



CORTES DE CASTILLA Y LEÓN

DIARIO DE SESIONES

Año 2004

VI LEGISLATURA

Núm. 155

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENTA: Doña María del Pilar Álvarez Sastre

Sesión celebrada el día 8 de junio de 2004, en Fuensaldaña

ORDEN DEL DÍA:

1. Solicitud de comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC 40-I, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Situación de la cirugía bariátrica en Castilla y León a raíz de la desaparición de dicha actividad en el Hospital de Medina del Campo en Valladolid.

SUMARIO

	<u>Págs.</u>		<u>Págs.</u>
Se inicia la sesión a las diecisiete horas diez minutos.	3118	Intervención del Sr. Antón Beltrán, Consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	3118
La Presidenta, Sra. Álvarez Sastre, abre la sesión y comunica a la Comisión las sustituciones que se han producido.	3118	La Presidenta, Sra. Álvarez Sastre, abre un turno de intervenciones para los Sres. Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	3122
Primer punto del Orden del Día. SC 40.			
La Secretaria, Sra. Larrauri Rueda, da lectura al primer punto del Orden del Día.	3118	En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Pérez Martínez (Grupo Socialista).	3122

En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Santamaría García (Grupo Popular).	3124	En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Alonso Fernández (Grupo Socialista).	3130
Intervención del Sr. Antón Beltrán, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	3126	En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	3130
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Pérez Martínez (Grupo Socialista).	3127	En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Larrauri Rueda (Grupo Socialista).	3130
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Santamaría García (Grupo Popular).	3128	Contestación del Sr. Antón Beltrán, Consejero de Sanidad.	3131
En turno de dúplica, interviene el Sr. Antón Beltrán, Consejero de Sanidad.	3129	En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Rodrigo Rojo (Grupo Socialista).	3132
La Presidenta, Sra. Álvarez Sastre, abre un turno de preguntas para los Sres. Procuradores miembros de la Comisión.	3130	En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Larrauri Rueda (Grupo Socialista).	3133
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Rodrigo Rojo (Grupo Socialista).	3130	En turno de dúplica, interviene el Sr. Antón Beltrán, Consejero de Sanidad.	3133
		La Presidenta, Sra. Álvarez Sastre, levanta la sesión.	3134
		Se levanta la sesión a las dieciocho horas cuarenta minutos.	3134

[Se inicia la sesión a las diecisiete horas diez minutos].

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Buenas tardes, Señorías. Se abre la sesión. ¿Algún Grupo Parlamentario desea comunicar alguna sustitución? ¿Del Grupo Parlamentario Popular?

EL SEÑOR SANTAMARÍA GARCÍA: Buenas tardes, señora Presidenta. Señorías, el Ilustrísimo señor don Federico Sumillera sustituye a doña Soledad Romeiral, y doña Dolores Ruiz-Ayúcar sustituye a doña Pilar Álvarez... No, perdón. Dolores Ruiz-Ayúcar... pues no sé a quién sustituye... Perdón. No, ya está: Federico Sumillera ya está; pero hay... Luego se lo comento, ¿eh? Luego lo vemos, sí; porque hay dos sustituciones, Ruiz-Ayúcar es la que... no sé a quién sustituye, porque me han dicho a doña Pilar Álvarez.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias. Por la señora Secretaria se dará lectura al primer punto del Orden del Día.

LA SECRETARIA (SEÑORA LARRAURI RUEDA): Primer punto del Orden del Día: "**Solicitud de comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre la situación de la cirugía bariátrica en Castilla y León a raíz de la desaparición de dicha actividad en el hospital de Medina del Campo en Valladolid**".

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, Señoría. Damos la bienvenida -que debería haberlo hecho al principio- al señor Consejero, y en este momento tiene la palabra.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR ANTÓN BELTRÁN): Muchas gracias, señora Presidenta. Muy

buenas tardes. Señorías, comparezco una vez más ante la Comisión de Sanidad de las Cortes de Castilla y León, con el objeto de exponer la situación de la cirugía bariátrica en nuestra Comunidad Autónoma.

Quisiera centrar el objeto de esta comparecencia desde el primer momento, por lo que me voy a ajustar a lo más... lo más posible al contenido propuesto por el Grupo Parlamentario Socialista, que es quien ha formulado esta comparecencia.

Quiero señalar, con carácter previo, que con esta comparecencia -como con otras iniciativas parlamentarias- se contribuye al ejercicio de las funciones de control de la acción política y de gobierno de la Junta de Castilla y León que nuestro Estatuto de Autonomía encomienda a estas Cortes de Castilla y León. Estas funciones son esenciales para el funcionamiento de un Estado democrático moderno.

Por eso, quiero manifestar mi satisfacción por estar aquí esta tarde, y también espero de los Grupos Parlamentarios que forman parte de esta Comisión aportaciones y propuestas concretas que puedan redundar en la mejora de la calidad de los servicios públicos que, desde la Consejería de Sanidad, prestamos a los ciudadanos de Castilla y León a través de la Gerencia Regional de Salud.

Comenzaré haciendo una introducción sobre la obesidad, que centrará luego lo que es el contenido de la comparecencia.

Como Sus Señorías conocen, la obesidad es hoy día uno de los trastornos nutricionales más frecuentes de las sociedades desarrolladas, como es la nuestra. La obesidad constituye, además, un importante factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades de carácter crónico que provocan un alto impacto social y sanitario,

tanto de salud pública como de carácter asistencial. Es el caso de las enfermedades isquémicas, coronarias, de la hipertensión arterial, de la diabetes mellitus tipo II, de la colelitiasis, o de la artrosis o algunos tipos de cáncer.

Por otra parte, hay que destacar otros factores, como la importante repercusión de la obesidad en la mortalidad prematura, su influencia en distintas discapacidades, el deterioro general de la calidad de vida de quien la padece y el creciente gasto sanitario directo e indirecto que ocasiona.

Todos estos componentes han convertido a esta enfermedad en un destacado problema de salud que ha alcanzado dimensiones casi epidémicas en algunos de los países de nuestro entorno.

Existen diversos criterios para definir e identificar el sobrepeso y la obesidad en las distintas etapas de la vida; como conocen Sus Señorías, el más generalizado es la utilización del valor del índice de masa corporal, que se obtiene mediante el cálculo del peso en kilogramos dividido entre el valor de la talla en metros al cuadrado.

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad elaboró en el año dos mil un documento de consenso sobre la obesidad, teniendo en cuenta la clasificación y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Este consenso establece determinados puntos de corte del índice de masa corporal en población adulta para determinar cuándo estamos en presencia de esta enfermedad.

Se considera que una persona tiene sobrepeso cuando su índice de masa corporal alcanza un valor igual o superior a 25 kilos por metro cuadrado, y se considera que tiene obesidad cuando este valor es de 30 kilos por metro cuadrado o superior.

Dentro de estos dos bloques se han establecido dos grados de sobrepeso y cuatro grados de obesidad, que indican una gravedad progresiva del problema y que llevan aparejada la necesidad de establecer medidas terapéuticas cada vez más drásticas.

Dentro de los cuatro grados de obesidad, los más graves son el tercer grado, denominado "obesidad mórbida", que supone un índice de masa corporal superior a 40 kilos por metro cuadrado. Y el cuarto grado, denominado "obesidad extrema", que supone un índice de masa corporal superior a 50 kilos por metro cuadrado.

Delimitados estos parámetros, y aplicándolos a la población española, podemos afirmar que la obesidad afecta en la actualidad a una proporción importante de nuestra población adulta. De acuerdo con los datos obtenidos en el informe elaborado por la Sociedad

Española para el Estudio de la Obesidad, publicado en el año dos mil tres, la prevalencia de obesidad en la población adulta española es del 14,5%, y afecta en mayor medida al colectivo de mujeres (donde alcanza el 15,8%) que al colectivo de varones (donde alcanza el 13,4%).

La obesidad aumenta significativamente con la edad, tanto en varones como en mujeres. La proporción más elevada de personas obesas se encuentra en el grupo de personas mayores de cincuenta y cinco años, donde afecta al 33,9% de las mujeres y al 21,6 de los varones.

En cuanto al tipo de obesidad, la mayoría de las personas afectadas por este trastorno son obesos de tipo I, es decir, que representan un índice de masa corporal situado entre 30 y 34,9 kilos por metro cuadrado. En esta categoría se sitúa el 12,4% del colectivo total de varones y el 12,80% del colectivo de mujeres. Los obesos de tipo II, es decir, con un índice de masa corporal situado entre 35 y 39,9 kilos por metro cuadrado, suponen el 0,7% de la población masculina y el 2,3% de la población femenina. Por último, las personas con obesidad mórbida o extrema suponen el 0,3% de los varones y el 0,7% de las mujeres.

Si tenemos en cuenta el análisis regional de prevalencia de la obesidad, la Comunidad de Castilla y León se sitúa en la franja media de prevalencia de obesidad por debajo de los índices nacionales, con cifras que afectan al 13,8% de las mujeres y al 9,3% de los varones. Las prevalencias más elevadas de obesidad se encuentran en el sur de España y las menores en el nordeste.

Teniendo en cuenta las cifras de prevalencia de la obesidad mórbida y la composición por edad y sexo de la población de Castilla y León, se puede estimar que en nuestra Comunidad Autónoma hay cerca de seis mil personas que sufren esta patología, algo más de cuatro mil mujeres y cerca de dos mil varones.

En cuanto al tratamiento, hecha esta descripción de la obesidad, se realiza... Este tratamiento de la obesidad es complejo y conlleva numerosas dificultades relacionadas con diversos aspectos de esta enfermedad, como son su carácter crónico, la tendencia a la recuperación del peso, su dependencia de hábitos y estilos de vida -que no son fácilmente modificables- o la necesidad de introducir otros hábitos de alimentación y de ejercicio físico.

El objetivo fundamental del tratamiento aplicado a la obesidad es disminuir la masa grasa del paciente obeso, sin olvidar otros objetivos secundarios, como mantener el peso perdido, disminuir las complicaciones que puedan presentarse, cambiar sus hábitos y aumentar la calidad de vida del paciente.

Las medidas terapéuticas disponibles para el tratamiento de la obesidad se pueden agrupar en cinco tipos: una alimentación correcta, actividad física, modificación de la conducta y tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico y, por último, tratamiento quirúrgico mediante la cirugía bariátrica.

