



EUSKO LEGEBILTZARRA
PARLAMENTO VASCO

OSASUN BATZORDEAK 2018KO ABENDUAREN 19AN EGINDAKO BILKURAREN HITZETZ HITZETZKO TRANSKRIPZIOA

*Goizeko hamaikak eta hogeita hamalauan
hasi da bilkura.*

BATZORDEBURUAK (Bollain Urbietak): Beno. Egun on, guztioi. Gaurko Osasun Batzordeari ekingo diogu. Gai zerrendako lehenengo puntua, 2018ko abenduaren 5ean egindako bilkuraren akta irakurri eta, hala badagokio, onestea. Inork eragozpenik ez baldin badauka, ba onetsita geratzen da.

Bigarren puntua, Batzordeak eskatutako agerraldia, "Euskadiko Onkologia Plana 2018-2023" aurkezteko. Osasun sailburua da egilea. Beraz, berari emango diot hitza.

OSASUNeko SAILBURUAK (Darpón Sierra): Eskerrik asko, presidente jauna. Legebiltzarkideok, eguerdi on guztioi.

Gaur Osasun Batzordera gatz "Euskadiko Onkologia Plana" aurkeztera. Ondo dakizuenez, minbiziari aurre egitea Eusko Jaurlaritzaren lehen tasuna da. Azken urteotan minbizia gaitu duten pertsonen kopuruak gora egin du. Euskadi erreferentzia bat da Europa mailan. Hala ere, gure konpromisoa aurrera pausak ematen jarraitzea da. Konpromiso hori gure Gobernu Programan sartu genuen, asistentzia onkologikoa berrantolatuta eta plan onkologiko integrala diseinatzeko konpromisoa, hain zuzen ere. Eta gaur, minbizian adituak diren hainbat gizon-emakumeen lana gatz aurkeztera, aurrera pausu bat emanez berriro ere.

Me acompañan el viceconsejero de Salud, señor Iñaki Berraondo, y la directora de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria, Doctora Nekane Murga. Asimismo, antes de iniciar me gustaría mostrar mi agradecimiento al grupo de trabajo que ha elaborado el plan, así como al Consejo Asesor del Cáncer, por el magnífico trabajo realizado para la



elaboración y aprobación del "Plan Oncológico de Euskadi" que hoy presentamos ante ustedes.

Se trata de un plan promovido por el Departamento de Salud y Osakidetza, con el asesoramiento de diferentes grupos de expertos y profesionales implicados en la atención oncológica. También, quiero destacar y agradecer el papel y la participación de los pacientes en la elaboración del plan, mediante una representación designada por las asociaciones contra el cáncer del País Vasco, a quien es también quiero trasladar mi más sincero agradecimiento. Además, esta participación de los pacientes se trasladará también a la fase de despliegue del plan, dado que en el programa de formación de los profesionales para promover la humanización en la atención oncológica, van a participar a través de grupos focales. También estamos trabajando en la validación de escalas que permitan conocer la experiencia del paciente a lo largo de todo el proceso oncológico, así como en la metodología y las herramientas tecnológicas para obtener e incorporar la información a la historia clínica.

Como conocen, y como en el primer mundo, en Euskadi el cáncer es la principal causa de muerte. Y su abordaje en el sistema sanitario es una prioridad para el Gobierno Vasco, tal y como define el Plan de Salud 2013-2020. Desde el año 2000, en Euskadi se ha producido un aumento significativo de la supervivencia del cáncer. A principios de este año, en el mes de febrero hicimos públicos los datos del estudio de supervivencia del cáncer para el periodo 2000-2012, que refleja cómo la tasa de supervivencia estandarizada a los cinco años después del diagnóstico, alcanzó en el año 2012 el 52,2 % en los hombres y el 59,9 % en las mujeres. Unas tasas de supervivencia a día de hoy mejores que la media del estado y también que la media de Europa. Son, sin duda, datos esperanzadores.

Pero nuestro compromiso es continuar...

- (1. zintaren amaiera)
- (2. zintaren hasiera)

... a día de hoy, mejores que la media del Estado y también que la media de Europa. Son, sin duda, datos esperanzadores. Pero nuestro compromiso es continuar mejorando y avanzar en el abordaje del cáncer, una enfermedad de gran impacto en nuestra sociedad, porque, en Euskadi,



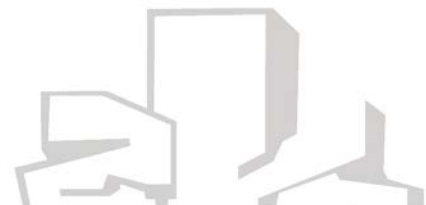
se detectan, al año, alrededor de 13.500 casos nuevos. Y nuestra realidad social de incremento del envejecimiento poblacional hará que esperemos que en el futuro continúen aumentando. Por eso, precisamente, es tan importante el proyecto. Y les puedo decir, con satisfacción, que estamos convencidos de que es un buen plan. Un plan que ha recibido recientemente el Premio Best In Class 2018 a la mejor estrategia en oncología del Estado.

El Plan Oncológico tiene como objetivo definir una estrategia y un modelo organizativo para mejorar los resultados de la atención oncológica en todas las personas que padecen o padecerán esta enfermedad, porque esta creemos que, en la atención oncológica, es la clave: la estrategia y el modelo organizativo.

Está basado en cinco aspectos fundamentales. El primero, en las estrategias de promoción de la salud y de prevención. Segundo, en implantar un modelo asistencial basado en el abordaje integral y personalizado del cáncer. Tercero, en la medicina de precisión, porque, indudablemente, en la atención oncológica, en el futuro, en el futuro próximo y a día de hoy, la medicina de precisión es sumamente importante. Cuarto, en la gestión de la atención oncológica a través de sistemas de información específicos y adecuados, que no solo incorporen los datos clínicos sino que también incorporen la calidad de vida que los pacientes alcanzan con los diferentes tratamientos oncológicos. Y por último, también, está basado en la innovación y en la investigación oncológica, una, también, de nuestras prioridades. Cinco aspectos que, posteriormente, la directora de Planificación, Evaluación y Ordenación Sanitaria explicará con mayor detalle.

Plan honek pazientearen arreta integralaren alde egiten du, kalitatezkoa eta pertsonalizatua den arreta baten alde. Ildo honetan, hurrengo urteetan prebentzio programak indartuko ditugu osasun maila altuagoak lortzeko. Esan dizuedan bezala, oso plan on baten aurrean aurkitzen gara, onkologikoa arloan adituan diren profesionalen garatutakoa.

Como les decía, uno de los ámbitos fundamentales del Plan, dado que hasta un 30 % de los cánceres, a día de hoy, se consideran prevenibles, es la promoción de hábitos de vida saludables. Promoción a través de la promoción de la práctica de la actividad física, a través de reducir el consumo de alcohol y tabaco, y a través de implementar estrategias para una alimentación más saludable.





Decía, también, que el diagnóstico precoz es otro aspecto fundamental. Y por eso, el Plan propone mejoras en los programas de cribado implantados en Euskadi, para el cáncer de mama y para el cáncer colorrectal. De esta manera, pretendemos seguir dando pasos para aproximar la participación al 90 % de la población diana en dichos programas, y seguir mejorando las tasas de supervivencia.

También quiero destacar en este ámbito, el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix, puesto en marcha para el colectivo de mujeres de 25 a 65 años. El despliegue de este programa, contemplado en el Plan e iniciado en la Comarca Debabarrena el pasado 18 de junio y en Debagoiena y en Álava el pasado noviembre, se irá extendiendo, paulatinamente, por el resto de comarcas de Gipuzkoa y Bizkaia, a lo largo del año que viene, entre los diferentes grupos de edad hasta completar todos los grupos en los tres Territorios en el año 2023.

Desde el Departamento de Salud y desde Osakidetza, vamos a seguir trabajando en la prevención y en el diagnóstico precoz, con el objetivo de reducir la mortalidad, mejorar la equidad de las personas en la atención oncológica y seguir aumentando la supervivencia de los pacientes con cáncer. Así, no se van a escatimar esfuerzos en la prevención y en el diagnóstico precoz. El segundo objetivo era el modelo asistencial, por ello, el Plan da un papel excepcional a Onkologikoa, un centro de prestigio con una larga trayectoria en Gipuzkoa y con una clara vocación de servicio público y social. Como conocen, llevamos tiempo trabajando en un proyecto de integración funcional de la oncología y queremos seguir dando pasos para mejorar la atención oncológica de Gipuzkoa y del conjunto de Euskadi.

Estamos trabajando en fórmulas que permiten avanzar hacia un servicio único de oncología de vanguardia para Gipuzkoa, que ofrezca a todas las personas con un proceso oncológico una atención de calidad, además de una planificación más racional y eficiente de los recursos. Como bien saben, el 4 de septiembre, el Consejo de Gobierno aprobó el Decreto 127/2018, sobre requisitos y procedimientos para la suscripción de convenios específicos de vinculación con centros sanitarios de titularidad privada sin ánimo de lucro, para la provisión de servicios sanitarios. Decreto que tiene que posibilitar la colaboración entre el sector público y el sector privado sin ánimo de lucro, mediante la integración organizativa de sus recursos para una



utilización más eficaz y eficiente de los mismos. Y este es el caso de Onkologikoa.

Onkologikoarekin gure erlazioa zabalagoa izango da. Gogora ekarri nahi dut onkologikoak Gipuzkoan egin duen ibilbide luzea eta zerbitzu publiko eta soziala eskaintzeko duen bokazio nabarmena. Emandako aurrerapausori esker, Donostiako Ospitale Unibertsitarioa eta Onkologikoa hobeto koordinatzea eta osatzea posible izango da laster.

Eta gehiago luzatu gabe, Nekane Murga doktoreari pasatuko diot hitza, Plan Onkologikoaren zehaztasunak aurkeztu ditzan.

Y sin más, ceder la palabra a la doctora Murga para que presente el Plan Oncológico de Euskadi con mayor profundidad de detalle.

PLANGINTZA, ANTOLAMENDU ETA EBALUAZIO SANITARIOKO ZUZENDARIAK (Murga Eizagahevarria): Eskerrik asko. Egun on denoi.

Bueno, paso... inicialmente, voy a hacer una presentación de la epidemiología, de algunos aspectos en relación a una foto de la situación asistencial y de...

- (2. zintaren amaiera)
- (3. zintaren hasiera)

... hacer una presentación de la epidemiología, de algunos aspectos en relación a una foto de la situación asistencial y de los cribados y prevención, y después voy a presentar cada uno de los ejes de actuación con los objetivos de cada uno de ellos, como han podido ver en la presentación que ya les hemos entregado.

Desde el punto de vista de epidemiología, destacar cómo sabemos que es la primera causa de muerte fundamentalmente en varones, en mujeres a partir de cierta edad tiene... está, vamos a decir, empatada con las causas cardiovasculares. Y cómo por el registro de cáncer conocemos que en el periodo 2009- 2013 ha habido 67.400 nuevos casos, lo cual es una media en torno a los 13.482 casos/año.





En el caso de los varones la localización más frecuente es la próstata, colon y recto, pulmón y vejiga. Y en este periodo de tiempo la mortalidad se ha reducido en 1,3 %.

Por otra parte, las mujeres la localización más frecuente es la mama, luego la colorrectal y también tenemos aquí el pulmón, pero el cuarto aparece..., voy a ir pasando, perdón, aparece útero. En este caso la mortalidad en este periodo de tiempo se redujo el 0,3 %.

En la edad pediátrica tenemos en torno a 60 casos de media año. Y las localizaciones son el tejido linfático, el cerebral y la médula ósea.

En relación con la supervivencia habíamos seleccionado estos gráficos que muestran una foto global en el que puede apreciarse en franjas de edades y por sexo las diferencias que hay en la supervivencia y cómo son los cambios que pueden observarse a lo largo del periodo 2000-2012.

Como pueden ver, (...) en las poblaciones más jóvenes la mejora de la supervivencia es más significativa y además pues esta patología tiene una tasa de supervivencia más elevada. El incremento se encuentra en torno a los cinco y seis puntos en mejora de la supervivencia en este periodo.

Por otra parte, presento datos asistenciales. Quiero en este punto resaltar que no quiero dejar de dar importancia a la repercusión social, familiar, en calidad de vida y otros aspectos. Pero desde el punto de vista de asistencia, para valorar los cambios de un año... en años consecutivos, pueden ver cómo se incrementa el número de pacientes que tienen hospitalizaciones relacionadas con el cáncer, también las consultas externas y las sesiones tanto de radioterapia como de quimioterapia. Y si miramos el coste de fármacos, también puede verse cómo tiene un incremento en estos años.

Uno de los pilares que tenemos como sociedad y como sistema sanitario son los programas de cribado. Aquí menciono el de colorrectal, aunque, bueno, también el de mama podemos decir que está a niveles similares. Tenemos en concreto, por dar datos de uno de ellos, tenemos como es una base poblacional, como la participación es a nivel europeo modélica, como también se integra con Atención Primaria la respuesta de lo que precisan los pacientes individualizadamente con colonoscopias con sedación y como realizamos una monitorización y evaluación de los resultados.





Aquí también destacaba que recientemente ha habido una publicación de importancia científica en la que hemos aparecido como un sistema sanitario que las personas que participan en el cribado de cáncer de colón a cinco años tienen una mortalidad por esta patología menor del 20 %. Realmente este es un logro organizativo, pero también por la participación y la confianza que pone la población en nuestros sistemas de cribado. Y también quería resaltar.

A partir de todo esto, y dada la importancia que consideramos que tiene esta patología, pues surge la creación del Plan Oncológico de Euskadi. Y para ello a partir del Consejo Asesor de Cáncer se crean unos grupos de expertos en lo que también he mencionado, como ha mencionado el sailburu, también han participado representación de pacientes. Y a partir de ello se identifican grupos de trabajo que buscan los ejes. Pero siempre a todos se les da una idea transversal, y es que tenemos que conseguir que las acciones que realicemos tengan repercusión final en dos aspectos fundamentales: en el paciente, en la percepción del paciente, y también en los resultados en salud, y poner siempre en el centro de las actuaciones a las personas.

A partir de este mensaje a todos los grupos de trabajo y todos los que participaban se determinan los cinco ejes de actuación y 39 objetivos.

Y paso a continuación a resaltar los dos objetivos principales. El primero de ellos seguir en esta mejora de la supervivencia y tenerlo como un objetivo a mantener. Pero también que aparte de aspectos técnicos y científicos...

(3. zintaren amaiera)

(4. zintaren hasiera)

... y tenerlo como un objetivo a mantener. Pero también que aparte de aspectos técnicos y científicos debemos transmitir a toda la organización la cultura de que uno de nuestros objetivos también es mejorar la humanización y la percepción del paciente y sus familiares.

Nos planteamos una pregunta ante la idea de cómo mejorar la humanización o la percepción que pueden tener los pacientes que interactúan con nuestro sistema sanitario y con nuestros profesionales por esta patología.



Y esta pregunta es qué deben conocer el conjunto de las personas que trabajan en Osakidetza que atienden a estos pacientes en los diferentes ámbitos y desde los diferentes puestos, qué necesitan más allá de aspectos técnicos específicos que puedan mejorar la experiencia del paciente.

Y a partir de aquí empezamos a trabajar una serie de líneas de trabajo para alcanzar el objetivo de la humanización de la asistencia.

Esta primera línea es que es necesario conocer la vivencia del paciente oncológico. Y para ello están la participación de las asociaciones de pacientes y la creación de grupos focales.

