvenido a esta Comisión y entiendo perfectamente su postura, lo que nos ha trasladado a estos Grupos Parlamentarios. Creo que por su condición laboral que en este momento no está en activo pues tampoco tiene mucho sentido que le preguntemos sobre cómo está la situación sanitaria ahora y evidentemente pues voy a respetar su propuesta de no hacerle preguntas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, tiene el turno de palabra.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Gracias, Presidente.

En el mismo sentido yo respeto también su condición y tampoco le vamos a formular preguntas.

El señor **VICEPRESIDENTE (Suárez Alonso)**: La Presidencia, vamos, va a intervenir ahora el señor Andrés Vilanova y lo hace en condición de representante parlamentario del Grupo Parlamentario Podemos Asturias. La Presidencia pasa ahora a mi persona.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Gracias.

Bien, en primer lugar pues agradecer las explicaciones, el sentido de, bueno, el funcionamiento de una Comisión de Investigación que busca dar respuesta a estos enunciados que comentamos antes. Funciona de la siguiente manera: se requiere información al Gobierno, que nos transmite, nosotros analizamos, se formulan las comparecencias que al sustanciarse con la información que nos provén los comparecientes y también a través de las preguntas que formulamos nos permiten tener un conocimiento mayor del asunto sobre el que intentamos extraer conclusiones, ¿no? No se persigue necesariamente que el compareciente dé respuesta como tal a cada uno de esos enunciados, ¿no?, sino que contribuya, ¿no?, a este conjunto de datos, de información con el que después nosotros elaboramos las conclusiones.

En este sentido nosotros creemos que es muy importante la participación de personas que llevaron a cabo un desempeño en la clínica y también en la organización asistencial puesto que de lo que hablamos cuando hablamos de listas de espera es precisamente de un desequilibrio entre las entradas y las salidas del sistema, ¿no? Hablamos de la organización del sistema sanitario y a pesar de no estar usted en el ejercicio de la Medicina en el sistema público actualmente pues, bueno, yo creo que hay cuestiones organizativas que creo que no caducan en 2 años ni tampoco en 10, y que a mí sí que me gustaría preguntar y por contar su opinión, en cualquier caso, eso, usted si lo considera oportuno, no responda pero bueno, yo me gustaría que constara la pregunta que quería hacer.

Bien, lo primero quería preguntar y si en el Servicio de Urología de Cabueñes, hasta la fecha en la que usted lo abandonó, la organización se basaba en diferentes secciones, por así decirlo, subespecialidades.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Irrelevante para el tema que tocamos.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Para mí es relevante y por eso y pregunto. De hecho, pues bueno, la organización de un Servicio tiene que ver con la capacidad que tiene de procesar pacientes, por eso le pregunto por cómo organiza usted su Servicio.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: La gestión de una lista de espera, la organización de un Servicio...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Si, bueno tiene que ver, para..., la gestión de una lista de espera no ye puramente administrativa, porque eso sería un entendimiento, una concepción muy parcial, la lista de espera xeneráse con pacientes, pacientes que tan esperando por ser intervenidos, por ser vistos nuna consulta, por ser, pendientes de una prueba diagnóstica, colo cual falamos de organización asistencial, de que capacidad tién el sistema de procesar pacientes, y en este sentido ye en el que pregunto pola organización asistencial de un Servicio, porque organizaciones asistenciales diferentes nos dan ritmos de trabayo diferentes y, por lo tanto, más o menos lista de espera, y por eso que quería pregunta-y, bueno, por la organización de su Servicio en Cabueñes.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Sigo pensando lo mismo, es decir, si, una pregunta concreta tiene una respuesta concreta. No veo la razón.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bueno lo que-y pregunto ye ¿su Servicio taba organizado en secciones en Cabueñes?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Mi Servicio no estaba organizado en secciones. Entiendo que las secciones suelen estar o estaban al menos en mi tiempo generalmente al frente de un Jefe Clínico. En mi servicio no había Jefes Clínicos, era un Servicio de administración bastante horizontal en el que había unidades de trabajo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Y ¿cuántos facultativos de media integraban la plantilla en el tiempo, bueno por lo menos esos últimos 4 años?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Ya ni lo recuerdo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pero, bueno, ¿del orden de 10 o de 20?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Era un Servicio más bien pequeño, sería en torno a 10.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: En torno a 10.

¿Y que, o sea, cuales eran las... bueno por así, había algún tipo de distinción en el tipo de patologías que abordaba cada profesional o se distribuían de forma homogénea los casos entre los distintos profesionales del Servicio?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Obviamente cuando se crean unidades que pretenden una coherencia y una especificidad asistencial cada unidad se dedica habitualmente a un tema concreto de patología.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¿Y de que unidades disponía su Servicio?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: ¿De verdad quiere usted que le recuerde las unidades?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Si, si claro.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: ¿Tiene sentido?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bueno para mi si.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Pero si basta con se coja usted...

El señor **VICEPRESIDENTE EN FUNCIONES (Suárez Alonso)**: Un momento. Te está respondiendo, entonces acudo ahora en defensa del compareciente. Te está respondiendo, entonces no podemos tampoco pasar a respóndame, no tal, ya ha dicho lo que ha dicho, y yo considero que ya es suficiente.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: Es que es más sencillo que todo eso. Basta acudir a la Memoria de Funcionamiento y Organización del hospital para disponer de esta información. No se me necesita a mí para eso.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Por explica-y, bueno hay muchas de las cuestiones, por como funciona la Comisión, como-y expliqué, hay munches cuestiones que preguntamos al..., de las que solicitamos información al Gobierno de forma específica, de forma desglosada, en la que requerimos un desglose de información, pero la forma en la que nos contesta muchas veces ye de manera absolutamente inespecífica con compendios de información que no satisfacen las necesidades de los Grupos Parlamentarios. El sentido, a nuestro juicio de les comparencies ye precisamente llegar allí donde no llega la información que nos proporciona el Gobierno. Entonces le ruego que disculpe, si alguna de les cuestiones les considera muy básiques pero pa nosotros son de gran ayuda, aunque-y parezca mentira.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: No, no es que no entre en consideración de eso es que son públicas.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Si, si, si. Lo son y mucha de la información que requerimos lo ye pero la manera de presentala puede no ser accesible y la accesibilidad ye limitada, por eso que lo formulamos así, y bueno, de fecho tá previsto, les comparencies tan previstes en muchos casos también para facer constar en el acta del diario de sesiones cuestiones que de otra manera no podríamos incluir en les conclusiones, o esa todo esto tiene un sentido parlamentario, quiero decir, aunque a usted-y parezca...

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: Entiendo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Muy bien.

Bueno, lo único pues eso, preguntar, insisto para que forme parte del contenido a manexar por la Comisión, si me pudiera decir las unidades de las que falábamos.

Si no quier decímelo, puede no decímelo, no hay problema ninguno, le asiste el derecho, pero bueno, yo quiero pregunta-ylo.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: Si usted tiene una curiosidad tremenda y resulta que no puede leerse la Memoria del hospital o la información pública, yo puedo decírselo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Si, si es que le puedo leer, pero no la puedo meter en el contenido de las conclusiones.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: Puede me olvide de alguna unidad, es decir, seguro que le voy a dejar algún hueco por ahí.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bien, bien...

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: ... y seguro, la información le va a resultar incorrecta y seguro que inexacta.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pero igual ye suficiente.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: Si, si, pues no hay ningún problema. Intento recordarlo. Existía una unidad de cirugía laparoscópica dedicada a la cirugía pelviana, existía una unidad de cirugía laparoscópica dedicada a retroperitoneo, es decir a patología retroperitoneal, existía otra unidad dedicada básicamente a urología funcional.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Urodinámico.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueños)**: No, que finalmente se desglosaba en dos apartados, una que trabajaba básicamente urodinámica y suelo femenino,

incontinencias urinarias generales, mejor dicho, no femeninas, y otro que se dedicaba a la cirugía desoestructiva prostática.

Existía otra unidad que se dedicaba a patología uretral básicamente, y otra andrología.

Bueno con esto...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Si, perfecto, pues...

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Evidentemente urología general forma parte de las consultas habituales de todos.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Perdón es que me gustaría tomar nota.

Bien, por comparecencias anteriores, entendimos que dentro del sistema sanitario público asturiano se dispone de un único dispositivo de litotricia y esto, ustedes derivan toda la patología, ¿toda la patología de Asturias se deriva al Hospital Central?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Ya le decía que las inexactitudes son lo habitual y la pérdida de memoria también y evidentemente en el Servicio hay una unidad de cirugía endoscópica absorbe la litotricia, pero la litotricia endocavitaria, no la litotricia extracorpórea, es la que...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: No, le pregunto por la extracorpórea.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Si, no, no, obviamente nosotros derivábamos a la extracorpórea a aquellos pacientes susceptibles de ser tratados así, que era una pequeña proporción.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pero lo que preguntaba era ¿de extracorpórea solamente hay un dispositivo en el sistema sanitario público asturiano?

Otra cuestión que, para la que apelamos a su experiencia y conocimiento puesto que bueno es más complicado de extraer de información pública o de cualquier base de datos, ¿conoce en Asturias en el medio privado hay también dispositivos de litotricia extracorpórea? ¿Conoce algún...?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: No, que yo recuerde.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: El único aparato que tenemos dentro de los límites de Asturias ye...

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología Cabueñes)**: Si, que yo sepa.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Por nuestra parte, esto era todo lo que queríamos preguntar.

Aunque a usted pueda parece-y absurdo, a nosotros nos resulta muy útil su respuesta y, nada, agradeceila.

Vuelvo a ocupar la Presidencia.

El señor **PRESIDENTE**: Doy paso al turno de preguntas del Partido Popular.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Buenos días.

No voy a realizar más preguntas, solamente una previsión en referencia a la litotricia extracorpórea, que dice que sólo hay un dispositivo en la sanidad pública asturiana, pero esto ya como opinión personal suya y de su experiencia profesional. ¿Es suficiente? ¿Haría falta más litotricia extracorpórea verdaderamente?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Realmente, yo creo que si contestara lo que me apetece contestar, no estaría suficientemente documentado ni puesto al día.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Por eso digo que en su experiencia, lo que le parece a usted. ¿Cree usted que haría falta más litotricia extracorpórea?

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Ahora mismo no lo sé y voy a explicar por qué.

El sistema de tratamiento de la litiasis ha cambiado mucho en los últimos años y en estos momentos las opciones terapéuticas que se ofrecen son muy variadas, pero si nos tomamos la molestia de ver lo que hacen en otras unidades o en otras regiones, vemos que los criterios por los que se derivan o no se derivan son muy dispares; se derivan a extracorpórea, me estoy refiriendo. Eso hace pensar que no existe una verdad única para clasificar el volumen necesario de litotricia extracorpórea en una región o en otras.

Por eso digo que mi opinión no es válida, y no es válida porque no está basada en argumentos sólidos en estos momentos, pese a que he visto cómo ha cambiado la litiasis y he colaborado mucho al cambio en pro de otras vías que no fueran la extracorpórea, pero realmente creo que sería una temeridad por mi parte decir: sí, no. A eso es a lo que me refería en el comienzo de la exposición...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Le he entendido.

En referencia a la privada, que usted sepa, ¿no hay ningún aparato de litotricia extracorpórea en la privada, no?, que usted sepa.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Que yo sepa no.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Por algo será, porque, obviamente, parece como que la privada busca un nicho ahí donde puede encontrar negocio, por así decir. Entonces, si no ve negocio en la litotricia extracorpórea, pues ya nos orienta un poquito a lo que preguntaba antes.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Quizá también por la eficiencia de la litotricia extracorpórea de la pública.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Claro, por eso. Vamos a ver, voy a responder a la pregunta anterior. Obviamente, si hiciera falta más litotricia extracorpórea en la sanidad pública, ya lo hubiera aprovechado la privada para ponerlo por su cuenta y aprovecharse de la deficiencia. Si no la tiene es porque hay suficiente con la que hay en la pública y la gente no va a buscar esa opción.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Yo no podría asegurarlo así tan contundentemente.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Lo mismo que le preguntaba su opinión personal, es una opinión personal.

Muchas gracias.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Muy bien.
Gracias a ustedes.

El señor **PRESIDENTE**: Un momentín.
El ansiado momento de abandonar la Sala...

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Sí, mis vacaciones son sagradas. Ya sé que las tuyas también.

El señor **PRESIDENTE**: Voy a indicarlo de forma explícita leyendo el guión.
Corresponde el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Gracias, señor Presidente.

Señor Cuervo, yo no tenía el placer de conocerle con carácter previo a este acto, pero la humildad y la prudencia con la que usted ha venido a esta Comisión parlamentaria me hace pensar que es una pena no haber podido tener en otro tipo de herramienta parlamentaria o en otro tipo de comisión de estudio, como usted muy bien decía, sus opiniones acerca de su Servicio, de cómo lo llevó durante todo este tiempo, de lo que usted cree que puede beneficiar o no al sistema sanitario público y otro tipo de consideraciones.

No obstante, yo no voy a hacerme cargo de su parecer solamente; yo lo que voy a hacer es respetar su derecho individual, inalienable, a no prestar declaración, derecho sagrado en España, reconocido constitucionalmente, y por ese motivo le pido disculpas por haber disturbado su jubilación, que estoy segura de que está siendo placentera para usted, y no voy a formularle ninguna pregunta. Muchas gracias.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Gracias. Muy amable.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien. Pues acabado el turno de preguntas, el compareciente tendría, si lo desea, hasta cinco minutos pa hacer les valoraciones que precise. Si no quier hacer ninguna, damos por concluida la comparecencia y rogamos, esta vez sí, al compareciente que abandone la Sala, agradeciendo-y una vez más la so colaboración cola Comisión.

El señor **Cuervo Calvo (ex Jefe del Servicio de Urología de Cabueñes)**: Muy bien. Muchas gracias y buen día.

El señor **PRESIDENTE**: Buen día.
Suspendemos la sesión hasta les doce.

(Se suspende la sesión a las once horas y treinta y un minutos.)

(Se reanuda la sesión a las doce horas y nueve minutos.)

El señor **PRESIDENTE**: Reanudamos la sesión.
Recordar, por favor, a los integrantes de la Mesa que, con... ye especialmente importante que temos presentes con puntualidá pa poder empezar con la sesión. Porque podemos empezar sin el resto de integrantes de la Comisión, pero no sin la Mesa.

— **Don Emilio Esteban González, Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA**

El señor **PRESIDENTE**: D'aluerdo con el calendariu aprobáu por la Comisión y señaláu por la so Mesa, foi citado pa les doce hores don Emilio Esteban González, Xefe del Servicio de Onconloxía Médica del HUCA.

Llámesese al compareciente, por favor. *(Pausa.)*

Buenas.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Buenos días.

El señor **PRESIDENTE**: Bien. Perdón, me refiero al ujier. Si podemos cerrar la puerta. Si vienen, si vinieran medios, pues les abrimos en el... en estos primeros minutos de la comparecencia, pero meyor tenela... Bien, gracias.

Bueno, en primer lugar, paso a dar lectura al guión de la comparecencia. ¿Val?

Faese constar que el compareciente ta presente.

De conformidad col artículo 74 del Reglamento de la Xunta Xeneral y con la resolución del Presidente de la Cámara 2/IV, de 20 de ochobre de 1998, sobre comparecencias ante les Comisiones de Investigación, va procedese a dar lectura al compareciente de los sos derechos y eventuales responsabilidades, salvo que el compareciente renuncie a la lectura.

¿Renuncia a la lectura? *(Pausa.)*

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No

El señor **PRESIDENTE**: Bien.

Primero. El requeríu tendrá derechu a nun declarar contra sí mesmo, a nun confesase responsable de ilícito penal o alministrativu, al secretu profesional y a la cláusula de conciencia nos términos previstos na llexislación vixente.

Segundo. Si durante la celebración de la comparecencia el compareciente entendiera que se ta vulnerando cualquiera de los sos derechos constitucionales, solicitará la intervención de la Mesa de

la Comisión pa la so garantía, con expresa indicación del derechu que considere vulneráu y de la causa de la presunta vulneración, resolviendo la Mesa al respecto.

Tercero. El que, convocáu ante una Comisión parlamentaria de investigación, faltare a la verdá nel so testimonio será castigao con pena de prisión de 6 meses a 1 año o multa de 6 a 12 meses.

Cuarto. Les conclusiones aprobaes pol Plenu van publicase en el Boletín Oficial del Parlamentu y van ser comunicaes al Conseyu de Gobiernu, sin perjuiciu de que, en el so casu, la Mesa de la Cámara les traslade al Ministerio Fiscal pal exerciciu d'acciones cuando proceda.

Quinto. De les incomparecencies o presuntos falsos testimonios que pudieren ponese de manifiesto en el dictamen de la Comisión de Investigación, la Mesa de la Cámara al traviés de la so Presidencia, dará traslado al Ministerio Fiscal pal exerciciu d'acciones cuando proceda.

Hasta aquí la lectura de los derechos.

Tal y como se-y comunicó en tiempo y forma, al compareciente foi requeríu pa que, en la so condición de Xefe de Serviciu d'Oncoloxía Médica del HUCA, preste testimonio ante la Comisión de Investigación sobre les listes d'espera na Sanidá asturiana, creada con l'oxetu d'esclarecer los siguientes aspectos:

—Los motivos de la non publicación nel últimu añu de los datos pa consultes y procedimientos diagnósticos.

—P'analizar les irregularidaes producíes na xestión de les indicaes listes y los sistemas de control existentes.

—P'auditar les repercusiones sanitaria y económica del estado actual de la espera.

—Y pa fiscalizar les midies adoptaes poles autoridaes sanitaries pa poner solución a esti problema.

Sobre cualquiera de estos enunciaos usté podrá facer una exposición si lo desea, y tamién serán oxetu de preguntes diverses por parte de los Grupos Parlamentarios. Y de esta manera, podrá apurrir usté, si lo desea, los sos conocimientos y experiencia acerca, acerca de estas cuestiones.

Como tamién se-y comunicó en tiempu, tien usté la posibilidá de facer una exposición previa, si lo desea, por no más de 30 minutos; seguidamente, los miembros de la Comisión, en el siguiente orden, preguntaremos. Sería: Grupo Parlamentario Ciudadanos, Grupo Parlamentario Foro Asturias, Grupo Parlamentario Izquierda Unida, Grupo Parlamentario Podemos —en el momento en el que el Grupo... nos corresponda el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Podemos la Presidencia pasaría al Grupo Parlamentario Popular, a don Pedro De Rueda— y, después, el Grupo Parlamentario Popular y Grupo Parlamentario Socialista.

Bien, acabada la fase de preguntes, podrá intervenir pa facer aclaraciones o precisiones por no más de 5 minutos.

La comparecencia desarrollase en sesión pública que pue seguise en directo a través de la web de la Xunta Xeneral, que se graba y que va publicase en el Diario de Sesiones de la Xunta.

¿Desea facer una exposición previa?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Pues si la Comisión me lo permite, obviamente sí. Me gustaría hacer un llamamiento a que...

El señor **PRESIDENTE**: Vale.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ... pudiese constar en acta cuál es la historia y la situación actual de la Oncología Médica en el Principado de Asturias. Y con ello, de alguna manera, poner de forma destacada cuál es nuestra situación y nuestra posición, que probablemente sea la más objetiva con la que yo puedo ayudar a esta Comisión a poder aclarar o esclarecer algún tipo de forma de actuación para mejorar, si cabe, nuestra situación actual.

Tengo que decir que en el momento actual la Oncología Médica en esta región está por debajo, probablemente, de lo que son los... porcentajes que se requiere en una población como la que tenemos en Asturias. Somos aproximadamente 1.080.000 habitantes o 1.040.000, según las últimas estadísticas. Y hay un libro blanco editado por la Sociedad Española de Oncología Médica en donde cifra, aproximadamente, que existan pues como aproximadamente 23,5 oncólogos médicos por millón de habitantes, con lo cual querría destacar en esta región en el momento actual hay 21 oncólogos médicos en la sanidad pública, si no me falla la memoria o las últimas estadísticas que recojo, por lo cual estaríamos hablando de que tenemos una deficiencia de 4 oncólogos con respecto a lo que esa recomendación de especialistas exige. Esto es importante destacarlo porque es una responsabilidad común a todos, especialmente a ustedes, porque estamos hablando todos, entre todos, de ofrecer lo mejor de nosotros y cómo hacer la distribución de las exigencias que tenemos

financieras o financiables en esta región. Y recordarles también que en Asturias hay unos... 6.000 casos nuevos de patología tumoral al año y unas defunciones relacionadas con el cáncer que son, aproximadamente, unos 3.300. Con lo cual podemos hablar que el 27 % de las defunciones en esta región están atribuidas a la patología tumoral. Ahí es en donde me gustaría que tomásemos el punto de que estamos dos puntos por encima de lo que es la media nacional, que está en el 25 %. Si esto tiene relación o no con la dotación del personal oncólogo médico que hay en la sanidad pública, estamos aquí entre todos para que podamos intentar que hagamos lo mejor para nuestra sociedad.

Una vez hecho esto, esta exposición, decir que en nuestra situación, el Servicio de Oncología Médica del HUCA somos aproximadamente ahora mismo entre 12 y 13, estamos intentando consolidar 13 miembros especialistas, antes éramos 12, estamos intentando conseguir 13. Y también otra vez referirme a lo que nos correspondería por el Área Sanitaria que estamos acaparando, que son, aproximadamente, unos 700.000 habitantes, con lo cual tendríamos que estar aspirando a ser 15, en vez de 12-13, como somos ahora. A pesar de ello, lo que debo decir y tengo que subrayar y dar mi felicitación y sentirme orgulloso del servicio que tengo el honor de representar aquí, es que la Oncología Médica es una de las especialidades en las que no existe la demora, no tenemos ninguna demora, estamos en una media de demora de 5 días; es decir, que en el momento que nos llega una petición de una consulta, inmediatamente, en menos de un plazo de una semana ese paciente está siendo visto. Y por tanto, quiero que destaque esta Comisión el hecho de que, aun estando jugando con la deficiencia de especialistas, estamos intentando dar lo mejor de nosotros como una entidad pública sanitaria que se compromete con esta región y con la salud de los pacientes, en especial los oncólogos.