El tratamiento de cada paciente depende de sus características personales y del grado de obesidad que presenten. El tratamiento quirúrgico debe reservarse exclusivamente para pacientes con obesidad más grave que resista a los demás tratamientos. El último... el tratamiento último -como decíamos- era la cirugía bariátrica.

En cuanto a la cirugía bariátrica -paso a referirme ahora-, la mayoría de los estudios coinciden en que la cirugía bariátrica debe reservarse para pacientes con obesidad mórbida o extrema, es decir, para la obesidad de los tipos III y IV a los que me he referido anteriormente; excepcionalmente puede emplearse para casos muy seleccionados dentro de la obesidad del tipo II, en los que las demás terapias han fracasado y sufren complicaciones importantes de obesidad.

Dentro de la cirugía bariátrica, existen diferentes técnicas quirúrgicas, que ya han probado su utilidad, y que podemos enumerar clasificándolas en tres grupos fundamentales: en primer lugar, las intervenciones restrictivas, comúnmente conocidas como reducción de estómago, entre las que se incluyen la banda gástrica ajustable y la gastroplastia vertical anillada. En segundo lugar, las llamadas técnicas derivativas, que producen una mala absorción parcial de los alimentos, entre las que se encuentra el by-pass gástrico. Y, por último, técnicas mixtas, entre las que cabe destacar el cortocircuito biliopancreático y la técnica que asocia gastroplastia y el by-pass gástrico.

Cada una de estas técnicas tiene sus criterios específicos de indicación en función del tipo de obesidad y de las características y situación del paciente. Cada vez en mayor medida, las intervenciones quirúrgicas se llevan a cabo mediante cirugía laparoscópica, que conlleva menores riesgos.

Es necesario tener en cuenta que la cirugía bariátrica supone... supone un conjunto de procedimientos de alto riesgo y, por ello, es frecuente la aparición de complicaciones. Entre estas complicaciones, destacan las respiratorias, las infecciosas y las intestinales. Otras complicaciones graves, y relativamente frecuentes, son la perforación gástrica, las fistulas y los abscesos profundos.

La mortalidad perioperatoria asociada a las intervenciones de cirugía bariátrica oscilan entre el 0,2% y el 2%, dependiendo de la técnica utilizada. Las principales

causas de muerte son la embolia pulmonar y la sepsis por deshisencia de sutura (infección generalizada porque se abre la sutura del estómago).

La frecuencia de aparición de complicaciones varía desde el 4% al 22% de los casos, dependiendo de la complejidad de la técnica empleada y del tipo de abordaje quirúrgico, ya sea mediante laparoscopia, ya sea mediante cirugía abierta.

Para minimizar los riesgos, la cirugía debe llevarse a cabo exclusivamente en pacientes bien seleccionados, en centros especializados y suficientemente equipados, por parte de profesionales adecuadamente capacitados y suficientemente preparados.

La cirugía bariátrica correctamente aplicada consigue buenos resultados, en términos de pérdida importante y mantenida de peso, disminución de factores de riesgo y de patología asociada a la obesidad.

Nuestra situación en Castilla y León indica lo siguiente. El número de pacientes ingresados en los hospitales dependientes de la Gerencia Regional de Salud por motivos de obesidad ha ido aumentando progresivamente a lo largo de los últimos ocho años, y, especialmente, en los cuatro últimos, de acuerdo con la información que disponemos de los datos de hospitales: en mil novecientos noventa y seis fueron hospitalizados ochenta y cuatro pacientes en Castilla y León por esta causa, mientras que en el año dos mil tres fueron hospitalizados ciento veintidós pacientes.

A lo largo de estos ocho años han necesitado hospitalización por obesidad un total de quinientos setenta y tres pacientes, de los cuales el 73% de ellos -cuatrocientos veinte- eran mujeres con una edad media de entre cuarenta y siete años... y una edad media de cuarenta y siete años, perdón, y el 27% restante -ciento cincuenta y tres-, varones con una edad media de cuarenta y cuatro años.

De forma paralela, la evolución de los ingresos hospitalarios... a la evolución de los ingresos hospitalarios, el número de pacientes que han sido intervenidos mediante cirugía bariátrica también ha ido aumentando a lo largo de estos ocho últimos años: hemos pasado de veintiún pacientes intervenidos en el año mil novecientos noventa y seis a setenta y seis pacientes intervenidos en el año dos mil tres. Desde el año mil novecientos noventa y seis se han realizado doscientas setenta intervenciones en los hospitales del Sistema de Salud de Castilla y León.

El grado de desarrollo y aplicación de la cirugía bariátrica en los distintos hospitales de nuestra Comunidad Autónoma ha sido desigual a lo largo del tiempo. Esta actividad fue iniciada en Castilla y León en el año ochenta y cinco, en el hospital Nuestra Señora de Sonsoles, en

Ávila; en mil novecientos noventa y dos se empezó a utilizar en el hospital de Medina del Campo de forma aislada; en mil novecientos noventa y cuatro se sumó el hospital de León, y en mil novecientos noventa y ocho los hospitales General Yagüe de Burgos y Río Hortega de Valladolid; en el año dos mil comenzó a intervenir con estas técnicas en el Hospital Universitario de Salamanca.

Una vez transferidas plenamente las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, estos hospitales pasaron a depender de la Gerencia Regional de Salud, integrándose en el Sistema de Salud de Castilla y León, Sacyl.

A la vista de la situación recibida del Insalud... del Insalud, a mediados del año dos mil dos, la Gerencia Regional de Salud se propuso estudiar la situación de la cirugía bariátrica en Castilla y León con objeto de regular su desarrollo. Los motivos que influyen en esta decisión son la extensión e implantación creciente de la cirugía bariátrica, la necesidad de planificar los recursos necesarios y la obligación de establecer los requisitos y criterios adecuados para garantizar la máxima calidad en la realización de este tipo de intervenciones quirúrgicas. Para ello se constituyó un grupo de trabajo, integrado por profesionales de todos los Servicios de Cirugía de los hospitales que llevaban a cabo cirugía bariátrica, así como representantes de las Sociedades castellano-leonesas de Endocrinología y Nutrición, de Psiquiatría y responsables de la Gerencia Regional de Salud.

Este grupo analizó la situación de los diversos hospitales, estimó la posible demanda de esta técnica en el futuro próximo y estableció los criterios y requisitos necesarios para poder llevar a cabo las intervenciones de cirugía bariátrica, de acuerdo con las recomendaciones de las sociedades científicas. Quedaron fijados tres tipos de requisitos exigibles para llevar a cabo esta cirugía, requisitos imprescindibles con que debe contar el hospital, y son:

Existencia de un servicio de cirugía general, un servicio de endocrinología y nutrición, un servicio de psiquiatría, un servicio de nefrología, una unidad de reanimación postquirúrgica veinticuatro horas y una unidad de cuidados intensivos.

Además, se fijaron los requisitos imprescindibles en el área de salud o en la provincia donde se ubica el hospital en que se vaya a realizar la cirugía bariátrica. Y, en estos requisitos, recomiendan la existencia de un servicio de cirugía plástica y la posibilidad de realizar un estudio polisomnográfico, estudio del sueño, en la propia área de salud o provincia.

Y, además, otros parámetros que se debían valorar son: la disponibilidad de realizar el estudio del sueño

en el propio centro, la posibilidad de disponer de consulta de psicología clínica en el propio hospital, tener implantados indicadores de funcionamiento hospitalarios normalizados.

Fijados estos criterios, se realizó una estimación de la demanda posible de esta cirugía en nuestra Comunidad Autónoma, así como la casuística mínima que debería asumir cada servicio para mantener una calidad técnica adecuada. La aplicación de estos criterios a los hospitales que estaban llevando a cabo técnicas de cirugía bariátrica en aquel momento arrojó el siguiente resultado:

El hospital de Medina del Campo carecía de casi todos los requisitos considerados como imprescindibles para poder garantizar una asistencia de calidad y dar respuesta a eventuales complicaciones graves. En concreto, carece de servicio de endocrinología y nutrición, unidad de cuidados intensivos, unidad de reanimación postquirúrgica de veinticuatro horas y el equipo multidisciplinar. Estos requisitos son considerados imprescindibles para la práctica de la cirugía de la obesidad con garantías de salud por parte de toda la comunidad científica, las agencias de evaluación tecnológica, sociedades científicas, Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos incluido.

El hospital de Ávila contaba con todos los requisitos imprescindibles en el propio centro, pero carecía de los necesarios para el área de los otros requisitos recomendados que he citado anteriormente.

Los demás hospitales cumplían todos los requisitos considerados imprescindibles.

En función de todo ello, con criterios técnicos y científicos, y para garantizar una prestación sanitaria de máxima calidad a los pacientes, se propuso la consolidación de cuatro unidades de cirugía bariátrica en la Comunidad de Castilla y León en los siguientes hospitales: hospital General Yagüe en Burgos, que abarcaría las provincias de Burgos y Soria; complejo asistencial de León, que abarcaría las áreas de salud de León y de El Bierzo; complejo asistencial de Salamanca, que abarcaría las áreas de salud de Ávila, Salamanca y Zamora; y, por último, el hospital Río Hortega de Valladolid, que abarcaría las provincias de Valladolid, Palencia y Segovia.

Teniendo en cuenta las características de cada uno de estos hospitales y su dotación de recursos humanos y materiales, el grupo de trabajo consideró que esta era la dimensión adecuada para atender las necesidades actuales de cirugía bariátrica en Castilla y León y su recomendación de dotación para esta especialidad.

Por Resolución de la Gerencia Regional de Salud de veintinueve de enero de dos mil tres se reguló la crea-

ción de las cuatro unidades de cirugía bariátrica mencionadas y su área de cobertura, estableciendo su carácter como servicios de referencia.

Quiero reiterar que esta reorganización de los servicios de referencia de cirugía bariátrica se ha realizado exclusivamente para garantizar que estos procesos se realicen con los máximos criterios de calidad para los pacientes, asegurando que cada unidad disponga de los medios técnicos necesarios para realizar este tipo de intervenciones.

En el año dos mil tres, y ya tras la regulación de la cirugía bariátrica a la que me he referido, se ha duplicado la actividad en este campo con respecto al año anterior: un total de setenta y seis pacientes han sido intervenidos mediante estas técnicas en los hospitales de la Gerencia Regional de Salud.