A partir de ahí tenemos que identificar qué quiere el paciente conocer y en qué momentos, qué etapas tiene a lo largo de su enfermedad, qué habilidades pueden ser necesarias para mejorar la comunicación, cómo podemos también conocer mejor la experiencia y detectar lo que da valor el paciente al final del proceso.

Y finalmente tener claro que sí es cierto que hay profesionales con más interacción e impacto en esta patología, pero que todo paciente, dado que en la actualidad hay personas que afortunadamente sobreviven y que siguen en el sistema sanitario, todo el personal tiene que tener algunos aspectos sobre trato y cómo en ocasiones no demonizar esta enfermedad, que es a veces lo que perciben los pacientes cuando van a..., va, pero es que usted tuvo..., o qué es de lo suyo, pues intentar identificar en el conjunto de profesionales, independientemente que se dediquen a esta patología directamente, herramientas para facilitar la comunicación y conocer lo que necesita el paciente.

La línea dos está ya en cierto modo expuesto en lo anterior, que es acercar la oncología no solo a los profesionales que trabajan específicamente, y, por otra parte, conseguir una coordinación entre niveles, interdisciplinar, para el abordaje de estos pacientes.

Todos sabemos que el Sistema Vasco de Salud trabaja mediante la integración en una línea de mejorar la coordinación y de eliminar las brechas y los gaps entre profesionales. Y este es un ámbito que tenemos que seguir trabajando integrando también el proceso oncológico. Una línea más dentro de la integración que está ya en el ADN de los profesionales de Osakidetza.



Por otra parte, este trabajo en las habilidades de relación y también en la valoración psicoemocional de los pacientes oncológicos.

Y como nos parece transversal y prioritario, esta es una de las líneas de actuación que ya hemos empezado y que tenemos previsto seguir avanzando en el próximo año.

Está ya identificado un plan de formación, que va a ser presencial y online. Los grupos de trabajo que van a diseñar. Se va a incorporar a los itinerarios formativos de los diferentes profesionales. Y está ya el diseño de los cursos.

Por otra parte, hay un plan de comunicación de este Plan Oncológico a los diferentes profesionales tanto asistenciales como de gestión del sistema sanitario. Y en las OSI y en todos los servicios de oncología y todos los relacionados, así como otros profesionales implicados, se está identificando cómo llegar a todos los profesionales en la difusión de este plan y de estos objetivos, y especialmente el de humanización.

Por otra parte, está el apoyo a pacientes y familiares. Y para ello tenemos en marcha el programa del Paciente Activo, que se llama "Cuidando mi Salud después del Cáncer". En el que están formados ya más de 45 monitores. Muchos de ellos han salido a partir de las asociaciones de pacientes con cáncer.

Se ha presentado en las OSI para que sepan en qué pacientes están indicados y se deriven pacientes.

Y ya está el primer curso realizándose, ya está en marcha.

Como ha mencionado también previamente, uno de los aspectos que consideramos en primera línea es la evaluación de la percepción del paciente. Pero para esto es necesario identificar herramientas validadas y cómo utilizar estos cuestionarios, en qué momento, cómo incorporar a la historia clínica.

Para ello estamos en un proyecto internacional, es el OLCAM. Que lo que está en dos patologías participamos, que son el cáncer de mama y el cáncer de pulmón. Están dos OSI implicadas. Y lo que se está haciendo es un



grupo de expertos con pacientes está identificando en qué momento del proceso asistencial es...

- (4. zintaren amaiera)
- (5. zintaren hasiera)

... es un grupo de expertos con pacientes está identificando en qué momento del proceso asistencial es importante valorar la percepción del paciente. Por ejemplo, un punto clave puede ser posterior a que al paciente en una consulta se le informe sobre un diagnóstico. Entonces, con este proyecto se trabaja qué preguntas pueden identificar la experiencia, lo que el paciente y sus familiares necesitarían en esta etapa y luego cómo volcar a la historia, para a partir de ahí poder los propios profesionales y la propia organización ver cuáles son las necesidades reales, como he mencionado, el momento del diagnóstico podría ser después de la radioterapia o en el momento posterior a la cirugía. Entonces, se identifican en el proceso del cáncer de mama y de pulmón los momentos clave. Unos cuestionarios que se validan, se están traduciendo a euskera y castellano. Y se va a hacer una validación con los pacientes para ver sus respuestas y si discriminan y son capaces de identificar, perdón, necesidades especiales.

Paso ya a la parte de la prevención y el diagnóstico precoz, en el que están las acciones... Aquí pueden ver los diferentes ejes y al que ya pasamos. Y aquí estaría la acción intersectorial que... en los que los hábitos de vida sabemos que son clave en la prevención de esta patología. Pero creemos que el trabajo se debe realizar con las instituciones y promoviendo los planes institucionales que ya están en marcha. Tener indicadores específicos, pero también los que ellos están utilizando.

Y para la promoción del ejercicio físico, las iniciativas de alimentación saludable y la disminución del consumo del alcohol y tabaco tenemos líneas de salud pública, diputaciones, ayuntamientos, etcétera que vamos a promover y sumarnos dentro del Plan Oncológico para potenciar sus resultados.

Por otra parte, tenemos algo claramente relacionado con la acción vamos a decir sanitaria, con los procedimientos sanitarios, que son las radiaciones ionizantes. En esta línea se trabaja en promover la optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que usen radiación ionizante, la





creación de protocolos y explotar los datos acumulados gracias al historial dosimétrico. Y todas las nuevas adquisiciones de tecnología que realizan este tipo de pruebas envíen la información al historial dosimétrico del paciente. Y además a los pacientes se les informe de qué nivel tienen de radiación ionizante por los estudios a los que han sido... en los que han sido incluidos. Y poder realizar un seguimiento especialmente en las personas más jóvenes.

Por otra parte, tenemos el melanoma. Y aquí creemos que la información y difusión de los riesgos y las formas de prevención del riesgo son una línea de actuación, en coordinación con aquellos ámbitos donde estén las dianas a las que nos debemos dirigir, como son padres y madres en el caso de prevenir la exposición prolongada solar de los más jóvenes y especialmente sin protección.

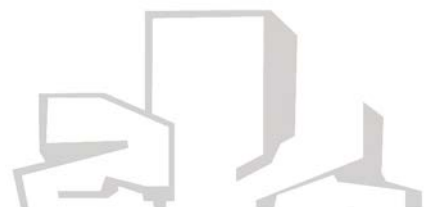
Tenemos a continuación el ámbito de la medicina laboral. Eskerrik asko. Entonces, aquí creemos que los sistemas de información deben también empezar a trabajar este tipo de patología. En historia clínica se va a empezar cuando se haga un diagnóstico de riesgo que sea de origen profesional, por ejemplo, van a aparecer alarmas para que el profesional marque si lo ve posible o no. Entonces, es trabajar en la línea de ir conjuntamente con los médicos de salud laboral y el resto de profesionales de salud laboral para revisar los protocolos, sensibilizar, identificar cuáles son las exposiciones a agentes cancerígenos y ver qué protocolos de seguimiento pueden precisar estos pacientes y aunar las bases de datos y herramientas tecnológicas para promover la colaboración entre todos.

Por otra parte, están ya los programas de cribado, que los objetivos son del 15 al 19. Y en ellos está, por una parte, mejorar los programas ya implantados. Para ello se han formado grupos que están identificando áreas de mejora. Luego, si hay tiempo, pues podríamos describir algunos aspectos.

Se tiene como objetivo pues seguir manteniendo, e incluso incrementar, la población que participe en los programas, los calendarios de participación. Y en lo que estamos realmente volcados y creemos que va a tener repercusión en unos años va a ser en el cribado de cáncer poblacional de cérvix, que ya esperamos...

(5. zintaren amaiera)

(6. zintaren hasiera)





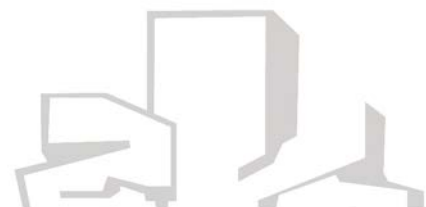
... va a ser en el cribado de cáncer poblacional de cérvix, que ya esperamos en el próximo año en una franja de edad se extienda a todas las mujeres vascas, pero en los siguientes años de forma poblacional a todas. Y ya hemos incorporado el cribado de cáncer oportunista a los protocolos y al laboratorio para que sigan el mismo circuito todas las mujeres que acuden al sistema sanitario y en los que se realiza este tipo de muestras.

Por otra parte, paso a otro eje de actuación, que son los sistemas de información. Conocer cuáles son los resultados en salud es uno de nuestros objetivos. Tenemos en la actualidad unos registros tanto de cáncer, de mortalidad, tenemos también la estratificación por zonas, tenemos también por los proyectos Medea las desigualdades y los temas determinantes de salud, tenemos información que utilizamos para la estratificación, identificar los planes en la actuación de los diferentes profesionales en nuestros pacientes. Pero queremos incorporar y aprovechar las mejoras tecnológicas y en los sistemas de información para conseguir todavía avanzar y seguir mejorando el conocimiento que tenemos de la población vasca.

Así entre los objetivos de los sistemas de información está el 20, que lo que trata es de mejorar el registro de cáncer en la cantidad de información. Estamos identificando qué variables podrían dar más valor a lo que nos aporta este registro. Y también estamos evaluando cómo sin perder su gran valor, que es su gran precisión, conseguir reducir plazos y que nos pueda dar información de forma más rápida.

Por otra parte, otro punto que nos parece clave desde el punto de vista de los sistemas de información son los tratamientos. Y para ello la siguiente imagen, la mostraré, es específica del Oncobide. Es el proyecto que ya tiene parte de su... ya está en marcha, que es un programa para la prescripción, preparación y dispensación de las medicaciones oncológicas en los servicios hospitalarios y también por los servicios en farmacia hospitalaria.

El objetivo 22 estaría incorporar la calidad de vida a la evaluación y a nuestros sistemas de conocimiento y de información. Y por otra parte, en los medicamentos llegar a conocer cuáles son aquellos que están siendo más eficaces y en qué porcentaje resuelven las patologías. Y empezar a valorar una relación de pago por resultados por los fármacos que obtengan realmente resultados en salud en nuestros pacientes.





Para ello tenemos en marcha el Oncobide. El Oncobide busca la seguridad del paciente y de los profesionales que participan en la preparación de los fármacos que se administran en oncología, también busca reducir la variabilidad que no está, vamos a decir, justificada y, por otra parte, la evaluación de los resultados de los fármacos que se administran.

Hay una Comisión Corporativa de Farmacia, de la cual hay una subcomisión que trata los fármacos oncológicos.

Se han formado grupos de trabajo de profesionales que han elaborado o están elaborando, porque esto es algo que periódicamente según haya innovaciones, nuevos fármacos o nuevas evidencias sobre nuevos fármacos no es un vademécum fijo, sino que va a necesitar una actualización permanente. Pero se ha creado un vademécum corporativo, a partir del cual se definen cuáles son aquellos fármacos que para un determinado... para una determinada patología tienen la mayor evidencia para que en el caso de que haya varios fármacos ver cuál es aquel que la organización, por facilidad en la dispensación, porque da mejor calidad de vida al paciente, porque por motivos que se deben valorar, puede que priorice siempre ante igualdad de evidencia científica. Y de esta forma hacer una ayuda a la prescripción a los profesionales.

Entonces, tenemos, por una parte, la prescripción, que sería una ayuda a la... para el profesional; por otra parte, tiene una conexión con farmacia y con los hospitales de día, para las unidades de hospitalización de día donde se suelen dar estos fármacos, para homogeneizar la preparación de los fármacos. Y por otra parte...

(6. zintaren amaiera)

(7. zintaren hasiera)

... desde hospitalización de día donde se suelen dar estos fármacos para homogeneizar la preparación de los fármacos. Y por otra parte, también hace que en toda la organización la Administración se realice de forma homogénea.

Tiene un módulo de explotación de datos donde nos va a permitir ver qué fármacos se utilizan para cada patología. También, uniéndolo a todo el



sistema de información de datos, poder incorporar los tratamientos, sus efectos secundarios, la percepción del paciente de estos al conjunto de la medición de resultados y a la evaluación de los resultados en salud y de la percepción del propio paciente. Queremos que todos los datos relevantes para la medición de resultados, y el tratamiento por supuesto es uno de ellos, finalmente confluyan para mejorar la asistencia a nuestros pacientes.

Y el tercer eje es el modelo asistencial. Sabemos que el modelo asistencial del cáncer provoca... hace, perdón, que muchos profesionales diferentes participen. Y que es muy importante la formación de equipos multidisciplinares y que haya coordinación y continuidad asistencial entre todos ellos. Para ello nos planteamos una serie de medidas que buscan todas el objetivo de organizar y gestionar el proceso oncológico de forma multidisciplinar. Y para ello centramos el modelo asistencial en los comités de tumores. En los comités de tumores, que ya funcionaban en algunos... en los hospitales y en algunas patologías, hasta ahora en estos meses hemos trabajado en definir claramente cuáles son sus funciones y qué componentes deben estar en ellos.

Por ejemplo, pues el papel de la medicina de familia en estos comités para revisar las rutas prioritarias y para, por ejemplo, los largos supervivientes y para ver el proceso asistencial integrado nos parece una figura imprescindible en los comités de tumores.

También incorporamos a la enfermera de enlace, que va a tratar de dar continuidad a lo largo de todos los servicios, en ocasiones Oncología, servicio quirúrgico, radioterapia, a través de los cuales el paciente a lo largo de su enfermedad va pasando por diferentes necesidades.

Estos comités de tumores van a tener trazabilidad. Se está trabajando en unas agendas. Y van a tener un soporte administrativo para poder desarrollar sus funciones, que, ya os digo, están establecidas y, bueno, es algo que estamos trabajando. Y ya están en todas las OSI definidos qué comités debe haber en cada uno de ellos y con qué componentes.

Y luego está la comisión de tumores. Esta sería una por OSI, por OSI con pacientes oncológicos. Y su función es más vamos a decir de gestión y de dar homogeneidad a los diferentes comités.





Por otra parte, el objetivo 24, están los canales de diagnóstico rápido entre Atención Primaria y lo que es los comités de tumores. Ya digo que para ello van a participar activamente. Y se va a revisar los canales prioritarios que ya tenemos... las rutas prioritarias que ya tenemos en este momento para ver los puntos de mejora.

En el modelo asistencia otro aspecto que estamos trabajando es empezar a valorar qué proceso oncológicos por su alta complejidad y baja prevalencia pueden beneficiarse de un mayor (¿espertis?), una mayor concentración de pacientes en determinadas áreas, unidades o servicios del Sistema Público Vasco.

Esto estamos ahora mismo ya que hemos identificado... hemos... el cribado de cáncer de cérvix por medio de las unidades de cérvix nos ha dado la oportunidad de revisar muy bien esta patología. Y estamos identificando pues tumores que en determinados estadios pueden necesitar cirugías, que en muchas ocasiones no es solo el ginecólogo, sino que puede estar implicado también el digestivo, el urólogo o el plástico. Y que realmente en el estadio tres con repercusión peritoneal puede que solo haya 25 o 30 casos año. Y realmente montar... tener equipos que a estas 25, 30 mujeres... y luego esto se irá valorando en otros procesos creemos que puede... esta reflexión revisar rutas y hacerlo realmente lo más transparente para el paciente, identificando en qué momentos del proceso obtiene beneficio que la paciente pueda desplazarse a otra OSI, pero que realmente esto es eficiente, debemos analizarlo no tumor por tumor, sino estadio por estadio. En concreto en el tumor ovárico pues puede ser el 2B, el estadio 2B, en el que realmente unos equipos...