Esto es lo que me gustaría decir como introducción a mi aportación en esta Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: Munches gracias.

Damos paso, entós, al turno de preguntas, comenzando por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Muy bien. Gracias, señor Esteban.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Gracias a usted.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Acaba de decirnos usted que no hay tiempo de demora, que los plazos son, son (incomprensible)

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: La media.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: La media.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: La media, sí.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Efectivamente.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Pero quizá —perdóneme—, quizá también importa que esos intervalos de confianza, esos límites están también muy justos. Es decir, que puede ser que haya más menos uno, más menos dos días. Así que, digamos que la dispersión no es tampoco para que podamos estar creyendo o sintiéndonos incómodos porque haya mucha gente que tenga unos extremos de mucha demora. No, no es así tampoco. Y esto es para estar seguro también y conforme con esto.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Supongo que su especialidad, vamos, cómo no, su especialidad tiene bastante relación también con temas de la radioterapia y la quimioterapia, evidentemente.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Especialmente la quimioterapia, la quimioterapia es una de nuestras armas terapéuticas.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Bien, ¿ahí tampoco hay disfunciones en las listas de espera?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: En oncología médica, en lo que es el aspecto de la administración de la quimioterapia, no hay lista de espera.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: No hay lista de espera.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No hay lista de espera. En el ámbito de la oncología radioterápica, me gustaría que fuese otra persona el responsable de ese servicio, esta área de especialidad el que pudiese dar este tipo de respuesta a su pregunta, si me lo permite.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Si, si.

Para, nosotros somos totalmente profanos, para centrar un poco el ámbito, es decir, evidentemente, hay muchas personas que pueden ser operadas de tumores, por diferentes servicios, en el caso concreto de ustedes tiene básicamente que ver con esto que acabamos de decir ahora.....

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Tratamiento sistémico, para que nos entendamos, la oncología realmente como palabra reúne a varias especialidades desde primaria, para hacer el diagnóstico precoz, o la prevención, aquí no hay prevención, la cirugía o la radioterapia para hacer un tratamiento local, quirúrgico o radioterapéutico con intención curativa o paliativa, y luego un tratamiento sistémico. Ese es el que corresponde a la oncología médica. El tratamiento sistémico quiere decir que recorre todo el cuerpo, y ese tratamiento sistémico puede ser o bien con quimioterapia, o bien con inmunoterapia, o con una terapia inmunogénica, o antiangiogénica o un tratamiento antihormonal. Esa es la parcela en donde nosotros nos concentramos en nuestra aportación en el tratamiento del cáncer, sabiendo que sí que me permito saber y con su permiso, decir que el 80 % de todos los eventos oncológicos que se producen, bien sean locales o bien para un tratamiento sistémico, pasa a través de lo que es la oncología médica, por eso es muy importante que haya siempre equipos multidisciplinares que son comisiones de tumores o unidades funcionales tumorales que es en donde todo el perfil del tratamiento se hace patente en convenio con todos los especialistas que pueden incurrir en el paciente, bien porque hay un tratamiento local, o bien porque necesitas un tratamiento sistémico, antes o después del tratamiento local o simplemente porque por desgracia el paciente ya tiene una enfermedad avanzada y es ya atributo del oncólogo médico que necesita prácticamente el 100 % del tiempo que este paciente necesita un tratamiento, estar en manos, no es la mejor expresión en este caso en el tratamiento prioritario de la quimioterapia o del oncólogo médico, con mayor propiedad dicha.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Entiendo que por su primera explicación que en Asturias tenemos un promedio de tumores por encima de la media, y sin embargo respecto a las estimaciones que ustedes tienen de personal, estamos un poco por debajo, es decir, que se podría perfectamente reforzar el servicio...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Es un hecho, dado que estoy aquí, me gustaría destacar que podríamos tener una posibilidad clara y evidente de que la dotación pudiese ser mejor, no solamente en oncología médica, obviamente en cualquier otro tipo de facetas que entrañan la oncología, porque ese 2 % al que yo hago referencia está probablemente relacionado con todo lo que es la casuística oncológica, ahí inciden la cirugía, incide la radioterapia, el tratamiento sistémico pero si nosotros estamos enfrentándonos a un porcentaje que son los que nos ayuda la estadística inferencial para compararnos con otras regiones y vemos que estamos con la media nacional, dos puntos por encima de la mortalidad, obviamente tendríamos que hacer una evaluación de cómo están todos los estamentos o todas las responsabilidades oncológicas de esta región para ver en donde podríamos hacer el esfuerzo de estar igualándonos, incluso mejorando las medias nacionales, ¿de acuerdo?, bien con la prevención, bien con el tratamiento local, contra el tratamiento sistémico, o todo en conjunto.

Y en este caso creo y debo y es mi obligación destacar que estamos, digamos que jugando con una plantilla justa, o mermada, cuando queremos hacer tanto un tratamiento adecuado como una prevención o con una colaboración con otro tipo de especialistas.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Ustedes, evidentemente, por reproducir un poco el proceso sanitario, es decir, ustedes les deriva, me imagino que el proceso será atención primaria, un especialista, pero un especialista de alguna manera descubre, o testa, que un enfermo, por ejemplo, puede tener cáncer.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: El canal habitual es: primaria, detecta unos signos o unos síntomas que orientan hacia un especialista, bien con un neumólogo, o un digestivo, o un ginecólogo que orienta el diagnóstico de una patología concreta tumoral en alguna de estas localizaciones que he comentado y a partir de ahí ya en una unidad funcional, una comisión de tumores, reúnen los especialistas que antes había comenzado diciendo que lo componen y ahí es donde se planifica la estrategia terapéutica para el tratamiento de un paciente o de una paciente.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: ¿Cuál es su opinión sobre el proceso en el tiempo hasta que un paciente llega a ustedes? Es decir, porque me imagino que en el caso concreto del cáncer el tiempo es un factor muy importante, es decir, que aunque ustedes actúen de manera muy rápida a partir de que algo está.... lo que si realmente es muy importante, lo que puede generar angustia al paciente, o incluso ninguna si lo desconoce es el proceso, digamos, todo el proceso anterior. ¿Cómo estamos ahí, estamos homologados, usted considera qué puede haber mejoría, es ahí donde verdaderamente se juega el asunto?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo mejor para que podamos todos tener ilusión y seguir adelante en nuestra vida, en nuestro cometido, es saber que debemos de ser humildes y que siempre tenemos un margen de mejora, por supuesto que hay un margen de mejora, en todo lo que estamos haciendo y cuando estamos hablando de la sanidad, mucho mejor. Hablar de mejora que no hablar de conformismo obviamente, en este caso puedo decirles que nosotros tenemos la satisfacción de saber que en menos de 5 días, en menos 7 días, con mayor precisión, esa angustia se reduce prácticamente algo que puede ser asumible para los pacientes sabiendo que eso todavía se puede mejorar aún más.

Lo que desconozco es cuanto tiempo puede haber entre que haya un diagnóstico en primaria, porque nosotros realmente somos conocedores de la realidad del paciente, en el momento en que nos llega a la consulta, o en el momento que se presenta en una unidad funcional, como he dicho, una comisión de tumores, ahí es donde ya puedo asegurarles que nosotros intentamos continuamente no tener una lista de espera y lo hemos conseguido.

No merece la pena decir como se ha conseguido, aquí hay mucho compromiso, y es lo que hace que la oncología sea una cosa especial pues por lo que conlleva y usted lo ha dicho, esa angustia queremos intentar reducirla a cero, estamos en ello, y nosotros sí que estamos continuamente convencidos de que ese margen de mejora siempre que esté en nuestras manos hacerlo, lo hacemos y estamos luchando por lo que es el acto único de tal manera que cuando una persona viene a hacer un diagnóstico radiológico o tiene que hacer una evaluación de una respuesta intentamos que en el mínimo día, o al día siguiente, tengamos ya una respuesta porque incluso la angustia se genera sencillamente por estar esperando el veredicto o el diagnóstico radiológico, o si va bien o va mal, es decir, nosotros somos sensibles a ello, y somos conscientes de que una parte de esa mejora que yo le estaba comentando, están en este punto en que tengamos la posibilidad de que el acto único tenga pueda llevarse a cabo la mayor de las veces posible, y en eso siempre nosotros vamos a estar en condiciones de poder ofrecer nuestro esfuerzo y nuestra ayuda.

Otra cosa distinta es que tenemos que ser conscientes de que la realidad también a veces dificulta todas estas cosas...No, por nuestra parte, obviamente, nosotros para administrar un tratamiento no tenemos demora, para hacer una primera visita no tenemos demora.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Totalmente de acuerdo.
Pero entiende un poco la pregunta que yo le estoy haciendo, es decir....

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Por supuesto que sí.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**:hay los previos y la celeridad en los previos hasta que el paciente llega a ustedes en algunos tipos de cánceres, me imagino, no tengo ni idea de esto, es fundamental, luego...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Por supuesto que sí.....

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: ahí sería donde habría que echar el resto.....

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Obviamente.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**:en que este proceso...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Obviamente, esta mejora tiene que estar dentro de nosotros y fuera de nosotros, es ampliable a todo este tipo de situaciones en donde el acercamiento lo antes posible del paciente al especialista, tiene que hacerse, por supuesto que sí. Y que ese margen existe, obviamente, claro que es verdad.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: ¿Cuántas veces, dicen ustedes muy a menudo esto si lo hubiéramos cogido antes hubiera sido muchos menos complicado? Es decir...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Ese es un arma de doble filo, primero porque yo creo que a la sociedad no debemos mandarle un mensaje de... En la medicina, la información es tan importante como que ya desde Hipócrates, pasando por Maimónides, eran conscientes de que la información relacionada con la salud podría tener un efecto de maleficencia y otro de beneficencia.

Un efecto de maleficencia es que creamos una angustia innecesaria, en este caso, en el decir que podríamos estar haciendo una demora excesiva para que creamos una angustia a un paciente, o que no le demos un tratamiento, pues porque no hay una dotación, cuando realmente a lo mejor poco puede ofrecer ese tratamiento.

Ese es el tema donde tenemos que centrarnos todos, tanto los políticos como los especialistas o los que estamos dedicándonos al programa de la salud, que intentemos unirnos en algo tan evidente y tan sensible como lo que es la salud y cuál es el mensaje que tenemos que transmitir a nuestra sociedad.

Si fuésemos por ese camino, qué cosa mejor que hubiésemos hecho ya, simplemente la prevención, ¿de acuerdo? Y cómo podemos estar sintiéndonos todos completamente responsables de permitir que estemos dejando fumar a la gente, ¿verdad? Cómo no nos vamos a estar sintiendo responsables de que haya por ahí un veneno funcionando, o que permitamos que esté...

Así que esto es algo que debemos de tener que calibrar entre todos, para ver cómo podemos hacerlo, que la gente entienda que estamos haciendo el esfuerzo para que eso no ocurra, pero tampoco pensar en que eso sirva para que a una persona se le angustie innecesariamente por pensar que pueda estar transcurrido un tiempo concreto.

Las cosas están escritas, nadie puede inventar cosas que ya están escritas, yo antes he hecho referencia a lo que es el libro blanco de la oncología médica, ahí tenemos unos datos exactos, en donde tenemos nosotros que estar incluyéndonos, pero para lo bueno y para lo malo, tanto para las listas como para la media, y esa es nuestra responsabilidad, mi responsabilidad como Jefe de Servicio en este (incomprensible) tiene que ser eso, que se cumplan.

Y en estas otras cosas, pues lo mismo, hagamos lo posible porque ese número, esos números que se dicen que son los que tendrían que, como canon de estándar, aplicarse, se apliquen, y entre todos, hagamos que esa distribución de nuestros recursos, que pagamos todos con nuestros impuestos, haga que esto que se compromete la sociedad para ser un ejemplo, lo acometa y lo haga, dotemos a la sanidad pública asturiana de algo que es lo común a todas las sociedades bien evolucionadas, que no haya desigualdad para nadie en este aspecto, y menos aún en la salud.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Hablábamos antes de, digamos, el previo, digamos, a su labor, que sería ese proceso que, efectivamente, evidentemente, no se trata de generar ningún tipo de alarma, sino que cualquier, como usuario, pueda entender que quiere que algunos procesos sean lo más rápidos posibles, pero bueno, sin entrar.

¿Qué pasa después? Es decir, imaginémosnos que un enfermo tiene necesidad de cirugía, ¿cuál su opinión al respecto? Es decir, hay un protocolo de preferencias, evidentemente habrá un equipo multidisciplinar que lo decida, está cerrado, me imagino, absolutamente, en qué casos sí, en qué casos no, ¿hay listas de espera a ese nivel o, realmente, porque volvemos otra vez a lo mismo, el tiempo me imagino que estará, bueno, el protocolo será muy cerrado... cuál es su opinión al respecto?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Mi opinión es que está todo estipulado en lo que son esas unidades funcionales, o Comisiones de tumores, hay una

gestora de casos, en donde agiliza al máximo tiempo posible, cuando una persona tiene que hacerse alguna metodología diagnóstica radiológica o de biopsia, o de algún tipo de actuación terapéutica local con la cirugía o radioterapia, lo mismo que sucede cuando tiene que hacer un tratamiento con quimioterapia, o alguna de las armas terapéuticas que nosotros tenemos.

En mi caso, y vuelvo a repetir que es el que conozco realmente, es el que claramente cumplimos con nuestro cometido, y el resto estoy seguro que al menos lo intentan con la ayuda de las gestoras de casos, para que lo puedan cumplir.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Yo también estoy seguro de ello.

Se lo digo porque en Astursalud, igual estoy equivocado, me parece que no hay un apartado de información específico de oncología, es decir, no hay manera de saber, quiero decir, a la hora de analizar los casos, si hay otro tipo de listas, pero no hay algo específico relacionado con la oncología, ¿por qué? ¿Hay algún...?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo desconozco, realmente, no puedo contestarle a esa pregunta, sinceramente.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Muy bien. *(Pausa.)*

Los servicios de oncología, ¿en algún momento han tenido que desprogramar algún tipo de intervención por falta de personal, o, no sé, por ejemplo, vamos a suponer, el caso de anestesiólogos o enfermeras especializadas, o enfermeros especializados?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ¿De oncología médica?

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Sí.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No.

El señor **PRESIDENTE**: Un segundo nada más, por aclarar que ya concluyeron los 15 minutos y sería la última pregunta.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Ya no pregunto más, muchas gracias.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: En oncología médica, no, señor.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Bien.

Corresponde el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Foro.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Sí, muchas gracias, Presidente.

Buenos días, doctor Esteban.

Por profundizar un poco más en la conversación que estamos teniendo en este ánimo de intentar esclarecer el porqué de esas listas de espera, y aunque usted, pues puede, y por eso lo dice, que no existen en oncología, cosa que nos agrada a todos escuchar, un poquito por eso, por profundizar, como bien hablaba mi compañero anterior que le preguntaba, el problema es la incertidumbre que se genera, seguramente, lo más problemático, antes de que lleguen los expedientes a oncología, por esas pruebas que si pueden, en algún momento, tener grandes esperas en las listas de las pruebas.

¿Cree usted que desde Primaria, o sea, que oncología debería reforzar, se ha hablado aquí ya, desde diferentes departamentos, sobre la necesidad de que Primaria tuviese una formación específica para que las pruebas fuesen más directas?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, y en eso estamos, yo creo fehacientemente que Primaria juega un papel importantísimo en todo lo que es el organigrama de todo lo que antes habíamos comentado, la pieza fundamental de todo esto, probablemente sea la prevención, segundo, el diagnóstico precoz, y ahí es donde Primaria tiene un

papel estelar, en colaboración, obviamente, con todos los departamentos o unidades que se dedican a la oncología.

Y en este caso, pues la formación continua por parte de oncología médica, oncología bioterápica, etcétera, etcétera, es un papel esencial, y está desarrollándose en esta región, para que podamos ser capaces de que, entre todo, entre lo que es Primaria, especialidad y las especialidades, podamos estar disminuyendo esa incidencia y esa mortalidad, porque son cosas distintas, incidencia y mortalidad.

En el momento en que bajamos la incidencia bajamos la mortalidad, en el momento en que hacemos una buena terapéutica bajamos la mortalidad también, así que ese margen del que había comentado antes, de ventaja o de mejoría, es tan amplia como que tengamos que estar todos ilusionados para que lo podamos acometer entre todos, porque eso es una batalla común que tenemos que ejercer todos.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Completamente de acuerdo.

Cuando le llegan a ustedes los enfermos con sus expedientes, ¿qué valoración tiene ya de las pruebas diagnósticas que trae?

Quiero decir, bueno, pues, me faltan conocimientos médicos, a ver si me sé explicar, pero cuando aparece, pues en cualquier parte del cuerpo que hay un cáncer, entonces se les envía, pero ustedes tiene que decir, bueno, pues necesito saber si hay una metástasis, entonces hay que hacer otras pruebas, ¿no?, no llegan con todas las pruebas, ¿o cómo llegan los expedientes?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Bueno, en esta región somos privilegiados en ese aspecto, tenemos una medicina muy desarrollada, y la oncología médica también, y nosotros tenemos el privilegio que en el 95%, 98% de los casos, nuestros pacientes ya vienen con un diagnóstico de extensión totalmente hecho, con la última vanguardia de diagnóstico y estadificación, y que, por tanto, nosotros ahí no tenemos nada que aportar, salvo que por alguna razón, pues las distancias son las cosas que marcan la ciudadanía, unos de distancia larga y otros de distancia, pero eso es una cosa que no se puede remediar.

Pero habitualmente todos los pacientes, 98, 95%, de nuestros pacientes vienen ya con un diagnóstico de precisión hecho con todos los métodos diagnósticos, tanto anatomopatológicos, moleculares y radiológicos.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: O sea, que antes de llegar a su servicio...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Ya está cribado.

Nosotros recibimos realmente a un paciente con todas las condiciones, bueno, nosotros, la Comisión, esa unidad funcional que antes habíamos comentado, donde nos reunimos todos los especialistas, tienen ya todo prácticamente hecho y si queda ese 5%, en esa Comisión se refuerza la faceta del diagnóstico, bien por imagen o bien por anatomopatología, para que podamos estar ya ejerciendo el veredicto y el diagnóstico y tratamiento adecuado para el paciente.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: ¿Hay algún protocolo...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: ... o existe forma...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: La mayoría de todas las patologías que están, tenemos estratificadas son distribuidas en cuatro áreas o cuatro unidades. Tienen todas su unidad tumoral, unidad funcional, y a partir de ahí todo lo que son los procesos asistenciales y vías asistenciales están protocolizadas para que se sepa lo que hay que hacer.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Sí, sí. Le quería preguntar un caso concreto, es decir, ustedes los médicos especialistas ...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: ... pueden determinar una vez que se encuentra con que en la zona que han estudiado hay un cáncer ¿pueden determinar si es necesario pasar a Oncología al paciente o no o previamente tienen que verlos ustedes y determinar si se puede hacer algo o no?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, la...

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: ¿Quién decide ese punto...?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Esa unidad funcional o Comité de Tumores. La estrategia es: un paciente acude a, es muy raro pero puede ocurrir, que una persona por su inmediatez o gravedad pueda acudir a Urgencias y saltarse el proceso de un médico de Primaria, pero lo habitual es que una persona tiene un signo o un síntoma, va a un médico de Primaria, hace un diagnóstico clínico de sospecha o bien radiológico también y a partir de ahí lo deriva a un especialista. El especialista hace las pruebas correspondientes tanto radiológicas como anatomopatológicas para llegar al diagnóstico, el estadio de la enfermedad y a partir de ahí el especialista lo presenta en la Comisión o en la Unidad funcional y allí es donde están representados todos los demás miembros o componentes o personajes del área tumoral correspondiente: el cirujano, radioterapeuta, el oncólogo, médico también, Anatomía Patológica, incluso Oncología Molecular y Medicina Nuclear y a partir de ahí se establece una estrategia terapéutica que bien puede ser quirúrgica o radiológica local acompañada o no de un tratamiento sistémico que es el que nos corresponde a nosotros antes o después o antes y después del tratamiento local, o bien por desgracia si el paciente tiene una enfermedad avanzada ya nos toca a nosotros asumir al cien por cien al paciente y hacernos cargo del tratamiento desde el principio. Esta es la estrategia más o menos que...

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: entonces en ningún caso un paciente que llegue al estudio, al expediente, deja de pasar por consulta, digamos, del oncólogo.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Nunca. Si tiene que esta participando el oncólogo médico, nunca. E incluso si no tiene una participación de un oncólogo médico está dentro de esa unidad funcional para emitir su razonamiento, su tipo de idea. Eso es un consenso, en ese consenso participan todos los especialistas, incluso aunque no tengan ninguna participación inmediata pero conocen ya el caso para por si acaso porque esto es un proceso dinámico y por desgracia no todo el cien por cien de las personas cuando tienen una enfermedad localizada se quedan como una enfermedad localizada sino que en algún momento puede fallar y es para que ya tengamos constancia de que ese paciente existe y que en la evolución si es que hay que participar como tratamiento sistémico tengamos conocimiento del paciente.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Bien. Muchas gracias.
No hay más preguntas, Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.
Correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Izquierda Unida.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Presidente, gracias.
Doctor Esteban, como el resto de los Diputados que me precedieron la verdad que como defensores de la Sanidad Pública nos alegra escuchar sus palabras que al final transmiten una tranquilidad no solo a los Grupos Parlamentarios sino a la ciudadanía saber que en un tema tan importante para la salud y de tanta preocupación como son los temas oncológicos no hay lista de espera. Se trabaja con un equipo multidisciplinar y se ven detalladamente todos los casos. Bajo nuestro punto de vista es un mensaje que a nosotros nos parece muy, muy adecuado facilitar también desde esta Comisión a través de sus palabras.
En ese sentido como, bueno, aquí se ha comentado, ¿no?, No sabemos mucho de sanidad o nada porque en mi caso no tengo nada que ver profesionalmente con este asunto, bueno, no sabíamos que la parte de los oncólogos es ya directamente la parte más dirigida a lo que son ya los tratamientos continuados.
A mí desde mi...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Una particularidad, cuando hablamos de oncólogo, un cirujano puede ser un oncólogo,

La señora **PULGAR GARCÍA**: Sí.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ... uno molecular puede ser oncólogo. Luego lo que importa es el adjetivo, ¿no? Oncólogo médico soy yo.