Concluyo, Señorías. La situación actual de la cirugía bariátrica en Castilla y León que les he expuesto puede considerarse satisfactoria. Esta actividad se encuentra regulada en nuestra Comunidad Autónoma con centros de referencia suficientes para realizar este tipo de intervenciones con las máximas garantías para los pacientes. Hay indicadores que así lo ponen de manifiesto, como es el incremento de la actividad asistencial al que me he referido, aproximándonos a la adecuación entre la oferta y la demanda existente previsible. La espera media de cada intervención, algo más de tres meses, sitúa a Castilla y León en el rango inferior de espera entre todas las Comunidades Autónomas, de acuerdo con los datos de informes recientes; concretamente, un informe elaborado para el Ministerio de Sanidad y Consumo para todo el territorio español por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.

Consideramos que la regulación realizada ha sido una medida muy positiva, en aras a mejorar el aprovechamiento de los recursos públicos y de mejorar y garantizar la calidad asistencial. Además, la celeridad con la que se ha adoptado, inmediatamente después de haber recibido las transferencias sanitarias, pone de manifiesto la preocupación del Sistema de Salud de Castilla y León por las personas afectadas por esta enfermedad.

En el futuro, queremos seguir avanzando en las actuaciones para el tratamiento de la obesidad mórbida, de acuerdo con las recomendaciones de la evidencia científica; y también queremos avanzar en la evaluación continuada de la práctica y resultados de la cirugía bariátrica, de manera que se progrese en la mejora de la calidad asistencial, de la accesibilidad y de la equidad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, señor Consejero. ¿Desean que se suspenda? Bien, para formulación de preguntas u

observaciones, se procede a un turno de Portavoces. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra doña Teresa Pérez Martínez... Elena, perdón, perdón; Elena, sí.

LA SEÑORA PÉREZ MARTÍNEZ: Sí. Muchas gracias, Presidenta. Gracias, señor Consejero, por haber acudido a esta comparecencia, dando el valor que tiene este Parlamento -como usted ha expresado al principio, que nosotros estamos completamente de acuerdo-, y ese tipo de Parlamento vivo que nos dice nuestro Presidente es lo que queremos que sea... sea esto, y, quizá, con un poco más de agilidad -porque esto fue pedido a principios de febrero-, pudiéramos haber hablado y hubiera sido todavía más vivo este Parlamento.

Yo le agradezco el planteamiento que ha hecho, yo le agradezco que nos haya planteado la precaución con la que hay que valorar y tratar este tema. Con esa precaución es con la que nosotros hemos pedido esta comparecencia, y con... lo que vamos a plantear lo decimos sin ningún tipo de intereses de ningún... Porque muchas veces yo he preguntado en este Parlamento, he hecho preguntas orales, de actualidad en el Pleno, y se ha contestado a veces como si tuviéramos unos intereses determinados a favor de algún tipo de personas. Nuestro único interés es la salud de las personas de Castilla y León, la salud de los enfermos y enfermas -en este caso, la mayoría son enfermas- obesas.

Por cierto, yo creo que la obesidad mórbida -que usted nos ha dado las... las cifras-, bueno, pues, es el peso en kilos dividido por metros en cuadrado; la mórbida es cuando es mayor de cuarenta. Así lo definen las sociedades científicas y así me ha contestado a mí en una... en una pregunta escrita.

Pero bueno, independientemente de eso, yo dos preguntas primeras le quisiera preguntar. Cuando usted habla de número de ingresos y de número de intervenciones en los hospitales de Castilla y León, yo le quiero preguntar si usted se refiere a los hospitales públicos o también a los hospitales privados. Es decir, el Sistema de Salud de Castilla y León está compuesto tanto por hospitales públicos como privados. Usted sabe igual que nosotros que se está operando... la mayoría de la cirugía mórbida, en estos momentos, se está operando en los hospitales privados. Y reseñar un poco la contradicción que existe de que los requisitos que estamos exigiendo a nuestros hospitales públicos, que me pueden parecer correctos -es decir, de un servicio de endocrinología, de psiquiatría, de nefrología, de rea y de uvi, aparte del de cirugía general-, pues no se cumple. Es decir... yo supongo que usted lo sabe, y si lo sabe, ¿qué es lo que piensa hacer al respecto?

Es verdad que solicitamos esta comparecencia después del revulsivo -y vamos a llamarlo así- que produjo, por lo menos en nuestra provincia, el cierre de la unidad

de cirugía general de la unidad de cirugía bariátrica en el hospital de Medina del Campo. Ya cuando se cerró, la Gerencia de Valladolid dijo en su momento que el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida no formaba parte del catálogo de prestaciones de la sanidad pública, y que ese hospital, además, no tenía categoría para acoger a una unidad de tratamiento de la obesidad. Yo supongo que usted no comparte este planteamiento –por lo que nos ha dicho– y está de acuerdo en que un enfermo crónico de estas características, con la cantidad de complicaciones que supone y el peligro para su salud y el riesgo de muerte que tiene, pues considere que el tratamiento de la obesidad mórbida, pues, forma parte del catálogo de prestaciones de la sanidad pública, o tiene que formar parte, y por eso se crearon las unidades de referencia.

Es cierto que... se hubo, como usted ha dicho aquí, un grupo de expertos de trabajo que se reunieron en noviembre de dos mil dos, pero sí que es cierto, también, que en esa reunión de expertos ni estaba la Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría ni la Sociedad Castellano-Leonesa de Cirugía General. Sí que había otro tipo de expertos, pero esas dos, precisamente, no estaban.

Y es verdad que en el hospital de Medina del Campo no existe esa unidad de endocrinología y nutrición, de psiquiatría, de nefro, de Rea, de Uvi. Pero es verdad, también, que este tipo de unidades se pueden presentar como interconsultas, y ya hay otros centros de especialidades en el mismo área en el que se puede consultar, para que este tipo de enfermos y enfermas puedan llevar una valoración y un diagnóstico para... para poder decidir con certeza científica –que es en lo que se están ustedes basando– si es una persona susceptible de cirugía bariátrica.

Pero yo me pregunto en este primer momento, y nos preguntamos: en este hospital de Medina del Campo se está haciendo otro tipo de cirugía digestiva peligrosa, peligrosa en el sentido de la morbilidad que puede acarrear toda la cirugía digestiva, incluidos los cánceres de estómago por ejemplo. Entonces, yo pregunto si es importante para la cirugía bariátrica, es exigible una Rea, ¿por qué no es exigible una Rea para las cirugías digestivas de otro tipo y graves como pueden los cánceres?

También es cierto, y yo se lo quiero preguntar porque no... lo que no planteo o planteamos en este momento es que a este hospital le tengan que retirar cualquier tipo de tratamiento quirúrgico, sino que seguramente –y es lo que vengo a plantear aquí hoy– habrá que ampliar las unidades de ese hospital para que el tratamiento a la zona, a la comarca, a todas las zonas de salud que conlleva, pues, tenga el mínimo de calidad que estamos pidiendo para otro tipo de cirugía.

La mortalidad en este hospital, después de haber operado, según cuentan... –yo me fío de las cifras que han dado ustedes– plantean noventa y una intervenciones de cirugía bariátrica en este hospital; según los cirujanos y cirujanas son más de trescientos desde que se puso en marcha este hospital. Es decir, un hospital... el que mayor experiencia tenía de toda la Región por los datos que ha dado usted, con solo un 1% de mortalidad. ¿Que haya sido suerte? Pues no lo sé, pero es verdad que es el que más experiencia tenía, y los datos están ahí.

Y vemos, con preocupación, cómo se ha destrozado –y permítame el término coloquial– una unidad como era esa, una unidad que entera, todo el personal de cirugía operaba por laparoscopia, y no se han creado las cuatro unidades de referencia que usted nos está planteando. Porque usted nos ha dicho que se iban a crear unas unidades de cirugía de la obesidad de referencia en el hospital de Burgos, de León, de Salamanca y Río Hortega de Valladolid.

Pues, mire, usted sabe que esto no es cierto. En Valladolid, por ejemplo, solo hay un cirujano que opere por laparoscopia esta cirugía. Como mucho se opera un enfermo/enferma a la semana.

Está claro que no está creada esta unidad, que cada cirujano pertenece a una sección determinada, y no hay una unidad creada de referencia. Porque a mí, si cierran ustedes un... una unidad como era el hospital de más... con más experiencia de la Región, y crean otra con todo tipo de medios, con todo tipo de personas con experiencia en este tipo de cirugía...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Señoría, le ruego que vaya terminado, por favor.

LA SEÑORA PÉREZ MARTÍNEZ: (Perdón) ... por laparoscopia, no nos preocuparía; pero es que no lo han hecho. Entonces nos preocupa que nos estén comentando esto, y nos preocupa también porque vemos que esto es un hospital comarcal que en vez de cumplir la función que está referida o determinada –como puede ser el hospital de El Bierzo en Ponferrada, el de Aranda, el de Miranda, etcétera–, le vamos reduciendo.

Yo pregunto: ¿ningún hospital comarcal puede tener unidades de referencia, y algún tipo de patología... de tratamiento de algún tipo de patología, o estos hospitales...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Señoría, tendrá un segundo turno.

LA SEÑORA PÉREZ MARTÍNEZ: Sí, bueno. Perdóneme que...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Se ha pasado su tiempo.

LA SEÑORA PÉREZ MARTÍNEZ: Me deja decir la última palabra.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): La última palabra.

LA SEÑORA PÉREZ MARTÍNEZ: Vale, generosa. Yo le pregunto si este tipo de hospitales tienen que estar subordinados a los hospitales provinciales de referencia y no pueden tener una autonomía determinada en el tratamiento de determinadas patologías o en la atención a esa población. Para un segundo turno dejaremos el resto de las preguntas. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Gracias, Señoría. Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don José Luis Santamaría.

EL SEÑOR SANTAMARÍA GARCÍA: Gracias, señora Presidenta. Señorías, señor Consejero, en primer lugar, felicitarle, porque creo que ha dado usted una auténtica lección magistral sobre el tema de la obesidad mórbida, sobre el tema de la cirugía bariátrica, porque ha hablado con clarividencia, con realismo, ha hecho una introducción muy... muy... muy importante, muy profunda sobre lo que es el problema que a nosotros nos ocupa y el que aquí el Grupo Socialista, pues, ha planteado en esta Cámara.