(7. zintaren amaiera)

(8. zintaren hasiera)

... en concreto en el tumor ovárico, pues puede ser el 2B, el estadio 2B, en el que realmente unos equipos de estas características pueden aportar valor.

Entonces, esto es algo que están los equipos de profesionales trabajando, definiendo y que es una línea de trabajo, también, con un compromiso de las unidades que lo operen de medir resultados y de una evaluación continua.





Sigo con el objetivo 26, en el que ya nos centramos en los más jóvenes, en el cáncer pediátrico y adolescente. Ha habido recientemente un acuerdo interterritorial, y se va a formar una comisión de Euskadi en la que estén los servicios de pediatría, no solo los que tratan pacientes con cáncer, sino también aquellos que remiten para analizar aspectos de mejora. Como pueden ser los cuidados paliativos pediátricos, qué patologías o qué cirugías, dado que la prevalencia, afortunadamente, es baja pueden beneficiarse incluso de concentrar en determinados hospitales. Nosotros solo tenemos dos que tratan, pero habría que ver si en algún proceso puede ser incluso que fueran de uno a otro. Esto es algo que deben analizar los profesionales que llevan directamente estos pacientes, y, además, hacerlo en los casos claramente que aporten valor.

Por otra parte, queremos prestar especial atención a poblaciones con cáncer concreta, como son las personas de edad avanzada. Y en ellas analizar los resultados y cuáles son las medidas que les aportan mayor calidad, les pueden mantener la calidad de vida, que en ocasiones, pues vamos a decir en determinadas edades también, pues es lo que realmente quiere el paciente y los que estamos alrededor, ¿no?

Los cuidados paliativos, hay un plan de cuidados paliativos y nos sumamos a él, y vamos a hacer un seguimiento de sus indicadores y sumarnos.

En la siguiente imagen tenía los valores que queremos dar al modelo asistencial que atienda a nuestros pacientes y a sus familiares en el sistema vasco de salud. Y queremos la multidisciplinariedad, la continuidad asistencial, los circuitos prioritarios para un diagnóstico precoz y la prevención, concentrar intervenciones diagnósticas o terapéuticas complejas que aporten valor al resultado en salud del paciente, mejorar la comunicación y coordinación de los implicados, el apoyo psicoemocional e identificar poblaciones y personas con necesidades especiales.

Ya estoy, prácticamente, en los dos últimos que son más cortos. Aquí mencionar la medicina personalizada. Hay una estrategia a nivel nacional. Creemos que nosotros estamos en un momento en el que tenemos que equilibrar las evidencias, el conocimiento y la innovación. Tampoco el adelantarnos, en ocasiones, supone dar una mejor asistencia a los pacientes,



para ello se ha formado un comité a nivel de..., perdón, un consejo asesor finalmente de medicina personalizada. Porque creemos que la medicina personalizada no es exclusiva de la oncología, sino que también tenemos enfermedades raras y otras que pueden, claramente, beneficiarse. Y, a partir de ahí, formar el grupo concreto en oncología que va a trabajar en red con referentes en las diferentes OSI y en los diferentes institutos de investigación.

Y queremos dar en el diagnóstico molecular de cáncer los primeros casos con una patología de tanta repercusión en nuestra sociedad por su pronóstico, por su, ya he mencionado en epidemiología como afecta tanto a hombres y mujeres, como es el cáncer de pulmón.

Y por otra parte, hacer un centro de diagnóstico molecular que sea referente para toda la comunidad y también pueda serlo para otros.

Y finalmente, paso a la parte de investigación donde aquí ya estamos trabajando en que los servicios que, tenemos que ser competitivos si queremos atraer investigación, ensayos clínicos, vamos a decir de calidad. Y para ello tenemos que conseguir que se trabaje en un marco común y, también, que se ofrezca a todos los pacientes la posibilidad de participar en ensayos clínicos o experiencias de investigación que puedan dar valor a ese paciente y al conjunto, ¿no? Para ello hay un programa que hemos creado que va a enlazar con el Onkobide, en el que se está trabajando, donde cuando se pongan los datos clínicos de un paciente va a decir qué ensayos están en marcha y si ese paciente podría beneficiarse de ser incluido.

Queremos que ese grupo de medicina personalizada trabaje y defina qué se puede trasladar a la práctica clínica asistencial...

(8. zintaren amaiera)

(9. zintaren hasiera)

... ese grupo de medicina personalizada trabaje y defina qué se puede trasladar a la práctica clínica asistencial.

Queremos también potenciar los programas de innovación quirúrgica en oncología. Tenemos varias líneas de trabajo en cirugía innovadora 3D en campos de la traumatología y cardiovascular. Y el cáncer, queremos también potenciarlo y realmente conseguir mejorar nuestra investigación y, sobre todo,



que se traslade en el momento que haya evidencia suficiente a la práctica asistencial.

Finalmente, tenía actuaciones que se han... en las que hemos trabajado estos meses. Como veis está el programa de cáncer de cérvix, el diseño de las líneas de humanización y de paciente activo, la vinculación del oncológico, la protocolización corporativa de prescripción y dispensación en OnkoBide. Este mes empieza una de nuestras OSIs a prescribir, inicialmente por temas de seguridad del paciente, lo va a hacer simultánea con el sistema tradicional, pero se empieza ya a poner en marcha la prescripción. Estamos ya en una fase ya de implementación.

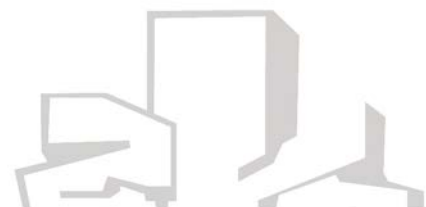
Por otra parte, el modelo de la definición y despliegue del modelo asistencial, tenemos ya creados los comités y las comisiones en todas las OSIs. Muchos de ellos ya se han reunido, están ya identificados los enfermeros de enlace y estamos ya buscando los profesionales referentes para las organizaciones que no tienen oncología. Y el análisis de la actividad quirúrgica y las posibles áreas que podrían beneficiarse de esta revisión de resultados y expertis. Y el programa de gestión de ensayos clínicos, que también está ya diseñado y se va a poner en marcha pronto.

Bueno, gracias por su atención. Siento si me he alargado más de lo previsto.

BATZORDEBURUAK: Vale, ba bueno, eskerrik asko bioi. Ondoren taldeen txandara pasatuz, Popularretik Garrido andreak du hitza.

GARRIDO KNÖRR andreak: Sí, bueno, eskerrak Sailburuari, Sailburuordeari eta Zuzendariari hemen egoteagatik eta eman dituzuen azalpenengatik gai honi buruz.

Gaur onkologia plana aurkeztu egin da batzorde honetan. Bereziki, hemen Sailburuak eta Zuzendariak bere azalpenetan azaldu duten bezala eta esan duten bezala, minbiziari aurre egiteko eta jakin da minbizia azken urteotan gora egiten ari dela. Eta plan honen helburua, bere hitzetan, da plan integral bat sustatzea eta ere dagokion asistentzia berrantolatzea.





Horretarako adituen, profesionalen taldeak osatu egin dira eta horren arabera, gaur batzorde honetan aurkeztu egin duzue plan hau. Bueno, yo voy a hacer unas pocas preguntas, porque sí que hemos tenido a disposición este plan y, por lo tanto, lo hemos podido estudiar y ojear. Pero me voy a ceñir más a cuestiones que han sido señaladas por parte de los comparecientes con algunas preguntas muy concretas.

En relación al modelo asistencial, el señor Consejero ha destacado el papel prioritario de Onkologikoa, es así, sobre todo porque es una referencia a la atención oncológica, no solo en el territorio de Gipuzkoa, sino también en el resto de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Pero sí que me gustaría que pudieran hacer también, al margen de las actuaciones que tienen una implicación o que van a tener una repercusión o que van a hacer que se tengan involucrar las ?? organizaciones sanitarias. Sí me gustaría, bueno, pues una referencia concreta a las unidades oncológicas ya del resto de los hospitales en el País Vasco, puesto que se han centrado solo en el papel prioritario de Onkologikoa. Que no dudamos que no sea así, pero sí que queremos saber también alguna referencia más concreta con mejoras, si tienen previsto en las unidades oncológicas ya existentes. Al margen de que todas las líneas estratégicas y las medidas tengan su implantación en las diferentes OSIs.

Por otra parte, en relación a los datos epidemiológicos y a las causas de muerte, bueno, el cáncer en los hombres, en los varones la primera causa de mortalidad y en las mujeres en una franja de edad empata con las enfermedades cardiovasculares. Pero cuando han hablado de las tasas de supervivencia, si no he entendido mal, me ha llamado la atención que los datos de supervivencia, el descenso de los datos de supervivencia son bastante, cuantitativamente bastante menores en las mujeres que en los hombres. En las mujeres ha dicho un 0,3 y en los hombres un uno y pico. Bueno, pues quería saber si se han analizado estas tasas de supervivencia que sean bastante más bajas en las mujeres que en los hombres.

Y sobre todo, también, una referencia, también a las franjas de edades en donde estas tasas, comparativamente con las de los hombres, son más bajas. Porque ya digo, que es un dato que me ha llamado la atención.

En relación a otra de las cuestiones que nos parece fundamentales y que también a lo largo de numerosas iniciativas hemos hecho referencia a esa



cuestión, por considerarlo prioritario, es todo el tema, y sobre todo que es, también, una de las líneas estratégicas que han presentado hoy en este plan integral del cáncer, es todo lo que tiene que ver con la prevención y promoción de la salud. Y cómo los hábitos de vida son claves en la prevención y, sobre todo, el valor que tiene la prevención en poder prevenir un 30 %, si no me ha parecido mal entender, también en apariciones ya de la enfermedad, en la aparición de la enfermedad del cáncer.

Cuando han hablado de promover los planes institucionales ya en marcha, hablaban del ejercicio físico, de la alimentación saludable, del consumo de alcohol y de tabaco y de, bueno, sobre todo promover los planes que ya están en marcha, que se ponen en marcha con la colaboración de los ayuntamientos y diputaciones. Pero en este sentido, y dado la importancia y la...

(9. zintaren amaiera)

(10. zintaren hasiera)

... están en marcha, que se ponen en marcha con la colaboración de ayuntamientos y diputaciones. Pero en este sentido y dado la importancia y la relevancia que le dan a este punto como una línea estratégica absolutamente prioritaria en el desarrollo de la ejecución de este plan, queríamos también saber si a parte de los planes institucionales ya en marcha se plantean alguna acción novedosa, puesto que es una cuestión en la que, claramente, nosotros también consideramos que hay que incidir.

En relación a los programas de cribado, se ha señalado, bueno, el objetivo del despliegue total de programa de cribado de cérvix para el año que viene, si no he entendido mal, entiendo que es a lo largo del 2019... Ah, una franja de edad, bueno, pues eso, que nos detallen más ya el despliegue total, ya por fases cómo iría en los años sucesivos.

Y cuando han hecho referencia a mejorar los ya implantados, bueno, si nos pueden señalar si tienen identificadas ya áreas concretas de mejoras. Han hecho referencia, además, que son planes que tienen una gran aceptación, confianza, una alta participación. Pero bueno, si están identificadas esas áreas de mejora concretas.





Y bueno, de momento esas son las preguntas que hemos elegido para formularlas en esta comparecencia. Sin perjuicio, obviamente, de que como a lo largo y, ustedes mismos han señalado, que es un buen plan, pero, obviamente, bueno, la calificación de un buen plan sobre el papel puede estar muy bien, pero si es un buen plan y estamos ante un buen plan que esperemos que sea obviamente así por el bien de todos, la mejora de la calidad de vida, especialmente de los pacientes que padecen esta enfermedad y de sus familias, pues se verá con su ejecución y su desarrollo. Y, obviamente, pues también podemos, bueno, pues plantear distintas iniciativas, también, en aras a mejorar las líneas estratégicas o medidas concretas que veamos que en su desarrollo puedan ser susceptibles de mejora.

Nada más, muchas gracias.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko zuri, Garrido andrea.

Ondoren, Euskal Sozialistak taldetik, Rojo andreak du hitza.

ROJO SOLANA andreak: Gracias, presidente. Buenos días a todos y a todas.

Bueno, en primer lugar darles las gracias por la comparecencia para la explicación del Plan Oncológico de Euskadi. A mí me parece un plan no sé si bueno, como decía la señora López de Ocariz, creo que sí a juzgar por los objetivos, sobre todo marcados por parte del Departamento. Es un plan a cinco años, pero, efectivamente, no se viene de cero. Creo que es implementar la acción que se venía haciendo de años anteriores.

Es verdad que el cáncer es algo que cada vez parece que está no sé si más presente o cada vez hay más información sobre el mismo, pero, efectivamente, es una enfermedad sobre la que hay que actuar y que la investigación en algunos de los cánceres pues va más rápido que en otros. Y ahí están los resultados que se pueden conocer de las tasas de mortalidad, la curación.





Por tanto, creo que a partir de este plan podremos ver cómo se ha ido ejecutando el anterior, porque también colea lo que ya se ha venido haciendo y se podrá hacer, bueno pues un estudio o un análisis de lo que se va consiguiendo a partir de este plan, como digo, ¿no?

Efectivamente, a nosotros nos parece importante lo que tienen que ver con un diagnóstico precoz, porque entendemos que ahí es donde se puede empezar a, bueno, pues a cribar algunas, bueno pues algunos enfermos, ¿no?, pillar antes la enfermedad para poder actuar de una manera más rápida.

Y luego el tema de la prevención. Porque, efectivamente, yo creo que aunque se están dando muchos pasos por parte de quienes se dedican a esto, creo que todavía no sé si es una falta de información, no sé si existe la información pero no hay un acceso bueno pues en un porcentaje mayor todavía de lo que tienen que haber. Porque yo creo que en el caso de pues las mujeres con el tema del cáncer de mama, el de cérvix, yo creo que todavía pues hay una falta no sé si de acudir en el momento oportuno a realizarse las pruebas oportunas, cuando, efectivamente, el sistema público de salud las ofrece, las realiza y como digo, eso puede ahondar en un diagnóstico precoz y poder prevenir la enfermedad.

Por tanto esta era una cuestión que les quería preguntar, qué valoración hacen de la llegada de la información a los pacientes para poder bueno pues mejorar en esa prevención y en ese diagnóstico precoz.

Luego, decirles que nos parece interesante el plantear a la persona como eje de la atención. Porque, efectivamente, es importante la forma de tratar la enfermedad desde el punto de vista médico, pero, también, es importante tratar al enfermo desde que llega al diagnóstico hasta el planteamiento de la propia enfermedad. Por lo tanto, eso nos parece bueno pues un planteamiento positivo, intentar humanizar lo que tiene que ver, bueno, pues con la enfermedad y el tratamiento del mismo. No solo con el enfermo, sino también con las familias, que yo creo que desarrollan, bueno, pues un papel fundamental en lo que tiene que ver con la curación y el desarrollo de la propia enfermedad.

Por tanto, ante la presentación de este plan, decir que en principio nos parece positivo. Creemos que es ambicioso porque el número de objetivos



planteados por el Gobierno son muchos y no son vacíos de contenido, sino que creo que llevan aparejados muchas acciones de trabajo, de control y de, bueno, de implementación de lo que ya se venía haciendo. Y por tanto, a partir de ahora hay cinco años de trabajo para el cumplimiento del mismo, y permaneceremos atentos a lo que suceda.

Nada más, muchas gracias.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, Rojo andrea.

Ondoren, Elkarrekin Podemos taldetik, Uria jaunak du hitza.

URIA SERRRANO jaunak: Egun on guztioi. Egun on, sailburu. Egun on, compañeros Nekane Murga, Iñaki Berraondo, siempre un placer saludaros.