La señora **PULGAR GARCÍA**: *(Asentimiento.)*

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Quedémonos con la idea de que somos los responsables de hacer el tratamiento que recorre todo el cuerpo bien porque se tome con la pastilla, bien porque se pone por vía subcutánea o por vía intravenosa.

El oncólogo radioterapeuta es el que hace un tratamiento local con radiación. El oncólogo cirujano puede ser urólogo, digestivo, es el que hace un tratamiento local o de una metástasis de una forma con una herramienta quirúrgica.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Pero todos ellos forman parte de esa comisión de tumores, ¿no?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, efectivamente. Pero luego es importante que pongamos un poco el detalle de cuál es el apellido, no el adjetivo que no está bien dicho. El apellido que acompaña a la palabra *oncólogo*, oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta. Además son muy sensibles porque cuando yo empecé la especialidad yo en relación a quimioterapeuta y esa quimioterapia ya ha dejado de ser un sinónimo de oncólogo médico porque nos hemos visto, porque evoluciona todo, en que debemos saber inmunoterapia, debemos saber hormonoterapia, debemos saber un montón de estrategias terapéuticas que ya no queda con una agente citotóxico que es el típico que todos recordamos, ¿no?, que se cae el pelo, que eso ya está quedando un poco desfasado y hemos evolucionado y por tanto es muy importante que nosotros nunca nos vamos a creer despreciados por eso, despectivamente, pero a un radioterapeuta si le llamas radioterapeuta, no, quieren ser, con todo el derecho del mundo, oncólogo radioterapeuta o urólogo oncólogo o digestivo o cirujano oncólogo porque conlleva la especialidad en lo que es la patología tumoral. Es un especialista en cualquiera de las ramas que antes había comentado pero que se dedica exclusivamente para hacer un tratamiento contra el cáncer.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Gracias por las aclaraciones porque la verdad no las comprendemos nosotros y el público en general tampoco, ¿no?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Esa es una cosa que tenemos que hacer nosotros, que la cultura entre todos sea para todo el mundo. Todos vamos a ganar muchísimo porque lo mejor que puede pasar en esto es que tengamos comunicación abierta, que no haya tabúes y que hagamos un esfuerzo porque nuestra sociedad se integre en lo que es lo más normal, que no penalicemos la palabra ni a las personas que tienen cáncer. Eso también es una cuestión en lo que antes estábamos comentando, ¿no?, de no crear incertidumbre, no crear a las personas un malestar injusto, es una responsabilidad también que nosotros, yo y todos ustedes, tenemos que asumir para difundirlo y hacer que la sociedad sea mejor tratada con este tipo de patologías.

La señora **PULGAR GARCÍA**: No, no, está claro que la normalización en ...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Exacto, esa es la palabra, la normalización.

La señora **PULGAR GARCÍA**: ...en el tema del cáncer...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No hay que ocultar para que todos tengamos esa sensación de que estamos luchando contra un monstruo que es enorme pero que se le puede vencer o por lo menos se le puede tratar de una forma que la gente no se encuentre estigmatizada por tener que pasarlo.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Bueno, pues en esa línea ¿usted que cree que se invierte lo suficiente en nuestra Comunidad Autónoma, en nuevos tratamientos, en el tratamiento de la enfermedad o ahí hay otro margen de mejora importante como en el de los recursos humanos que usted nos planteaba o estamos en unos estándares muy normalizados?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: La última estadística que tengo, España dedica el 5% de su Producto Interior Bruto en lo que es la estrategia terapéutica farmacológica, no estoy hablando de Cirugía, no, farmacológica, tratamiento sistémico como el que yo, el 5%. Y Asturias yo creo que estamos en el 5 % con este tipo de situación. Creo recordar que...

La señora **PULGAR GARCÍA**: Niveles de efectividad razonables o...? Me refiero, lo que se invierte, se invierte en tratamientos efectivos o...?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Todos los tratamientos que se utilizan sistémicos son tratamientos que tienen la indicación terapéutica y si no tienen una indicación terapéutica pues porque no ha llegado, porque ya saben que todo eso lleva un proceso pues de agencia reguladora, etcétera, no es lo mismo que hagamos evidencia científica de que hay un tratamiento innovador y que puede tener una eficacia o una repercusión positiva en la supervivencia de las personas y que luego las agencias pues con toda la buena voluntad de seguridad del paciente pues tardan en hacerlo. En esos casos es donde uno tiene capacidad de hacer un uso expandido o compasivo y hace esa petición y hay una comisión que ve o no ve adecuado que esa petición sea la idónea para un caso en concreto, para una persona en concreto. Pero en términos generales yo creo que estamos invirtiendo lo correcto en, si es que es el 5%, pero también es cierto que estamos en una situación en donde el uso racional de medicamentos se impone y tenemos que ser corresponsables de que lo que hagamos para nuestros pacientes tenga una evidencia científica que haga favorable el impacto en la supervivencia y que no esté en detrimento de la calidad de vida de los pacientes o de los efectos secundarios que a la vez deprimen o que estén en detrimento de la calidad de vida de los pacientes y para eso es por lo que en teoría está la CURM, la Comisión del Uso Racional del Medicamento.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Le hago esta pregunta también porque a nuestro Grupo le interesa también lanzar un mensaje de tranquilidad en el sentido que a veces hemos escuchado pues yo no sé si razonadamente o no, mensajes de alarma que a mi me gustaría que se pudiesen descartar porque bueno, si fuesen ciertos serían realmente una alarma social ¿no? El mensaje que nos gustaría conocer es si un paciente, un ciudadano asturiano puede tener la tranquilidad de que en ningún caso a él se le va a descartar un tratamiento por razones exclusivamente económicas, es decir, este tratamiento es excesivamente caro y no se le puede poner a usted, ¿eso sucede? Como funciona efectivamente lo que es la evaluación de un tratamiento.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Para que esa pregunta estuviese contestada correctamente tendríamos que estar oyendo la Comisión del Uso Racional del Medicamento, en donde todo lo que es la relación calidad de vida, eficacia terapéutica, eficiencia terapéutica esta correlacionándose por personas que tendrían que ser las que pudiesen tener una respuesta para esa pregunta.

Bajo mi punto de vista todo lo que hoy en día está sucediendo en esta Comunidad está bajo ese tipo de cobertura que la Comisión indica o no indica, o acepta o no acepta, que tratamientos que tienen la indicación terapéutica en esta Comunidad esté en condiciones de poder asumir ese gasto y probablemente esa sea la mejor contestación en este momento para que tengamos la tranquilidad de que hay una Comisión de especialistas que son los que velan porque eso sea así.

La señora **PULGAR GARCÍA**: ¿En cualquier caso, cumpliendo las recomendaciones del Libro Blanco de Oncología? Entiendo yo ¿no?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Si, en eso el Libro Blanco de Oncología más se mete o más hace hincapié en lo que son las coberturas de las dotaciones de presupuesto de personal, pero no se mete en lo que son ese tipo de condiciones o de condicionantes para que podamos estar diciendo que hay unas medicinas que puedan estar excluidas o incluidas. Eso ya acapara o está incluido en otro tipo de argumentaciones o estrategias

que son las propias Comisiones del Uso Racional del Medicamento y que, bueno, esto lo hemos querido así en lo que es nuestra estrategia de Parlamentarismo. Las competencias están dadas a Asturias y lo que debemos hacer es asumir que Asturias en ese momento se ha dotado de una situación en la que es ella la que decide si una persona, una persona, perdón, un tratamiento que está aceptado por la Agencia Española del Medicamento tiene aquí o no tiene aquí pues esa validez y eso debemos asumirlo porque estas son las reglas nomotéticas que nos hemos impuesto y realmente la Comisión del Uso Racional del Medicamento son representantes que están puestos porque democráticamente se han ubicado allí.

La señora **PULGAR GARCÍA**: ¿En su experiencia en los últimos años ha habido muchas discrepancias entre el tratamiento propuesto probablemente por su Servicio o con la CURM o no?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Nosotros asumimos todo lo que la CURM dice y si no estamos totalmente de acuerdo tenemos la capacidad de poder, digamos que volver otra vez a interpelar para que puedan reconsiderar una situación en concreto pero globalmente digamos que el grueso de todas las indicaciones terapéuticas están recogidas en las, digamos, directrices e indicaciones que marca la CURM.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Que no es destacable un número de discrepancias...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Y ya una...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Que las hay...

La señora **PULGAR GARCÍA**: Bueno, si, me imagino que si porque las he leído algunas de ellas, si, si.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Si las hay, pero volvemos otra vez a lo mismo y es lo que yo creo que es más importante al menos, yo al honestamente es lo que quiero... están hablando con una persona que lleva más de 30 años tratando la oncología médica y creo que en ningún momento me he podido sentir presionado por ninguna directriz política o de ámbito extra-sanitario. Créame que lo yo creo y lo que yo quiero es que mis conocimientos y los del Servicio al que tengo el honor de representar aquí hoy, es que hagamos lo posible con las condiciones que tenemos para que las personas tengan el mejor tipo de tratamiento posible y que en ningún caso, ni nosotros ni en ninguna otra parte de las fuerzas que estamos aquí representadas, orienten este tipo de discusión para que creemos una situación de angustia a las personas que bastante tienen con la tragedia de tener una enfermedad como esta. Que nos unamos en este tipo de cometido de hacer que las cosas si tienen sentido se puedan hacer, para que podamos estar haciendo lo posible para que un paciente reciba la mejor estrategia terapéutica pero nunca al contrario. Eso creo que es vital para mí en el momento que tengo que representar este tipo de determinación.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Si, si, esa es un poco la orientación de la pregunta que le hacíamos, porque a nosotros nos parece importante transmitir, como digo, ese mensaje de tranquilidad de que las cosas funcionan y se hacen bien.

Y ya una última pregunta, si me permite Presidente, va relacionado con algo que plantearon también los anteriores intervinientes que son las estrategias preventivas en las patologías tumorales más prevalentes, y esa relación precisamente en el diagnóstico precoz con la atención primaria incluso una posible estrategia, si usted entiende que cabe una posible estrategia de mejora en los diagnósticos.

Ya nos comentó que se está trabajando precisamente en ello, si nos lo pudiese concretar algo más, yo se lo agradecería y bueno, los déficit o los campos de mejora en su caso, por verlo en positivo que usted ve que es posible que se puedan desarrollar.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Es evidente lo que hemos avanzado en esta Comunidad haciendo el cribado del cáncer de colon, cáncer de cérvix, PSAS y por ahí van las cosas. Yo creo que eso hay que ampliarlo aún más a otro tipo de poblaciones de

riesgo, en este caso el Consejo Genético que ya está funcionando y que podemos ser, esto es una joya que tenemos en nuestra región en el hospital, es algo exportable, para que pueda haber otras Comunidades que se puedan beneficiar de sus conocimientos y el Consejo Genético pues nos va a poder ayudar a que hay un 5% de cáncer hereditario que se puede hacer preventivo o con diagnóstico precoz o en el caso, el otro caso concreto que no es el 5% sino mucho más cuando estamos hablando de una población de riesgo porque tiene un área de contaminación o porque simplemente está en contacto con el tabaco en donde podríamos aplicar y en eso estamos hablando ya con la Universidad, con una epidemióloga extraordinaria, Adonina Tardón, para que, tiene una forma de poder determinar que población con ávido tabaco tiene una disposición por la metilación, por el estado de metilación de su metabolismo para que podamos implicar en esta población, solo en esta población hacer un escáner de control para el diagnóstico de precisión o precoz, perdón, dicho mejor, como se hace la mamografía. Lo que sucede es que la mamografía cuesta muchísimo más que hacer un escáner, un escáner vale 150 euros, para que puedas detectar a una persona con un cáncer en diagnóstico precoz tendrías que invertir 100 escáneres para que pudiese estar detectando 5 y por tanto, estés al día de poder tener una población de riesgo como son los fumadores o de áreas contaminadas a partir de ahí y hacer una determinación en concreto que es la metilación, es la metilación y ser en esa población y exclusivamente es en esa población en donde el rendimiento de hacer un escáner tendría, digamos, que una eficiencia como a usted antes le comentaba. Por ahí es en donde tenemos que ir y probablemente con un millón de habitantes y con una buena estructura en infraestructura sanitaria, bien dotada, pudiésemos hacer ventajas que pudiesen luego innovación para poder exportar al resto de Comunidades que tuviesen un perfil como el nuestro. Esa es la vía, una de las vías para que podamos estar ganando la batalla al cáncer, y otra que ustedes sean sensibles y que lo que dije anteriormente y que es exportable tanto a los cirujanos, a los oncólogos y terapeutas sea también que (incomprensible) a los especialistas en oncología para que puedan hacer su trabajo correcto y adecuadamente, porque eso sin duda va a influir en esos márgenes que hemos estado hablando de demora o de diferencia entre unas Comunidades u otras en la población española o incluso en como podemos estar abaratando porque sin bajamos de 6.000 a 5.000 los diagnósticos de cáncer, eso sin duda va a tener una repercusión económica y sanitaria indudable.

La señora **PULGAR GARCÍA**: No tengo más preguntas, muchas gracias por sus respuestas.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: A vosotros.

El señor **PRESIDENTE**: Bien, pasaría yo...

El señor **VICEPRESIDENTE (De Rueda Gallardo)**: Si bueno, ahora asumo yo la Presidencia, soy el Vicepresidente, porque el Presidente que es Andrés Fernández Vilanova asume su rol de Portavoz del Grupo Parlamentario Podemos en esta Comisión y como tal va a acometer su turno de preguntas.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Muy bien, pues lo primero de todo agradecer las explicaciones que sin duda contribuyen a que los Parlamentarios que formamos parte de esta Comisión entendamos mejor como funcionan, como se organicen los distintos Servicios y que detectemos posibles disfunciones o necesidades a partir de las cuales mejorar en lo que se pueda, ¿no? Quedó bastante claro que el apartado de la Oncología funciona de una forma eficiente y efectiva, precoz, además, y ya sin duda un punto que ya tranquilizador y gratificante escuchar pa' cualquier asturiano que su hospital funcione tan bien en este Servicio.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: La sanidad.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Por supuesto, el sistema.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Porque si decimos este hospital... El sistema.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: El sistema sanitario.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Con mejoras.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Claro.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo más importante es que asumamos que tenemos un margen de mejoras siempre.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: En este caso, me centraba en el Servicio médico porque quería comentar también de los otros escalones; en los otros escalones yo pienso que podemos tener mayor margen, ¿no?, sin duda en el diagnóstico.

Hay un par de cuestiones que quería preguntarle. Les comisiones de tumores son las que conocen, supongo, los tiempos de espera agregados para cada patología, entiéndase agregado por lo que conlleva todo el proceso desde que se sospecha hasta que se trata. ¿Son de fácil acceso para un profesional de Atención Primaria o para un profesional...?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí. En teoría toda la red está intercomunicada ahora mismo y tenemos capacidad para estar Primaria con especialidades. Recientemente he estado en Londres y están hipnotizados por el sistema sanitario que tenemos, no solamente en la región, sino en todo el Estado, porque estamos interconectados Primaria con especialidades cuando ellos viven ajenos: Primaria está desconectada con las especialidades y eso reconforta, cuando sales fuera, vas a Estados Unidos o a otra parte de Europa y ves que la sanidad española es un modelo exportable.

Primaria tiene capacidad para poder estar en conexión con todas las especialidades.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Me refería a una cosa muy concreta, que sería conocer estos tiempos de espera agregados para cada proceso, si hay una base de datos fácilmente accesible...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Técnicamente tendría que haberla, porque yo tengo mis datos. Lo que sucede es que sí que es cierto que yo aquí, pidiendo disculpas, vengo con mis datos, no vengo con otros datos...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, sí, ni se los voy a preguntar tampoco.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Vengo con los míos, pero, obviamente, los mismos que yo tengo los puede tener un cirujano a la hora de que una comisión, si se reúne, diga: "Este paciente es para hacer una intervención quirúrgica" o después de que yo le ponga un tratamiento con un citotóxico o un tratamiento inmunológico. Posteriormente, ya decide que tiene que hacer un tratamiento local, también ese dato tiene que conocerlo en radioterapia.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Por lo menos en el ámbito de la comisión de tumores se recueyen todos estos datos...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, las comisiones de tumores más desarrolladas, sin duda que ese dato lo tienen a su disposición. No todas las comisiones están tan desarrolladas. Como comprenderán, es algo que lleva tiempo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Disculpe mi ignorancia al respecto. ¿En cuántas áreas hay Servicio de Oncología?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Todas las comisiones existen en todos los tipos de tumores: genitourinario, digestivo, mama, pulmón, sistema nervioso central. Esas son las más gruesas por el volumen de pacientes. Y luego pues tumores endocrinos, sarcomas, etcétera, etcétera.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¿Y entre áreas hay una única comisión de tumor del sistema nervioso para todo Asturias o...?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: En este caso sí porque la patología de sarcomas y tumores del sistema nervioso central es única. En este caso —ahí sí que podemos hablar con precisión— el HUCA es el centro de referencia regional...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Como neurocirugía, también, evidentemente.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Claro. Pero no por eso solamente, porque ya ves que tenemos Cirugía Torácica como monopolio, pero Neumología, Oncología médica, hay en otros sitios, pero sí, es un hecho diferencial que obviamente también puede influir en eso y el hecho de que no tiene ni comparación un tumor del sistema nervioso central...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Con un cáncer más prevalente y más distribuido en los distintos árees.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo que se ha hecho es concentrar para ganar experiencia.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pa' un cáncer más prevalente, como pueda ser el cáncer de colon, ¿habría una comisión de tumor por cada área donde hay...?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, sí: Digestivo o la Unidad Funcional de la comisión de tumores de Digestivo, existe tanto en el HUCA como en Cabueñes como en el Hospital San Agustín.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Son los tres árees en las que hay Oncología.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí. Especialistas en Oncología Médica.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Disculpe.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Bueno, está bien eso. Estoy aprendiendo mucho y si yo puedo aportar algo, son detalles...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí.
La periodicidad de las reuniones de las comisiones de tumores pa' cada especialidad...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Una vez a la semana.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Val.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Donde técnicamente se tendrían que presentar los tumores que llegan con ese tipo de patología y a partir de ahí es donde se orienta toda la estrategia terapéutica con sus procesos asistenciales y sus vías terapéuticas de entrada y de salida.

Todo esto se plasma en un informe al cual Primaria tiene toda la información y a partir de ahí, hasta el infinito, todo el protagonismo en Primaria para que luego pudiese hacer revisiones a gente que acaba su tratamiento, etcétera, pero eso tenemos que desarrollarlo entre todos.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: En nuestro caso formulamos una petición de los datos de espera agregaos pa determinaes patologías, pero no se nos respondió como tal. En el curso de la Comisión de Investigación fue uno de los datos que solicitamos y que nun se nos apurrió.

Estos datos de espera agregaos tendremos que reformularlo como informes de las comisiones de tumores o algo así y quizá así consigamos..., pero bueno, ye bueno saber que esto se recueye de forma sistemática.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo que yo puedo aportar es que en esas comisiones se habla de la estrategia terapéutica y me imagino que a partir de ahí habrá como una fecha donde se habla, se recoge en el acta que se ha hablado de este paciente y es el punto de arranque para que luego la siguiente estrategia que se dictamina que hay que hacer corra a partir de ahí como minuto cero y adelante.

Lo mismo que pasa cuando yo estoy hablándoles de esos cinco días. Puede haber una demora de un día o dos días, pero el hecho es cuando nosotros decimos que este pacientes es para hacernos cargo nosotros, llega una interconsulta o una consulta, a partir de ahí yo llego a recibir esta información, es cuando yo dictamino si tengo una demora o no tengo una demora.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: El interés que tien ye saber si este tiempo se monitoriza y si se detecta algún cambio en los tiempos de referencia de...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: En mi función de responsable del Servicio, yo desde luego tengo toda la información mensual de cómo van nuestros ingresos, cómo van nuestras listas de espera...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Resoluciones.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Si en ese momento detecto alguna anomalía, tengo que investigar por qué motivo es.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Igual no me lo puede cuantificar, pero ye una pregunta muy, muy específica. Falaba del diagnóstico en acto único...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No, no es diagnóstico en acto único, es acto único médico. Ojalá fuese diagnóstico único.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Ya, ya, pero un acto único pa ´ pacientes con alta sospecha en los que se fae una prueba, esa prueba da un...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Eso tiene otro nombre, que es una asistencia rápida o una consulta prioritaria, y eso es en otro apartado.