Ha dicho usted claramente que la obesidad es uno de los trastornos nutricionales más importantes en las sociedades avanzadas, sobre todo en esas sociedades del mundo anglosajón, aunque nosotros no le vamos a la zaga, y tenemos quizá la suerte, todavía, en nuestra Comunidad de no ser una frecuencia muy por encima de lo que es la media nacional, por supuesto, de lo que es la media europea y, sobre todo, de lo que es la media mundial.

También ha quedado aquí muy claro, por parte de la Portavoz del Grupo Socialista y también del Consejero, que se trata de una patología, de una enfermedad de altísimo riesgo que conlleva esa obesidad por las enfermedades asociadas, generalmente, pues, tanto problemas diabéticos, problemas de hipertensión arterial, problemas de colecistopancreatitis graves -que a veces complican enormemente el problema-, de trastornos respiratorios... que no sé si se ha citado esa apnea del sueño de estos pacientes -que, prácticamente, van a tener muchas complicaciones respiratorias debido, precisamente, a ese problema-, y, en resumen, decir que es una patología con una alta morbilidad, muchas complicaciones, por supuesto, y también con una alta mortalidad. Aquí se han esgrimido cifras del 1, del 2%.

Pero mire usted, Señoría, una cosa es lo que dicen los servicios que operamos o que operan este tipo de

pacientes, y otra cosa es la cruel realidad, que, verdaderamente, está en cifras muy por encima de las cifras que aquí se han citado.

O sea, con esto lo que quiero decir es que el 2%, incluso el 3% son cifras que... que se están barajando, y lo que indica que, siendo una enfermedad benigna, que estamos hablando... no estamos hablando de un proceso canceroso, de un proceso tumoral, terminal, sino de una enfermedad que relativamente es benigna, a pesar de que es una enfermedad incapacitante, invalidante donde las hay, donde esas obesidades mórbidas que aquí usted ha citado, sobre todo esas obesidades extremas, pues... yo creo que hace que esos pacientes, verdaderamente, necesiten el apoyo y la ayuda de... de la Sanidad.

Bien. Decirles que aquí han hablado de los índices que manejamos, el índice de masa corporal. Yo creo que la cifra que se ha dicho aquí, la obesidad mórbida es cuando el índice de masa corporal supera los cuarenta kilogramos por metro cuadrado, y la extrema cuando supera los cincuenta kilogramos por metro cuadrado.

Ha definido usted muy bien los tipos de obesidad: el tipo I, el tipo II, el tipo III y el tipo IV; lo del tipo III sería la obesidad mórbida, y el IV la extrema, que es, verdaderamente, donde existe una indicación quirúrgica. Porque no debemos de olvidar -y esto es muy importante- que quizás lo más, lo fundamental, lo fundamental, es no dejar nunca en manos del cirujano -y lo digo por experiencia- ese tipo de pacientes; tiene que ser un... un equipo multidisciplinar. Porque la tendencia de los cirujanos, en general, es a ser demasiado intervencionistas. A veces, en ese afán que tenemos por resolver o que tenemos todos nuestros compañeros por resolver estos problemas, pues, nos encontramos muy solos. Y no se nos puede dejar solos; tiene que haber una... equipo importante de diferentes personas que aquí se han citado.

Por lo tanto, lo primero, tenemos que decir que el tema tiene que pasar... no es un capricho muchas veces del paciente, sino que hay que seleccionar muy bien, hacer un diagnóstico muy preciso por otros profesionales antes de que le llegue al cirujano, porque se trata de una enfermedad evidentemente médica. Solamente esos grados III y el grado IV tienen que ser... pueden ser tributarios de la intervención quirúrgica.

Usted ha citado aquí muy bien que la selección es fundamental y que se necesita, a la hora de plantear esa cirugía bariátrica, se necesitan centros bien dotados: es fundamental disponer, por supuesto, de una uvi, y ha tenido la experiencia... como todos mis compañeros han tenido la experiencia de complicaciones que requieren, precisamente, esa unidad de cuidados intensivos que es fundamental, así como una Urpa, una sala de despertar, las veinticuatro horas del día funcionando.

Ha dicho usted –también muy bien– cuáles son los tipos de cirugía que se hace. Yo creo que hoy se... se hizo mucha cirugía restrictiva, reducción de la... del estómago; hoy prácticamente son unas técnicas que no... no existen ya. Hoy se está haciendo el Escopinero, que es una técnica mixta donde se hace una derivación, una reducción del tamaño del estómago y, al mismo tiempo, una exclusión salvando el puente biliopancreático, precisamente para evitar la reabsorción y, al mismo tiempo, conseguir que con –diríamos– reservorios gástricos pequeños el enfermo tenga rápidamente esa sensación de plenitud y no tenga que comer.

Pues bien, yo creo que... también se han citado aquí las complicaciones, complicaciones que vienen dadas por... generalmente por problemas respiratorios, sobre todo por problemas de fistulas, y que hay variables importantes entre realizar por una vía laparoscópica –que hoy parece ser que es la mejor–, pero que también la cirugía convencional, la cirugía a cielo abierto, también tiene un porcentaje importante de adeptos, a pesar de que haya... tenga las complicaciones después posteriores, complicaciones sobre todo relacionadas... Porque la técnica es la misma, es decir, la misma anestesia general, el mismo problema; lo único que cambia es que no van a tener después estos enfermos eventraciones, hernias laparotómicas, que es una de las complicaciones frecuentes en la cirugía abierta. Pero yo creo que en eso estamos de acuerdo: la cirugía laparoscópica en breve va a imponerse radicalmente en todas las unidades.

Usted ha citado aquí el problema de Castilla y León y ha hecho historia de cómo en noviembre... se reunieron en noviembre del dos mil dos aquel grupo de trabajo, en la cual sí había representantes de las especialidades y sobre todo para... en la que participaron todos los unidades... todos los servicios que realizaban este tipo de cirugía. Y, al final, este grupo de trabajo llegó a esas conclusiones: consideró que eso era lo mejor para que la Administración tuviese conocimientos, tuviese criterios a la hora de plantear ese... quién podría hacer ese tipo de cirugía.

Y estamos totalmente de acuerdo. Yo creo que lo que tiene que quedar muy claro que no es un problema de habilidad de una determinada persona, sino de un equipo. Porque el problema no es operarle, el problema es después, las complicaciones que pueden surgir, que son importantes, quién las va a llevar. No puede estar exclusivamente en manos de una sola persona, no es un problema para que lo realice un solo especialista, sino que tiene que haber un equipo enormemente compenetrado a la hora de afrontar los riesgos, porque –insisto– la mortalidad... –y lo estamos viendo diariamente en la prensa–, pues, la mortalidad es muy importante.

Es la unidad de endocrino y nutrición la... quizá uno de los servicios más importantes, no solamente a la hora

de sentar la indicación previa, junto con la psiquiatría, sino que también es a la hora de ese postoperatorio, porque van a surgir problemas endocrinológicos muy graves que requieren de la ayuda, del apoyo de esos especialistas, y, por supuesto, de los psiquiatras, de los nefrólogos... Una unidad de nefrología es importantísima, un hospital que no tenga unidad de nefrología va a tener gravísimos problemas en determinado tipo de pacientes, y, por tanto, si hay que hacer una diálisis o hay que hacer cualquier problema relacionado con todo el tema... con todo el tema de la insuficiencia renal, pues es necesario que exista un... un equipo que responda ante esa... ante esa complicación. Por supuesto también hemos dicho el tema de la psiquiatría, que también es fundamental.

Y necesitan después una serie de apoyos que no son el... fundamentales, como pueden ser los servicios de cirugía plástica, como pueden ser los servicios de respiratorio, de la apnea del sueño... aunque creemos que esas unidades deberían de estar en esos hospitales, porque una cosa es lo que se puede hacer y otra cosa es lo que se debe hacer. Y yo creo... creo que lo que usted ha dejado muy claro es que el hospital de Medina del Campo, un hospital comarcal, que yo creo que habría que hacer al revés: habría que potenciar, es decir, lo que habría que crear son, si tenemos la necesidad de aumentar las unidades de cirugía bariátrica –que yo creo que en este momento pues están respondiendo perfectamente y van a responder perfectamente a esa situación–, yo creo que lo que habría que hacer para poder intervenir a estos pacientes es dotarlas de unidades de cuidados intensivos, de salas de despertar, de unidades del sueño, etcétera; es decir, unidades... porque no hay unidades como tal en ningún... en muchos sitios, pero sí el hospital... el hospital dispone de dichas unidades.

Por tanto, yo creo que, analizando aquellos criterios que los grupos de trabajo en los que había representantes de diferentes especialidades, a la conclusión a la que llegaron es que se necesitaban todos esos servicios. Porque no es que haya una unidad exclusivamente, sino que tiene que haber esos servicios para realizar con una garantía de calidad estas intervenciones quirúrgicas.

Yo creo que olvidarnos que es una... un equipo multidisciplinar el que tiene que valorar al paciente para sentar la indicación, esto es algo fundamental, porque, si no, estamos al albur de que una determinada persona, por su simpatía, por su inteligencia, por sus capacidades técnicas sea capaz de tomar esas decisiones sin contar con ese equipo multidisciplinar que es fundamental. Lo mismo que debe existir un equipo en el postoperatorio, no estar exclusivamente en manos de una sola persona.

Y ese fue... en esos grupos de trabajo, en los que yo participé solamente en una ocasión –porque luego hubo otras personas–, en las que se llegó a esa conclusión que

era fundamental, que era preciso que el centro sanitario... No estamos hablando de crear una unidad exclusivamente para eso, sino que el centro sanitario debía de disponer de todas esas unidades, de todos esos servicios que son fundamentales a la hora de afrontar una complicación.

Porque operar es muy fácil, pero después hay que... hay que resolver esos problemas y, sobre todo... y, sobre todo, hay que resolver después todas las complicaciones que a largo plazo surgen y que, por una mala selección de los pacientes... porque saben ustedes que, por ejemplo, el equipo de psiquiatría es fundamental a la hora de plantear qué enfermos deben de ser rechazados, porque nada nos sirve reducir el tamaño de ese estómago, ¿eh?, o hacer un by-pass si el enfermo va a seguir tomando terrones de azúcar como ocurre alguna... con cierta frecuencia, porque va a seguir engordando lo mismo.