Es un plan excelente. Quiero decir, que no es de extrañar que hayan dado un premio al Departamento de Salud. Un plan muy bien estructurado donde diagnostica perfectamente las incidencias, las prevalencias, las tasas de mortalidad y supervivencia del cáncer. Donde organiza con líneas estratégicas los procesos de atención y donde plantea los sistemas de información y unos asuntos concretos sobre el tema de farmacia e innovación e investigación perfectamente delimitados.

Siempre es un problema, un plan tan bueno, no tengo ningún reparo en decirlo, aunque en este momento haya cientos de médicos de familia en la puerta de los centros de salud haciendo huelga, pero ese es un tema pendiente que tiene el consejero y que ya lo irá resolviendo como pueda. Pero es un buen plan y no hay vuelta de hoja.

¿Qué asuntos me han llamado la atención? Muy brevemente. Bueno, que tenemos un buen sistema de registro. Tenemos no solamente registro hospitalario de cáncer, que siempre tiene un ¿decalaje? de uno o dos años en relación con los datos reales, pero tenemos el registro poblacional, que nos ha permitido a menos de cuatro años tener datos. Tenemos datos del 2015, o sea, con un canto en los dientes.





Pero no solamente tenemos un buen registro poblacional que nos permite conocer la incidencia, prevalencia y mortalidad de cáncer, sino tenemos un buen estudio de supervivencia. Asunto muy difícil de encontrar en el ámbito de...

(10. zintaren amaiera)

(11. zintaren hasiera)

... poblacional que nos permite conocer la incidencia, prevalencia y mortalidad de cáncer, sino tenemos un buen estudio de supervivencia. Asunto muy difícil de encontrar en el ámbito del Estado español y en el ámbito europeo.

Un buen estudio de supervivencia donde además nos coloca corporativamente en muy buena posición en la mayoría de las supervivencias, tanto la observada como la llamada neta, como la llamada supervivencia neta estandarizada por grupos de edad. Estamos por encima tanto en hombres y mujeres comparativamente con Europa.

Mi única duda es de qué Europa hablamos, de la Europa de los 27 o de la Europa de los 15. Esta es la primera pregunta.

La segunda cuestión es que no se ha comentado mucho, pero gracias al excelente Plan de Salud que tenemos, de donde se deriva este Plan Oncológico, pues tenemos datos de cáncer por comarcas, inclusive por grupos sociales, o sea, tenemos muy bien desagregados los datos.

Si tenemos los datos por comarca... Nosotros sabemos en qué OSI hay más cáncer y menos cáncer y de qué localización y de qué grupos sociales. Lo sabemos. Porque tenemos mapas georreferenciados epidemiológicos del cáncer por ejemplo. Sabemos que las comarcas, las OSI Barakaldo, Sestao, (...) y Barrualdea, fundamentalmente Barakaldo, Sestao y (...) tiene más cáncer de pulmón, lo sabemos, en hombres y últimamente también de mujeres. Y en mujeres también Uribe, porque son las mujeres de las clases medias que se pusieron a fumar que ahora están teniendo cáncer. Y está aumentando el cáncer en mujeres en Margen Izquierda y también en Derecha como (...). Lo sabemos. Es un buen dato de partida.





Pero si sabemos bien cómo enferma y cómo muere la gente de cáncer y cuánto, pues probablemente esto nos invite también a no tratar igual lo que es desigual, sino a organizar tanto los procesos asistenciales como los recursos allí donde sea más necesario.

Como los programas de cribado. Tenemos programas de cribado que probablemente, y es un éxito, en el 2020, como bien se plantea, se llega a un 90 % de cobertura.

¿Qué mujeres en cáncer de cérvix, en cáncer de colón y fundamentalmente en cáncer de mama no entran? Las mujeres más vulnerables, las mujeres más pobres, las mujeres que rayan la pobreza, la exclusión social. Ya lo sabemos.

Si sabemos pues posiblemente en los programas de captación habrá que reorientar. Lo hemos hablado otras veces ya. En el caso del cáncer de mama y probablemente en el caso de cáncer de cérvix habrá que reorientar a aquellos grupos de mujeres que acuden menos... Ha dicho la compañera Nekane Murga las mujeres que acuden... es que no acuden, la gente que bordea la pobreza y la exclusión social acude menos a los programas de cribado, por muchas razones, entre otras razones culturales. Esos grupos probablemente sean grupos que hay que tratar de forma desigual.

Y tres o cuatro asuntos que me han llamado la atención los digo muy rápidamente.

Tenemos un problema con el mesotelioma, que sorprendentemente tanto en hombres como en mujeres es el cáncer que tiene menos supervivencia, escasamente cinco o seis años. Mesotelioma, cáncer, exposición a asbestos, que afecta a pleura y peritoneo, y que es la gente que más rápidamente se muere de todos los cánceres que tenemos. ¿Qué pasa con el mesotelioma? Coño, pues que es de salud laboral. Es un tema que tiene que ver con tejados, tuberías, ruedas, tiene que ver con exposición. Que detectamos el cáncer a los treinta años aproximadamente de sus exposiciones. Que identificamos sobre todo hombres más que mujeres hacia los sesenta años. Y que tenemos un lío si no tenemos un mapa de riesgos de amianto. Llamé a Osalan específicamente para hacer esta pregunta. No tenemos un mapa de riesgo de amianto en las estructuras, no de hospitales, sino de las estructuras de la construcción y de nuestras empresas. Si no tenemos un mapa de riesgos



de amianto como elemento preventivo, como elemento de detección precoz, vamos a tener más mesotelioma de lo que pensamos y vamos a tener más muertes y más rápidas de lo que pensamos. Probablemente solamente una reflexión que si os parece oportuno darle una vuelta con la gente de Osalan porque vamos a tener...

Estaba un poco preocupado porque no aparecían médicos de familia por ninguna parte. Y digo: "Joder, con las OSI, o sea, no aparecen médicos de familia". Pero ya he encontrado. (...) la he encontrado en el consejo asesor, el representante de (...). Pero no he encontrado ningún médico de familia en los 82 colaboradores y colaboradoras. He encontrado enfermeras.

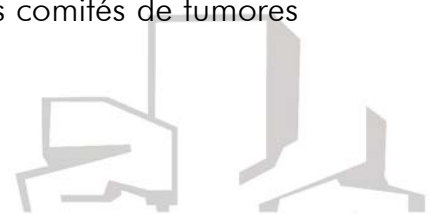
No he encontrado ningún pediatra, oncólogos pediátricos. No hay ningún pediatra que yo haya visto en este documento de centros de salud. No hay ningún médico de familia..., bueno, sí, Itziar Pérez Irazusta, algunas compañeras y compañeros, pero que tienen responsabilidades de gestión, no de asistencia. Y no había encontrado a los médicos de familia.

Pero ya la doctora Murga ha comentado que en los comités de tumores hay médicos de familia. No había, cuando evaluábamos estas cosas, ni en comisión de tumores, ni en comité de tumores, nunca había médicos de familia. Y yo me preguntaba cómo se van a trabajar los circuitos, cómo se va a trabajar el pre y post, o sea, la detección precoz, que es el programa que tenemos de síntomas de la gente con cáncer, porque la gente no tiene cáncer cuando está diagnosticada de cáncer bajo el punto de vista (...) patológico, tiene cáncer cuando lo tiene, y lo detectamos en Osakidetza cuando podemos, y lo detecta habitualmente el médico de familia, habitualmente, no siempre.

Si el médico de familia no está incorporado a los procesos asistenciales que muy bien habéis explicado para identificar los temas de la ruta...

He visto lo de los circuitos rápidos. Efectivamente el objetivo 24. Perfecto. Perfecto porque ya espontáneamente se hacía en cuanto se detectaba. (...) el médico de familia y llamaba a su colega de Oncología o de Urgencias del hospital.

Pero el organizarlo en el proceso asistencial me parece muy interesante y está muy bien. Que haya médicos de familia en todos los comités de tumores





es esencial, no solamente para el pre sino para el post. ¿Qué es el post? Pues el post es el paciente diagnosticado de cáncer tratado con cirugía, con quimio o con radio o con los nuevos medicamentos y que va a casa.

Entre el 80 y el 90 % de la gente de hospitalización a domicilio son cáncer. Antes no, ahora sí. Son cáncer. Y la mayoría de la gente de los cuidados paliativos de Gorliz, Santa María son personas con cáncer.

Si tenemos los domicilios como espacios terapéuticos compartidos entre hospitalización a domicilio y médico de familia y enfermera comunitaria probablemente haya que trabajar todo el tema de paliativos más en Atención Primaria, que no lo he visto. Hay un esfuerzo porque el Plan de Cuidados Paliativos se desarrolle en Osakidetza. Muy poco aún en Atención Primaria. Y tenemos domicilios que van médicos de familia, te van enfermeras, que va hospitalización a domicilio, que tiene el teléfono del oncólogo en la nevera, puf, pegado, como un magneto, pero que la medicina de familia no...

(11. zintaren amaiera)

(12. zintaren hasiera)

... que va hospitalización a domicilio, que tiene el teléfono del oncólogo en la nevera, pegado como un magneto, pero que la medicina familiar no participa ni de los procesos de formación ni de los procesos de protocolos de paliativos en estos casos. Dos comentarios más y acabo.

Habéis planteado el problema de la farmacología. Es un problema grave. Toda la factura de la farmacia hospitalaria se dispara por estos medicamentos, quitando asuntos de bandidos de la Estepa, como el de la Hepatitis C y su laboratorio y los precios que puso. Es de bandidaje puro.

Pero yo planteo otro par de reflexiones que se están haciendo en el ámbito internacional. Uno es el tema de resultados de salud. Está muy bien explicado. Necesitamos supervivencias. Tenemos datos epidemiológicos. Nuestras unidades de vigilancia epidemiológica funcionan de cina. No hay vuelta de hoja, es una línea de trabajo muy interesante.

Pero otra es exigir desde los servicios públicos de salud y desde las administraciones públicas, volveremos sobre este tema, separar los precios de producción y desarrollo e investigación de los precios de venta al público. No



puede ser que los precios de venta al público sean 100, 200, 300 veces más, y estoy hablando de cáncer, que va a quebrar las cajas del sistema público en todo el mundo. No puede ser que disparen los precios de esta manera tan... Y claro, si no contemplamos la oportunidad de negociar, no solamente en resultados de salud, que es una buena línea de investigación y de puesta en práctica, sino de separar precios de producción de precios de venta al público, va a ser un lío para la farmacia de cáncer hospitalaria.

Y por último, yo creo que esto es un lío. Lo dice mucha gente, y ya acabo. El tema de que mucha gente que está en las comisiones de ensayos clínicos esté pagada por los laboratorios farmacéuticos. Ya discutiremos en esta comisión alguna proposición no de ley próximamente, ya para el año que viene. A mí me parece fundamental que la gente que trabaja el cáncer, que la gente que es de las comisiones que hace ensayos clínicos, que haga declaración de estar exentos de conflictos de interés con las farmacéuticas, como la gente investigadora de Biocruces, Biodonosti, Bioaraba. Porque si no lo hacen, siempre tendremos la duda de quién paga esos ensayos clínicos, aparte de Osakidetza, que paga lo que puede a los investigadores y a las investigadoras de las distintas comisiones. Como es conocido, la utilización, muchas veces sobre todo de los nuevos tratamientos quimioterápicos, tienen que ver con la presión de los laboratorios y las farmacéuticas. Aquí me parece que es un problema que si Osakidetza no aborda, va a haber problemas más graves de los que hay ahora.

Y nada más. Es una buena presentación. Enhorabuena por el trabajo. Y no he tocado nada obviamente de lo oncológico, porque yo supongo que va a haber una sesión monográfica sobre el tema. Porque la propuesta de integración funcional de los equipos de oncología es una buenísima propuesta. Pero hay un problema, con cuál es la situación laboral de la plantilla de unos y de otros, y qué plan tiene el Departamento de Salud de Osakidetza. Yo entiendo que lo discutiremos en otro momento.

Eskerrik asko.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, zuri, Uria jauna. Ondoren, EH Bildu taldetik, Blanco andereak du hitza.





BLANCO DE ANGULO andreak: Eskerrik asko, batzordeburu jauna. Eguerdi on, guztioi. Ongi etorriak izan, berriro ere, batzorde honetara. Eta beno, eskerrik asko, batez ere Darpón jaunari eta (Murga?) andreari, aurkeztu dituzuen edo eman dituzuen azalpen guztiengandik.

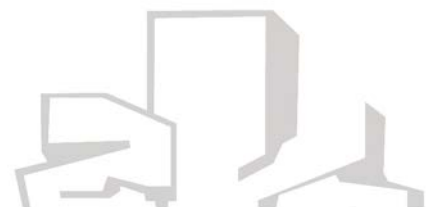
Hasteko, esan behar dugu plan hau gustatu zaigula, asko gustatu zaigula. Beraz, zorionak. Gure aburuz, oso plan ona da. Gustatu zaigu bai edukietan bai estrukturan. Bost atal ezberdinen bidez azaltzen da diagnostia, egin beharreko ekintzak eta helburuak eta hori guztia egiteko erabiliko den egutegia edo planifikazioa. Beraz, konpartitzen dugu nola estrukturatu den plan hau. Kontuan hartu behar dugu plan hori, hori bai, 2018an martxan jarri dela.

Eta hemen, gure aldetik planteatuko dugun lehenengo galdera. Aurkezpenean ezagutu ditugu urte honetan jarri diren ekintza edo helburu edo programa batzuk. Ez dakit zuen asmoa den urtez urte, hona, batzordera etortzea azaltzeko ebaluazioa edo urteko ebaluaketa. Ez dakit etorriko zareten 2009an. Baina beno, hasteko, gustatuko litzaiguke jakitea ea urte honetako balorazio txiki bat duzuen.

Beste aldetik, ba onkologia plan honetan agertzen diren helburuak oso egokiak dira gure aburuz. Orduan, kontu batzuk zerrendatuko ditugu baina gehienak ekarpenak dira. Eta egokiak iruditzen bazaizue, ba aukera izango duzue kontuan hartzeko ala ez, hori jada zuen esku.

Hirugarren atalean, asistentzia-eredua hain zuzen, aipatzen dira premisa bezala diagnostikoa eta tratamendua jasotzeko lehentasuneko zirkuituak eta sistemaren barruan dagoela jakiteak pazientearen ondoez emozionala murrizten du. Oso ekintza eta helburu positiboa. Eta ona iruditzen zaigu, baina konpartitzen dugu. Baina guk uste dugu nolabait asistentzia psikologikoa alboratzen dela. Edo guk behintzat ez dugu aurkitu helburu bezala. Eta asistentzia hori kontuan hartzekoa da. Orain Osakidetzaren eredua azpikontratazioan oinarrituta dago. Eta uste dugu ondo aztertu behar dela, bai eredua eta asistentzia horretan dauden gabeziak.

Minbizia gaixotasun gogorra da. Eta diagnostikoa ezagutzen denean edo honen berri dugunean, gaixoei sufritzen duten inpaktu hori izugarria da, eta zer esanik ez gaixoak umeak izaten baitira. Kasu honetan, asistentzia





psikologiko hori behar-beharrezkoa da umeentzat, euren senideentzat eta baita ere profesionalentzat.

Beste aldetik, onkologiako sektore arteko ekintza, ingurune osasungarriaren sustapena eta biztanleria diagnostiko goiztiarraren programak, hain zuzen, hamargarren helburua. Esaterako, eguzkiarekiko esposizioaren arriskuaz aritzen da. Baina ez du ezer aipatzen gizonek eta emakumeek dituzten ohitura ezberdinak eguzkiarekiko esposizio dagokionez. Arriskuaz ohartarazteko kanpainak ezberdinak izan beharko dira gure iritziz, gizon eta emakumeentzat...