Para nosotros es difícilísimo —ahora ya no ocurre prácticamente nunca— que nosotros encontremos a un paciente con un signo o un síntoma y seamos nosotros los que tomemos la iniciativa de llevar a cabo ese diagnóstico por la vía rápida, por un canal rápido de diagnóstico. Es muy difícil, es anecdótico ya el que vea a una persona y por casualidad te encuentres con que tiene una patología y encuentras un TSA y automáticamente dices: “Que le hagan una punción”, porque ves que tiene ya un tacto y en ese mismo momento puedes decirle que haga... Es difícilísimo. Nosotros recogemos digamos que el diagnóstico ya completo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: No me refería tanto a eso como a que un paciente que ya ta muy orientao, una vez tiene la prueba definitiva —lo digo también desde la experiencia de la especialidad en la que yo toi, en la que ye todo... Vamos, si en Oncología Médica ye rápido, en Oncología Pediátrica ye, vamos, pasmosamente, vamos, es...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lento.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: No, no, es muy inmediato, inmediato.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: porque yo creo que, si hablamos de eso, en la Oncología Pediátrica yo creo que están más sensibilizados todavía, ¿no?, yo lo entiendo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Querría pregunta-y. ¿Dispón el Sespa de todos los recursos diagnósticos necesarios, de toles técnicas diagnóstiques, o hay alguna técnica pa la que dependa siempre del uso de algún recurso de un centro concertao?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Ahora mismo ya se pueden hacer absolutamente todas técnicas que se necesiten pa...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Honestamente creo que tenemos todos los recursos terapéuticos diagnósticos.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Diagnósticos, sí.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Hablamos de..., sí. Terapéuticos, quizás se echa de menos el que tengamos que... no disponer aún de la Radioterapia Estereotáxica.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: El Gamma-Knife.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí. Esto yo creo que es algo que tendríamos que reflexionar como, a dos años vista, pues no hemos sido capaces de poder hacerlo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Y la com...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Pero yo, comprender... comprendan ustedes, no me puedo poner en la situación de un oncólogo radioterapeuta porque no querría ni ofender a nadie de ustedes, pero menos a un compañero, que tendría que ser el que tuviese mejor aproximación a la realidad de lo que le puede pasar.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Ta claro. Querría pregunta-y también de la parte de... la adquisición de productos de farmacia, ¿se hace por cada área sanitaria?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Yo creo que tenemos una farmacia que hace una compra única. Y a partir de ahí, de hecho, realmente, la relación temporal con la CURM ha sido o fue esa, que tuviésemos una compra única, en concreto de todo lo que pudiese ser en mi área.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Oncológico.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: En lo que es la Oncología, sí, pues uniformar lo que son las estrategias terapéuticas de, si hay tres productos, pues economizar, si no hay una evidencia que marque uno sea mejor que otro, pues el que pueda ser más, de coste efectivo, etcétera, etcétera.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¿Y ahora se ta produciendo la compra de forma unificada, o...?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Yo pienso que sí, creo que es así. Realmente, no tengo una...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Val, o sea no tiene, val, val...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ... no estoy en condiciones de...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: No, si yo tengo información (...)

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ... decirlo claramente, pero en su momento creo que la orientación era que hubiese...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Se avanza hacia ello.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ... una compra única, una centralización única de compra, y que eso pudiese uniformar lo que es la farmacia de todos los hospitales.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Hubo una cosa que comentó, que la verdad que me fascinó bastante, el... este estudio de, bueno, ya, es que casi anecdótico y no tendría mucho que ver con la Comisión, pero lo de la metilación en... El..., ¿cuál sería el rendimiento, que no lo llegó a decir, del escáner, para aquellos en los que se detecta ese nivel de metilación?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: La diferencia entre que la mamografía o el PSA o el frotis de cérvix es rentable es porque es baratísimo, ¿no? Entonces, eso puede (...)

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: No, no, lo que preguntaba ye que lo único que nun comentó era el nivel de rendimiento del TAC p'aquellos pacientes ya seleccionaos por el nivel de metilación.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Claro, no, eso es lo que tenemos que...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¡Ah!, es lo que se está estudiando.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Eso es lo que...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¡Ah!, val, val, val.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Claro, ahora sabes que, para que encuentres 5 pacientes aproximadamente un diagnóstico precoz con un escáner, tienes que hacer 100. Con lo cual, si vale 150, no tiene un rendimiento...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Y se está estudiando el ren..., se ta estudiando el rendimiento pa niveles de...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ..., aparte de que, aunque sea un escáner de... helicoidal, de baja radiación, es que está radiando a una persona demasiado innecesariamente. Y esto lo que hace es, digamos, enriquecer la población. Ya no solamente es coger a la población que fuma o que está en (...)

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, sí, sí, eso lo entiendo, lo entiendo perfectamente.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ..., sino que, además de que fumen, tú haces un cribado previamente con algo muy barato, y es que en saliva o en sangre ves qué estado de metila... qué metilación tiene, ¿no? Si ves que tiene un problema de metilación, es decir, que los oncogenes de esa persona son inestables.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Lo que preguntaba era cuánto aumenta la sensibilidad. ¿O no se conoce todavía?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Eso es lo que queremos.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Vale, vale, se está (...)

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Eso es lo que queremos ver. Lo que está claro es que tiene una posible relación. Y si eso conseguimos que tenga mayor riesgo de desarrollar un cáncer, si eso lo aplicamos en la población fumadora, pero que además tiene ese problema, porque hay gente que va a fumar toda su vida y nunca va a desarrollar

un cáncer. ¿Por qué? Porque su estado de metilación es totalmente impermeable y está protegido. Es como si tuviese un paraguas, un impermeable que le cae una bomba atómica, nunca va a recibir nada.

(...): ¿Nos explica a todos qué es la metilación?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Espera. Después. Perdón. Que una última pregunta...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Muy sencillo. Simplemente, tenemos genes en el cuerpo y funcionan perfectamente, ¿no? Pero por encima de los genes hay una situación enzimática que hace que esos genes puedan ser estables o no estables. Nada más que es como el que controla bioquímicamente...

(...): La capacidad de mutación, ¿no?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Exacto, porque realmente la mutación puede ser positiva o negativa. La mutación negativa es la de un cáncer. Entonces, hay gente que esa metilación lo tiene inestable; y por tanto, cualquier daño que pueda hacer pues el ambiente exterior, entre ellos el tabaco, la contaminación, pues va a tener mayor probabilidad de poder desarrollar esto. Entonces, con eso podríamos ya diferenciar poblaciones que tienen una disposición o no a ser... y con ello ya enriquecemos la población. No es lo mismo hacer a 100 personas que hacer a 30 o a 20, y ahí el rendimiento podría ser mejor.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Una última, una última cuestión. Perdón.
¿En Asturias se detectan, por procedencia, diferencias de riesgo significativas de padecer cánceres?
¿Está suficientemente estudiado entre zonas contaminadas y zonas libres de contaminación?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Bueno...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bien. O sea, con lo que podríamos, o sea, podríamos asegurar...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Fijaros lo que significaría eso.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: O sea, podría...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Es que somos un millón de habitantes, 900.000 en 25 kilómetros a la redonda. ¿Cuántas térmicas tenemos alrededor?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, sí.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ¿Cuántas? ¿Sabéis cuantos...?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, y lo que no son térmicas, también.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Coches, porque eso es La Castellana. Es nuestra realidad, por eso...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Asturiana de Zinc.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ... ustedes que son políticos, lo de "Paraíso natural" hay que sentirlo. Esa es la camiseta con la que tenemos que sudar todos.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Desde nuestro punto de vista, el control de las emisiones...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Hay que sudarla y hay que, hay que...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ... tendría que serlo bastante más...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Hay que sudarla porque tenemos un paraíso, pero, luego, cuando vemos nuestras estadísticas en riesgos cardiovasculares, ahora mismo lo mío, cáncer, estamos en el *top ten*, estamos en los cuatro primeros. Tenemos que saber por qué. Somos muy industrializados, 900.000 aquí dentro, y las térmicas, los coches, etcétera, tenemos que examinarlo. Para que veáis lo que es la estadística, y como, ¿no?, ¿para qué vamos a crear una...?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Luego, sí existen riesgos significativos en las zonas de máxima...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sabemos que sí. Tú eres médico, usted es médico...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Por supuesto. La cuestión ye...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo que tenemos que hacer es, ahí es en dónde es, en dónde se ve la... lo grandioso que puede ser una sociedad y como, de una forma honesta, entre todos tenemos que ver un punto en común y saber que hay otro punto de mejora. Hagamos transportes públicos, comuniquémonos mejor y dejemos la combustión, las térmicas, etcétera.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, toy completamente de acuerdo, yo incluso no necesitaría un estudio estadístico concreto de Asturias para asegurar, sé que, científicamente, determinadas moléculas producen determinados daños en el ADN y, por lo tanto, generan, generan más cáncer, pero...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Tenemos que hacer entre todos ese esfuerzo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pero hay veces que políticamente necesitamos demostrar que esto también sucede en Asturias por ese fumo concreto que sal de determinao, de determinado sitio. Y entonces, por eso ye interesante pregunta-y...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Ya no tendríamos ni que detenernos, porque todas las estadísticas apuntan ahí. Países industrializados tienen un porcentaje concreto. Y nosotros estamos en el tope. Siempre es como si tuviésemos una sociedad muy desarrollada, y estamos sufriendo las consecuencias de ello. Y a partir de ahí, aprendamos de esas sociedades muy desarrolladas, que ahora ya están aplicando mecanismos para poder estar intentando evitar ese tipo de perjuicios para nuestra sociedad. Que en realidad es para lo que nos pagan. A mí me pagan para defender a mis pacientes y a ustedes por defendernos a nosotros.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Pues munches gracias por les respuestes. Concluiría el turno de preguntas del Grupo Parlamentario Podemos Asturias.

El señor **PRESIDENTE**: Y vuelvo a ocupar la Presidencia.
Y sería el turno de preguntas para el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Gracias.
Buenos días.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Buenos días.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Y no voy a hacer preguntas, porque todo lo que hemos hablado aquí en realidad es muy poco de listas de espera, ¿eh? Precisamente porque, vamos, yo entiendo que no, no

puede haber nunca lista de espera en un servicio de Oncología Médica o radioterápica o lo que sea. En este caso estamos hablando de Oncología Médica y en eso quería incidir, en algunos aspectos y algunas afirmaciones que tal, por precisarlas o entenderlas mejor, ¿no?

La primera, al hablar de Oncología Médica, claro, estamos hablando de todos los tumores que son subsidiarios, o no, de tratamiento mediante el oncólogo médico, un tratamiento sistémico.

¿cuándo hablamos de la comisión de tumores, a la que usted se ha referido, hablamos de comisiones separadas en el sentido de que hay una comisión de tumores de colon, de tumores de mama, de tumores gástricos, tumores...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No, los digestivos van en conjunto, colon, digestivo...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Era para que lo entendiera.....

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, más que nada por rentabilizar, porque la estadística sino es que estaríamos todos los días de la semana..., entonces se agrupan, entonces es una comisión de tumores digestivos, y ahí están colon, gástrico, etcétera, etcétera.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Eso es en Oviedo.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: En Oviedo, claro.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Porque por ejemplo en Avilés hay una comisión de tumores de colon y recto.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Exacto. Correcto, muy buena... porque solamente tienen para hacer tumores digestivos, pero de colon y recto.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Eso es, como yo he estado en ella, pues... Como yo estaba en ello...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, sí, perdón.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Entonces, al hablar de, a eso me refería en cuanto a precisar y tal, de que claro usted, en este caso, trata oncología médica en las comisiones de tumores de los tumores que se ven el hospital y en el área que le corresponda, que no viene al caso ahora precisar.

En cuanto a esa especialización por sistemas, tumores, hay otra afirmación que realizó, claro que preguntaba el anterior interpelante, se dice interpelante, el anterior interpelante anuncia que sí se conocían los tiempos agregados de demora, claro, usted afirmó que sí, que los conocía pero solo de los que usted trata como oncólogo médico.....

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Sí, efectivamente.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: y le pongo un ejemplo, en la comisión de tumores de mama de Avilés, que se decide el tratamiento quirúrgico, y que luego puede o no tener tratamiento médico sistémico, o no, claro, de esos no puede conocer usted el tiempo agregado de demora.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No, no, evidentemente.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: eso lo conocerá la comisión... y los tiempos de demora estarán a disposición de esa comisión de tal.
No estoy corrigiendo, simplemente estoy...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Por supuesto.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: precisando.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: De hecho yo le digo que eso es mi idea de que pueda ser una forma de poder estar ... , concretando lo que es esa información que yo recibo pero porque es fácil para mi porque es un cometido del gabinete del hospital que este tipo de información, porque yo sí lo he pedido, para que yo pueda controlar como va nuestro servicio, pero esta es una idea que yo tengo, que luego no se si será verdad o no, pero es lógico pensar y razonar que a partir de que se presenta un caso corre el minuto cero de cómo es la orientación terapéutica con una fecha en concreto y como se van poniendo posteriormente todas las indicaciones que se han hecho.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Una compañera suya que trabaja en Avilés, que está en la comisión, es la Presidenta de la comisión de tumores de Avilés, trató de hacer un estudio de todo, desde el momento en que es el primer síntoma, hasta el momento en que se trata, y bueno, las dificultades que tuvo y

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: (incomprensible)

El señor **SUÁREZ ALONSO**:muy difícil conseguir los datos, y tenerlos, muy difícil...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Realmente ahora con esta dotación que tenemos de Millennium, bueno, Millennium..., realmente la informática es lo que nos podría ayudar a que esto fuese tan instantáneo como poder apretar un botón correcto gracias a la ayuda de una estadística, pero realmente la informática nos va a dar, ahora, estamos... ya tiene que empezar a sonarnos a todos lo que es el Big Data y son cosas que están entrando con una fuerza enorme y una vez más, nosotros en Asturias estamos preparados para que podamos estar intentando estar al día de lo que...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Pero nos queda para llegar a un...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ...pero este dato concreto que ahora estamos analizando en realidad tendría que facilitarnos las herramientas que tuviésemos acceso rápido y objetivo...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Bueno. No voy a seguir con el tema, pero simplemente era por precisarlo, pero que las dificultades eran muy grandes.

En otro aspecto simplemente una pregunta, me quedó la duda, afirmaba usted que actualmente el sistema público no tenía que recurrir, o sea que tenía todos los medios diagnósticos para el tratamiento, me voy a poner serio, porque vamos, por ejemplo en la... y a ver como lo explico para que no quedar así técnico, en la extirpación del ganglio centinela en el tumor de mama, se requiere previamente un marcaje con radioisótopo para detectar el ganglio centinela que luego tu vas en quirófano a buscar, el aparatito ese para buscar, sí, pero el marcaje con radioisótopo se está haciendo actualmente, no digo en Oviedo, pero sí en el resto de áreas, con la concertada. ¿Eso lo sabía usted, claro?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No lo sabía. Lo que sí conozco la realidad de mi centro.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Claro, efectivamente. Pues...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ...he de suponer, obviamente que lo que sucede en mi centro tiene que suceder en todos, porque ahí es un poco donde...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ...se hace en el Centro Médico en Avilés, el marcaje con radioisótopo, se hace en el Centro Médico, en Jove, también, creo, ahora no lo recuerdo, y en la clínica Géminis.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Yo a veces tengo que pedir disculpas, porque a veces por no controlar tanto como ustedes la forma de... pues a lo mejor

estoy diciendo que es toda Asturias y lo que sí que yo desde ahora, en este momento, me comprometo a que lo que digo es en mi realidad, en lo que es el hospital, pero que...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: No pretendía corregir ni nada, solo precisar, porque...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ...yo estoy aquí para...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ...fueron preguntas tan concretas, que...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: ...que puedan...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ...parece que van a pillarlo, y no es así, es sencillamente...

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**:yo confío en su buena fe y que también confíen en que yo tengo buena fe en estar aquí para que pueda aportar lo que... sea interesante para todos.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Y bueno, nada más que preguntarle, saludarle, recordarle... me he recordado cuando decía los principios de usted que era un... y recuerdo las batallas en el servicio en el Hospital General, iba usted allí a pelear por el tratamiento del colon o no tratamiento, y tal y las peleas que allí hubo, y me lo ha recordado hoy, bueno, pues con un poco de... qué jóvenes éramos.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Así seguimos, con toda la ilusión del mundo.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.
Correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Muchas gracias, señor Esteban.

En mi Grupo Parlamentario nos habían advertido ya de la calidad de su servicio, porque quiero decirle que bueno, pues una asesora que trabaja con nosotros, tuvo un caso de una persona de un familiar muy directo en sus manos y llevaba días advirtiéndonos de cómo funcionaban, la ilusión, el trabajo, el cariño que ponían en cada caso y de cómo se implicaban en las situaciones.

Yo estaba preparada por tanto par escucharle hoy, sin embargo me quedo enormemente corta si le digo que es un enorme honor haberle escuchado, si le digo que hacía tiempo que alguien en tan corto espacio de tiempo podía despertar tanta admiración, y que le agradezco enormemente que haya estado hoy aquí explicándonos el funcionamiento de su servicio. Es una garantía usted para todos los asturianos y asturianas.

Por eso si cabe me da todavía mayor vergüenza, y se lo puedo decir en estos términos, tener que formularle las 4 preguntas que yo en plantilla estoy formulando a toda las personas que comparecen en esta Comisión, porque esta es una Comisión de Investigación respecto de la cual, cuando finalice, tendremos que elaborar unas conclusiones y para facilitar ese trabajo cada uno tiene su librito, y el mío consiste en hacerle las mismas preguntas a todos los comparecientes.

Por ese motivo voy a hacerle las preguntas en relación a las cuestiones que figuraban en el requerimiento que se le envió para su comparecencia.

La primera de las preguntas es ¿sabe usted si durante el año 2014 se dejaron de publicar datos sobre las listas de espera?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo desconozco.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: ¿Tiene usted conocimiento de que se haya producido alguna irregularidad en la gestión de esas listas?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo desconozco, sinceramente.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: ¿Puede usted auditar las repercusiones económicas de la espera?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Lo desconozco.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Ya por último, ¿podrá fiscalizar con los datos de los que dispone las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias?

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: No, no estoy en condiciones realmente, pero me consta que están intentando hacer lo posible porque eso no sea un obstáculo para lo que antes habíamos comentado. Me consta que están haciendo lo posible por lo que yo he podido hablar con la dirección, la gerencia del hospital, que son sensibles a todo lo que yo, al menos, he podido requerir para que pudiésemos estar intentando subsanar los posibles errores que hayamos podido cometer, o incluso los posibles inconvenientes que pueda haber para que no tengamos un problema de tipo lista de espera, en mi caso creo que cada vez son más claros los objetivos que tenemos en común y que no haya una demora con una dotación de una persona más, parece que están intentando que esto no ocurra, porque en nuestra incidencia está siendo mayor la prevalencia, está así. Y creo que son sensibles a que yo, como Portavoz del Servicio de oncología médica, pueda transmitirles los problemas o las situaciones en que podamos tener acceso a la mejora. Pero además, sinceramente, me da vergüenza, pero con total sinceridad, no tengo información de ello.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Pues no dude que en la mano de este Grupo Parlamentario, pero estoy segura que el resto de los que están hoy en esta sala, sabremos hacer llegar a las autoridades los requerimientos que nos ha trasladado.

Y ya por finalizar, y de nuevo, porque quiero que le quede constancia de ello, se lleva mi agradecimiento y mi admiración.
Muchas gracias.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Bien, pues acabaos los turnos de preguntas, el compareciente, si lo deseara, podría hacer una precisión o aclaración, pa lo que dispondría de 5 minutos.

El señor **Esteban González (Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA)**: Pues decir que estoy muy agradecido de haber tenido la oportunidad de estar aquí, conocerles a ustedes, decirles cuál es la realidad particular de la Oncología Médica, cómo es el perfil del paciente oncológico en Asturias, cómo podemos intentar entre todos mejorar lo que es la prestación pública de nuestra patología. Y nada más que añadirles un ruego más, hay una parte de la oncología que es común a cualquier otro tipo de handicap que cualquier de cada uno tenemos en nuestra vida, y es el apoyo psicológico y de tiempo.

En mi memoria de presentación de cómo hacer posible que mejorásemos en la planificación del Servicio de Oncología Médica, ponía un apartado muy especial, y era el apoyo psicológico, la psicooncología, que es un punto esencial y que, si queremos buscar la excelencia y podemos hacer que tengamos la dotación para que nos sintamos orgullosos y que nuestra sociedad también se sienta orgullosa, se necesita más que nunca que haya una especialidad que sea la psicología oncológica, para que pueda tener un protagonismo en todo el área de lo va a ser, tarde o temprano, llegaremos a un área oncológica y que pueda funcionar adecuadamente en cómo se hacen las informaciones a los pacientes, a los familiares, porque es una realidad muy dura y que, quien haya pasado por ahí, creo que se dará cuenta fácilmente de que hay un componente orgánico en esta enfermedad, pero hay un componente psicológico que acompaña tanto al paciente como a toda la familia y que no lo tenemos cubierto al 100%, y merecería la pena que lo pudiésemos desarrollar. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Pues concluida la comparecencia, rogamos al compareciente que abandone la sala, agradeciendo y una vez más la so colaboración y disposición cola Comisión. *(Pausa.)*

Bien, cinco minutos de... retomamos en cinco minutos, se suspende la sesión y retomamos en cinco minutos.

(Eran las trece horas y treinta y tres minutos.)

(Se reanuda la sesión a las trece horas y cuarenta minutos.)

— **Cristóbal de la Coba Ortiz, Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes (Área V)**

El señor **PRESIDENTE**: D'alcuerdu col calendariu aprobau por la Comisión y señalao por la so Mesa fue citau pa les trece hores y media, pa la una y media, don Cristóbal de la Cueva Ortiz, Adxunto del Servicio de Aparato Dixestivo del Hospital de Cabueñes.

Llámesese al compareciente, por favor. (Pausa.)

Facultativo Especialista de Área.

Buenos días, ¿qué tal?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Buenos días o buenas tardes.

El señor **PRESIDENTE**: Sí.

Bueno, en primer lugar explicar que procedemos a dar lectura de un guión estandarizáu.

Fáise constar que el compareciente ta presente en la sala. De conformidad con el artículo 74 del Reglamentu de la Xunta Xeneral y cola Resolución del Presidente de la Cámara 2/4 de 20 de ochobre de 1998, sobre comparecencies antes les Comisiones de Investigación, va a procedése a dar lectura al compareciente de los sos derechos y eventuales responsabilidaes, salvo que el compareciente renuncie a la lectura.

¿Renuncia a la lectura? (Pausa.)

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: No.

El señor **PRESIDENTE**: Vale.

Bueno, otra cuestión, ¿tiene inconveniente en que este Presidente se dirija a usted en asturiano?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Bueno...

El señor **PRESIDENTE**: Si prefiere castellano no tengo inconveniente.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Soy valenciano, entonces la verdad que el asturiano no acabo de...

El señor **PRESIDENTE**: Pues nada. Le hablo en castellano sin problema.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Perfecto. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**:

Primero. El requerido tendrá derecho a no declara contra sí mismo, a no confesase responsable de ilícito penal o administrativo, al secreto profesional y a la cláusula de conciencia en los términos previstos en la legislación vigente.