O sea, lo importante es -como en cirugía siempre- la indicación quirúrgica, y, si la indicación es correcta, nunca debe estar en manos de una sola persona; para eso debe de haber un equipo -insisto- que valore todos los factores y que sea el que haga esa indicación. Esas son las características...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Señoría, le ruego que vaya terminando.

EL SEÑOR SANTAMARÍA GARCÍA: (Termino)... que tiene que reunir el centro para conseguir una calidad en esa asistencia sanitaria. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Gracias, Señoría. Para dar respuesta a estas cuestiones, tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR ANTÓN BELTRÁN): Gracias, señora Presidenta. Primero las peticiones, las preguntas y aclaraciones que me ha pedido la señora Pérez, representante del Partido Socialista. Quizá no lo haya expresado bien en mi intervención: los datos han sido ciento veintidós ingresos por diversas causas de obesidad, e intervenciones de cirugía bariátrica setenta y seis en el año dos mil tres.

Los requisitos... los requisitos que se exigen como autoridad sanitaria para la... para las intervenciones de cirugía bariátrica, como son... como saben, para la autorización de un hospital son para todas las... para todos los centros sanitarios públicos y privados, y así se les exigimos también. Y en esos requisitos se autoriza a los hospitales que... que tienen que realizar cirugía general y otro tipo de cirugía como puede ser esta. Y, desde luego, los hospitales en los que nosotros nos consta que se realiza este tipo de cirugía no solo cumplen los requisitos, sino que también las recomendaciones que realizaron este grupo de expertos, que

eran exclusivamente para los hospitales de la red pública, también las cumplen.

Ha habido una... yo tengo el Acta delante si la quiere, el Acta delante de... de los grupos de trabajo expertos que se crearon para la constitución. Y le puedo asegurar que estaba el Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría. Y le puedo asegurar que estaba el... representación de la Sociedad Castellano-Leonesa de Cirugía General y del Aparato Digestivo; estaban en el grupo de trabajo y está el Acta a disposición de esta Comisión.

Yo... el resto de preguntas que, salvo que tengan... las haya cogido mal, todas son alrededor del hospital Medina del Campo. He querido... he creído entenderla de cierre de una unidad en el hospital de Medina del Campo, de retirada en el hospital de Medina del Campo. Yo... no ha sido esa mi intervención, y, además, yo creo que el planteamiento es muy distinto a ese.

Lo que ha hecho la Junta de Castilla y León, ante el tratamiento y el estudio de la situación de la obesidad y de las necesidades de demanda de cirugía bariátrica, ha sido reorganizar, en base a un grupo de trabajo, con criterios científicos y técnicos, con el objetivo principal y primordial de la seguridad clínica del paciente, con un equipo multidisciplinar y con técnicas y... como la... y salas para reanimación o la unidad de cuidados intensivos, que den las mejores garantías de salud para los que tengan necesidad de operarse.

Y eso no es un cierre, sino una reorganización de los recursos -una vez realizados los traspasos de las competencias-, donde mejor se puedan ubicar estos servicios para la población de Castilla y León. No nos hemos fijado si en Medina del Campo había un profesional, había una unidad... que no existía, que no existía, es decir, la unidad... la... dentro de las prestaciones, la cirugía bariátrica, que yo sepa... -de las prestaciones del sistema- estaba incluida, pero en Medina del Campo no había... -vea usted la cartera de servicios- no había tal unidad de cirugía bariátrica, con lo que no podíamos cerrar lo que no existía.

Pero vuelvo a repetirle: el razonamiento no ha sido ese. El razonamiento ha sido analizar la situación, la evolución de los pacientes de obesidad mórbida, las necesidades de cirugía bariátrica, y ubicarlas con los requisitos técnicos y científicos que nos han dicho los que... por lo menos yo, por lo menos, como Consejero de Sanidad, debo decir que son los que más saben. Y nos hemos puesto a trabajar y así lo hemos organizado. Algo tendrá que decir cuando han aumentado en los últimos años -como le he dicho- las operaciones; no ha habido -por algo será- causas de mortalidad, y encima ya todos les atendemos en nuestra Comunidad. En el año dos mil tres todos los pacientes han sido atendidos

en nuestra Comunidad. Hemos adaptado las necesidades a... con los recursos, utilizando los que teníamos en la Comunidad. Y eso ha sido el... el criterio.

Y, bueno, usted ha sido muy rotunda diciendo que no es cierto que existen las cuatro unidades de referencia.

Bueno, pues, mire, yo le digo que existen las cuatro unidades de referencia. Es decir, hay una... una resolución del Gerente Regional de Salud, en la que dice dónde deben de ser intervenidos en Castilla y León por cirugía bariátrica. Y algo tendrá que ver con el dos mil tres: en el General Yagüe se han realizado diez intervenciones, en el hospital de León, veinticinco; en Salamanca, catorce; en el Río Hortega, veintisiete; las setenta y seis. Bueno, pues, ahí están.

Y también es cierto que yo, yo... -por lo menos usted es médico, en eso me lleva ventaja- yo no soy quién para decir a quién... a quién de estos setenta y seis pacientes le tienen que operar por laparoscopia o por otra técnica de las que yo he descrito. Eso es la prescripción del propio profesional, del propio médico o del equipo que haya analizado todas las situaciones... del equipo multidisciplinar que analiza la situación concreta del paciente. Y se habrán hecho las técnicas de laparoscopia que hayan entendido que son más adecuadas para el paciente; y se han hecho. Pero no me viene a decir... no podemos decir -yo por lo menos- que todas las intervenciones tengan que ser por laparoscopia y que si no se han hecho todas es que no estamos operando por laparoscopia. Se han hecho lo que yo entiendo que los técnicos y los profesionales deban realizarse.

Hacemos operaciones por laparoscopia, tenemos las cuatro unidades de referencia y hemos realizado setenta y seis operaciones. Tenemos, en un estudio que se ha hecho para todo el territorio español por una sociedad científica independiente, la mejor lista de espera para esto. Y eso implica que vamos caminando en el buen sentido.

Tampoco he dicho -y he acabado mi intervención- que aquí nos hayamos parado. He dicho que seguimos avanzando en los protocolos, en la coordinación y en la mejora. Y si fuese preciso... y si fuese preciso, perdón, y la demanda lo exige, no nos hemos negado nunca a que podamos ampliar estas unidades de referencia para satisfacer mejor la demanda. Pero hoy día, los datos nos acompañan para decir que estamos satisfaciendo la demanda con criterios de calidad, con criterios de seguridad, con criterios de garantía y bien distribuida por la Comunidad.

En... bueno, al representante del Partido Popular, José Luis Santamaría, pues, a mí me ha agradado hoy escuchar que un cirujano como él diga que la exposición ha sido, pues, de contenido -digamos- correcto, y, en ese sentido, yo creo que -por su experiencia también- ha

entendido perfectamente que la organización que hemos hecho de la redistribución de las necesidades ante la demanda, una vez teniendo las competencias de... de la Sanidad, pues, es la más adecuada; pero siempre con el criterio, como bien ha explicado, con el criterio de la seguridad del paciente.

Y como decía anteriormente: si de este avance -que no nos paramos aquí- fuese necesario reorganizar estos servicios para atender la demanda y... y en el futuro implantar nuevas unidades de referencia, pues, cuente con que en ello estaremos si así se requiere.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Gracias, señor Consejero. Para un turno de réplica, tiene la palabra doña Elena Pérez.

LA SEÑORA PÉREZ MARTÍNEZ: Sí. Gracias, señor Consejero. La verdad, hay dos temas que no me ha aclarado. Primero, cuando yo le preguntaba las cifras, no me refería a ver si eran setenta y seis o veintiocho, sino si me estaba hablando de intervenciones en la sanidad pública o todas en conjunto. Creo que al final me ha aclarado que se referían solo a la pública, pero no lo sé.

Y no es cierto, no es cierto que en los hospitales privados, que es donde más se está operando en estos momentos la obesidad mórbida, tengan esas unidades. Porque, como bien ha dicho el Portavoz del Partido Popular -que es cirujano digestivo-, es importante estas valoraciones por un endocrino especialista en nutrición, psiquiatra, etcétera, una valoración previa para ver si la persona, el paciente es... es susceptible de ser tratado con cirugía.

Y no es lo mismo -y lo sabe aquí también en esta Cámara- una cirugía por laparoscopia que una cirugía convencional, y menos en este caso que ustedes dan tanta importancia... y que yo creo que la tiene, pero luego, a la hora de la verdad, no se la dan: no es lo mismo operar por método convencional o por laparoscopia. El índice de riesgo es muchísimo mayor en la cirugía convencional.

Y en el hospital de Medina del Campo no existiría esa unidad de referencia, pero había seis cirujanos operando por laparoscopia. Y en el hospital Río Hortega, que no existe esa unidad desde el dos mil dos, después de... ni en el resto de los sitios, porque en Burgos tienen un cirujano operando; quiero decir que no... no nos creamos que estamos haciendo aquí una unidad, porque no es cierto; en Río Hortega existe solo uno, y en ese hospital había seis.

Pongamos unidades de referencia; me parece correcto. Dotémoslas. Y si en el hospital de Medina del Campo existían seis personas, o siete, o cinco, es decir, con una experiencia muy superior al resto de la Comu-

nidad Autónoma, supongamos... todos por laparoscopia, supongamos que el éxito de esa cirugía vaya a ser mayor, porque se puede hacer perfectamente interconsultas de psiquiatría o de endocrinología para ver lo de ese paciente. Y si no, dotemos a los hospitales comarcales -ya sea el hospital de Medina del Campo, el de Aranda, el de Ponferrada, etcétera-, dotémosles de los medios adecuados para su funcionamiento. Yo simplemente le vengo a pedir eso.

Y le vengo a pedir también, porque si desde el dos mil dos se reunieron esos expertos... disculpe, creí que no habían estado esas sociedades, pero vamos, me da exactamente igual, porque seguramente les reunieron para algo en concreto, ¿no?...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Señoría, le ruego que vaya concluyendo.