(12. zintaren amaiera)

(13. zintaren hasiera)

... esposizio dagokionez. Arriskuaz ohartarazteko kanpainak ezberdinak izango... izan beharko dira gure iritziz gizon eta emakumeentzat eta baita adin tarteen arabera.

Gauza bera gertatzen da 11. helburuarekin. Kasu honetan laneko minbizia eta ingurukoa da. Hemen ere aipatu da. Eta oso egoera ezberdinak izango dituzte gizon langileek eta emakume langileek. Amianto aipatzen da, baina amiantoarekin lanean ibili direnak aipatzen dira bakarrik. Eta amiantoz kutsaturiko arropa garbitu dituzten emakumeak? Horiek ez dira existitzen? Zer gogoratzen dut amiantori buruzko ponentzian landu zenean, ponenteok kolektibo hori nabarmendu genuen espresuki. Eta zer emakume asko eta asko kutsatu egin dira arropa garbitzeko momentuan. Hala da. Fibra horiek xurgatzeagatik.

Por otra parte, en el Plan aparecen a modo de diagnóstico diferentes tablas que arrojan datos sobre las tasas de prevalencia o la supervivencia de diferentes tumores. Datos desagregados por sexo, diferenciados por cada tipo de tumor, o los más frecuentes y también datos sobre la incidencia de diferentes tipos de tumores según OSIs o según territorios o comarcas, como lo queramos ver.

Creemos que con respecto a esto también los datos varían. No se diagnostica igual en todas las OSIs, en todas las comarcas. Y también aquí hay diferencias, ¿no? y esa diferenciación no la hemos visto.





En lo referente a los programas de cribado de cáncer, explican que se han observado diferencias entre territorios y así aparece en las tablas. Pero en cuanto a sexo y nivel socioeconómico no arrojan ningún dato. Nos gustaría saber por qué no lo especifican en el Plan, sí que lo nombran pero no lo especifican en las tablas. Y, si tienen esa información, pues a ver si nos la podrían especificar en esta comisión.

Además nos gustaría subrayar que nos ha parecido muy interesante el anexo uno, donde se detalla la participación amplia, muy amplia de los diferentes profesionales de diferentes ámbitos que han colaborado en la elaboración de este Plan. Es una larga lista y creemos que no sobra nadie, cada uno ve quién falta. En otro caso, otro portavoz le faltaban unos. A nosotros nos falta el punto... un agente más. Y creo que lo hemos dicho más de una vez, cuando aprobamos el Plan de Salud, no es la primera vez que se lo decimos, este grupo insistió en la necesidad de la figura de Emakunde, que estuviese presente en el desarrollo de dicho plan y en diferentes organigramas. Lo tuvieron en cuenta y además, bueno, lo agradecemos.

Las políticas en salud también hay que analizarse y deben de trabajarse desde un punto de vista transversal.

Y si hay algún pero que podamos ponerle a este Plan, algún pero, por pequeño que sea, es precisamente esa falta de perspectiva de género un poco más profunda, ¿no? que para nosotras es evidente.

Eta adibide batzuk jarriko ditugu. Minbiziaren egungo egoera kalean datu guztiak daude sexuaren arabera berezita. Ondo. Baina genero ikuspegia txertatzea datuak sexuaren arabera ematea baino harago doa. Datuak sexuaren arabera izateak balio behar digu diagnosian agertzen diren diferentziaz zergatiaz sakontzeko. Eta horren arrastorik ez dugu ikusi Planean. Datuak jasoko dira sexuaren arabera. Baina kontuan hartuko dira gizonen eta emakumeen artean dauden diferentziak prebentzioan, asistentzian edo ikerketan.

Sarreran bertan ez dugu inolako aipamenik genero ikuspegia txertatzearen behararen inguruan. Eta medikuntza pertsonalatuaz aritzen da, oso egokia. Baina pertsona ez neutroa. Pertsona bakoitzak bere berezitasunak izango ditu. Baina indibidualizazioaz gain, egon badaude emakumeen





eraikuntza sozialak, ondorioztatzen dituen elementuak eta kontuan hartu behar direnak Plan honetan, gure aburuz.

Bularreko minbizia, beti hartzen da emakumezkoena bakarrik. Eta hemen normalean gertatzen denaren kontrakoa gerta daiteke. Hau da, kasu honetan, esan nahi dut, gizonezkoek izan dezaketen bularreko minbizia kontuan ezartzea. Egia da sarreran taula batean agertzen dela, baina gero programetan eta ez da aipatzen. Edo, behintzat, guk ez dugu aurkitu.

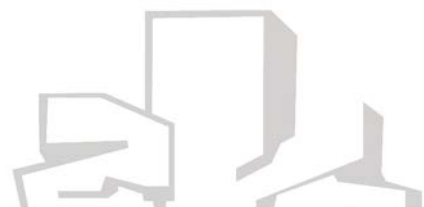
Adineko pertsonak kolektibo berezitu moduan aipatzen dira. Baina adineko pertsonen artean emakumek, alargunek, nola bizi duten gaixotasuna orokorrean eta baita minbizia inportantea da guretzat ere.

Beraz, genero ikuspuntutik hobetu behar diren hainbat kontu ezberdinetan jarriko genuke fokoa edo hobekuntza. Eta, esan bezala, ekarpenak dira kontuan hartu nahi baduzue, ondo, bestela, esan dudan bezala, zuen esku. Eta honen inguruan Emakundek argitaraturiko dokumentu bat kontuan hartu beharko litzateke, gure aburuz. Txostena deitzen da *Generoaren araberrako eraginaren ebaluazioa osasunaren esparruan*. Eta planak egiten dira betetzeko. Eta planak ona izaten badira kontuan hartzekoak izan beharko litzateke, esan bezala.

Laburbilduz eta amaitzeko, esan bezala, plana oso ona iruditzen zaigu, egokia eta beharrezkoa. Ikusten dugu eta espero dugu martxan jarri edo jarriko diren helburu guzti horiek baliagarriak izatea, minbizia duten edo izango duten edo izango dugun pertsonen bizi kalitatea hobetzeko eta, nola ez, prebentzio arloan hobetzeko eta lantzeko. Argi dago prebentzioaren bitartez, gaixo gutxiago egongo direlako eta prebentzioan eta promozioan inbertitzea inbertsio onena dela.

Besterik ez, eskerrik asko.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko zuri, Blanco anderea. Ondoren Euzko Abertzaleak taldetik Orbegozo jaunak du hitza.





ORBEGOZO URIBE jaunak: Eskerrik asko, presidente jauna. Eta, bueno, ongi etorriak eta eskerrak eman ere bai Darpón Sailburuari eta berarekin batera etorri zareten guztioi.

Guk ere hasi nahiko genuke esanez partekatzen dugula egin duzun, Sailburuak egin duen hausnarketa, ez? minbizia gaitz larria dela, oso larria, larriena ez bada. Eta, bueno, denoi dagokigula horri aurre egitea.

Eta gainera uste dut zu hemen, Sailburu bezala etortzen hasi zinenetik ?? argi utzi zenuela hori izango zela bai Eusko Jaurlaritzaren eta baita Osasun Sailaren lehentasunetako bat.

Egia da aipatu dira, hemen datuak aipatu dira, ez? azken urteotako...

(13. zintaren amaiera)

(14. zintaren hasiera)

... lehentasunetako bat.

Egia da, aipatu dira, hemen datuak aipatu dira, ez? azken urteotako datuak eta onak edo positiboak, bilakaera hori ona edo positiboa izan dela. Baita ere beste inguruko, estatuko edo Europar Batasuneko beste herrialde batzuekin alderatuz ere bai oso positiboak eta onak direla. Baina bueno, egia da, esan duzun bezala ere bai, ez dela nahikoa, ez? da etengabe hobetzen jarraitzeko konpromiso hori ere bai azaldu edo, behintzat argi utzi duzuela.

Guk horretarako uste dugu ezinbestekoa dela horrelako plangintza bat edukitzea, ibilbide orria markatuko duen plangintza bat zehaztea. Eta, zentzu horretan, bueno, aukera izan dugu edo denbora izan dugu plangintza hau sakonean edo zehaztasun handiagoarekin aztertu ahal izateko eta, bueno, uste dugu goraiatzekoa eta eskertzekoa dela plan honetan, Euskadiko onkologia plan honetan egin den lana.

Eskertu nahiko genuke plana prestatzeko, plana prestatzen aritu diren, bai? Osasun Saileko Osakidetzako arduradunen konpromisoa. Baina baita ere, bertan parte hartu den lantalde osoari, ezta? Osakidetzako profesionali ere bai, baita ere adituen taldetako kide guztiei eta, nola ez, esan den bezala, edo planean bertan agerian uzten den moduan, hainbat eta hainbat paziente egindako ahaleginari eta senitarte, euren senitartekoei. Eta, bueno,



minbiziaren aurkako elkarteko ordezkarierei ere bai, ez? Horiei guztiei aitortu nahiko genieke izan duten edo erakutsi duten konpromisoa.

Azpimarratzekoa ere da, eta Uria jaunak ere esan du, ba bueno, egon dela errekonozimendu bat ere bai *Best In Class* saria jaso du plan honek. Eta, bueno, hori ere azpimarratu nahiko genuke esanguratsua baita zentzu horretan egon den konpromisoaren inguruan.

Atentzinoa eman digu bizirautearen inguruko gaixotasun honen, bizirautearen inguruko azterlanaren datuak, ba bueno, oso positiboak dira. Baina, bueno, uste dugu egia da plan hau, plangintza hau aurretik beste plangintza, egondako beste plangintza batzuen ondorioa dela. Baina egia da ere bai gaur egungo errealitatea ez dela berdina. Eta orduan horri ere bai erantzun berriak eman behar zaizkiola, aldagai berri horietara moldatu behar dela. Hor dago, adibidez, gero eta zahartzaroa luzatuz doa, gero eta pertsona gehiago dira urte 2?. Eta, bueno, halako aldagaiak ere bai moldatu behar direla gainera, halako hain garrantzitsua dutenean horrelako gaixotasun baten bati lotuta.

Murga andereak zehaztu ditu ildo nagusiak. Eta baita ere uste dugu inportantea dela martxan jarri direla, ez? hainbat eta hainbat ekimen, hor jasotako hainbat eta hainbat ildo edo ekimen, ba bueno, ja dagoeneko martxan ditugula. Eta uste dugu oso esanguratsua dela ere bai, ba bueno, martxan dauden eta laster eratuko diren hainbat eta hainbat programa prebenitzeko, prebentzinoa sustatzeko orduan.

Guk azpimarratu nahiko genuke onkologia planari lotuta eta, gainera, bueno, ikusita aurrekontuen inguruan, ba azkenengo astean bizi izan genuen eztabaida eta, bueno, onkologikoak izango duen papera edo onkologikoak izango duen lekua plan honen inguruan eta, bueno, bai bereziki, Gipuzkoako Lurralde Historikoari dagokionez. Baina, bueno, baita ere Autonomi Erkidego osoko onkologia arretaren inguruan, ez?

Guk uste dugu, ba bueno, arreta onkologiko integrala eta bateratuaren aldeko apustua beti izan dela, zintzoa izan dela. Alde ahal izan den heinean, ahal izan den urratsik egokienak egiteko konpromisoa egon da eta hau da horren erakusle, horren erakusle. Eta, bueno, zentzu horretan ere bai gure galdera izango litzateke aurkeztu den programa edo aurkeztu den... onkologikoaren inguruan aurkeztu den lotura hitzarmen horrek edo arriskurik





dauka? Edo jarraitu, posible izango da hori burutzea, ez? hemendik aurrera burutzeari posible izango. Hori gustatuko litzaiguke ezagutzea edo konfirmatzea.

Eta bestalde, eta baita ere, Uria jaunak egin duen hausnarketari lotuta, lehen arretak zer paper edo zer eragin izango duen onkologia planean. Aipatu dira hainbat helburu horien artean, ba bueno, lehen arretak diagnostiko azkarreko bideak, kanalak, sartzeko asmoa eta abar. Eta horri lotuta, nahiko genuke jakin tumoreen batzordea, comité de tumores, lehen aipatzen zenutenean, a ver posible den pixka bat zehaztea lehen arretako kideek edo lehen arretako profesionalak zein parte hartze izango duten onkologia plan honetatik ¿? daitezkeen ekimen horietan, ez? Nola uztartuko den lehen arreta eta onkologia planeko bidean jarriko diren edo ekimenak.

Bueno, eta hori esanda, beste gabe, mila esker.

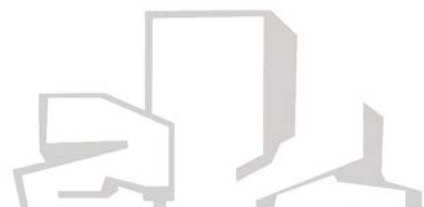
BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, Orbegozo jauna. Beraz, berriz ere Sailburu jaunak du hitza.

OSASUNeko SAILBURUAK: Eskerrik asko guztioi.

Resumiré brevemente antes de dejarle la palabra a la doctora Murga para que complete los aspectos más técnicos.

Bueno, la señora Garrido nos ha preguntado si, además de oncológica, el resto de unidades de oncología tanto de Bizkaia como de Álava o del resto de centros comarcales, aunque no tienen servicios específicos de oncología médica y radioterapia, qué medidas se contemplan. Le dejaré a la doctora Murga que le conteste. Yo creo que muchas de las medidas no están hechas solo para oncológica, sino están hechas para con una visión de conjunto.

Ha hecho una reflexión, me ha parecido entender que no era tanto sobre las tasas de supervivencia, que son las que hemos, las que he dado yo en la primera intervención, sino sobre las tasas de mortalidad que estaban en una de las diapositivas que ha puesto la doctora Murga. Entonces, las tasas de





supervivencia son mayores en hombres que en mujeres y las tasas de mortalidad pues es al revés, son mayores en hombres...

(14. zintaren amaiera)

(15. zintaren hasiera)

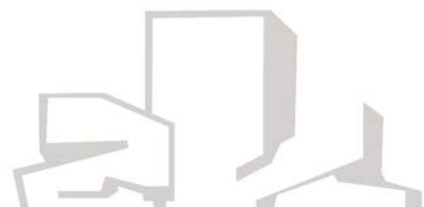
... Entonces, las tasas de supervivencia son mayores en hombres que en mujeres y las tasas de mortalidad pues es al revés, son mayores en hombres que en mujeres.

Bueno, ha puesto el dedo sobre la llaga en que la importancia de la prevención y la promoción de la salud en el cáncer es muy clara, hasta un 30 % de los cánceres se estima que pueden ser prevenibles. Y ha apuntado también a los programas de cribado.

Me ha preguntado, concretamente, por el programa de cérvix. Como hemos contado en otras ocasiones, estábamos haciendo con el cribado de cérvix de una manera ocasional.

Aquellas mujeres que o bien su médico o médica de familia llevaba a través de la historia clínica el registro de cuántas citologías y en qué momento se había hecho y cuando veía que no las tenía hechas de acuerdo a un criterio cronológico adecuado, pues la derivaba a la matrona o al ginecólogo. Y luego también los ginecólogos y ginecólogas y las matronas, aprovechando visitas periódicas para otras circunstancias, cuando veían que no había una citología hecha en un periodo de tiempo, también la hacían. Con esto ya vimos en la encuesta de salud, como pasó en los años 90 con la mama, que había un colectivo de mujeres que tenían hechas muchas citologías, incluso citologías anuales, y otro colectivo de mujeres que no tenía ninguna. Y que coincidía con una brecha socioeconómica y que las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos acudían menos y tenían menos citologías hechas.