Segundo. Si durante la celebración de la comparecencia el compareciente entendiera que se está vulnerando cualquiera de los sus derechos constitucionales solicitará la intervención de la Mesa de la Comisión pa su garantía con expresa indicación del derecho que considera vulnerado y de la causa de la presunta vulneración resolviendo la Mesa al respecto.

Tercero. El que convocado ante una Comisión Parlamentaria de Investigación faltare a la verdad en su testimonio será castigado con pena de prisión de 6 meses a un año o multa de 6 a 12 meses.

Cuarto. Las conclusiones aprobadas pol Pleno se publicarán en el Boletín Oficial del Parlamento y serán comunicadas al Consejo de Gobiernu sin perjuicio de que en su caso la Mesa de la Cámara las traslade al Ministerio Fiscal para el ejercicio de acciones cuando proceda.

Quinto. De les incomparecencias o presuntos falsos testimonios que pudieran ponerse de manifiesto en el dictamen de la Comisión de Investigación la Mesa de la Cámara al través de su Presidencia dará traslado al Ministerio Fiscal pa el ejercicio de acciones cuando proceda.

Tal y como se le comunicó —hasta aquí la lectura de los derechos— en tiempo y forma al compareciente fue requerido pa que en su condición de Adjunto des Servicio del Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes preste testimonio ante la Comisión de Investigación sobre las listas de espera en la sanidad asturiana creada con el objeto de esclarecer los siguientes aspectos, creada con los siguientes cuatro objetos: el esclarecer los motivos de la no publicación en el último año de los datos para consultas y procedimientos diagnósticos, el analizar las irregularidades producidas en la gestión de les indicadas listas y los sistemas de control existentes, el auditar las repercusiones sanitaria y económica del estado actual de la espera y fiscalizar las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias para poner solución a este problema aportando para ello su conocimiento y su experiencia acerca del objeto de los mismos.

Como también se le comunicó en tiempo al compareciente tendría la posibilidad de efectuar una exposición previa sobre cualquiera de estos cuatro puntos si así lo desea por no más de 30 minutos.

Seguidamente los miembros de la Comisión podrán formularle preguntas de acuerdo con el orden siguiente: en primer lugar el Grupo Parlamentario Ciudadanos —el Diputado Armando Bartolomé—, en segundo lugar el Grupo Parlamentario Foro —la Diputada Carmen Fernández—, en tercer lugar el Grupo Parlamentario Izquierda Unida —la Diputada Marta Pulgar—, en cuarto lugar yo mismo, Andrés Vilanova del Grupo Parlamentario Podemos que en el momento en que yo formule las preguntas ocupará la Presidencia el Diputado Pedro de Rueda del Partido Popular; en quinto lugar —su Diputado Carlos Suárez— y en último lugar el Grupo Parlamentario Socialista, la Diputada Carmen Eva Pérez.

Acabado el turno de preguntas podrá como compareciente intervenir si lo desea para hacer aclaraciones o precisiones por no más de 5 minutos.

La comparecencia se desarrolla en sesión pública que se puede seguir en directo a través de la web de la Junta General que se graba y que se va a publicar en el Diario de Sesiones de la Junta General.

¿Desea el compareciente hacer una exposición previa?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Sí, deseo.

El señor **PRESIDENTE**: Pues adelante.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Gracias. Lo traigo por escrito para que no se me olvide nada de lo que quiero comentar. Como comentaba soy Adjunto del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes desde hace diez años. También soy miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Patología Digestiva y soy el Coordinador de Excelencia Clínica del Comité de Excelencia Clínica ahora mismo, ¿no?

Entonces, bueno, para mí el problema principal no es que existan las listas de espera, que también, sino que no se conozca su magnitud real y se siga maquillando la realidad. La falta de transparencia y de veracidad seguramente sea el verdadero problema.

Voy a plantear varios ejemplos a lo largo de la intervención para que se pueda entender un poco la situación. Por ejemplo un paciente que tiene un cólico biliar que es una patología común pide cita a su médico, esta cita puede tardar alrededor de, hasta una semana. Si le pide una cita a Digestivo que es bastante habitual puede tardar esta cita entre 3 y 4 meses. Si yo como Digestivo le pido una ecografía abdominal esta ecografía puede tardar un año o más de un año, que lo hemos tenido hasta hace poco esta lista de espera. Para ver el resultado de la ecografía le tengo que dar cita de nuevo y tarda otros 3 o 4 meses en volver a la consulta. Si veo la prueba y veo el diagnóstico y le mando al cirujano seguramente tarde un mes en ir al cirujano. Seguramente el cirujano le mandará al anestesista que puede tardar entre 4 o 5 meses y el anestesista le incluiría en lista de espera y puede tardar desde que le incluye el anestesista hasta que lo operen pues alrededor de 2 meses, ¿no?

Esto haría que el tiempo en lista de espera fuera alrededor de 2 meses desde que le metió el anestesista en la lista. Sin embargo el paciente ha esperado más de 2 años para poder intervenir, ¿no? Este es el problema real. Que yo creo que es inadecuado establecer como criterio incluso en la lista de espera la valoración por el anestesista, ¿no? Lo ideal sería tener en cuenta el periodo sintomático del inicio de los síntomas y sobre todo la prueba diagnóstica que nos ha llevado al

diagnóstico de la enfermedad. Eso sería mucho más real, ¿no?, Para saber cuál es el tiempo de espera de nuestros pacientes.

Además en todo este tiempo seguramente el paciente ha tenido que acudir a Urgencias por cólico biliar y probablemente habrá ingresado en Digestivo por una pancreatitis aguda con todo el gasto asociado, ¿no?

De otro lado, bueno, está claro que otros problemas más graves como que precisen ingreso, atención urgente o problemas cardiovasculares o oncológicos no creo que soporten tanta lista de espera y se priorizan en lo posible, ¿no? Esto es así, ¿no?

Aunque también puede haber ejemplos en lo que estos pacientes más graves se nos escapen, ¿no? Por ejemplo un paciente que tuviera dolor abdominal y un estreñimiento en el Hospital de Cabueñes tenemos o hemos llegado a tener hasta 5 y 6 meses para un colonoscopia preferente, ¿no?, y hasta 2 años para una colonoscopia con anestesia.

Esto ha sido bastante complicado para nuestro Servicio. Durante bastante tiempo por ejemplo las solicitudes de colonoscopia con anestesia se guardaban en una carpeta y no constaban en la lista de espera, ¿no? Esto era, lo reclamamos en varias ocasiones y fue una situación complicada para nosotros, ¿no?

Este es otro problema que impide conocer la situación real de las listas de espera, son técnicas de maquillaje. Las solicitudes de pruebas o de consultas pueden pasar meses en carpetas hasta que se incluyan. Por ejemplo actualmente en nuestro hospital las colonoscopias solicitadas como control no se contabilizan en las listas de espera.

Hay más problemas o ineficiencias que se presentan en mi Servicio y que me gustaría comentarlas para aclarar la situación actual. Por ejemplo durante varios meses el área de Endoscopias o la Unidad de Endoscopias de mi Servicio defendió que si se aumentaba en media hora al día de la jornada en vez de hacer módulos de dos horas y media de tarde se conseguían realizar unas 800 colonoscopias más al año. Esto se bloqueó, esta posibilidad desde la Dirección seguramente por motivos políticos sin tener en cuenta ningún criterio clínico ni de eficiencia.

Cuándo por fin se les dejó, se les permitió hacer este aumento de la jornada en media hora se consiguieron hacer 1.000 endoscopias más en un año y nos felicitaron por este motivo, ¿no? Esto es un claro ejemplo de cómo la gestión de la Sanidad asturiana se basa en criterios políticos y no en clínicos o de eficiencia y de cómo los órganos directivos de nuestros hospitales no tienen la autonomía necesaria para realizar su labor, ¿eh?

Creo además que han tenido un claro ejemplo de esa falta de autonomía y de independencia en esta misma sala.

Además de la falta de autonomía que es una de las características imprescindibles para una sanidad que busca una atención de calidad y de excelencia y que podemos encontrar en cualquier manual de gestión de hace años, también existen otros problemas graves que pueden explicar la situación actual de las listas de espera como son decisiones arbitrarias, improvisaciones, dotación desigual y falta de material o de personal.

Como ejemplo de dotación desigual, otra vez el área de endoscopios, cuando se sacaron a concurso las dotaciones de áreas de endoscopios de la región, se hizo de forma desigual y sin tener en cuenta la demanda o la población de cada área, por ejemplo, para el Hospital de Mieres, el nuevo Hospital de Mieres, se sacó el concurso por un total de 300.000 euros, el nuevo HUCA más de 700.000 euros, y para mi hospital por 190.000 euros.

En nuestro hospital siempre hemos tenido múltiples problemas con el escaso material en endoscopias, se han tenido que suspender pruebas en multitud de ocasiones por este motivo incluso en alguna ocasión hemos tenido menos material que el Hospital de Arriondas. Este es un problema crónico que este último concurso solo ha servido para mantenerlo sin solucionarlo. A pesar de las múltiples reuniones de miembros de mi Servicio con dirección por este tema. Aún así en el último año hemos realizado 1.000 endoscopias más que en el HUCA, que en el nuevo HUCA. Esto es algo repetitivo en la sanidad, no solo en la asturiana, al que más trabaja se le exige más y se le dan menos facilidades y menos recursos, por ejemplo no tenemos duodenoscopia, este aparato es fundamental para realizar una prueba llamada colangiopancreatografía retrógrada endoscópica o CPRE, que es una prueba necesaria para extraer cálculos o piedras de la vía biliar, patología muy frecuente y que puede condicionar retraso en el alta de los pacientes, y estancias medias elevadas.

El duodenoscopia que tenemos a día de hoy nos lo ha prestado el HUCA pero tenemos más problemas con esta prueba que dejan clara la ineficiencia y arbitrariedad de las decisiones que se toman en nuestra sanidad. Para hacer esta prueba, la CPRE en el Servicio de Digestivo, necesitaríamos tener una camilla radiotransparente que cuesta 6.000 euros, pero no hay dinero para

comprarla y por tanto hacemos esta prueba en el Servicio de Radiología. A veces hay problemas con el Servicio de Radiología, bien por citaciones, por que se tiene que anular alguna prueba, porque falla el arco de Radiología, y tenemos que suspender la realización de la CPRE que se podría hacer si tuviéramos dichas camilla en el Servicio y se mandan a los pacientes a Jove a hacer la prueba por 2.000 euros paciente. Hace 3 semanas mandamos 5. Todos los años tenemos que mandar pacientes, no podemos entender que se puedan gastar en derivaciones si no hay material o personal pero nos argumentan que dependen de partidas presupuestarias diferentes. Otra ineficiencia.

Además en este tema de las derivaciones ya ha salido en esta sala y en general la derivación suele ser más cara, puede tener más complicaciones y además estas complicaciones tenemos que tratarla, habitualmente, no se hacen cargo de ella en la medicina privada y las tenemos que tratar en la medicina pública.

Otro caso de dotación desigual y personal insuficiente lo podemos ver en el número de especialistas de aparato digestivo por área, en el área V somos 13, en la IV para la misma población, aunque es un hospital de referencia, son más de 23, en el área III, 9, con la mitad de población, y parece ser que el área V es la que más pacientes deriva a la privada, probablemente porque esté infradotada, ¿no?

Por ejemplo cuando el área V asumió el área de Arriendas, otra vez por una decisión política, en mí Servicio pedimos que se contrataran más profesionales y nos dijeron que nos confirmásemos con que no echaran al último eventual.

También ocurre con la ecografía digestiva, como ya he comentado hemos tenido una lista de espera para una ecografía abdominal de más de un año, somos el único Servicio de Digestivo de Asturias que no dispone de ecografía abdominal, hay evidencia publicada que demuestra que la ecografía abdominal es la prueba más solicitada en una consulta de alta resolución de digestivo. Pero se han dotado los centros de salud del área de ecografía y a pesar de solicitarlo no se ha dotado a nuestro Servicio.

El programa formativo de los especialistas en aparato digestivo incluye la ecografía abdominal, el programa de los especialistas en medicina familiar y comunitaria, no, por lo que se les ha tenido que formar de aquella manera y todavía nos llegan a la consulta pacientes con ecografías realizadas en su centro de salud, sin ningún informe o con una foto, sin más y tenemos que repetir la prueba.

Y como hablamos de atención primaria ya se ha comentado por los traumatólogos la absoluta falta de coordinación entre primaria y especializada, yo llevo 10 años en Cabueñes y nunca me he reunido con médicos de atención primaria para realizar protocolos de actuación o para comentar pacientes o asesorarles, salvo que le interesara a alguna empresa farmacéutica y parece que la Administración nunca le ha interesado aunque figura en cualquier manual básico de gestión sanitaria.

En noviembre de 2014 varios especialistas de digestivo fueron citados para realizar protocolos de alta resolución y derivación para atención primaria, promovido por el Sespas, aunque también hay que reconocer que la participación fue escasa, por ejemplo no fue nadie de Primaria. Se realizaron varios protocolos, de rectorragia, alteración de pruebas de función hepática, diarrea que se entregaron en 2015, pero todavía no se han puesto en marcha ni se han utilizado.

Para temas tan relevantes además en el futuro se debería contar con sociedades científicas.

Otro problema grave que explica la situación actual de las listas de espera es la falta de información, se disponen datos desde hace años, sobre todo en el área de hospitalización y también sobre resultados en áreas quirúrgicas pero no disponemos prácticamente de datos sobre el funcionamiento y los resultados en las áreas ambulatorias de los servicios médicos.

Los profesionales necesitamos datos y feedback sobre nuestro trabajo para mejorar y tomar las decisiones adecuadas. En 10 años que llevo en Cabueñes nunca se ha reunido conmigo para decirme como hago mi trabajo nadie, que lista de espera tengo, cuantas altas doy, que tiempo de estancia media.

Durante 2 años he sido el responsable de una de las unidades más complejas de mi especialidad, con un gasto farmacéutico muy elevado y con diferentes dificultades.

En el 2015 solicité datos sobre la carrera asistencial de la unidad, ya que disponíamos de Selene y me dijeron que no servía para extraer esos datos. Se ha realizado una inversión millonaria en sistemas de información pero no nos aportan la información que necesitamos para adaptarnos a la demanda.

Esto es un problema serio de nuestro sistema, la rigidez y la falta de adaptación, en cuanto se abren agendas, se llenan, incluso para más de un año, siendo imposible analizar la situación y adaptarse a la demanda, ya estás ocupado al ciento veinte por cien, para todo el año, ¿no?

Por eso solo existe la posibilidad de contratar más personal o de derivar a la medicina privada.

Me ha ocurrido en ocasiones de estar en el área de hospitalización y acabar mi trabajo a las 11 de la mañana y no disponer de ningún despacho o consulta donde poder citar a pacientes de la lista de espera. No hay flexibilidad ni medios materiales para adaptarnos a esta demanda.

Por último otra ineficiencia o pérdida de oportunidad es tener a la enfermería sin aprovechar. Una de las revoluciones que más puede ayudar a mejorar a la atención a los pacientes crónicos, a mejorar la seguridad, la continuidad asistencial y disminuir la lista de espera, es la de la potenciación del rol de la enfermera, especialidades de enfermería y la consulta de enfermera, que están totalmente desaprovechadas.

Por tanto, como vemos la gestión sanitaria está llena de arbitrariedades, ineficiencias, improvisaciones y decisiones basadas en criterios políticos y no en criterios clínicos o de eficiencia y además los profesionales no tenemos la autonomía suficiente para revertir la situación.

La forma de gestión de nuestro sistema no ha cambiado en los últimos 20 años, no se han tomado decisiones valientes, se mantiene una estructura rígida y poco dinámica que en muchos casos ha afrontado el problema de las listas de espera solo a base de peonadas.

La gestión clínica consiste en dotar al profesional de autonomía, información y de herramientas de gestión que le permitan tomar decisiones adecuadas y eficientes. Pero sin duda nunca solucionaremos los problemas de nuestro sistema sanitario si no contamos con los profesionales y aquí viene la parte que más me gusta, la del maltrato a los profesionales.

Para mí el maltrato más importante es el del desinterés hacia la opinión de los propios profesionales y de que nuestra labor sea por obligación, cien por cien asistencial, ¿no? No hay prácticamente tiempo para docencia, formación e investigación, o para buscar soluciones a los problemas más frecuentes y aunque no sea políticamente correcto hablar de esto, también está el maltrato salarial. Los médicos jóvenes saben que nunca van a tener las condiciones de sus mayores, nunca antes ha habido tanto profesional intentando ir a la medicina privada, a pesar de que somos la única autonomía que mantiene la canción por exclusividad y que no tenemos una medicina privada muy desarrollada. En esta autonomía hay cirujanos operando que cobran menos que las enfermeras de quirófano y médicos que cobran menos que la enfermera que pasa consultas con ellos. Esto me ocurre a mí que llevo más de 10 años de dedicación exclusiva al Sespa, perdemos profesionales excelentes por la falta de reconocimiento, se restringen los días para formación a pesar de ser ponentes o participar en reuniones importantes, sientes que la organización está en tu contra, en vez de a tu lado, y creo que hay que medir y valorar al profesional según lo que haga, como lo haga y la complejidad que tenga lo que hace.

Por último destacar que la situación actual de las listas de espera está excluyendo a muchos pacientes de la sanidad, no es raro que te comenten en la consulta que se van a la medicina privada a realizar pruebas diagnósticas en mejores condiciones o que te digan que si tuvieran dinero ya se hubieran ido a la privada. Tenemos inequidad y desigualdad. La gestión sanitaria es rígida, no tiene autonomía ni flexibilidad, como vemos, está politizada en exceso y no es independiente y carece de transparencia.

He leído, por otra parte, que atribuyen el problema de las listas de espera a la huelga sanitaria y a la apertura del nuevo HUCA, aunque quiero recordarles que la huelga fue provocada por una decisión política que aún no se ha revertido, y que la decisión de hacer el nuevo HUCA también fue política, además creo que se aprobó en fechas parecidas a las del proyecto de La Nueva Fe, y este ya lleva años funcionando.

Por tanto, no deben echar balones fuera. El enemigo de la sanidad pública es la gestión política. El sistema financiero público también quebró por el pinchazo de la burbuja inmobiliaria y la crisis financiera mundial, pero fue la gestión política, basada en la arbitrariedad, la improvisación, la falta de transparencia y el despilfarro la que acabó con él. No repetamos la experiencia.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias por su exposición.

A continuación damos paso a los turnos de preguntas de los Grupos Parlamentarios, comenzando por el Grupo Parlamentario Ciudadanos y su Portavoz, Armando Bartolomé.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Gracias por su intervención.

El primer punto que quiero someter a su consideración, porque me parece muy importante, es el tema de la gestión, que es un tema transversal.

Evidentemente, tenemos un sistema de gestión que tiene como estructura bastantes años y me gustaría que profundizara un poco en eso. Es decir, usted comentó que en general los médicos y los

profesionales se sienten en muchos momentos maltratados y que se podrían hacer cosas, se podrían tomar medidas, se podrían hacer reformas, si yo no lo he entendido mal, con algunas líneas de fuerza: en primer lugar, por la autonomía de los profesionales y, por otro lado, unir de alguna manera reconocimiento, formación y salarios a productividad y a asunción de responsabilidades. ¿Iría por ahí, entre otras muchas medidas, un nuevo sistema de gestión de los hospitales públicos? En segundo lugar, me gustaría preguntarle, porque me da la impresión de que, además, antes, hemos visto en general más comparecientes del HUCA, ¿hay grandes diferencias, a su juicio, entre unas áreas sanitarias y otras y, en el caso concreto del Hospital de Cabueñes respecto al HUCA? ¿Significaría en relación con la experiencia que tiene usted en su Servicio, que hay un trato, digamos, que no responde a la equidad en función de la zona donde vivas?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V): Creo que lo he explicado así, que hay diferencias entre áreas sanitarias que alguna vez pueden estar infradotadas respecto a otras, y probablemente el hospital de Cabueñes sea un ejemplo; al menos, estoy hablando del Área que yo conozco, sobre todo, Aparato Digestivo. Sé que hay otras Áreas que están más dotadas, sobre las que se ha invertido mucho los últimos años y están bastante mejor.

Pero sí, esa es la sensación, que hay diferencias entre las áreas sanitarias.

Lo que me comentaba sobre la gestión sanitaria, está claro que en formación, tiempo para formación, para compartir con compañeros, para poder intercambiar opiniones sobre casos clínicos, son importantes; también el reconocimiento o incentivos, como comentabas, que no tienen que ser siempre económicos, son importantes. Pero bueno, una de las cosas que llaman la atención es que la estructura de la gestión sanitaria sigue siendo la misma, piramidal, desde hace tiempo, con cargos políticos en su mayoría, tanto gerencias como direcciones médicas, incluso jefes de Servicio, y que para el médico de a pie es muy complicado poder influir en esa organización o en la forma de gestionar la sanidad.

Sería importante que se profesionalizar la gestión; esto no lo digo yo, lo dice cualquiera, y seguramente que aumente el número de personas encargadas de dar información y herramientas de gestión a los profesionales en hospitales y también en centros de salud, que compartiéramos información y que buscáramos soluciones juntos. Esa es la base de la gestión clínica o de las unidades de gestión clínica.

El señor FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ: Si no entiendo mal, el sistema tendría entonces una estructura triple, pero en forma piramidal. Habría una cúpula, que en términos generales, según su manera de entender, no ha respondido generalmente a criterios básicamente profesionales, sino a criterios de cooptación, a criterios políticos; luego estaría, digamos, el grueso de los profesionales sanitarios y luego estaría el usuario, que son los ciudadanos, que son los verdaderos dueños del sistema, pero que con algún ejemplo como el que usted puso antes del cólico biliar, me gustaría que profundizara un poco en ese nivel. Es decir, ¿puede ser que en una lista de espera el dato sean cuatro meses y realmente el proceso —porque es que en la comparecencia anterior estuvimos hablando de lo que significaba el previo, por ejemplo, en el caso de enfermos de cáncer, hasta que llegaban a la Unidad de Oncología; supongo que en enfermos de cáncer, en el momento que se puedan diagnosticar o que se tenga una sospecha, el protocolo se acelera— efectivamente hay una especie como de viacrucis y hay un itinerario que hasta que se llega a eso puede pasar un año perfectamente. En el caso concreto, ¿corroboraría esta opinión?