LA SEÑORA PÉREZ MARTÍNEZ: (Sí. Ya acabo. Acabo). ... dieron su diagnóstico, dijeron lo que tenía que hacer, estamos en el dos mil cuatro y todo esto está sin hacer.

Y lo único que han conseguido, y que se está planteando, es que en esta Comunidad Autónoma, ahora, la mayoría de los enfermos de obesidad mórbida se operan en la privada, y la operación en la privada supone 2.300.000 pesetas a cada paciente; como mínimo se está cobrando. Y los cirujanos, el de León -muy bueno, igual de experto que en Valladolid- se ha ido a la privada. Es lo que hemos conseguido, o lo que están ustedes consiguiendo.

Yo le solicito aquí, primero, que dote al hospital de Medina del Campo de las necesidades que tiene, porque no me ha contestado si la cirugía digestiva grave -de cáncer de colon, etcétera- precisa una Rea; eso no me lo ha contestado. Dótele de lo que necesita ese hospital y cree, de verdad, las unidades de referencia que ya en el dos mil dos dijeron los expertos. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, Señoría. Por parte del Grupo Popular, tiene la palabra don José Luis Santamaría.

EL SEÑOR SANTAMARÍA GARCÍA: Gracias, señora Presidenta. Muy breve. Yo creo que no debemos de sacar las cosas de quicio, no debemos de confundir los términos. En nuestra... en nuestro sistema sanitario de Castilla y León, que -insisto- es uno de los mejores de nuestra... de nuestra Nación, hay una jerarquización de valores; es decir: tenemos unos hospitales de referencia importantes, tenemos unos hospitales -por decirlo algo- a nivel de la provincia y tenemos unos hospitales comarcales. Y claro que sería bueno que hasta los hospitales comarcales -el más pequeño- tuviesen de todo; si en eso estamos totalmente de acuerdo. Pero lo

que sí tenemos que ver es que los medios con los que disponemos es que determinados hospitales no tienen esa infraestructura que tiene un hospital de referencia a nivel provincial.

Y lo que... el problema es que cuando se intervienen -como dice la Portavoz del Grupo Socialista- determinadas patologías, probablemente, a lo mejor, no se deberían de intervenir en esos hospitales comarcales; no se deberían. Lo que no tiene sentido es que un hospital a nivel regional, a nivel de toda una provincia, un hospital de referencia, opere una patología menor y, sin embargo, la alta patología la estén haciendo en un hospital comarcal... que no es lo que ocurre habitualmente, ¿eh?, porque yo conozco el hospital de Miranda y el hospital de Aranda del que dependa... dependen del Hospital General Yagüe de Burgos, que toda la patología compleja, cuando hay un cardiópata grave, cuando hay un enfermo que requiere pruebas respiratorias o requiere una Uvi, automáticamente le mandan al hospital de referencia.

Es decir, lo que no puede ser es que porque un determinado profesional, que es un hombre experto y que es un hombre buenísimo, sin tener los medios adecuados se meta donde no se tiene que meter.

Yo no quiero entrar en ese tema de lo privado o lo público; me parece que es un tema que es manido, si está mal. Yo lo que he hablado desde el primer momento es que lo fundamental es la selección, y la selección no la puede hacer nunca el cirujano. Otro tema es que en la iniciativa privada un señor, un paciente, vaya a un determinado cirujano y elija operarse, a lo mejor, teniendo cien kilos o noventa kilos, como está ocurriendo. Lo cual quiere decir que, al no pasar ese tamiz de un montón de personas que valoran y dicen que ese paciente no debe ser intervenido porque no hay una indicación clara -y eso se está haciendo en la privada-, no quiere decir que eso lo tengamos que aplicar en nuestros hospitales públicos.

En el hospital público tenemos que garantizar que los medios que disponemos -de esos medios-, desde luego, reúnen esos requisitos. Y no tengo yo idea... en Burgos, desde luego, no se opera en ese tipo de pacientes nada en la privada, pero en Valladolid sé que concretamente hay un hospital donde se está haciendo ese tipo de cirugía -tampoco se hace tanta, como usted plantea, privada-, y reúne esos condicionantes; es decir, es un hospital privado que tiene una unidad de cuidados intensivos, que tiene un especialista en medicina interna, que además está identificado con el tema de la... de la nutrición y endocrinología.

Y que... por tanto, a mí me da la impresión de que lo importante -insisto- es cómo podemos filtrar precisamente para evitar abusos, tanto en la pública como en la privada, ¡jojo!, porque el dinero de los ciudadanos no se

puede tirar, ¿eh?, haciendo indicaciones que no vienen a cuento. Porque insisto: yo sé de muchos pacientes que con ochenta... perdón, con cien, con ciento diez kilos han sido intervenidos quirúrgicamente, pues, porque hoy esa es la moda... aunque afortunadamente las cosas están volviendo a sus cauces, porque ha habido una altísima mortalidad y una altísima morbilidad, y yo creo que las cosas van a ir por ese camino.

Yo nada más. Yo creo que insistir en que no depende de un solo profesional, que tiene que ser un equipo multidisciplinario el que lo valore. Y también insistir en lo que ha dicho el Consejero: la situación en Castilla y León creo que es satisfactoria –siempre mejorable, por supuesto, siempre mejorable–, que son... las listas de espera, nuestras listas de espera son inferiores a las del resto de las Comunidades, de Castilla y León, y, por supuesto, disponemos de esos centros, de esos cuatro centros; que no digo que se haga mejor o peor cirugía que en un hospital comarcal, pero que disponen precisamente de esas unidades que son fundamentales para garantizar una calidad en este tipo de operaciones. Y nada más, muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, Señoría. Para un turno de dúplica, tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR ANTÓN BELTRÁN): Sí. Muchas gracias, señora Presidenta. Usted sabe perfectamente, señora Elena Pérez, que las... la cirugía bariátrica no es una enfermedad de declaración obligatoria. Nosotros tenemos información concreta y específica de los datos de los hospitales públicos, de la red del Sacyl, pero averiguamos de la forma... por los cauces... y por eso no creo que sea aquí el momento de dar datos exactos, porque no es enfermedad de declaración obligatoria.

Pero yo sí que le pediría una cosa. Yo he venido aquí con datos concretos, precisos, y le puedo dar más datos todavía de lo que estamos haciendo en el sistema público en la operación de... de cirugía bariátrica. A mí no me vale que venga usted diciendo: "Donde más se opera es en la privada". Dígame dónde, dígame cuántos; no vale esa generalidad.

Pero además, pero además, fíjese una cosa: no lo estaremos haciendo tan mal desde que hemos hecho esta reorganización con los criterios científicos de todos los que nos han... que yo... yo creo en ellos, porque creo que saben... yo no sé si usted les comparte; yo, como Consejero, les comparto. Y hemos hecho una organización que, fíjese, a título de ejemplo, si nos dicen, por un lado, una investigación... una sociedad científica externa, independiente, que tenemos la media de lista de espera mejor de toda la... de todo el territorio de España, pues no lo estaremos haciendo tan mal.

Segundo. Si en los últimos once años... o diez años se realizaron once intervenciones en el sistema público, en el último año, desde la reorganización, hemos realizado setenta y seis. Eso quiere decir que no es que la mayoría se vayan a lo privado; la mayoría están viniendo a lo público. En los últimos once años, once intervenciones; setenta y seis en el último año; ningún, ningún fallecimiento.

Mire, Señoría, no lo estaremos haciendo tan mal cuando, según los datos del año dos mil tres, en España han fallecido veinticinco personas por temas de cirugía bariátrica, veinticinco; solo quince en la Comunidad de Andalucía. En nosotros, ninguno.

Mejor lista de espera, el último año diez veces más –casi– que lo que se operaba en los diez últimos años, y además ningún fallecimiento. Y mire, la libertad de elección –como usted sabe– de un profesional que pueda estar en lo público y elige, con el cauce legal que está establecido, realizar su medicina privada, yo, lo que le puedo exigir es que haga el cumplimiento de sus obligaciones cuando esté en lo público; lo otro, no cabe duda que es su apreciación.

Y vuelvo a repetirle: usted... yo es que se lo he dicho antes, pero quien debe decidir... –creo que también el Portavoz de... del Grupo Popular que, bueno, por su experiencia también lo dirá– quien debe decidir la técnica, la técnica a aplicar en cada uno de los casos –por eso creemos en un equipo multidisciplinar– debe ser ese equipo, y aplicarán la laparoscopia cuando sea necesario y cuando sea ; y si eso es cierto, cierto, que disminuye el riesgo, vuelvo a repetirle –y me remito a los datos–, tampoco lo estaremos haciendo tan mal, aunque todas no sean laparoscopia, cuando con setenta y seis operaciones y veinticinco muertes en España, nosotros no hemos tenido ninguna. Si es que los datos están ahí, y yo... mi argumento es con datos concretos y precisos.

Y mire, de verdad, dígame quién eran los otros cinco médicos que esperan... que operaban en el hospital Medina del Campo, porque a nosotros nos consta que solo era uno. Dígame quién son los otros cinco. Nosotros teníamos constancia de que no había una unidad de cirugía bariátrica, sino una unidad de cirugía general y de digestivo, y que hacía cirugía bariátrica un profesional. Los otros cinco, si les sabe usted, yo le pediría que me les diga, porque yo no les he encontrado.

Y mire, si con los datos que tenemos, la lista de espera –vuelvo repetir–, se están operando en crecimiento, estamos teniendo unos criterios científicos, se están realizando con buenas... con... con buenos resultados en la morbilidad, y tenemos cuatro unidades de referencia, hombre, déjenos por lo menos que aumente la demanda, que sea necesaria la demanda, para irnos a los hospitales

comarcales. También, hombre, yo no sé por qué usted da el salto directamente a los hospitales comarcales si también hay otros hospitales entre medias. Pero déjenos por lo menos evaluar que aumente la demanda, la necesidad, y, si hace falta -lo he dicho cuando acababa mi intervención-, pues, ampliaremos también las unidades que sean precisas para satisfacer todavía mejor la demanda.

En cuanto al profesor José Luis Santamaría, pues, una vez más, gracias por matizar algunas de las explicaciones que -como decía- por su experiencia de cirujano, pues, seguro que han aclarado la intervención de este Consejero. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, señor Consejero. ¿Algún otro Procurador desea formular alguna pregunta? Doña Teresa Rojo tiene la palabra.