Y ese ha sido el principal motivo para que desde la Dirección de planificación y ordenación y evaluación se tomara la decisión de mover lo que era un plan de cribado ocasional a un plan poblacional, que es lo que vamos a hacer utilizando el censo.





Empezamos en el mes de junio en la comarca Debabarrena, en la franja de edad de 25 a 29 años. Y debo de decir que la participación además está siendo francamente satisfactoria. Previamente habíamos centralizado la lectura de las citologías por parte de los servicios de la atención patológica en un único centro, que es en este caso, el hospital de Donostia. Que además, se ha automatizado en una alta medida que hacía recomendable concentrar.

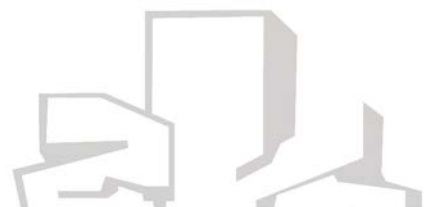
El mes pasado, en el mes de noviembre, extendimos a Debagoiena, a Rioja Alavesa y a Araba, en la misma franja de edad, 25-29 años. Y, tal y como figuraba en el proyecto de presupuestos que presentamos y vamos a mantener, extenderemos al resto de comarcas de Gipuzkoa y Bizkaia en el 2019. Ya hay un calendario progresivo que finaliza con las mujeres entre 61 y 65 años en el año 2023.

Luego, paulatinamente, bueno, no es tampoco una novedad. Es lo mismo, es muy parecido la secuencia que se hizo en su momento con el cribado de cáncer de mama, y la que se hizo posteriormente con el cribado de cáncer colorrectal.

Y quizás, destacar que la responsable del programa de cribado de cérvix en este caso, es una mujer. Y además es una matrona. Con lo cual, creemos que cumple bien el proyecto.

Bueno, la señora Rojo nos ha hecho unas referencias también al diagnóstico precoz y a la prevención. Y nos ha hecho también una referencia sobre qué valoración hacemos de la información que reciben los pacientes sobre prevención y diagnóstico precoz. Que le dejaré al a doctora Murga que le conteste. Y creo que ha apuntado que le parecía el proyecto positivo y ambicioso, lo cual le agradezco.

El señor Uria, me ha parecido entender, que ha calificado el plan, creo que ha dicho, de excelente. Lo cual también le agradezco. Ha hecho también una elogia del buen sistema de registro promocional y del buen estudio de supervivencia de entre los años 2010 y 2012, que comparto con usted. Ha preguntado si los datos correspondían a la Unión Europea 15 o 27. Corresponden a la Unión Europea 27.





Ha hecho también una lectura adecuada sobre los datos que están desagregados por género, por comarca, por grupo social. Y esto, bueno, pues permite que desde los comités de tumores y desde el consejo asesor del cáncer pues se puedan tomar también decisiones. Lo cual es importante.

Y luego ha hecho una referencia a la escasa supervivencia del mesotelioma en su relación con el asbesto. Bueno, esto es así. El mesotelioma es un cáncer agresivo que de momento no tiene resultados en supervivencia como tiene otros y tiene ¿? más bajos. No es un ámbito específico de Osakidetza sino es así. Además normalmente es un diagnóstico tardío y seguro que eso a usted no se le ha escapado que, aunque Osalan no está debajo de la responsabilidad del Departamento de Salud, sí que el plan oncológico ha contado con Osalan y hay una serie de medidas para bidireccionalmente poner los sistemas de registro a disposición de Osalan y viceversa para poder abordar el tema de la asbestosis.

Coincido con usted en que la atención primaria es fundamental. Y yo creo que en el plan oncológico así se contempla. Y de hecho, luego la doctora Murga también, porque han preguntado cuál es la participación de la atención primaria en los comités de tumores, que están incluidas. Luego ella les contestará, pero bueno, así se contempla. También se contempla la atención primaria en el plan de cuidados paliativos. Pero sobre todo se contempla en las vías de diagnóstico rápido y la relación entre los servicios de oncología, y de otras especialidades en relación con la oncología, y los servicios de atención primaria.

Ha hecho también una referencia a pediatría. Sabe que ya hace, no recuerdo bien, si fueron tres años, creo que fueron tres años cuando se decidió cerrar el servicio de oncología pediátrica del hospital de Basurto y centralizar dos servicios de oncología pediátrica como referencia, uno en Bizkaia, en el hospital universitario de Cruces, y otro en Donostia, en el hospital universitario de Donostia, para cubrir Gipuzkoa y cubrir Álava. Yo creo que fue una decisión acertada. Son dos servicios de prestigio.

Creo que los resultados, desde el punto de vista asistencial, y la satisfacción de las familias y los niños y niñas que desgraciadamente utilizan, es buena. Y luego, pues, apuntar que es importante ese tipo de centralización porque, aunque tenemos aproximadamente 14.500 casos nuevos de cáncer al año en Euskadi, de estos solo entre 50 y 60 son infantiles...





(15. zintaren amaiera)

(16. zintaren hasiera)

... apróximadamente 14.500 casos nuevos de cáncer al año en Euskadi, de estos solo entre 50 y 60 son infantiles. Por lo tanto, pues no tanto por el criterio de coste económico, sino por el criterio de expertizaje de los propios profesionales, pues creo que es una decisión adecuada.

Ha hecho un apunte sobre farmacología, ha hecho un apunte sobre resultados de salud. Es un tema que compartimos con usted y conoce que nos preocupa. El tema de Onkobide va en esa línea de poder evaluar resultados en salud, y también creemos que hay que incorporar a la evaluación de resultados en salud no solo complicaciones mayores o menores y supervivencia, sino datos de calidad de vida con los diferentes tratamientos. Que a veces tenemos la sospecha de que tenemos tratamientos de rescate que con independencia de no lograr grandes supervivencias, o de lograr algo de supervivencia, los efectos secundarios que generan son la calidad de vida, pues a veces siempre cabe la duda de si es razonable tratar o no.

Y si se han fijado ustedes, me parece que la tercera diapositiva que ha puesto la doctora Murga, donde están las supervivencias estimadas por grupo de edad. En el grupo de mayores de 75 años, cuando se produce un diagnóstico de cáncer en mayores de 75 años, realmente pese al tratamiento que le damos las supervivencias no son muy grandes, por lo tanto ahí tendríamos que valorar muy muy bien, si dado que no estamos consiguiendo una supervivencia, por lo menos que estemos consiguiendo calidad de vida. Porque de lo contrario, pues no sería razonable el coste ni el tratamiento.

Ha hecho un apunto sobre la repercusión de los gastos del I+D en la farmacia oncológica, sobre el precio de venta de los medicamentos. Pues, lo comparto. Conoce, también, usted que llevamos ya al menos dos legislaturas reclamando la participación de nuestra comunidad y Navarra en la Comisión Interministerial que fija los precios de los medicamentos. Y no nos oponemos a que otras comunidades participen, pero sí entendemos que nosotros y Navarra, por nuestra singularidad en la financiación, pues deberíamos participar. Hasta la fecha solo hemos recibido buenas palabras, tenemos una participación, como el resto de comunidades, que me parece que es participamos tres meses por turno rotatorio. Dado que son 17 comunidades,



pues me parece que nos toca tres meses cada cuatro años, y entendemos que pues es un ámbito en el que nos compete y podríamos aportar.

Conozco la PNL que ha planteado Elkarrekin Podemos sobre conflictos de interés y confío en que la podamos apoyar. Yo estoy absolutamente de acuerdo en que en determinados ámbitos la declaración de conflicto de interés es muy importante. Ahí sí creo que, creo que debiéramos extenderlo no solo al ámbito sanitario. Los ámbitos universitario, tecnológico, también se pueden dar estas cosas y comparto con usted que debe hacerse. Ahora, creo que no hay que estigmatizar al sector sanitario, porque creo que realmente en esto no se comportarán de forma diferente que otros sectores. Y, muchas veces, pues la industria tiene grandes caminos para conseguir influencia en la compra o en el uso de muchas cosas.

Bueno, agradezco mucho también las palabras de la señora Blanco sobre que le ha gustado el documento, sobre que le ha gustado la estructura, sobre que le ha gustado especialmente el anexo 1 con la participación profesional. Me ha hecho un apunte sobre si vamos a venir anualmente, no lo teníamos previsto pero le recojo el guante y vendremos anualmente encantados a presentar la evolución del Plan Oncológico de Euskadi, que para nosotros es importante.

Nos ha hecho un apunte sobre el modelo asistencial, sobre circuitos de diagnóstico rápido, que le voy a dejar a la doctora Murga.

Nos ha hecho también un apunte sobre si estábamos contemplando la incorporación de psicólogos, entiendo, que en las unidades tanto de adultos como infantiles, que también le voy a dejar hacer el apunte a la doctora Murga. Sí que no me voy a resistir a contestarle que el modelo no se basa en la subcontratación. No, no, no. Como sabe usted, cuando llegamos al Gobierno en el año 2013, el 7,2 del presupuesto, el 7,2 de presupuesto se dedicaba a contratación externa, me parece que en el presupuesto que, desgraciadamente, no ha recibido el apoyo de esta cámara y presentado me parece que bajaba, el presupuesto presentado creo que era el 5,8. Porque ha ido bajando año a año.

Y luego ahí admitiríamos la comparación de porcentaje de presupuesto dedicado a subcontratación con cualquier otro servicio de salud de cualquier otra comunidad autónoma o de cualquier otro sistema con un modelo



Beveridge como el nuestro. Sea el de los países nórdicos, sea el británico. Realmente ahí creo que estamos bien, y que el objetivo no tendría demasiado sentido que fuera cero.

Nos ha hecho un apunte sobre las diferencias de género con respecto a la exposición solar y la necesidad de diferenciar campañas y también grupos de edad, que no voy a decir que lo comparto. No sé si tenemos previsto algo o no, le dejaré a la doctora Murga.

Nos ha hecho también un apunte sobre el desglose en las comarcas y en el mapa del riesgo de amianto, y bueno, pues dado que tiene una relación muy directa no con todos los cánceres, sino con tipos concretos, sí que lo podemos extraer. Y, de hecho, vuelvo a repetir, hay una línea de trabajo con Osalan.

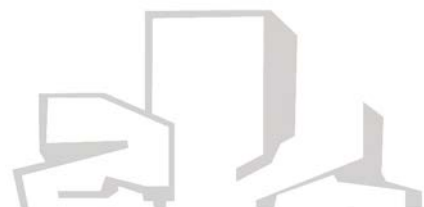
Es verdad que los distintos tipos de tumores y en algunos casos las supervivencias varían por OSI o por comarcas o por zonas geográficas. Yo creo que la variación no es tanto por la actitud del sistema sanitario a la hora de proyectar sus programas de prevención y de promoción de la salud, ni siquiera creo que es a diferencias en el abordaje diagnóstico, terapéutico del cáncer entre nuestras diferentes OSI. Y yo creo que, fundamentalmente, obedecerá a temas de envejecimiento poblacional, no todas las comarcas tienen los mismos riesgos, o a temas de concentración de riesgos laborales o medioambientales. Si quiera aun así todo, sí que estoy...

(16. zintaren amaiera)

(17. zintaren hasiera)

... los mismos riesgos, o a temas de concentración de riesgos laborales o medioambientales, si quiere. Aun así y todo, sí que estoy convencido que aunque tenemos diferencias globalmente no son excesivamente llamativas. No obstante, es un campo indudable de mejora.

Estamos empeñados en abordar las diferencias de género, las diferencias socioeconómicas y los tramos de edad. Y creo que es un ámbito al que cada año le dedicamos más atención tanto desde la Dirección de Salud Pública y los diferentes técnicos de salud pública como de la Dirección de Ordenación, Planificación y Evaluación, como desde Osteba, como desde el trabajo en las





diferentes organizaciones sanitarias. Y sin embargo, coincido con usted pues que probablemente sea mejorable y que cada año tenemos que ir más allá.

Tiene usted razón, creo que no está incluido Emakunde y la perspectiva de género en cómo se ha tratado el Plan Oncológico. Muchas veces esto nos ocurre pues porque hay determinados tipos de tumores que afectan más y a veces en exclusiva al género mujer. No el cáncer de mama, que, como usted bien ha apuntado, afecta también a los hombres aunque un porcentaje muy pequeño. Y desde aquí le digo que le voy a plantear a la doctora Murga que haga la reflexión de ver si en el Consejo Asesor del Cáncer o en alguno de los comités que tenemos podríamos incorporar a Emakunde por la visión que nos pueda aportar desde la óptica de género, que coincido con usted que es importante.

Sí creo que está desglosado y hay acciones concretas para el colectivo de grandes supervivientes, que son aquellas personas... no sé si es por encima de cinco años del diagnóstico o más, de darles un tratamiento y un seguimiento diferenciado. Donde creemos que Atención Primaria tiene un gran papel.

Y también para el colectivo de personas mayores, pues porque el cáncer tiene mucha relación con el envejecimiento.

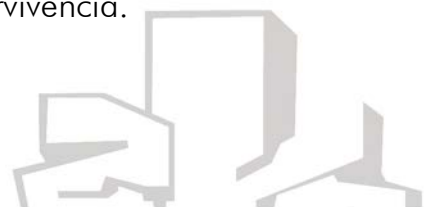
Y he apuntado aquí, y espero hacerlo realidad, vamos a intentar tener en cuenta las aportaciones que nos ha hecho. Y si a lo largo de..., aunque sea fuera de esta comisión, nos quiere hacer otras por escrito o verbalmente, las intentaríamos tener en cuenta.

Bueno, agradecer también las palabras del señor Orbegozo respecto a la hoja de ruta que supone el Plan Oncológico, alineado con el Plan de Salud 2013-2020.

Ha vuelto a incidir también sobre la participación amplia.

Ha vuelto a incidir sobre el reconocimiento de los (...) que realmente debo reconocer que nos hizo ilusión, que nos hizo ilusión, que el primer año tuviera un reconocimiento a nivel del Estado.

Comparto con usted lo positivo de los datos de supervivencia.





Y nos ha hecho varios apuntes sobre las actuaciones en marcha.

Bueno, desde que presentamos el plan y aprobamos el plan en el primer trimestre del año hasta hoy pues hemos ido trabajando con Onkologikoa. Hemos ido trabajando para el inicio del despliegue del programa Población Cribado de Cérvix, que también sale del Plan Oncológico de Euskadi. Hemos trabajado para arrancar este mes con el programa Oncobide que tendrá despliegue el año que viene en las diferentes organizaciones sanitarias integradas. Hemos trabajado también con los comités de tumores. Incluso antes del Plan Oncológico veníamos ya trabajando, porque es un campo complicado donde cuesta llegar a acuerdos, en la centralización de determinado tipo de tumores o bien por la complejidad del tratamiento o bien por la baja prevalencia cuando se puedan mejorar. Ahí entendemos que la participación de los diferentes grupos profesionales es muy importante para evitar enfrentamientos entre ellos. Y somos conscientes de que muchas veces todo el mundo cree que lo hace bien. Y en esto estamos intentando no centralizar cualquier cosa, sino aquellos ámbitos en los que se pueda mejorar sobre quién lo haga mejor.

Me ha preguntado por qué pasa con el proyecto Onkologikoa y sobre el Plan Oncológico de Euskadi con un presupuesto de prorróga. Y bueno, pues yo creo que la respuesta la dio ayer el Consejo de Gobierno.

Y Plan Oncológico de Euskadi va a ser prioridad para el Departamento de Salud en lo que queda de legislatura, los años 19 y 20.