Y, además, en el caso concreto de su Servicio, que tiene relación con una tipo de prueba diagnóstica, que es la colonoscopia, y con un tipo de cáncer, que es el cáncer de colon, que realmente en estos momentos significa una preocupación para muchos pacientes, ¿podría extenderse un poco en este ámbito?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V): Sí, bueno. Quizás el paciente oncológico no es el ejemplo ideal, porque, en todo caso, siempre se prioriza y seguramente son los que antes llegan al tratamiento y al diagnóstico, pero, por ejemplo, lo que me comentas del cáncer de colon, por desgracia la clínica no sirve, en muchos casos, para conocer el diagnóstico con certeza del paciente, y los estudios que hay priorizando pacientes por síntomas clínicos para adelantar la colonoscopia, por ejemplo, tampoco se han demostrado útiles para detectar el porcentaje de detección de cáncer de colon. Entonces, la única forma es mejorar la

accesibilidad a la colonoscopia. No hay otra opción, aparte de los programas de cribado en población general o de riesgo familiar, que alguno se está poniendo en marcha ahora mismo.

En este sentido lo que yo sí puedo decir es que mi práctica habitual en la consulta es que yo veo pacientes en la consulta y les solicito una prueba y no les vuelvo a ver hasta más de un año después, año o año y medio. Estos pacientes se sienten desatendidos, en la inmensa mayoría de los casos no van a tener enfermedades graves ni diagnósticos graves que requieran un tratamiento urgente; en algún caso puede que sí, pero siempre optan por acudir a Urgencias, tiene que ser, y lo que sí está claro es que hay muchos pacientes que sufren esta situación y que aunque no tengan una enfermedad grave sufren su situación, tienen miedo y en muchos casos acuden a la medicina privada porque no les queda otra opción, y un ejemplo claro es la colonoscopia, en la que a día de hoy seguimos teniendo para anestesia casi un año en lista de espera, y una ecografía, depende; se nota que han empezado a tomar medidas y hay pacientes que las tienen hechas en menos tiempo.

Pero hay un problema importante, por ejemplo, y es que al saturar las consultas y las pruebas, se da el despropósito, por ejemplo, de que yo puedo pedirle a un paciente una prueba en noviembre de 2015 y le dan la cita para junio de 2016, y sin embargo, un paciente que venga en marzo de 2016 le dan la prueba para abril. No tiene mucho sentido; se saltan las listas de espera según se abran huecos. El paciente que ya está citado es raro que se le descite para adelantar, se mete a otro paciente, y esto crea también diferencias y desigualdades que deberían cambiar o gestionarse de otra forma.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Me gustaría que volviéramos un poco a un tema que usted citó, que es el tema del retorno de datos a los especialistas, que usted comentó antes, que supongo que será muy importante, desde el punto de vista de su desempeño profesional, y qué ámbitos de mejora podría haber; que nos evaluara un poco esta cuestión. ¿Estos datos son porque no existen o es sencillamente porque no se dan?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Hay datos sobre hospitalización, el conjunto mínimo de datos que sirve el informe de alta para conocerlos. Entonces, sobre todo en pacientes hospitalizados y en técnicas quirúrgicas o tratamientos quirúrgicos, sí que hay más datos.

Como ya comentaba, en el caso de atención ambulatoria especializada hay muchos menos datos, muchos no existen, otros tienes que buscarlos tu, crear tu la base de datos y demás, y teníamos la esperanza de que con el Selene o los nuevos sistemas de información pudiéramos tener un acceso más fácil a estos datos, tener reuniones de objetivos un poco más serias o tener reuniones más periódicas para analizar la situación de los servicios, pero no ocurre así.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: También citó usted un elemento muy importante, a nuestro juicio, que es el tema de la motivación de los profesionales. Evidentemente, no se puede hacer ningún cambio medianamente significativo en el sistema sanitario sin contar con todos los profesionales sanitarios, no solamente los médicos. Y en concreto, usted citó también el papel de la Enfermería. Me gustaría, y lo vinculó usted a una posible, que eso podría ayudar bastante a... en el tema de las listas de espera. Me gustaría que desarrollara un poco esa idea y en qué línea.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Pues, sin duda. Yo creo que en la mayoría de los casos la Enfermería está desaprovechada, también, maltratados o saturados, como ya hemos visto, ¿no? Por ejemplo, han tenido muchos problemas en las plantas porque se redujo el número de enfermeras, durante la noche solo había una enfermera para atender una planta, aunque eso ya se ha revertido y ahora hay dos enfermeras también en el turno de noche. Pero en el área de Consultas la enfermera no ha desarrollado toda su potencialidad o sus capacidades, porque realmente muchas veces están ayudándonos a nosotros, más con un papel de secretaria, más que de una enfermera, ¿no? Y ese es un problema muy grave que hay que cambiar, porque ya se conoce que, por ejemplo, hay consultas de enlace de Enfermería para pacientes que se dan de alta, para que los maneje su médico de Atención Primaria, que sirven para mantener la continuidad asistencial, evitar reingresos, incluso, ahorro de costes. La enfermera tiene un papel fundamental en la seguridad del paciente, en controlar protocolos de seguridad, tanto en hospitalización como ambulatorio. Y sin duda, yo creo que sería útil porque podríamos atender mejor al paciente, al paciente crónico, el paciente se sentiría mejor atendido, porque a veces puede tener más difícil la accesibilidad al médico, y podíamos evitar pues derivaciones a Urgencias,

derivaciones al especialista, etcétera, ¿no? Yo creo que sí, que es una de las revoluciones pendientes y que sería, incidiría mucho, seguramente mucho en la evolución de las listas de espera.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Muy bien. Gracias.
No haremos más preguntas.

El señor **PRESIDENTE**: Bien. Correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Foro.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Gracias, Presidente.
Buenos días, doctor Cristóbal de la Coba.
Bueno, lo primero me llama la atención pues lo mal a gusto que trabaja usted todos los días, ¿no?, a la vista de su exposición.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: No, hombre no es así tampoco...

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Espero que...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Bueno, no sabemos el porcentaje de síndrome del quemado en Asturias, pero sería un estudio muy interesante, ¿no?

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Espero que al menos eso no afecte a los pacientes y a sus tratamientos.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: ¡Qué bah! A los pacientes los tratamos mucho mejor que a los políticos desde siempre.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Bien. Ha puesto muchas cosas, afirmando cosas que, evidentemente, hay que reflexionar yo creo que más despacio. Usted ha dicho que las listas de espera son un engaño. O sea, ha calificado como “un engaño” porque entiende que no reflejan la situación real.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Así es.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Nos ha dicho que...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Hombre...

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: ... hay aparcadas cosas en carpetas. Eso es muy grave.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Sí, sí, eso ha ocurrido, ¿no? Eso, de todas formas, eso está cambiando, con todos estos problemas y se está empezando a hacer mejor. Pero sigue pasando. Y esto es un... digamos, son no ilegalidades sino alegalidades, ¿no? Es decir, realmente en todas las comunidades se hacen técnicas de maquillaje para las listas de espera, ¿no? Eso es conocido, algunas están admitidas.... Lo que yo creo que eso no refleja la situación real, ¿no? Y ante todo, lo que hay que reconocer el problema, para intentar buscarles solución. Lo fácil, conocer el problema real, asumirlo, informar a los ciudadanos, “vamos a decidir, tenemos tanto, vamos a hacer esto, porque creemos que es lo más necesario, dónde hay que priorizar y esto no se podrá hacer”, y nada más.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: ¿Qué opina de la sanidad privada? ¿Cree usted que es necesaria en Asturias? Porque, por parte de su intervención, parece que le gustaría estar en ella; y por otra parte, parece que no le gusta que se le vayan los pacientes...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: No, yo no he dicho que a mí me gustaría estar en ella, digo que hay compañeros, cada vez más compañeros, que se van. Por ejemplo, en mi hospital hace poco compañeros con mucho prestigio, que no se sienten reconocidos, un traumatólogo con mucha trayectoria en nuestro hospital se ha ido hace poco. Y luego los médicos jóvenes que, como decía, que como se sienten hasta cierto punto maltratados, ¿no?, pues también intentan ver si tienen posibilidad en la medicina privada. Yo no soy un especialista en la relación entre medicina pública y privada, no sé hasta qué punto beneficia o perjudica. No creo que perjudique que exista la medicina privada a la sanidad pública en ningún caso. Lo que sí he hablado es de derivaciones, por ejemplo, que creo que también son, los datos que disponemos pueden ser opacos, tendríamos que tener más transparencia, no se puede mandar un paciente sí o sí a la privada, ¿no?, se tiene que mandar si estamos seguros de que la atención va a ser de la misma calidad al menos que en la pública. Por supuesto, no tendremos que asumir nosotros las complicaciones que se produzcan por una atención en la medicina privada, deberían..., es un gasto a mayores, ¿no?, debería asumirlo la medicina privada a la que se deriva. Y siempre que se derive, como digo, al menos igual o mayor calidad a igual o menor coste. Si no, entonces, no hace...

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Bueno, pero a veces las derivaciones son porque no existe en la pública, es decir, no hay forma de que esa paciente, entonces (...)

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Bueno, si no hay forma de tratar al paciente, como, por ejemplo, el nuevo decreto que he leído, que se está hablando, ¿no?, de a partir de unas garantías de demora, que se remite a los pacientes a la privada. Pues hombre, como decía Bartolomé, la medicina privada, el propietario..., la medicina pública, el propietario es el paciente, el ciudadano. Entonces, lo primero es el paciente y habrá que darle la atención que precise, sea donde sea.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Sí.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Si puede ser en la pública, mejor. O a mejor grave calidad, mejor. Pero eso no depende...

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Dentro de sus explicaciones así más, más concretas, más técnicas o más de su servicio, más de su especialidad, nos cuesta, a mí, por lo menos, que no tengo formación en medicina, me cuesta más trabajo seguirle. Pero sí que últimamente en los centros de salud hemos visto que había una campaña de cribado, creo que era, de los cánceres de colon, el problema este de Cron y tal. Entonces, me llama la atención que si usted se está quejando, poniéndolo sobre la mesa, pues la falta de endoscopios, estas listas de espera, y sin embargo, lo que se está intentando es precisamente ampliar en esa estructura, porque...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: A ver cómo absorbemos esa demanda.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Claro, entonces, eso habrá provocado también más listas de espera, porque...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Sí, claro.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: ... en el momento en que el paciente pasa por el médico de familia y le dice, "pues mira, cumples los requisitos, te voy a enviar a que te miren todo esto, ¿no?"

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Claro, yo, por ejemplo, el lunes pasado, sin ir más lejos, en el ambulatorio de Puerta la Villa tuve que suspender la mitad de la mañana porque se estropeó un aparato que limpia los endoscopios, que lleva años utilizándose, ¿no? Hemos hecho varias propuestas para solucionar este problema, pero es muy difícil, ¿no? La accesibilidad a la gestión, como decíamos, está muy alejada de los médicos de base o de... o sin más. Y el problema en Cabueñes, además, es increíble. El problema

con el material de endoscopias en Cabueñes, por suerte tenemos, tengo unos compañeros que son muy buenos profesionales y con poco hacen muchísimo. Ya les digo que hemos hecho 1.000 endoscopias más que el HUCA, cuando tenemos cuatro colonoscopios para cinco salas, que funcionan tres por la mañana y dos por la tarde. Eso es imposible. O sea, se estropean los colonoscopios. Yo llegué hace 10 años y nos pasaba, teníamos que suspender exploraciones continuamente. Aparte del problema de material, es muy importante el problema de la demanda, ¿no?, ha habido un *boom* de solicitud de endoscopias. Y como veis, incluso en el HUCA tienen dos años de listas de espera para una colonoscopia, es una bestialidad. Por eso, porque ha habido, con estos cribados, cada vez se solicitan más pruebas, a veces los controles pueden estar bien indicados o no, es complejo. Pero la demanda es alta y, sin duda, no tenemos el material necesario. No sé ahora mismo cómo está el HUCA, ellos creo que están bien dotados ahora mismo, con el cambio y porque se han dotado todas las salas nuevas y demás, lo que no tienen es, o tienen poco personal para cubrir todas las salas que tienen. Pero en Cabueñes es tremendo el problema de material. Y llevamos años reclamándole a la dirección, y no pasa nada, ¿no? No sabemos qué hacer, nos hemos planteado muchas cosas, ¿no?, desde suspender pruebas, desde ponernos a las bravas, pero al final, bueno, lo importante es el paciente y seguimos haciendo, en las condiciones que tenemos, lo que podemos.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: No voy a hacer más preguntas.
Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Bien. Muchas gracias.
Pues correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario de Izquierda Unida.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Gracias, Presidente.
Bueno, coincido con el análisis previo que acaba de hacer la Diputada de Foro, ¿no? O sea, sí que es verdad que el síndrome del quemado en Asturias, que yo creo que es exportable al conjunto de...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Sí.

La señora **PULGAR GARCÍA**: ... de la sanidad española, ¿eh?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Sí, bueno...

La señora **PULGAR GARCÍA**: Me parece a mí, no lo sé.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: soy un quemado asturiano, me parece...

La señora **PULGAR GARCÍA**: Bueno, sí, a nosotros nos preocupa la asturiana, pero conviene a veces no perder la perspectiva, porque luego igual uno tiene una visión tan tremendista de lo que le rodea y piensa que todo lo suyo es lo peor, que probablemente es lo que le pasa en general...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: Bueno, la visión es muy preocupante...

La señora **PULGAR GARCÍA**: ... a un paciente.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes, Área V)**: ... pero bueno.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Sí, sí. Puede serlo o no, pero cuando uno, yo, bueno, es el punto de vista de este Grupo, ¿eh?, no perder la perspectiva, ¿eh?, porque... por aquello de que el árbol no nos impida ver el bosque, que a veces, bueno, yo digo que poner esas distancias es conveniente. Sobre todo cuando uno lo que pretende es buscar soluciones, ¿no? Porque si lo que pretende es, que es muy lícito y además muy sano, de vez en cuando ejercer el pataleo, que es conveniente, ¿no?, y el

desahogo es fundamental y me imagino que usted lo sufrirá muchas veces en su consulta por parte de los pacientes, pero más allá de esa fase luego hay que templar, y ponerse a trabajar para el futuro. Hablando de futuro y de pasado, usted hizo incidencia en una de las cuestiones que yo coincido con usted que es de temas de organización estructural del conjunto de la sanidad asturiana, y puntualizó en concreto en el tema de las unidades de gestión clínica y yo quise entenderle en el fracaso del modelo de las unidades de gestión clínica tal cual se llevaron adelante.

¿Es así el análisis que ha hecho usted, o...?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes): Me refería al término gestión clínica, en general, no lo que son las unidades de gestión clínica como tal que bueno, ya sabéis que se llevan años intentando poner en marcha en toda España, y es complicado, el modelo parece que no ha tenido éxito.

La señora PULGAR GARCÍA: ¿Y qué propondría usted a nivel organizativo?, igual es una pregunta muy general, bueno, por concretar un poco a parte de las cuestiones generales que dijo... profesional de, crear un buen clima de trabajo, y demás, ¿qué medidas concretas se podrían llevar adelante pues por ejemplo en un área como la suya, el área V?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes): Sin duda los hospitales y los centros de salud deber ser autónomos, deberíamos tener una descentralización real de la sanidad, a mi modo de entender dirigida, o controlada también desde una agencia nacional, los hospitales tienen que tener un Consejo de Administración, que no está politizado, con buenos profesionales, profesionales en la gestión, con representantes de ciudadanos, de corporaciones locales, se debe disminuir el número de responsables de gestión a nivel autonómico y aumentarlo en las unidades funcionales, pues eso, en hospitales, centros de salud, eso sería muy importante.

Sería básico definir que queremos, o que es un hospital de área, en este caso, tener una carrera de servicios clara para que no suponga que en un hospital pueda haber 20 digestivos, porque lo decida arbitrariamente un director, y en otro haya 5...

La señora PULGAR GARCÍA: Perdone que le interrumpa, pero ¿eso que me está contando ahora, bueno, a lo mejor lo entiendo yo mal, casa muy poco, o sea, si cada unidad, en este caso, entendemos por unidad un gran centro de salud, o entendemos un hospital, tiene toda esa autonomía y cómo se casa eso con qué haya luego criterios de equidad y de equilibrio? Otra de las denuncias que usted hacía, de que en Oviedo tiene más que en Gijón, sin basarse en criterios clínicos y tal, sino hay una estructura, entiéndame bien lo que yo le planteo, si no hay una estructura que equilibre todo eso de alguna manera, yo podría llegar a entender que es una solución casi que de reinos de taifas, pero en este caso, en vez de reinos de taifas por especialidad o por afinidades políticas, de reinos de taifas por cada unidad hospitalaria donde la presión de cada grupo al final podría llevar a que un grupo como el de Arriendas por ejemplo tuviese ...

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes): No, claro pero ese es el problema que tenemos a día de hoy, eso es lo que ocurre a día de hoy. Según la capacidad de presión política o por lo que sea, puedes conseguir más material, más personal que otros servicios, sin ningún criterio clínico de eficiencia, ni siquiera.

El problema real es que no tenemos información, no, lo que hablaba, no hay datos suficientes, o no se comparten, o no se buscan, para saber cual es la decisión más eficiente, que tenemos que hacer por ejemplo en nuestro servicio, no hay coordinación entre los distintos niveles, urgencias, atención primaria, son múltiples fallos.

Se habla mucho del Big Data en la sanidad, que es el futuro, pues seguramente eso tener datos para poder tomar decisiones es la clave. Incluso me atrevo que al final nosotros, los médicos, solemos tomar decisiones en base a ensayos clínicos, estudios científicos y al final la práctica diaria va a tener que ser eso, realmente, un ensayo clínico de saber si lo que estamos haciendo está bien o no está bien, si es suficiente, si tenemos buenos resultados, y si no es así buscar otra opción.

La señora PULGAR GARCÍA: Bajo su punto de vista, medidas por ejemplo como la mejor coordinación entre atención primaria y especializada que, bueno, sería su caso, una relación mucho

más fluida, incluso que los propios especialistas prestaran consulta en los propios centros de salud, que hubiese un feed back de información más.....

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes):** Claro, por ejemplo...

La señora **PULGAR GARCÍA:**ágil, sería una medida que mejoraría lo que sería probablemente el tema de las listas de espera, porque habría un diagnóstico precoz, en este caso.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes):** Seguramente influya, no va a ser la panacea lo que consiga eliminarlas del todo, ni mucho menos, pero bueno, es fundamental, es fundamental y hasta ahora ha dependido muchas veces de la motivación de profesionales particulares que toman esa decisión de contactar con compañeros de atención primaria, por ejemplo en el servicio de digestivo de Avilés, conocéis al Jefe de Servicio a Laureano Rivas, lo hacía él por decisión propia, acudir a los centros de salud. Nosotros nunca, yo lo que he dicho, solo he ido cuando me ha invitado alguna empresa farmacéutica y los médicos de atención primaria estaban encantados de que pudiéramos ir a hablar, te sorprendía lo que les podía aportar tu experiencia o comentar casos, y eso no se hace nunca. Por lo menos en mi área y en mi especialidad, y creo que los traumatólogos dijeron lo mismo.

La señora **PULGAR GARCÍA:** Sí, yo creo que es una constatación ya en distintos comparecientes van en la misma línea.

Y luego otra de las cuestiones que surgió es el tema de los protocolos, y la priorización de procesos, estandarizar de alguna manera o normalizar contando con la opinión de los profesionales yo entiendo que por especialidades, porque lógicamente la prevención es...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes):** Claro, es muy variable según especialidad.

La señora **PULGAR GARCÍA:** dependerá de muchas cosas, ¿sería una formula esa estandarización, el contar con los profesionales en un nuevo modelo de priorización de procesos, podría facilitar la agilización de las listas de espera?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes):** Seguramente sí, incluso hay sociedades científicas que están trabajando en esto, en métodos de verificar las competencias de los profesionales, y sin duda, no debe de ser algo, o un esfuerzo que hagamos a nivel autonómico y regional, porque es complicado, deberíamos contar con las sociedades científicas nacionales, sin duda.

La señora **PULGAR GARCÍA:** Bueno, pues por mi parte yo no tengo más preguntas. Nada más y muchas gracias.

El señor **VICEPRESIDENTE (De Rueda Gallardo):** Yo asumo ahora, soy Pedro de Rueda, soy Vicepresidente del Grupo Parlamentario Popular, y asumo ahora la Presidencia, momentáneamente, porque voy a dar el paso a Andrés Vilanova, que hasta ahora actuó como Presidente y ahora va a actuar como Portavoz Parlamentario del Grupo Podemos y que va a hacerle sus preguntas.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA:** En primer lugar agradecer la so exposición, la disposición también a apartanos tantos datos, y además a hacer un diagnóstico tan valiente de la situación de la organización del so servicio, y de la relación entre niveles asistenciales nel so área. La verdad que vamos, lo agradezco fundamente. De esta forma vamos se revela claramente la utilidad de esta Comisión dando voz precisamente a quienes munches veces, de forma reiterada, más bien, son desoídos por quien administra la sanidad y por culpa de esto pues no se tomen les decisiones adecuades.

Expuso, casi una inmensa parte de lo que expuso tien relación directa con la disponibilidad de tiempo de los profesionales, tanto de atención primaria como del servicio para dir algo más allá de lo que ye la mera labor asistencial, y algo que precisamente podría redundar también en una mayor

satisfacción de los profesionales en poder dedicar una parte de tu tiempo a la formación de otros profesionales, a la tuya propia, a la investigación.

Faigo un repaso de lo que dixo, porque muchas de estas cosas yera las que iba a preguntar, por lo cual no necesito ni preguntar, casi reafirmar.

También algo que me parez absolutamente sintomático y muy indicativo de lo poco que se aboga pol acuerdo y de lo efectivo que podría ser, y que me resulta sorprendente este cambio, que finalmente consiguieron de conmutar eses xornaes de tarde por esa media hora que permitió facer mil colonoscopies más, una cosa de sentido común, acordar con los profesionales el trabayo que se puede sacar alantre.