LA SEÑORA RODRIGO ROJO: Gracias, señora Presidenta. Buenas tardes. Me gustaría saber, porque no me ha quedado claro, si estas unidades regionales de obesidad mórbida son solo unidades quirúrgicas, si son unidades diagnósticas para actividad quirúrgica, o si son unidades que hacen tratamientos médicos.

Me gustaría saber también, en relación con la exposición que ha hecho de la importancia de la experiencia quirúrgica de los profesionales que se encargan de estos... de este tipo de operaciones, si nos podría explicar cuál es la experiencia quirúrgica de cada una de las unidades; y si es solo un cirujano el que se encarga de todo este bloque de este tipo de operaciones o, indistintamente, en cada unidad todo el equipo.

Y si hay algún cirujano especializado en estas unidades en cirugía laparoscopia y en cuál. Y si algunos de estos cirujanos que se encargan de este tipo comparten la actividad pública con la actividad privada.

También nos ha dicho que no ha habido ningún fallecimiento, y que eso, bueno, indicaría un... una buena utilización del sistema. Sin embargo, hay cincuenta pacientes en este último año que han sido rechazados. Y me gustaría saber si han sido rechazados por una selección de excesivo riesgo para mantener la cirugía, o bien han sido rechazados simplemente porque no estaba indicada la indicación quirúrgica correcta.

Y, finalmente, como también ha hablado en relación a la obesidad como problema de salud pública, me gustaría saber si el Sacyl piensa incluir dentro del catálogo de prestaciones farmacéuticas alguna de las terapias medicamentosas que en este momento están siendo utilizadas para los tratamientos de obesidad, o algún tipo de tratamiento psicológico, o alguna unidad especial de tratamiento de este tipo psicológico en la Comunidad Autónoma. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Gracias, Señoría. Para formular su pregunta, tiene la palabra doña Victorina Alonso Fernández.

LA SEÑORA ALONSO FERNÁNDEZ: Gracias, señora Presidenta. Usted ha comentado que la obesidad es un grave problema de salud pública, y quería preguntarle si se ha planteado el Sacyl crear una unidad de tratamiento y prevención de la obesidad infantil en nuestra Comunidad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Gracias, Señoría. Para formular su pregunta, tiene la palabra doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ: Sí. Gracias, señora Presidenta. Yo quería preguntarle, entendiendo que el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León es responsable de los servicios sanitarios que se presten también en la sanidad privada, sí quería que nos... que me contestara si tiene conocimiento de en qué condiciones se está realizando esta actividad en las clínicas privadas.

Parece que no en todas las clínicas privadas reúnen los requisitos a los que hacía alusión el señor Consejero. Y dada la seria preocupación que... que hay en la población a través de la alarma que se ha creado por los múltiples fallecimientos derivados de esta cirugía, y que hemos tenido conocimiento por los medios de comunicación, si el señor Consejero tiene plena constancia que estos tratamientos se realizan con plena garantía en las clínicas privadas de la Región. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias. ¿La señora Larrauri Rueda quiere pasar allí, por favor?

LA SEÑORA LARRAURI RUEDA: Sí. Señora Presidenta, gracias. Yo, brevemente. Aquí se ha estado hablando de la... de la cirugía en la sanidad pública, y a mi compañera le ha dado el dato de setenta y seis pacientes intervenidos; pero seguimos sin saber cuántos se han intervenido en la sanidad privada.

Usted le ha interpelado o le ha preguntado a mi compañera y le ha dicho dígame cuántos y dígame dónde. Bien. Todos los que estamos aquí sabemos que se están haciendo intervenciones en la sanidad privada, y, por lo tanto, quien tiene, a mi juicio, que llevar el control de cuántos y de dónde tiene que ser el equipo de gobierno, porque para eso gobiernan ustedes. Si se lo decimos nosotros, señor Consejero, ya no tiene gracia.

Por lo tanto, sí que quisiera que, si usted tiene esos datos, por favor, nos dijera aquí si llevan el control de cuántos pacientes se están interviniendo en las clínicas privadas de Castilla y León, porque luego no nos lleve-

mos las manos a la cabeza por la falta de control si en un momento determinado –y ojalá que no pase nunca– hay algún problema. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, señora Larrauri. Para dar respuesta a sus preguntas, tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR ANTON BELTRÁN): Gracias, señora Presidenta. La primera... sí, la Procuradora Teresa Rodrigo, espero haberle comprendido bien las preguntas.

Cuando nosotros hemos creado las cuatro unidades de referencia en los cuatro hospitales a los que yo me he referido, ha sido consecuencia de las... del estudio y de la propuesta del comité de expertos, del grupo de trabajo, y, en ese sentido, las cuatro unidades de referencia que hemos creado cumplen los requisitos que nos han incluido, tanto en las consultas, en los profesionales, en las salas de reanimación y la unidad de cuidados intensivos; es decir, son unidades integrales, analizan al paciente en su... en su *integralidad* y, si hace falta, pues, producen a la... pasan a la... en los casos establecidos a la cirugía.

En ese sentido, se trata de equipos multidisciplinarios, y los profesionales... los profesionales que están ahí ya llevan años realizando las operaciones en las cuatro unidades.

También es cierto que, según los expertos, entienden que deben realizarse... hay estimaciones de unas cincuenta operaciones para llegar a un mínimo de esto. Pero, claro, lo que hay... unas cosas claras: si tenemos cuatro unidades y estamos operando a setenta y seis, la profesionalidad de los años yo creo que ya la tienen, y la experiencia. Pero son equipos multidisciplinarios, porque nosotros no basamos y entendemos que la medicina moderna deba basarse solamente en un profesional, sino en un conjunto de profesionales, que –como bien saben ustedes– son los que analizan de forma integral todas estas características.

Mire, los cincuenta pacientes rechazados a los que usted se refiere, pues, hombre, habría que... preguntar a este Consejero en una comparecencia esa pregunta tan específica, habría que ir a las historias clínicas, habría que preguntar a los profesionales y habría que saber cuál son las causas. Pues, obviamente –para que le voy a mentir–, yo no tengo ahora la noticia de esos cincuenta pacientes, pero no cabe duda que gustosamente le puedo dar la información cuando yo consulte, porque en mi despacho no las tengo –obviamente–, las historias clínicas o las consecuencias de por qué han sido rechazados; pero supongo que habrá sido por criterios fundamentalmente clínicos, y habrá que dejar trabajar a los profesionales.

Mire, me sorprende la... la pregunta, que igual la he entendido mal, ¿eh?, igual la he entendido mal la pregunta sobre si, desde el punto de vista de la sanidad pública del Sacyl, tenemos intención de establecer algún medicamento para la... los tratamientos de la obesidad. Me sorprende por una cosa: porque las competencias de qué medicamentos entran en el Sistema de Salud para ser financiados la decide la Administración Central, la decide el Ministerio. Yo... igual he entendido mal la pregunta, pero, desde luego, nosotros... yo he entendido así la pregunta –perdone–, pero yo he entendido que los medicamentos que estén autorizados por la Agencia del Medicamento y financiados por el sistema, nuestros profesionales les aplican en función de su libre prescripción. Pero yo no puedo decidir, como Consejero, si hay un medicamento que no está, incluirle en la... en la receta. Yo creo que eso ha sido la pregunta.

En cuanto a la Procuradora Victorina, me decía que si siendo responsable la... el Consejero de toda la sanidad y de todo el problema de la obesidad... pues, hombre, la comparecencia –como yo mismo he dicho al principio– ustedes la han pedido para la cirugía bariátrica, pero nosotros hacemos prevención: hacemos prevención en la población infantil, hacemos hábitos de vida saludable, hacemos en Atención Primaria programas específicos. Todo esto es un proceso. Pero la comparecencia era... –la podemos explicar cuando quiera– la comparecencia era para la cirugía bariátrica.

Y si fuese necesario estudiar la necesidad de una unidad de obesidad infantil, y así nos lo demandase nuestros profesionales, nuestros técnicos de Atención Primaria, cómo va la evolución de esta población, no dude que nos pondríamos a ello en ese sentido.

La Procuradora Mercedes Martín Juárez he creído que me preguntaba sobre que el Consejero es autoridad sanitaria, es autoridad sanitaria de centros públicos y de centros privados. Gracias por recordármelo. Los requisitos que cumplen y los requisitos que exigimos son... se sabe que hay una normativa legal básica, normativa específica autónoma de autorización... de autorización de centros y servicios sanitarios. Y eso se rige y se autoriza los servicios sanitarios desde consultas, desde hospitales, desde clínicas. Y, en ese sentido, todas, todas las que están actuando en Castilla y León están autorizadas, cumplen los requisitos de autorización.

Y, en ese sentido, es cierto que si nosotros hacemos ese criterio preventivo... posterior, y con las inspecciones que se hacen, pues cumplen todos esos requisitos.

Le he querido entender que, claro, hay que tener cuidado porque esta enfermedad –la cirugía bariátrica– está dando fallecimientos en los últimos años porque –yo mismo... y lo sabemos todos los que estamos aquí– es una

operación de alto riesgo. Pero, bueno, vuelvo al resumen final: en el último año ha habido veinticinco fallecimientos; en Castilla y León, no. Quiero decir que tenemos autorizados, tenemos controlados, hacemos el seguimiento. Y claro que nos preocupan los fallecimientos, si se producen, y nos preocupan las autorizaciones, y nos preocupan los requisitos; y así les cumplimos y les exigimos.

Y en cuanto a la Procuradora Inmaculada Larrauri, pues mire, Señoría, claro que tenemos la obligación de controlar toda la sanidad de Castilla y León, no hace falta que me lo recuerde. Lo sé y lo ejerzo todos los días, con la responsabilidad que ello tiene.

Pero usted sabe que no es el Consejero el que ahora haya decidido -sino que está decidido hace tiempo- de lo que son enfermedades de declaración obligatoria, y están reguladas para todo el territorio español, incluso para Europa. Y esas son las que obligatoriamente, con unos boletines estadísticos y unos periodos, deben declararse. Y hay otras enfermedades que no son de declaración obligatoria y que puede haber otros mecanismos de información para captar los datos. Pues bien, trabajamos en ello. Pero no me diga que eso no... quiere decir que estemos disminuyendo el control. Y le cuento lo mismo que a su compañera.