El proyecto de Onkologiko creemos que es un proyecto muy positivo y también largamente esperado. Y si tenemos que reducir este año otras partidas presupuestarias para darle prioridad a esto, esta es nuestra vocación. Por lo tanto, sí que les anuncio que el proyecto de Onkologikoa esperamos que arranque el día 1 de enero. El día 1 de enero arrancará con el presupuesto dedicado a Onkologikoa en el ejercicio 2018. Y a lo largo de los próximos meses veremos cómo complementar ese presupuesto hasta la cantidad estimada en el proyecto de presupuestos, que era un millón doscientos y pico mil euros, dos mil y pico mil euros más. Por lo tanto, pues no vamos a poner Onkologiko en riesgo. Para nosotros es un proyecto también sumamente importante.





Y me ha hecho también la reflexión sobre los comités de tumores, que le voy a dejar a la doctora Murga que le conteste.

PLANGINTZA, ANTOLAMENDU ETA EBALUAZIO SANITARIOKO ZUZENDARIAK (Murga Eizagaechearria): Bueno. La pregunta que ha habido de inicio sobre las tasas de mortalidad. Pues el descenso diferente por sexo pues depende... en parte se ha respondido ya, pero otra parte es porque algunos tumores de peor pronóstico se han incrementado en estos años, como ha mencionado previamente, como es el cáncer de pulmón en mujeres, por los hábitos en el tabaco, y entonces esto ha tenido paso... peso en la supervivencia global.

Y también el tema de la edad, en edades más avanzadas conseguir cambios en la supervivencia. Y hemos comentado cómo las mujeres tienen cáncer al vivir más años en edades más avanzadas.

Es cierto que todo esto podemos hacer estas afirmaciones gracias a estos registros. Y en este momento el servicio de estudios de la dirección empieza a realizar un nuevo atlas de variabilidad de cáncer porque ya tenemos las franjas de años y de mortalidad y del Registro de Tumores para hacerlo. Entonces...

(17. zintaren amaiera)

(18. zintaren hasiera)

... porque ya tenemos las franjas de años y de mortalidad y del registro de tumores para hacerlo.

Entonces, esperamos, estos estudios requieren un tiempo porque son desde el punto de vista del manejo de big data y estadística bastante complejos, pero esperamos a lo largo del próximo año tener un nuevo atlas de variabilidad de cáncer por territorios y por los diferentes territorios y comarcas, incluso, por áreas, lo que permita la incidencia de cada cáncer, por áreas pequeñas. Y va a ser otra herramienta para ver necesidades especiales de poblaciones.

Además, el tener varios atlas de variabilidad consecutivos, pues te reduce sesgos, ruidos estadísticos, lo cual yo creo que va a confirmar, como ya





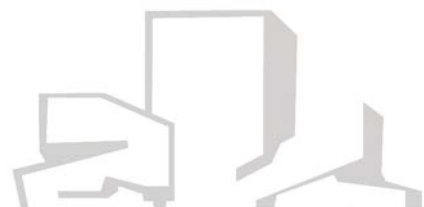
sabemos, que las áreas más industriales tienen probablemente necesidades especiales, ¿no?

Y ese es un poco el trabajo que queremos también, aparte de que se vea desde el punto de vista estadístico y de por bases de datos, queremos este trabajo por parte de la comisión y los comités de tumores. Por eso es ahora nuestro empeño en homogeneizar la composición y las funciones. ¿Por qué? Porque queremos ver las diferencias en el diagnóstico precoz y en la presentación de las diferentes patologías, también por estas peculiaridades que a veces se dan entre las poblaciones, ¿no? Y para eso queremos que esté Atención Primaria involucrada, que lo está en los circuitos prioritarios, pero ayudarles también que la medida de resultados permita ver si no solo incidencia del cáncer, sino también esto que inicialmente no creemos que hay grandes diferencias entre los profesionales que tenemos en la red, pero sí pueden tener condiciones especiales por la población a la que atienden. Y entonces darles herramientas y medir, y para ello vamos a seguir con el atlas de variabilidad y vamos a identificar con Atención Primaria cómo podemos medir, qué indicadores son útiles para ver las rutas prioritarias.

Entonces, el papel de Atención Primaria en los comités es este, así como en el seguimiento posterior y en los largos supervivientes.

Y luego hemos mencionado la experiencia del paciente, ¿no? Entonces, nos parece que probablemente al médico de atención primaria en este aspecto, también, habrá que hacerle participar. Porque muchas veces el profesional, ya sea el médico de primaria o la enfermera de primaria, que tienen más contacto y que puede valorar los cambios y la percepción del paciente, pues van a ser ellos. Y por lo tanto, en todo esto que es un mundo nuevo, que es identificar cómo podemos conocer la experiencia que tiene a lo largo del proceso, creemos que también enfermería y medicina de familia van a jugar un papel muy importante.

Entonces, el otro aspecto que son los programas de cribado, lo que hemos empezado es a realizar, nos hemos reunido, luego hay muchas más reuniones a las que yo no puedo ir. Pero inicialmente hemos tenido reunión con cada uno de los cribados para identificar a las personas que están en la trinchera, qué es lo que creen que es posible mejorar, ¿no? Y ver qué podemos priorizar y qué es realmente, qué va a tener impacto y qué es viable en plazos, ¿no?





Entonces, por ejemplo, el cribado de cáncer de colon, el porcentaje de colonoscopias que hay que repetir, estamos en cifras estándares europeas de todos los cribados. No recuerdo la cifra exacta, pero pongo el ejemplo, estamos en estándar y en unas cifras óptimas. Pero es algo que preocupa a los servicios de digestivo, a los que hacen el cribado, y que proponen medidas para mejorarlo. Pues medidas como mejorar la preparación para la prueba, dar una información igual más estandarizada y tal... Hay pacientes que como previamente han tenido problemas con la preparación pues no toman los frascos que se le indican, tener ese tipo de datos registrados o ver varios tipos de preparaciones diferentes.

Entonces, estamos, igual es bajar mucho al detalle, pero bueno, lo que quiero decir es que, por ejemplo, en el tema que tenemos de que no llegan las cartas a los domicilios, que muchos es por cambios de domicilios, personas que no tienen su domicilio porque cambian, pues estábamos viendo la..., y hemos tenido reuniones con Eustat que creemos que su base de datos sobre la población y los domicilios para mejorar una actualización y que lleguen mejor las cartas y los contactos.

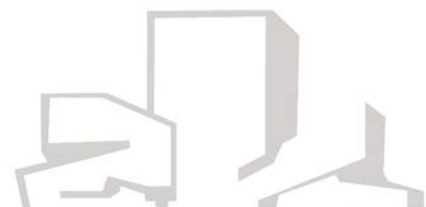
Y entonces, se ha tenido, o sea, estamos identificando, en el cáncer de mama tenemos la población de riesgo pero que no llega a las edades del cribado, y hay esa población, a las personas expertas en este tema, creen que hay que hacer un cribado no como igual se está haciendo en este momento, vamos a decir, un poco oportunista. Van al médico, "oiga, tengo a mi madre, a mi tía con un cáncer de mama, ¿qué hago?", sino empezar a pensar en estas mujeres en franjas más jóvenes y con familiares, una forma más estructurada y organizada.

Pero todo esto son cosas que te juntas con los equipos que están trabajando, identificas áreas de mejora. Por ejemplo...

(18. zintaren amaiera)

(19. zintaren hasiera)

... son cosas que te juntas con los equipos que están trabajando, identificas áreas de mejora.





Por ejemplo, también, en el tema del cribado de cérvix, la autotoma es algo que se está valorando que las propias mujeres puedan tomarse las muestras y ahí ir a ofrecerlo igual a colectivos que sabemos que son de más riesgo y que no acuden o que no es fácil de localizar en el domicilio, ¿no? Entonces, podríamos ir a zonas de planificación familiar, o a zonas albergues, o hacer algún tipo de intervención. Entonces, bueno, es cierto que estamos y que cuando uno ve además a los equipos que trabajan en los cribados, pues es algo de lo que estamos muy orgullosos. Pero que uno, pues, siempre ¿no? hay que intentar...

Pero bueno, medidas concretas, estamos en el momento de identificar puntos y valorar viabilidad y priorizar. Porque es, vamos a decir, en ese momento, ¿no?

Respecto a lo que puede repercutir en el paciente la vinculación del oncológico, pues comentar que los comités de tumores van a trabajar, no va a haber paralelos entre ellos ni quirófanos paralelos. La idea, y esto hay que reconocer el esfuerzo, se han formado equipos de profesionales, esto igual el doctor Berraondo también lo puede explicar, si lo creéis conveniente. Pero, bueno, para ver en cada uno de los centros cuál es la parte del proceso oncológico y para evitar duplicidades en la asistencia, ¿no?

Luego quería mencionar el tema del apoyo psicológico. Ahora mismo nos basamos en la red de salud mental. Tenemos una red de salud mental en primaria a la que cualquier, aparte de lo que hay en los hospitales, pero los psicólogos trabajan fundamentalmente en la red de salud mental, que son accesibles ante cualquier paciente en el que detecten un duelo patológico, una negación de la enfermedad o algún proceso. Creemos que una parte es estos aspectos y otro el apoyo psicoemocional. Y creemos que esto inicialmente lo tenemos que trabajar con formación con los profesionales que tienen los contactos más directos con los pacientes en el diálogo, en dar las noticias, intentando reducir, pues vamos a decir, el impacto psicológico que tiene mejorando esta comunicación y esta empatía y sensibilidad.

Entonces, esta sí que es una línea de trabajo. También tenemos que reconocer que tenemos las asociaciones de pacientes, que en este sentido, realizan un trabajo muy bueno de detección de aquellas situaciones de riesgo, acompañan y siguen en el proceso del cáncer y que hemos estado reunidos con ellos y que hay que reconocer, pues esta labor. Y que tenemos



mucho que aprender de las asociaciones de pacientes y que contamos también para todo lo que es ver necesidades en apoyo psicoemocional.

Respecto a los cuidados paliativos, pues coincido plenamente en que hay que fortalecer el apoyo de, el papel de atención primaria. Lo que no queremos es crear planes paralelos ya sea en preventiva, en paliativos, sino ver lo que hay, ver... Salud Pública tiene la mayoría de las líneas de trabajo en prevención y hábitos saludables. Y la idea está desarrollando líneas y poner en la misma dirección salud pública, atención primaria que, no debemos olvidar que en esto también tiene una importante labor, con las funciones comunitarias que tienen nuestros centros de salud.

En cuanto al tema de las campañas solares, pues es algo que la verdad es que hemos tenido una reunión para ver cómo se orienta la difusión y todavía no tenemos cerrado cómo va a ser la actuación. Nos gustaría, desde luego, estratificar, antes he comentado que el papel de los padres y madres, o sea, en este aspecto y probablemente a través de asociaciones de padres de ikastolas,... habrá que buscar formas alternativas aparte del apoyo de la farmacia que, bueno, esto habrá que valorarlo, de las farmacias vamos a decir, de forma cada punto y donde vayamos trabajando, los pros, los contras y el beneficio que pueden tener.

Y, bueno, yo creo que lo principal...

BATZORDEBURUAK: Oso ondo. Ba, taldeen bigarren txandari ekingo diogu. Ez. Ez. Uria jauna? Ez. Blanco andreak du hitza.

BLANCO DE ANGULO andreak: Bueno, eskertuta gure ekarpenak kontuan hartzen badituzue, hori zen helburua. Eta egin dugun lan honen helburua, gure ekarpenak kontuan hartzea.

Voy a contestar, voy a intentar aclarar una cuestión, creo que se me ha entendido mal, lo voy a hacer en erderaz. Porque en ningún caso, en ningún caso hemos dicho ni queríamos decir o dar a entender que hemos puesto en duda la subcontratación en el caso de la asistencia oncológica. No hemos dicho eso. He estado refiriéndome precisamente a la asistencia psicológica en el caso, he insistido, de niños, niñas, profesionales. Y lo que sí he



remarcado es que ahí igual tendríamos que evaluar ese modelo y lo que todavía hay que añadir o mejorar en ese ámbito.

Porque sí que es cierto que la atención a través de la red de salud mental, pero la señora Murga ahora lo ha explicado muy bien, en otros casos se hace a través de asociaciones, que lo hacen muy bien y creemos...

(19. zintaren amaiera)

(20. zintaren hasiera)

... a través de la Red de Salud Mental. Pero la señora Murga ahora lo ha explicado muy bien. En otros casos se hace a través de asociaciones que lo hacen muy bien y creemos que además son necesarias. Pero igual habría que pensar en... en... fijar... no me sale en erderaz la palabra, en contar con personal propio dentro sobre todo de los hospitales para hacer una labor mucho más amplia, teniendo en cuenta que sobre todo en algunos casos, insisto, no solamente es necesario la atención al paciente, sino a sus familiares y también a los profesionales. Me he querido referir a eso. En ningún caso he dicho que la asistencia sobre todo en el ámbito oncológico sea subcontratada. Quería dejarlo claro.

Y por terminar, a mí me gustaría..., creo que voy a ser la última portavoz en hablar, me gustaría terminar con un mensaje positivo, porque creo que además, bueno, el ámbito donde se trata este tema y este plan tiene que ser así, es un ámbito dentro de una institución, con la seriedad que se tiene que abordar y también con la distancia, pero también quería poner sobre la mesa, bueno, que al final esto también nos toca la fibra, todos y todas de alguna manera vivimos o hemos vivido o viviremos con un caso de cáncer con mejor o con peor pronóstico, con mejor o peor desenlace, pero quiero terminar con ese mensaje positivo, porque creemos que se ha avanzado mucho en el diagnóstico, mucho en la prevención, aunque todavía nos quede también mucho por hacer, y nos tenemos que concienciar, y yo la primera, en los propios hábitos de vida saludables, pero sí que es cierto que ahí se ha avanzado mucho, que ha habido evidentes mejoras también en la investigación.

Y también, bueno, pues queríamos terminar con ese reconocimiento a los profesionales que trabajan en este ámbito, porque si ya el ámbito de la salud es vocacional, creemos que todavía en esta área muchísimo más, ¿no?



Y reconocer por su profesionalidad, su empatía y su humanidad. Bueno, me ha parecido adecuado terminar de esta manera y hoy sin enfrentamientos políticos ni dialécticos.

Eskerrik asko.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, Blanco andrea.

Ba, azkenik, berriz ere sailburuak eta bere taldeak du hitza.

OSASUNEKO SAILBURUAK: Eskerrik asko por las aportaciones.

Le voy a contestar de memoria y entonces me puedo equivocar, pero lo miraré según llegue al despacho. La unidad de Oncología Infantil del Hospital de Cruces creo que tiene un psicólogo propio de Osakidetza y creo que la unidad de Oncología Infantil del Hospital Donostia creo que tiene un psicólogo que creo que pone una asociación de pacientes. Creo que es así. Creo que es así. En cualquier caso, lo miraremos.

Pero sí que tenemos, lo voy a decir abiertamente, voluntad de las unidades de Oncología Infantil dotarlas del apoyo psicológico no solo para los niños, niñas y adolescentes, sino también para las familias.

Le agradezco el mensaje positivo. Y además me parece francamente bien que reconozcamos en conjunto la labor de los profesionales sanitarios de Osakidetza en el ámbito de la oncología y en el resto, pero hoy nos toca el ámbito de la oncología. Yo creo que realizan una gran (¿valor?).