En fin, nos parez que todo ello apunta a les soluciones, no sé si conocerá este dato, pero el personal de atención primaria, el gasto en personal de atención primaria, lleva estable, coxelau más bien, en los últimos 5 años, la administración de los recursos en materia de persona, pues sigue un dogma a la hora de elaborar los presupuesto que ye que en personal nunca se aumenta el presupuesto. Nosotros creemos que aumentando la dotación de personal en determinados puntos, se podría conseguir aforros importantes, pero lamentablemente nun se xestiona así.

El escuchar la so voz nesta Comisión güei consolida estos planteamientos que, por lo menos, pola nuesa parte, facemos, y polo tanto eso, nunca tará lo suficientemente bien agradecido.

Explicó también cómo se vuelve absurda la derivación de pacientes a Jove, con esa facturación de dos mil euros por paciente, que son cinco pacientes, ¿cada cuánto, perdone?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes): Bueno, eso fue hace tres semanas, pero yo calculo que podemos salir a 30 pacientes al año, o incluso más.

El señor FERNÁNDEZ VILANOVA: 30 pacientes al año, a dos mil euros por paciente, a cambio de una camilla que cuesta seis mil, ¿no?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes): Así es.

El señor FERNÁNDEZ VILANOVA: Un auténtico absurdo de la xestión.

El punto por el que comenzó su intervención, nosotros, bueno, por llamalo de alguna manera, de momento no tien nome, ye un innomao porque no existe como tal, los tiempos de espera agregaos, por así decir, por cada patoloxía, ye lo primero que empezamos a reclamar, que, bueno, esto no sale en los decretos estatales de transparencia, pero, ¿no considera usted que tener estos tiempos de espera agregaos, sería, pa empezar, de una utilidad inmensa pal clínico, pa saber qué práctica tamos llevando a cabo y dónde tan los problemas?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes): Sin duda...

El señor FERNÁNDEZ VILANOVA: Y pa seguir, pal xestor.

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes): Sin duda, yo creo que son fundamentales, ¿no?, por eso he puesto ese ejemplo nada más empezar.

El señor FERNÁNDEZ VILANOVA: Más cuestiones.

Quería pregunta-y, ¿vusté sabe la lista de espera que tiene actualmente pa consultas el so Servicio?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes): Es un poco variable...

El señor FERNÁNDEZ VILANOVA: Aproximao.

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes): ... depende de si es para resultados, primera consulta...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Primera, primera.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Son entre cuatro y cinco meses ahora mismo, van para noviembre las citas, a día de hoy, para noviembre.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Y en número, ¿lo sabe? Porque, bueno, también sabe que, o sea, en el portal de Astursalud no se proporcionan los datos en tiempos, a pesar de que el decreto estatal estipula que hay que dar un tiempo medio, pero también que hay que dar tiempo de espera real, éste non se ta apurriendo, lo sabe el clínico, que tien acceso a la axenda en la práctica, pero non lo sabe el ciudadano, ¿no?
Entonces, ¿sabe el número?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: No, el número no lo sé...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: No tien ni idea, ¿eh?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: ... además es muy variable, por ejemplo, tenemos la consulta que se encarga de enfermedades hepáticas, virus, C y demás, es imposible casi conseguir una cita antes del 2017, mediados del 2017.

Otras no, la mía es una consulta general y es un poco más ágil, y luego está la unidad de enfermedad inflamatoria que tiene huecos reservados para poder citar rápido y no hay más de una semana, es bastante variable.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bien.

Se refirió a unos protocolos que se elaboraron pal... de determinaos, bueno, indicios, signos o patoloxía más prevalente, ¿cuál fue el destín de estos?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Imaginamos que algún cajón, por ahora, pero no sabemos qué ha ocurrido con ello. Sé que participaron tres profesionales de Digestivo, uno de mi Servicio, el doctor Alejo Mancebo, algún especialista, creo que de Langreo, en total creo que eran tres especialistas de Digestivo, al final no acudió nadie de Atención Primaria, no sé bien por qué...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: ¿Son los llamados PCAI? ¿O son otro tipo de protocolos?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: No, creo que no son PCAI, son para otro tipo de patologías, más quirúrgicas, es otro... es más de derivación de Atención Primaria, de coordinación a la Atención Primaria, pero no sé qué ocurrió exactamente, yo sé que ellos terminaron su trabajo en marzo-abril de 2015, y no sabemos más desde entonces.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Tengo que revisar les notes y que no quede nada...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: No tengo prisa.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Comentó que echaba en falta que la propia xerencia del área se interesara por indicadores de funcionamiento del so Servicio, vamos, que esto no se ta monitorizando.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: No, realmente, hay reuniones para hablar sobre objetivos, establecidas no sé si con periodicidad anual, ahora mismo, pero bueno, siempre están bastante vacías de contenido, sobre todo en el caso de especialidades médicas, por la falta de datos, bueno, a nadie le interesan mucho estas reuniones, habitualmente.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: O sea, no se fala de cómo meyorar determinaos indicadores, incluso porque no se tienen esos indicadores.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Es complicado, como antes hablábamos esto es una estructura piramidal, influye mucho el Jefe de Servicio, por ejemplo, la Dirección, en mi caso yo lo he intentado varias veces, hablar con Dirección, mis compañeros de endoscopia ya le digo que están reunidos, ya no saben qué hacer para que cambie el tema del material, pero bueno, por ahora no hay soluciones.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Hay otra cuestión que, bueno, no sé si supone una limitación pa ustedes, ¿echan en falta, quizá no tenga que ver en este caso tanto con listas de espera, al menos no de forma directa, pero les dotaciones de planta de enfermería y de, bueno, auxiliares, celadores, supone una traba en la práctica clínica diaria?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Claro, esto que comentaba antes, por ejemplo hubo un período en que una planta de digestivo, que puedes tener pacientes muy graves con un sangrado digestivo, con una complicación de un problema hepático, pues teníamos una enfermera sólo, entonces eso era inasumible, eso se cambió, ahora hay dos enfermeras, y todo esto se complica un poco con los nuevos sistemas de información, es mucho más complejo...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Claro, se contó que esa enfermera que se puso era para suplir el tiempo que echaban...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: La labor de enfermería es muy compleja, nosotros antes, tenías más tiempo quizá de estar con ellas, de comentar cosas, ahora, pues como nosotros, estás al ordenador, el paciente se siente delante, a veces detrás de la pantalla, casi ni lo ves, y es complejo.

Yo, por ejemplo, cuando llegué a Cabueñes veía en la consulta de digestivo 28 pacientes, ahora veo 17, en la misma consulta, en diez años, todo por la complejidad, por tener menos personal, tenemos una enfermera menos en el área de consultas, tenemos el sistema de información, todo se complica, y bueno, así pasa, al final se toman decisiones que afecta a la posibilidad de responder a la demanda de atención que existe, y si no tomas medidas contrarias, pues como comentabas, o aumentar personal, o mejorar el sistema de información, o las consultas de enfermería, la coordinación entre niveles, al nivel, pues llegamos a la situación actual.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Val.

Yo la verdad que creo que ahí hay poco más que preguntar, sobre todo, bueno, también después de los peliagudos ejemplos que puso de maquillaje de les listes, sí querría traslada-y una, bueno, una práctica que creo que ye interesante que, bueno, que faiga todo aquel que tenga la posibilidad de comprobar los datos de los que disponen en su servicio, que ye contrastar esos datos propios que se tan manexando a nivel de Servicio o de Hospital, con lo que se publica en Astursalud, y, caso de que encuentre cualquier discrepancia, toy seguro que muchos Grupos Parlamentarios de esta Cámara taríamos encantaos de que nos lo transmitiera por el email de contacto que tiene en la web de la Xunta.

Pues, pola nuesa parte nada más, reiterar el agradecimiento pola claridad, pola valentía de la exposición, y tenga por seguro que lo que se cuenta en esta Comisión vale, en un primer lugar, porque tien una repercusión, se da conocimiento a la sociedad de esto que ocurre, y esto ye lo que consigue completar el feedback cola administración.

En tanto en cuanto no había transparencia no había feedback, colo cual, pues la administración podía mirar pa otro lado, de esta forma tenga por seguro que non van a poder mirar pa otro lao, así que confío en que sea muy productiva su presencia aquí.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Muy bien.

El señor **PRESIDENTE**: Bien, pues concluido el turno de preguntas del Grupo Parlamentario Podemos, sería el turno de preguntas para el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Gracias.
Buenos días, ¿qué tal?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Buenos días.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Voy a preguntarle algunas cosillas que ha dicho, para hacer hincapié o aclarar precisamente esos puntos.

En principio, por empezar por el principio, en el orden en el que usted más o menos lo fue exponiendo, me sorprendió el dato de la CPRE, no voy a decir la palabra colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la CPRE, en principio, vamos, no es que lo tenga entendido, es que es así, el área de Gijón está dividida en dos, la V-1, la V-2, que divide Calzada, Natahoyo, Jove, no voy a seguir, y la parte de, digamos, Este, que correspondería a Cabueñes. ¿No es así en Digestivo? Por ejemplo, pongo un ejemplo, sé que por ejemplo cuando hay un bocio se ve en Jove ...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí, es así, es igual.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Pero si ese bocio tiene determinadas características hay que mandar a Cabueñes con lo cual hay ahí, bueno, a mí me parece una torpeza infinita porque resulta que una persona que tiene un bocio, acude con el médico de Atención Primaria, le pide consulta, lo mandan a Jove, tarda lo que tarde, y es fantástico Jove, funciona fenomenal, y tarda 15 días. Pero cuando Jove tiene que trasladar a Cabueñes porque esa patología específica de ese bocio se tiene que ver en Cabueñes, tiene que volver a solicitar la consulta que puede tardar, ahí sí que ya pasamos a 2 meses y entonces se duplica el tiempo de espera simplemente por el paso previo de Jove. Con lo cual, bueno, me parece tal. Este caso por ejemplo como lo mencionó para la CPR en los casos de Digestivo ¿ocurre así o no, o se tiene autonomía lo que es Digestivo de Jove de Digestivo de Cabueñes'

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Esos Servicios son diferentes, hay cuatro compañeros allí. La CPR las hacen cirujanos en Jove...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Sí, eso lo sé porque....

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: ... tenemos muy buena relación con ellos y son muy buenos profesionales, o sea, en este caso no tenemos ningún problema y somos áreas diferentes, o sea, tenemos 260.000 pacientes nosotros y Jove no sé cuántos tienen ahora mismo.

Y, bueno, ellos pueden resolver la mayoría de casos. Tienen endoscopia, como mucho nos trasladan casos aislados de enfermedad inflamatoria complicada, o sea, que en ese caso no, no habría esta problemática, ¿no?

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Entonces entiendo que las derivaciones a las que usted hace referencia en cuanto a la CPRE, que por cierto ¿de dónde ha sacado el precio? ¿Que es que le pasa la factura Jove a Cabueñes o cómo...?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ... como... me sorprendió, digo...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Hace tiempo que lo manejamos porque llevamos mucho tiempo reclamando para conseguir el material que necesitamos pues sí nos lo dieron.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Entonces, Jove cobra a Cabueñes, bueno, al Sepsa,

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ¿eso es aparte del convenio que ya tiene?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí, imagino que sí, sí.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Me parece un convenio muy particular, la verdad.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí. Otra vez hemos conseguido mandarlos a Mieres por ejemplo, también hubo una época que se mandaron a Mieres, alguna vez se mandaron a Oviedo ya hace mucho tiempo porque ellos también tienen muchos problemas con la CPR. Pero actualmente cuando tenemos un problema que se tienen que suspender las exploraciones, a veces nos ha ocurrido que más de 2 semanas y, claro, un paciente con una infección de la vía biliar no puedes tener a veces esperando todo ese tiempo. Y entonces hay que remitirlos a...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Pero parece un poco sorprendente que teniendo, siendo un mismos hospital, entendiendo lo de un mismo hospital Jove-Cabueñes en cuanto a que controlan un área, ¿no?, no que sea físicamente el mismo hospital sino estructuralmente siendo el mismo área no se puedan compartir pacientes sin,, vamos, me parece sorprendente. Pero, bueno, bien. Eso es...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Es que yo creo que Jove tiene una parte de concierto y otra parte que no lo es, ¿no?, creo que es...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Sí, sí, es así, es así.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Entonces funciona...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Por eso, que no

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: ... me imagino que facturará diferente y bueno...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Claro, no, exactamente, es esa pelea que hay, la forma de facturar que precisamente no, no digo que sea irregular ni que haya ilegalidad, por supuesto no lo digo, pero precisamente me parece que la forma de gestionar estas derivaciones lleva a la duda, ¿no? entonces, bueno, pues me sorprende. Yo no lo sabía esto de la CPR, lo sabía en otros aspectos, por ejemplo en el que le voy a preguntar a continuación. Puso usted de ejemplo la cololitiasis, ¿quién hace la indicación de cirugía de la cololitiasis, los digestivos o los cirujanos? ¿A quién va un paciente con cololitiasis, va al cirujano (incomprensible)?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Claro, una cosa es que tenga...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ... o va al digestivo?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Claro si el diagnóstico de cololitiasis ya está hecho pueden remitirlo directamente a Cirugía pero no siempre ocurre así. Incluso con el diagnóstico hecho a veces lleva a error la palabra *digestivo* y lo mandan todo para digestivos para tener en cuenta que podría tener solución quirúrgica que además tiene mucha menos lista de espera que nosotros. Nos pasa también con la Unidad de Coloproctología de Pumarín que a veces hay patologías coloproctológicas que tenemos que ver nosotros y van allí, o sea, es un poco complejo a veces pero por esto que decíamos, porque yo

creo que nunca nos hemos sentado con los médicos de Atención Primaria cómo hay que derivar a los pacientes.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Lo principal yo creo que sería, y seguro que está de acuerdo conmigo, la existencia de guías clínicas, guías clínicas claras por patología, claro, que tiene que estar Atención Primaria al tanto de esa guía clínica.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Claro, es complicado porque...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ... de un síntoma con una posible patología, claro, hemorroides, claro, pues hay que tener una guía clínica de hemorroides que además es bien sencillo que no hace falta mandarlo a ninguna unidad de coloproctología, simplemente cualquier médico de Atención Primaria sabe clasificar una cosa, tal, pero esa existencia de guías clínicas, claro, tienen que ser

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Claro, para eso se hacen las guías clínicas y los protocolos, para disminuir la variabilidad, ¿no?

El señor **SUÁREZ ALONSO**: .. y para disminuir la lista de espera y para priorizar las listas de espera y para disminuir el coste de la intervención.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Pero aparte de eso es necesario llevarlo a, esas guías clínicas o protocolos se tienen que aplicar a una, digamos, zona o una, qué tipo debe tener diferentes características y para eso están los profesionales para ponerse de acuerdo, para hablar, ¿no?, y ver cómo se pueden solucionar estos problemas.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Pero la importancia precisamente en lo que estamos hablando porque luego en su intervención ha comentado otras cosas que serían muy interesantes, la gestión, la politización de la gestión o la no gestión, o diferentes temas que han mencionado que, bueno, yo no voy a mencionar porque no son el objeto de esta Comisión y, vamos, yo estaría con usted hablando de ese tema infinito pero bueno, no, no me parece que sea ahora en caso y voy a incidir precisamente en lo que corresponde a lo que son las listas de espera, ¿no?, que tal. Y hablando de esto entonces para mí la existencia de guías clínicas en cuanto a listas de espera es el abaratamiento precisamente de lo que es el procedimiento ya sea quirúrgico o médico de los distintos procesos en cuanto a la existencia de una simple guía clínica que impide por otro lado luego la malversación, no malversación de fondos o malversación de dinero sino malversación de material y tal de y de ... que pueda haber dentro del propio hospital, ¿no?, que no es lo mismo operar unas hemorroides, que decía el otro día, con un láser que con un bisturí normal eléctrico cuando las propias sociedades científicas afirman que la efectividad es la misma para un coste infinitamente mucho mayor. Supongo que eso mismo pasa en Digestivo con las diferentes tal, por ejemplo, la ecografía. Dice usted que no tiene ni ecografía, me refiero, debe ser en el Servicio.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: En el Servicio, claro, en Radiología sí, funciona bien pero, claro,

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Claro,

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Están saturados.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Tiene que derivar todo al Servicio de Radiología.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Hombre, no, la ecografía en la especialidad de aparato digestivo forma parte de ella como ya he dicho, se incluye en nuestra formación pero somos el único Servicio de Digestivo en Asturias que no dispone de ecografía propia aparte de la que pueda haber en Rayos.

Aunque la ecografía al final aunque sea propia también va a tener lista de espera entonces lo interesante realmente sería disponer de ecógrafos para alta resolución en las consultas, ¿no?

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Claro, sí, efectivamente.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Porque un paciente al que yo le pido una eco y lo veo dentro de un año y medio a que el mismo día le haga yo la ecografía, yo creo que va a ser....

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ¿Cuántos ...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: ... mucho mejor tratado.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ¿Cuántos profesionales decía que eran en el Servicio?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: 13.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: 13. y en Avilés dijo que 9.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Sí, sí. La verdad es que es un poco desequilibrio. Mire, en cuanto a, comentó, bueno no, esto lo voy a pasar porque entraba dentro de la parte que dije que no iba a hablar, de gestión. En la lista de espera, bien, solo me quedaba entonces el tema de, en cuanto al *screaming* de cáncer de colon, actualmente no se está desarrollando en lo que es el área V, ¿verdad?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: No. Hay un *screaming* en riesgo familiar que es lo que estamos haciendo. En población general que en principio creo que es el Área IV la que lleva un poco la gestión...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Y en Área III estaba.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Son pruebas de sangre oculta en heces en Atención Primaria y si es positivo se hace la colonoscopia.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Por la tarde tenemos la comparecencia aquí de la Vega, ¿lo conoces?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí, sí.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Que precisamente creo que algo de eso nos puede aportar porque...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí, ellos tienen mucha experiencia...

El señor **SUÁREZ ALONSO**: El programa piloto en Avilés con Rivas que mencionó usted antes que...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**:

El señor **SUÁREZ ALONSO**: ... el que más abogó por ello en Atención Primaria para hacer este programa.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: Sí, bueno, por a ver al final se ha demostrado que la colonoscopia disminuye la mortalidad por cáncer de colon. Yo creo que es la única prueba preventiva que ha demostrado esto, ¿no?, en el cáncer de mama hay dudas, en el de próstata también sin duda y en la región creo que tenemos una buena prevalencia de cáncer de colon. O sea que hay que apostar por ello seguro.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Sí, sí. No me dice que quiere hacer una pregunta, entonces termino. Efectivamente con la colonoscopia, hablando de lista de espera ¿eh?, con la colonoscopia tal como la tienen hoy en Cabueñes, ¿se puede, digamos...?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: No.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: Nada. Bueno sí... de forma alarmista y tal.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes)**: No podemos con el material que tenemos en la situación actual no sé cómo se podría hacer, vamos, no me lo imagino.

El señor **DE RUEDA GALLARDO**: Quiero hacer una pregunta... Soy de Rueda, soy del Grupo Parlamentario Popular también. Entonces cojo yo una última pregunta, dijo una cosa que me llamó la atención, además sobre el objeto digamos directo de esta Comisión que son las listas de espera que es que las listas de espera igual lo entendí yo mal, ¿eh? sino pues me lo aclaro y me quedo aclarado, que estaban... no estaban informatizadas, ¿no? sino que estaban en una carpeta. Eso a mí me llama poderosamente la atención desde una organización...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: A día de hoy solo las colonoscopias que se solicitan como control.

El señor **DE RUEDA GALLARDO**: ¡Ah! O sea a día de hoy pero hubo un momento, digamos que años atrás...

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: Y años atrás, las colonoscopias que se pedían con anestesia porque era algo realmente que no estaba dentro de nuestra cartera de servicios, no teníamos anestesista, teníamos que rogar para que viniera un anestesista y a lo mejor venía un día cada dos semanas o después pasaba un mes sin venir nadie, entonces no podías dar ese servicio realmente ¿no? entonces se guardaban las solicitudes que se hacían con anestesia en una carpeta hasta que, sabíamos que se podían citar y se citaban esos pacientes, lo que pasa que esa carpeta creció, claro.

El señor **DE RUEDA GALLARDO**: Claro, aparte que ahí parece evidente, se lo voy a comentar que no podemos depender de una carpeta cuyo tipo de control es muy complicado, lo que está en una carpeta parece fácil la alteración del mismo además me imagino una carpeta que pasaría no por unas manos, ¿no? sino al cabo del 24 horas puede pasar por varias. Lógicamente.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: Bueno, si podemos pensar en todo lo que puede pasar.

El señor **DE RUEDA GALLARDO**: Pues bueno, me ha quedado claro, gracias, gracias por su atención.

El señor **PRESIDENTE**: Correspondería el turno de preguntas ahora al Partido Socialista. Portavoz Carmen Eva Pérez.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Muchas gracias Presidente. Gracias señor De la Coba.

Yo al igual que mis compañeras en esta Comisión y digo porque parece que somos la mujeres las que hemos percibido casi con mayor sensibilidad a lo mejor esa situación, también he visto, bueno, pues como efectivamente, no me atrevo a diagnosticar. Yo no soy médico, yo soy abogado, pero sí un

incipiente, como mínimo síndrome burn-out en sus planteamientos, desde luego, y si no al menos una clara desmotivación que esa ha quedado fuera de toda duda.

Casi fijese lamento que, bueno, por imperativos normativos no haya podido usted ver la comparecencia de la persona anterior porque parecían dos personas que estaban hablando de un sistema sanitario no digo ya distinto, digo opuesto, fijese, hasta que punto son más importantes también las personas dentro de los propios sistemas, ¿no? eso es algo difícilmente cuantificable, probablemente. En todo caso, yo me quedo en muchísimas ocasiones con ganas de practicar preguntas pero en fin, que cada uno tiene que elegir el camino que toma, incluso en las actuaciones parlamentarias, ¿no? Y yo he adoptado la decisión de hacer a los comparecientes un conjunto de preguntas que guardan relación con el objeto de la Comisión, porque entiendo que esa es la forma en la que luego eso me puede ayudar a la hora de realizar las valoraciones, las conclusiones que tendremos que adoptar los Parlamentarios una vez que finalice esta Comisión de Investigación.