Están... les veo un poco -y yo también- preocupados por los posibles... -es una operación de alto riesgo- por los posibles fallecimientos, pero yo no sé si han captado el dato: veinticinco en España, quince en Andalucía, aquí ninguno. Nosotros estamos trabajando por que eso no ocurra; pero los datos ahí están también. Pero desde luego que seguimos y realizamos los controles que nos exigen los requisitos, y -como autoridad sanitaria- tanto en lo público como en lo privado.

Y, en concreto, mire, he traído por casualidad la ficha del registro del centro sanitario que recientemente se autorizó, en el que sabemos y nos consta que se realiza cirugía bariátrica. Bueno, pues tiene todas las unidades que se requieren, no solo para cirugía general, sino la mayor parte, por no decir todos los requisitos que los expertos que se crearon para el sistema público recomendaban, que tiene este centro que tengo aquí delante. Quiere decirse que, en ese sentido, hacemos el control, hacemos el seguimiento, y ejercemos toda la responsabilidad de autoridad sanitaria que la normativa nos exige y nos obliga.

Y, bueno, y el... creo que he respondido a las preguntas, si las he entendido bien.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muy bien. Muchas gracias, señor Consejero. Tienen derecho a un turno de réplica. ¿Lo quieren utilizar? Doña María Teresa Rodrigo Rojo tiene la palabra.

LA SEÑORA RODRIGO ROJO: Señor Consejero, me gustaría decirle que dentro de la capacidad normativa que tiene la Junta está la de financiar medicamentos una vez que están puestos en el mercado. Le pongo el claro ejemplo de la píldora del día después, que es financiada en Andalucía, aunque no es financiada, desde luego, por el Sistema Nacional de Salud, sino que se hace con los propios medios de la propia Comunidad Autónoma. Como le gusta tanto Andalucía, pues creo que es un ejemplo claro y conocido. Es decir, la Comunidad podría pagar terapias medicamentosas, desde luego, si tuviera la voluntad de hacerlo. No hay ningún impedimento legal. Independientemente de que desde la Administración Central, en un momento determinado, se decida financiar algunas de las cuestiones que no se han financiado hasta ahora.

No me ha contestado... vamos, no he acabado de entender, en realidad, estas unidades de obesidad mórbida, y le voy a poner un ejemplo para que nos entendamos todos de dónde quiero yo llegar. Cuando un paciente de una provincia que no tiene unidad tiene una obesidad mórbida, pero no está claro si tiene un diagnóstico que exija cirugía o si tiene las condiciones para cirugía, ¿qué hace el médico que tiene a este paciente? Lo envía a la unidad regional que le corresponda. En ese momento se valora -supongo- la indicación quirúrgica. En el caso en el que no estaba... no se considera que la indicación quirúrgica debe seguir adelante, ¿esta unidad hace el seguimiento del paciente posteriormente, o la unidad lo que hace es devolverle a su centro de origen, a su provincia, para que siga siendo tratado allí? Eso es lo que no tengo claro y me gustaría que explicara. Creo que con este ejemplo está claro.

Y luego, con respecto a las tasas de complicación de cada uno de nuestros centros, pues sabemos -como nos ha dicho- que no ha habido mortalidad. No se puede hacer una comparación con lo de Andalucía, porque no sabemos las tasas de fallecimiento en relación a cuántas operaciones quirúrgicas que se hayan producido en Andalucía. Si usted lo tiene, pues a lo mejor podemos discutir técnicamente. Pero, desde luego, el dato por sí solo no nos sirve de nada. Así que me gustaría saber si tiene tasas de las complicaciones de los centros de Castilla y León.

Y no me ha contestado a si tiene conocimiento de que los cirujanos... que, por lo que veo, son todos los de la unidad de cirugía los que hacen este tipo de cirugía; con lo cual, bueno, pues lo que se llama "hacer manos" es difícil con dieciséis pacientes de media por cada uno, cuando la indicación media debería ser de cincuenta; pero, en cualquier caso, me gustaría saber si compatibilizan la actividad pública con la actividad privada, que tampoco nos ha aclarado.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, Señoría. ¿Doña Victorina desea hacer uso del turno de réplica? ¿Alguien más? Doña Inmaculada Larrauri tiene la palabra.

LA SEÑORA LARRAURI RUEDA: Gracias, señora Presidenta. Mire, señor Consejero, si a estas alturas todavía no saben cuántos pacientes se intervienen en la privada, el control falla; y estamos hablando de intervenciones de alto riesgo, ustedes mismos lo han dicho aquí, tanto usted como el Portavoz del Partido Popular.

Mire, yo le quiero pedir desde aquí que se controle, que se controle el número de pacientes que se intervienen en la privada, porque yo creo que debiera de ser un requisito imprescindible, como el resto de los que usted supuestamente dice que pide también a la sanidad privada, y le pido que se controle y que sea un requisito imprescindible para autorizar al centro que se... al centro que se autorice este tipo de intervenciones.

Ustedes aquí han dicho que la selección no la puede hacer nunca el cirujano. Yo le puedo asegurar -y usted lo sabe, seguro, tan bien como yo- que en la sanidad privada la selección la hace exclusivamente el cirujano en su consulta. Por lo tanto, le vuelvo a exigir desde aquí, le vuelvo a pedir, señor Consejero, que aumenten el control. Porque este es un tema que no es un arma y un caballo de batalla de la oposición contra el equipo de Gobierno. Estamos hablando de una cuestión de salud y de seguridad en salud para todos los ciudadanos y ciudadanas de Castilla y León. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muchas gracias, señora Larrauri. Para dar contestación a sus preguntas, tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR ANTÓN BELTRÁN): Bien. Señora Teresa Rodrigo, mire, ha puesto usted el caso de Andalucía, de un caso concreto que financia una... un medicamento que no está en todas las Comunidades. Respeto absoluto; creo que hay algún problema jurídico, legal, pero, vamos, respeto absoluto.

Pero es que yo creo más en la cohesión del sistema, creo más en la equidad del sistema que en aquellas Comunidades Autónomas que se diferencian por algunas cosas, mientras que yo creo que lo rico de este sistema es la unidad, la equidad y el acceso en igualdad de condiciones, y que eso la Ley de Cohesión y Calidad, que creo que tiene bastante, bastante credibilidad y además... creo que además una Ley con bastante consenso, lo que intenta es que todo ese tipo de cosas no lo hagamos por separado, que lo hagamos en el fondo de... lo que es el fondo... el de... a través del Fondo de Cohesión, pero también a través del Consejo Interterritorial de Sanidad. En ese sentido, cualquier planteamiento que

se pueda hacer para mejorar el sistema con criterios de equidad, lo apuntaremos.

Pero, no obstante, yo le había entendido bien la pregunta, y sí que es cierto -y le vuelvo a repetir- que, no obstante... que algunos medicamentos quien decide como se... se financian es en el sistema.

El equipo es multidisciplinar, y creo que eso lo he explicado. Y cuando hay un equipo multidisciplinar, con profesionales de la cirugía y con profesionales que pueden estar preparados y habilitados para realizarlo, pues yo creo que eso es lo bueno, no la dependencia de uno específico. Hombre, tampoco voy a decir que todos estén operando a la vez o que uno solo lo haga. Yo creo que ahí lo bueno es que si está en un equipo multidisciplinar, y tiene las características y tiene la seguridad y las garantías de realizar las operaciones, pues, en el fondo eso es como mejor rendimiento se puede sacar.

El procedimiento está claro, el procedimiento está claro, es decir, aquí influye Atención Primaria, como le decía antes; puede ir a consulta -a consulta de endocrino o nutrición-; tiene una evaluación también psicológico-psiquiátrica, y se ven si en los requisitos previos pasan a la consulta de cirugía o, si no, pasa a una sesión clínica que con otras medidas terapéuticas, como decía en... terapéuticas -perdón-, como decía en mi intervención, se puede seguir adelante o bien tiene que pasar de nuevo a la consulta de cirugía, intervenido según nivel de prioridad, y luego hacer un seguimiento a través de las consultas y las interconsultas. Es decir, hay un procedimiento claro de cómo entra un paciente en el sistema y cómo puede acabar siendo preciso cirugía bariátrica o no siendo preciso, porque hemos dicho -recuerden mi intervención- que hay cuatro niveles antes de llegar a lo que es la cirugía bariátrica, pero el procedimiento le tenemos perfectamente... perfectamente clarificado.

Mire, señora Larrauri, yo, con todos mis respetos, y siendo usted además Procuradora de un Parlamento, que es el Legislativo, lo que no se puede es... en principio, proponer cambiar la normativa; pero lo que yo debo cumplir es la normativa actual. La obligación de los requisitos de control, de autorización, seguimiento, inspección y control de centros, autorizaciones y servicios sanitarios la estamos haciendo. Y no puede ser que porque hoy aquí, ante un tema... "le exijo, señor Consejero, que mañana se ponga a controlar los pacientes de cirugía bariátrica en la privada"; y mañana podemos venir a una comparecencia "y los que entran por urgencias en los privados"; y mañana "los pediatras... los... los niños de las emergencias". Bien, Señoría, es decir, bien, pero seamos rigurosos y seamos eficaces.

El control de todos los centros, autorizaciones y servicios sanitarios le cumplimos a rajatabla todos los días. Si usted pretende o entiende que debe aumentarse la

normativa para un control específico, la aplaudiremos, la debatiremos y lo conseguiremos si hace falta; pero no me exija a mí que, fuera de la norma, hoy esto, mañana lo otro, porque podríamos empezar ahora a controlar... ¡ah!, bueno, pues no sé, pues eso, usted quiere los de cirugía bariátrica, mañana las urgencias, pasado las cataratas, al otro día... Seamos un poco... seamos un poco -digamos- rigurosos.

Cumplimos la normativa. Si hay algún planteamiento, estamos dispuestos a recibirle, de algún control específico que por la vía de modificación de la norma le hagamos, pero tenga en cuenta que hay una

norma básica estatal, básica estatal, que se cumple para todas las Comunidades Autónomas, además de la que cumplimos la normativa específica de desarrollo en la Comunidad Autónoma.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ÁLVAREZ SASTRE): Muy bien, muchas gracias. Pues agradecemos, como siempre, la presencia del Consejero en esta Comisión y, no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión a las dieciocho horas cuarenta minutos].