Como tal Comisión de Investigación tiene unas características y es que en cierta medida los Parlamentarios aquí presentes nos convertimos un poco en garantes de la legalidad y tenemos la obligación de comunicar a la Fiscalía a través del testimonio de las declaraciones todos aquellos hechos que entendamos puedan ser constitutivos de delito, en lo que aquí oigamos, obligación que por otra parte incumbe a todo ciudadano o ciudadana español en cualquier otro momento, no obstante, también le digo.

Mire, antes reconozco que me dejó impactada, comentaba el señor Esteban, el Jefe de Servicio de Oncología Médica del HUCA que tan importante como todos aquellos servicios, instrumental, herramientas, conocimientos, que tenemos, es la confianza que generamos en los pacientes, que no podemos alterar esa confianza con manifestaciones infundadas porque ello hace un flaco favor a la sanidad entendida si quiere desde un punto de vista enormemente elevado.

Yo me pareció ver aunque también tuve la sensación de que luego desinflaba, me pareció ver en su comparecencia inicial, digo desinflaba el contenido, enténdame, evidentemente con el debido respeto, me pareció escuchar hechos que podrían ser, bueno, constitutivos de ese delito, y entiendo que por tanto, debemos de cerrar esas cuestiones al objeto de si existe alguna irregularidad, ponerla inmediatamente en conocimiento de la Fiscalía para volver a generar esa confianza en los asturianos y asturianas.

Sirva este prolegómeno para hacerle esas preguntas a las que me refiero y que no obstante usted conoce porque le llegaron en su requerimiento.

La primera de ellas es ¿sabe usted si durante el año 2014 o 2015 se dejaron de publicar datos sobre listas de espera?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes): No me consta.

La señora PÉREZ ORDIERES: No le consta. ¿Tiene usted conocimiento de que se haya producido alguna irregularidad en la gestión de esas listas?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes): No lo tengo, no.

La señora PÉREZ ORDIERES: No lo tiene. ¿Puede usted auditar las repercusiones económicas de la espera?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes): No, no puedo.

La señora PÉREZ ORDIERES: ¿Podría usted fiscalizar con los datos de los que dispone las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias?

El señor De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes): No, no, claro que no.

La señora PÉREZ ORDIERES: Bien. Cuando usted antes mencionaba la existencia de irregularidades en las pruebas que se metían en carpetas, ¿a que se estaba refiriendo?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: Yo no he dicho en ningún momento que hubiera irregularidades. Yo he dicho que había una carpeta con unas pruebas que se solicitaban y como no había posibilidad de citarlas estaban ahí.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Discúlpeme pero creo recordar, en todo caso, quizás no sea tampoco lo más importante, pero si creo que mencionó la palabra irregularidades que luego sustituyó por alegalidad. ¿Recuerda a que se refería?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: No, no recuerdo esa palabra. Bueno, que no me parece que realmente como comentaba el compañero, debería estar todo bien controlado, informatizado, con la información, digamos accesible, transparente, todo esto, ¿no?

La señora **PÉREZ ORDIERES**: ¿Usted recibió alguna orden por la cual se le comunicaba que usted dejara fuera de control algún tipo de prueba o no la comunicara?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: No, no, pero bueno, en toda esa información seguramente que en la Dirección de mi hospital o en el Servicio de Atención al Ciudadano te la dan sin problema, ¿no?

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Si, pero discúlpeme, es usted el que ha comparecido y ha hecho estas manifestaciones en esta Comisión.

Bien, y una última pregunta. Ha manifestado usted que nunca había tenido reuniones de coordinación, ¿cabe la posibilidad de que las hubiera tenido su jefe, porque usted es adjunto, verdad?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: Si, creo que pocas, si ha tenido alguna. Pero no le puede decir exactamente el número, no creo que más de 2 o 3 en estos 10 años que yo...

La señora **PÉREZ ORDIERES**: ¿Pero las tenía su jefe no?

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: No le puedo confirmar, la verdad, tendría que preguntárselo a él y comentártelo pero no me consta, lo que si me consta es que él participó en la selección del compañero que iba a encargarse de estos protocolos de los que hablamos y designó al compañero este que comenté.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Muchísimas gracias, señor De la Coba. No tengo más preguntas.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: Yo lo único que quería comentar una cosa...

El señor **PRESIDENTE**: Si bueno, sin más damos paso al turno que tién ahora pa facer las aclaraciones que considere oportunes, tién hasta 5 minutos si lo desea.

El señor **De la Coba Ortiz (Adjunto/FEA. Servicio de Aparato Digestivo Hospital de Cabueñes)**: Ná yo lo único a colación de lo que me comentaba, yo en ningún sitio he dicho que yo esté desmotivado, no creo que ni un solo paciente de los que yo he visto en estos 10 años pueda decir lo contrario. Estoy seguro de ello, tengo muchos ejemplos seguramente que te pueda pasar para que hables con ellos. Soy miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Patología Digestiva, soy el coordinador del Comité de Excelencia Clínica, tengo publicaciones todos los años, en revistas europeas, de diferente nivel, durante 2 años me encargué de la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal, con unos pacientes muy complejos, ellos también te pueden decir que no estoy nada desmotivado, que en todo caso los problemas y el no estar de acuerdo con la gestión de esa unidad y de las decisiones que tomaba la Dirección y verme abandonado también por la dirección médica como ocurre habitualmente me llevó a pedir que me sacaran de esa unidad porque no podía prestar la atención que yo quería prestar, viendo pacientes de más, introduciendo todos los pacientes en una base de datos y en el Selene, porque yo empecé en esa unidad cuando empezó el Selene viendo hasta

28 pacientes con Selene, poca gente ha visto 28 pacientes con Selene ¿eh? y menos desmotivados. Y tenemos ahora mismo en la base de datos que yo empecé en esa unidad 1.100 pacientes recogidos, desmotivado no creo que esté.
Nada más.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien pues agradeciendo una vez más la so disposición y colaboración cola Comisión damos por concluida la comparecencia. Puede abandonar la sala y suspendemos la sesión hasta les 4:30 de la tarde.

(Eran las catorce horas y cincuenta y ocho minutos.)

(Se reanuda la sesión a las nueve dieciséis horas y treinta y cinco minutos.)

— *Juan de la Vega, Adjunto/FEA, Servicio de Digestivo Hospital San Agustín*

El señor **PRESIDENTE**: Buenas tardes, Señorías.
Reanúdase la sesión.

D´alcuerdo col calendario aprobao por la Comisión y señalao por la so Mesa, fue citao pa les cuatro hores y media de la tarde don Juan de la Vega, Axunto del Servicio de Digestivo del Hospital San Agustín.

Llámesese al compareciente, por favor.

¿Qué tal? Buenes tardes.

Bueno, en primer lugar, procedo a leer al protocolo de la comparecencia.

¿Tien inconveniente en que esta Presidencia utilice el asturiano pa´ ...? Si no, no tengo inconveniente yo en utilizar el castellano.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA del Servicio de Digestivo del Hospital San Agustín)**: No tengo inconveniente.

El señor **PRESIDENTE**: Faese constar que el compareciente ta presente. De conformidad col artículo 74 del Reglamento de la Xunta Xeneral y con la resolución del Presidente de la Cámara 2/IV, de 20 de ochobre de 1998, sobre comparecencias ante les Comisiones d´Investigación, va procedese a dar lectura al compareciente de los sos derechos y eventuales responsabilidaes, salvo que el compareciente renuncie a la lectura, ¿renuncia? *(Pausa.)*

El señor **De la Vega**: *(Negación)*

Vale.

Primero. El requeríu tendrá drechu a non declarar contra sí mesmo, a non confesase responsable de ilícito penal o alministrativo, al secreto profesional y a la cláusula de conciencia nos términos previstos na lexislación vixente.

Segundo. Si durante la celebración de la comparecencia el compareciente entendiera que se ta vulnerando cualquiera de los sos drechos constitucionales, solicitará la intervención de la Mesa de la Comisión pa la so garantía, cola expresa indicación del drechu que considere vulneráu y de la causa de la presunta vulneración, resolviendo la Mesa al respecto.

Tercero. El que convocáu ante una Comisión parlamentaria de investigación, faltare a la verdá nel so testimoni u va ser castigao cola pena de prisión de seis meses a un año de cárcel o multa de seis a doce meses.

Cuarto. Les conclusiones aprobaes pol Plenu van publicase en el Boletín Oficial del Parlamentu y van ser comunicaes al Conseyu de Gobiernu, ensin perxuiciu de que, en el so casu, la Mesa de la Cámara les traslade al Ministerio Fiscal pal exerxiciu d´acciones cuando proceda.

Quinto. De les incomparecencias o presuntos falsos testimonios que pudieren ponese de manifiestu nel dictamen de la Comisión de Investigación, la Mesa de la Cámara, al traviés de la so Presidencia, va dar traslao al Ministerio Fiscal pal exerxiciu d´acciones cuando proceda.

Hasta aquí la lectura de los derechos y continúa el texto.

Tal y como se-y comunicó en tiempo y forma, el compareciente foi requerido pa que en la so condición de Axunto del Servicio de Dixestivo del Hospital San Agustín, preste testimonio ante la Comisión de Investigación sobre les listes d´espera na Sanidá asturiana, creada con l´oxetu de:

establecer los motivos de la non publicación nel últimu añu de los datos pa consultes y procedimientos diagnósticos; analizar les irregularidades producíes na xestión de les indicaciones listes y los sistemas de control existentes; auditar les repercusiones sanitaria y económica del estao actual de la espera y fiscalizar les midíes adoptaes poles autoridades sanitaries pa poner solución a esti problema, apurriendo los sos conocimientos y la so experiencia acerca del oxetu de estos cuatro enunciados que acabamos de referir.

Como tamién se-y comunicó en tiempo al compareciente, tien la posibilidá de efectuar una exposición previa, si lo desea, por no más de treinta minutos; seguidamente los miembros de la Comisión podrán formula-y preguntes d'alcuerdo col siguiente orden: en primer lugar, Grupo Parlamentario Ciudadanos, du Portavoz, Armando Bartolomé; en segundo lugar el Grupo Parlamentario Foro Asturias, su Portavoz Carmen Fernández; en tercer lugar el Grupo Parlamentario Izquierda Unida, que nun tá presente n'este momento, pero que previsiblemente llegue la so Portavoz Marta Pulgar; en cuarto lugar el Grupo Parlamentario Podemos-Asturias, yo mismo, soy Andrés Fernández, n'el momento en que yo pase a formular preguntes, la Presidencia de la Mesa pasará al Grupo Popular, a don Pedro de Rueda; en quinto lugar el Grupo Parlamentario Popular, Portavoz Carlos Suárez, y en último lugar el Grupo Parlamentario Socialista, la Portavoz, Carmen Eva Pérez.

Acabada la fase de preguntes, podrá, como compareciente, intervenir pa facer les aclaraciones o precisiones que considere por no más de cinco minutos.

La comparecencia desarróllase en sesión pública que pue seguise en directo a través de la web de la Xunta Xeneral, que se graba y que va a publicase en el Diario de Sesiones de la Xunta Xeneral.

¿Desea el compareciente facer una exposición previa? (*Asentimiento.*)

Pues adelante.

El señor De la Vega (Adjunto/FEA del Servicio de Digestivo del Hospital San Agustín de Aviles):
Señor Presidente de la Comisión.

Señoras y señores Diputados, buenas tardes.

Comparezco en esta Comisión ante el requerimiento que se me hace por parte de esta Comisión Especial no Permanente sobre las listas de espera de la sanidad asturiana de la Junta General del Principado de Asturias, para dar respuesta a una serie de asuntos que se mencionan en dicho requerimiento, a los que luego me referiré.

En primer lugar, he de transmitirles mi malestar por haberme visto en una lista de comparecientes publicada en los medios de comunicación mucho antes de recibir una convocatoria oficial, sin que nadie me haya avisado previamente ni informado para qué se me iba a citar. A día de hoy —lo acabo de saber ahora— todavía no sé por qué ni por quién en particular se me involucra en esta convocatoria de comparecencias, lo cual no deja de ser curioso, extraño y desagradable.

Como saben, mi condición es la de Adjunto o Facultativo Especialista de Área, FEA, de la Sección de Digestivo del Hospital San Agustín de Avilés desde hace varios años. Mis funciones profesionales diarias en la Sección de Digestivo son de tipo asistencial y consisten fundamentalmente en atender a pacientes con patología digestiva citadas en las consultas externas de Digestivo o realizar pruebas diagnósticas o terapéuticas, tipo endoscopias digestivas, ecografías abdominales, etcétera, tanto de pacientes ambulatorios como ingresados.

Además, como médicos cumplimos una función docente y parcialmente investigadora, dado que tenemos residentes de Digestivo asignados a nuestro cargo.

No está entre mis funciones y atribuciones ni gestionar ni organizar la estructura de la Sección de Digestivo ni la programación de las citas de pacientes, que estaría más entre las opciones asignadas a un jefe de servicio o de sección o un cargo directivo, tipo director médico o gerente del hospital y, por tanto, no tengo ninguna responsabilidad sobre gestión o conocimiento en relación con las listas de espera.

La actividad asistencial de un Facultativo Especialista en Consultas Externas se realiza sobre una agenda planificada que contiene primeras consultas y revisiones. Las primeras consultas pueden proceder del Médico de Atención Primaria o ser solicitudes realizadas desde Interconsultas Hospitalarias, otras especialidades o Urgencias y se programan desde la Unidad de Citaciones del Hospital por orden sucesivo y según la prioridad, ritmo normal o preferente.

Las revisiones o consultas sucesivas se programan por orden sucesivo, de acuerdo con el criterio temporal marcado por el facultativo —seis, doce meses, por ejemplo—, dependiendo del caso o tipo de patología, pruebas pendientes, etcétera.

Respecto a la realización de diferentes pruebas complementarias digestivas —endoscopias, ecografías, etcétera— por parte de un facultativo especialista en Digestivo, su tarea consiste en realizar dichas pruebas diagnósticas o terapéuticas que primeramente están citadas en agendas específicas por parte de la Unidad de Citaciones, en función de un orden sucesivo, por fecha de petición y de la prioridad marcada por la información clínica disponible y valorada por el Jefe de Digestivo.

Hechas estas consideraciones, pasaré a contestar el apartado cuarto del requerimiento de comparecencia.

Respecto a “esclarecer los motivos de la no publicación de los datos para consultas y procedimientos diagnósticos”, desconozco esos motivos, si es que existen, y no me corresponde a mi decidir sobre la publicación o no de las listas de espera en ninguno de sus aspectos. Este es un asunto alejado de mis funciones y de mi ámbito de actuación.

Respecto a “analizar las irregularidades producidas en la gestión de las indicadas listas y los sistemas de control existentes”, no conozco que existan esas supuestas irregularidades y, por tanto, no puedo analizarlas.

Respecto a “auditar las repercusiones sanitarias y económicas del estado actual de la espera”, no tengo ni los conocimientos ni competencia técnica para realizar este tipo de auditorías.

Respecto a “fiscalizar las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias para poner solución a este problema”, el análisis de la demanda y capacidad de respuesta asistencial por parte de los sistemas de salud como el Sespa, es un proceso complejo sobre el que creo que no tengo ni los conocimientos ni la competencia técnica necesaria para realizar este tipo de fiscalización.

En definitiva, señora y señores, ni soy responsable ni el gestor de la lista de espera en la Sección de Digestivo del Hospital San Agustín ni tengo los conocimientos ni competencia necesarios para auditar o fiscalizar supuestas medidas adoptadas para el control de las listas de espera.

De esta manera, doy por finalizada mi intervención, y considerando que he dado respuesta suficiente a los aspectos para los que se me ha requerido, no voy a contestar a más preguntas sobre este tema para evitar posibles confusiones en un tema tan complejo como es el de la gestión de la demanda asistencial en un sistema sanitario público de cobertura universal.

Muchas gracias y buenas tardes.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias por la explicación.

A continuación damos paso, como guía el protocolo de seguimiento de la comparecencia, a las preguntas de los Diputaos. A usted, por supuesto, le asiste el derecho a no contestar, así que, sin más, forma parte del proceder de la Comisión. Y bueno, seguimos este orden. Entonces, tendría, tendría su turno el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Buenas tardes, señor De la Vega.

Entiendo su, su cabreo. Por tanto, únicamente, si usted quiere dar alguna opinión. Si no quiere dar ninguna opinión, mi Grupo no le va a hacer ninguna pregunta.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: No voy a dar opiniones personales, subjetivas.

El señor **FERNÁNDEZ BARTOLOMÉ**: Bien.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Foro.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Sí. Gracias, Presidente.

Buenas tardes, don Juan de la Vega.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: Buenas tardes.

La señora **FERNÁNDEZ GÓMEZ**: Y este Grupo Parlamentario, entendiendo que no está en su intención pues o en su ánimo contestar a preguntas que puedan ser comprometidas o que realmente no sean el objeto de esta comparecencia, no hace preguntas.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Correspondería ahora el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Izquierda Unida.

La señora **PULGAR GARCÍA**: Gracias, Presidente.

Gracias por asistir hoy aquí.

Igualmente, la línea de nuestras preguntas tiene más que ver con sus opiniones personales, cara a la gestión futura de las posibles... de las listas y posibles mejoras, con lo que tampoco se las vamos a formular, a la vista de que ya manifestó que no quería contestarlas.

El señor **VICEPRESIDENTE (De Rueda Gallardo)**: Sí, bueno, pasamos... Ahora ya no realiza funciones de Presidente de esta Comisión, sino va a formular sus preguntas, en su condición de Portavoz del Grupo Parlamentario Podemos, Andrés Fernández Vilanova.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bien. En primer lugar, pues agradecer la explicación.

Por la nosa parte nun nos gustaría perder la oportunidá de formular igualmente, pues bueno, les cuestiones que creemos que pueden ser interesantes, que alguien con una visión desde el plano asistencial, ¿no?, más inmediato podría apurrinos pa detectar carencias o necesidades del sistema, y que nos ayuden en la búsqueda de conclusiones, ¿no?, que... y entre otres cosas a, pues eso, a la búsqueda de soluciones.

Entós, pues bueno, entendiendo que... entendiendo el so malestar por la situación, pos tampoco voy a abundar muncho ni a face-y muchas preguntas. Pero bueno, sí querría aprovechar que ta y reflexionar sobre algunes cuestiones, si, vamos, por supuesto que, si no quier comentar nada, pues, en fin. Bueno, por nuestra parte, no teníamos pensao tampoco, o sea, nun fue... nun siendo iniciativa nuestra, pues tampoco teníamos estructuroa una serie de preguntas, ¿no?, adaptaes a les sos circunstancias, pero bueno, yo creo que no se puede desaprovechar la presencia de ningún profesional de los que acuden a esta Comisión.

Entós, bueno, querría pregunta-y cuáles son les principales limitaciones que tienen nel so servicio, si les tienen, pa la realización de... con, bueno, con fluidez o acorde a les necesidaes de les endoscopies digestives, que suelen ser un punto limitante o un cuello de botella en el diagnósticu.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: Ya he dicho que no iba a contestar a más preguntas. No he contestado a los compañeros. Creo que sería una falta de respeto contestarte a ti una pregunta particular, ¿eh? Entonces, pues no voy a entrar en eso. Además, no es el objeto del requerimiento que se me ha hecho. Esa contestación específica de endoscopias, no es el requerimiento que se me ha hecho en esta, por parte de esta Comisión, entiendo yo.

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Insisto, yo no tenía particular interés en la so comparecencia, de fechu nun no la propuso, no la propuso mi Grupo, pero, por otro lao, eso, el nueso Grupo nun dexa de facer les preguntas. O sea, ye lo que..., de los comparecientes que se niegan, que nun quieren contestar, nosotros, bueno, formulamos...

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: No, yo he contestado, insisto, y he contestado a los requerimientos que se me pedía...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, sí, sí.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: ... ante la Comisión. Creo que exactamente a, punto por punto, a lo que...

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Sí, sí, desde luego.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: Entonces, no es que no he contestado. He contestado específicamente a esos. Lo que no voy a hacer son valoraciones particulares, subjetivas, a venir aquí a llorar, a patalear, a ciertas cosas, ¿eh?

El señor **FERNÁNDEZ VILANOVA**: Bien, bien, no hay ningún problema en ello.

Pues bueno, nesi casu, si nun hay, vamos, no voy a pregunta-y, no voi face-y más preguntes.

El señor **PRESIDENTE**: Correspondería ahora el turno de preguntes al Grupo Parlamentario Popular.

El señor **SUÁREZ ALONSO**: No, no voy a realizar preguntas, dado que ya ha manifestado claramente que no quiere responder, pues, a más preguntas. Pues dado.
Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Correspondería el turno de preguntas al Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PÉREZ ORDIERES**: Gracias, Presidente.
Gracias, señor De la Vega por su comparecencia en esta Comisión.
Bueno, yo entiendo, efectivamente, que ha dado usted cumplida respuesta a las cuatro cuestiones que se le plantean como objeto de esta Comisión. Y por tanto, no me queda más que respetar, como no podría ser, además, de otra forma, el derecho constitucional que le ampara a no contestar preguntas ante esta Comisión.
Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Pues acabada la comparecencia, si el compareciente deseara hacer alguna aclaración o precisión, dispondría de 5 minutos pa ello.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: No, no necesito hacer más aclaraciones. Ya lo he hecho en la exposición previa.
Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien.
Pues damos por finalizada la comparecencia. El compareciente puede abandonar la sala. Y reiteramos el agradecimiento por parte de la Comisión.

El señor **De la Vega (Adjunto/FEA. Servicio de Digestivo Hospital San Agustín)**: Pues me alegro.

La señora **SECRETARIA (Pérez Ordieres)**: Se suspende la sesión.

(Eran las dieciséis horas y cincuenta y tres minutos.)