Sí que les he querido dejar para el final la diapositiva donde los diferentes colores... Bueno, las dos gráficas de arriba corresponden a la supervivencia en hombres y en mujeres al año del diagnóstico de cualquier proceso oncológico en cualquiera de los tres... el sumatorio de los tres territorios de Euskadi y los dos gráficos de abajo corresponden a hombres y mujeres la tasa de supervivencia a los cinco años.

Y yo creo que ahí, si me permiten, sí que llama la atención... probablemente las líneas son muy muy pequeñas, pero bueno, ya ven ustedes





que el conjunto de las líneas, menos la franja de mayores de 75 años, en hombres y en mujeres al año tienen mejoras en la supervivencia entre el año 2000 y el año 2012. Y en la gráfica de mayores de 75 especialmente en hombres no hay ninguna mejora en supervivencia, está en un 40 %, que probablemente es una supervivencia buena para un primer diagnóstico oncológico por encima de 75 años. Pero pese a que hemos incorporado tratamientos farmacológicos y de radioterapia de alto coste, en estos doce años hay bastantes cambios en cómo diagnosticamos y tratamos, y sin embargo en la franja de mayores de 75 años en hombres no conseguimos mejoras en la supervivencia.

Sí conseguimos una mejora en la supervivencia pequeña, pequeña, en mujeres. Y probablemente se debe al peso que tiene el cáncer de mama en el global de los tumores en mujeres. Y que las mujeres por encima de 75, por encima de 70 años, aunque no las tenemos incluidas en el programa de cribado, sí que en el momento del diagnóstico todavía se benefician del tratamiento.

Gaurko agerraldia bukatzeko planaren alderdi garrantzitsuenak azpimarratu nahi dut. Lehenik eta behin Plan Onkologikoak duen garrantzia. Nire lehenengo hitzetan esan dudan bezala, minbiziari aurre egitea Eusko Jaurlaritzaren lehentasuna da. 11. legealdiko Gobernu Programan Plan Onkologikoa egiteko konpromisoa hartu genuen. Konpromiso hori bete dugu. Eta ondorengo hilabete eta urteetan Plan Onkologikoa garatuko dugu.

Como decía, para finalizar la comparecencia, me gustaría destacar en primer lugar la importancia que han reflejado todos los grupos sobre el Plan Oncológico. En el Programa de Gobierno de esta onceava legislatura adquirimos el compromiso de elaborar el plan y lo hemos cumplido. En los próximos meses vamos a trabajar en el despliegue y en el desarrollo.

Es verdad que nos hubiera gustado poder contar con un presupuesto aprobado que facilitara las actuaciones previstas para 2019. Pero en cualquier caso, tal y como dijo el lehendakari Urkullu, la prórroga presupuestaria esperamos que no sea dramática. Y desde luego en el Departamento de Salud y en el Gobierno Vasco tenemos capacidad para adaptar el presupuesto prorrogado a las necesidades y es nuestra intención abordar las actuaciones previstas en el Plan Oncológico como un ámbito prioritario de nuestras políticas.





Entre las actuaciones previstas para el próximo año me gustaría destacar el despliegue del programa de cribado de cérvix a Bizkaia y al resto de Gipuzkoa, avanzar hacia un servicio de oncología referente para Gipuzkoa mediante la vinculación de Onkologikoa y la integración organizativa de sus recursos para una utilización más eficiente de los mismos. Trabajaremos también para avanzar en una mayor humanización de la atención oncológica, por lo que invertiremos...

(20. zintaren amaiera)

(21. zintaren hasiera)

... integración organizativa de sus recursos para una utilización más eficiente de los mismos. Trabajaremos también para avanzar en una mayor humanización de la atención oncológica, por lo que invertiremos en los programas de formación de profesionales y pacientes en este campo específicamente. Vamos a intentar también potenciar la transformación del modelo asistencial reforzando el funcionamiento de los comités de tumores. Y vamos a desplegar OnkoBide, un sistema de información para el proceso global farmacoterapéutico del paciente oncológico.

En el ámbito de la medicina personalizada, tenemos previsto constituir un consejo asesor multidisciplinar que se encargará de establecer las líneas de actuación y de investigación de los institutos para mejorar la incorporación de la medicina personalizada y trabajar en red. Estamos convencidos de que es muy importante medir los resultados. Somos conscientes de que tenemos que incluir resultados de calidad de vida de los pacientes en la evaluación de los procesos asistenciales y, en particular, en la atención oncológica. Y vamos a continuar trabajando para ordenar la actividad quirúrgica oncológica de alta complejidad o de baja prevalencia.

Estas son, de manera resumida, las principales líneas de actuación previstas para el ejercicio 2019. Hauek dira, laburbilduz, hurrengo urterako aurreikusten ditugun urrats garrantzitsuenak, esan bezala, aurrekontuak izatea gustatuko litzaiguke. Edozein kasutan, aurrekontu prorrogatuak izatea ez da eragozpena izango plan onkologikoaren garapenerako Osasun Saila eta Eusko Jaurlaritzarentzat minbiziari aurre egitea lehentasunezkoa delako.





Y me gustaría cerrar diciéndoles que tenemos previsto la semana que viene la firma del acuerdo de vinculación de oncología con Osakidetza. Les mandaremos a todos ustedes la invitación hoy, porque estaremos muy gratos de que nos acompañen en un proyecto que entendemos que no es exclusivo del Gobierno, sino que es un proyecto de país.

Eskerrik asko.

BATZORDEBURUAK: Bai, barkatu. Benga, goazen ba. Denok gosez gaudela ja, asi que gai zerrendako hirugarren puntuari hasiera emango diogu, Legez besteko proposamena, Osakidetzan arnagune funtzionalak izendatu eta garatzeari buruz. Egilea Euskal Herria Bildu taldeak, beraz, Ubera andereak du hitza ekimena aurkezteko.

UBERA ARANZETA andreak: Eskerrik asko mahaiburu jauna.

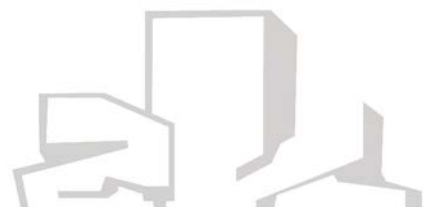
Bueno, irailak 11 an erroldatutako ekimen bat da. Eta bertan proposatzen genuena zen sei hilabeteko epean, Osakidetzan UEMArekin elkarlanean eta beraiekin adostuta abian jartzea arnagune funtzionalak, bai? Ez genuen esaten UEMako eremu guztian, osasun etxe guztietan edo ospitale guztietan arnagune funtzionalak jartzearena. Baina bai pentsatzen genuen behintzat esperientzia batzuk abian jartzea, bai? Eta orekatuta izan da herrialde desberdinetan, ez izatea denak herrialde berean, esaterako denak Gipuzkoan, baizik eta oreka bat bilatzea herrialde desberdinen artean, Bizkaia, Araba eta Gipuzkoaren artean UEMako eremuaren baitan. Ez dakit UEMA ezgutzen duzen.

UEMA herri euskaldunen mankomunitatea da. Bertan biztanleen % 70a baino gehiago euskaldunak diren herriak kokatzen dira. Esaterako Gipuzkoan 44 herri ditugu UEMAn, Bizkaian 28 eta Araban 1 eta Nafarroan ere 13. Guztira, gutxi gora behera, 240.000 biztanle biltzen ditu, bai?

UEMAko herriak arnaguneak dira, bai? Herriak dira...

(21. zintaren amaiera)

(22. zintaren hasiera)





... gutxi gora behera, 240.000 biztanle biltzen ditu, bai?

UEMAko herriak arnaguneak dira, bai? Herriak dira eta funtzio inportantea betetzen dute euskararen normalkuntzari dagokionean, bertan euskaraz bizi dira; baina nahiz eta euskaraz bizi ba gertatzen dena da zailtasunak daudela, eta bertako herritarrak zailtasunak dituztela zerbitzuak euskaraz jasotzeko, ez?, zerbitzu publikoak euskaraz jasotzeko.

Egia da, eskubideak eta baita hizkuntza eskubideak ere, dena delarik, eremu soziolinguistikoa bermatu behar direla. Eta ez zait gustatzen niri eremu soziolinguistikoen arabera desberdintasunak egitea, zer iruditzen zait horrek Nafarroako eredura daramatzala eta eredu horrek porrot egin duela. Baina garrantzitsua iruditzen zitzaigun, alegia, herriak arnaguneak diren bezala, arnagune funtzionalak eraikitzea, ez? Zer arnagune funtzionalak horrek esan nahi du arloen arabera; eta iruditzen zaigu horrek euskararen normalkuntzaren bidean funtzio garrantzitsua eta sinergia sor ditzaketela, eta bultzada handia, motor lana egin dezaketela, bai?

Dakizuen bezala UEMA eremuan familia eta pediatrian aurrerapausoak eman dira, baina oraindik ere zailtasun handiak daude profesionalekin, zailtasun handiak daude ordezkapenekin, eta oraindik ere osasun-etxe txikietan eta ospitaletan ere zailtasunekin aurkitzen dira. Eta horren adibide da ba urrian, esaterako, UEMAk berak egin zuen ebaluazio bat eta beno, hemen izan genituen ere OE eta Kontseilua, hemen izan genituen ere Osasun Saila eta Osakidetza balorazioa egiten. Gure taldeak ere urtero eskatzen du ebaluazio bat, gainera, sasoi honekin kointzidituz, oraindik ez dugu eskatu. 2017an eskatu genuen, irailean eskatu genuen Euskara Erabileraren Planaren, legegintzaldiko erdigunera iristen geundelako, bertan planean jasota dagoen ebaluazioaren aurkezpena egitea, eta hala ere, beno, urtero ere eskatzen dugu eta aurten ere eskatuko dugu.

Eta urtero-urtero eskatzen duguna da, eta beno, barkatu, urtero-urtero ikusten duguna da Erabilera Planean jasotzen diren hiru printzipioak ez direla betetzen, ez? Erabiltzaileen hizkuntza eskubideak ez direla errespetatzen, hori da printzipio bat. Printzipio bat da ere erabiltzaileen hizkuntza eskubideak errespetatzearena, orduan ikusten da ez dela errespetatzen.

Bigarren printzipioa da enpatia eta komunikazio argia eta gertukoa bermatzea, pertsonengan (...) eta haien hizkuntzan garatua. Eta hau ere ez da





betetzen, eta gainera, hainbat agerralditan ere Osasun Saitetik, Osakidetzatik azpimarratzen da printzipio honen garrantzia. Hau da, gaixoa edo Osakidetzako erabiltzailea tratatzerako orduan, zelako garrantzia duen bere hizkuntzan artatzea, ez?

Eta hirugarren printzipioa da helburuak progresiboki ezartzea; baina ikusi duguna da, azkenean, progresibotasuna aitzakia bilakatzen ari dela aurrera egiteko Erabilera Planean.

Oraingoan, proposamen honekin, planteatzen genuena zen beste urrats bat egitea, ez? Erabilera Planean sakontzeko, Erabilera Planari bultzada bat emateko eta, gainera, iruditzen zaigulako justu hauek lehentasun eremutat kontsideratzen direlako Erabilera Planean, eta hor iruditzen zaigu beste urrats bat eman daitekeela, ez?

Azkenean esan behar dugu erdibideko bat egin dugula, erdibideko bat egin dugu Gobernua sostengatzen duten taldeekin; oso malguak izan gara, berez hemen, erdibidekoan, ba beno, esan dudan bezala, malgutasunez jokatu dugu, eta ez da guk nahiko genukeena. Ez dakit Gabonen atarian gaudelako, baina eskuzabaltasunez jokatu dugu, beno, ba pentsatzen dugulako saiakera bat merezi duela. Aipatzen dugu jarrai dezala, nahiz eta guk oraindik ere Gobernuaren aldetik ez dugun ikusi arnagune funtzionalak eraikitzeke xede tinkorik.

Eta aipatzen dugu, azkenean, Gobernuarentzat lehentasunezko zerbitzu erakundeak dira. Pena bat izan da UEMA bera ez jasotzea, baina, tira. Ea horrela lortzen dugun aurrera tira egitea eta sakontzea Erabilera Planean.

Beraz, lehentasunezko zerbitzu erakundetan ba arnagune funtzionalak eraikitzeke asmoarekin, esperientzia zehatzak eta garatzea, ez? Bertoko osasun profesionalekin eta udalekin elkarlanean. Ba iruditzen zaigu inportantea dela, ea posible den eta ea hemendik denbora labur batetara ikusten ditugun arnagune funtzional horiek abian; zer ikusten dugu posible dela eta iruditzen zaigu instrumentu garrantzitsuak izan daitezkeela, bai?

Eta behin ba esperientzia horiek abiatu ostean eta ezarri ostean, ba ebaluazio bat egitea, eta hemen, batzorde honetan ezagutzea ebaluazio horren nondik norakoak, eta ezagutza ere prozesuaren garapenean nola izan den.





Aipatu behar dugu Alderdi Popularrak egindako proposamenaren inguruan, hiru ideia emango ditut. Bat, beraiek jasotzen duten indarrean dagoen hizkuntza politika diskriminatzailea dela; eta nik Alderdi Popularrari esan nahiko nioke hemen indarrean den hizkuntza politika diskriminatzailea baldin bada, euskaldunekiko dela eta euskararekiko dela.

Gezurra da, ez da egia, enplegu publikora sarbide izateko euskara ezinbesteko betekizuna denik. Eta hor hainbat datu objektibo bilatu genitzake, Osakidetza bertatik hasita eta Osakidetzako OPEtatik hasita. Eta ikusi izan dugu ere azken OPEtan zer gertatu den.

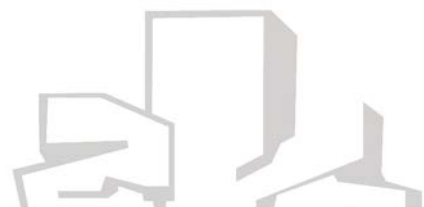
Bigarren ideia, funtzio publikoan, administrazio publikoan lan egitea ez da eskubide bat. Zerbitzuen kalitatea bermatu behar da eta zerbitzuen kalitatea bermatzeko, eta herritarren eskubideak ez urratseko, ba hizkuntza ofizialak bermatu behar dira; eta euskara eta gaztelera hizkuntza ofizialak dira. Beraz, hizkuntza ofizial biei trataera bera eman beharko litzaieke. Zer izango litzateke ba gaztelaren inguruan izango bagenitu euskarari buruz esaten ditugun makina bat kontu, edo eta Erabilera Plana aztertzen dugunean, edo ebaluatzen...

(22. zintaren amaiera)

(23. zintaren hasiera)

... inguruan, esango bagenitu euskarari buruz esaten ditugun makina bat kontu, edota erabilera plana aztertzen dugunean, edo ebaluatzen dugunean, imajinatzen duzue gaztelera normalizatzeko erabilera planaz arituko bagina, ez? Zer gertatuko litzateke? Zeren astakeri asko esaten ditugu hemen, euskararen inguruan. Horiek izango balira gaztelaren inguruan, biak hizkuntza ofizialak ditugunean, zer izango litzateke? Norbait imajinatzen da zer izango litzateke euskarari buruz esaten diren gauza guztiak gaztelari buruz esango bagenitu.

Eta hirugarren ideia. Behin eta berriz aukera berdintasuna erabiltzen da argudio bezala, aitzakia (...) euskara baztertzeko, bai? Eta gure galdera da nola onar daiteke hori. Hori, azkenean, aukera berdintasunaren kontra doalako, eta horrekin diskriminazioari ez zaiolako aurre egiten, eta herritar guztiak berdinak izan behar direlako.





Beraz, beno, ba eskertu Gobernuari ere, egindako saiakera eta egindako esfortzua. Iruditzen zait hor alde biak egin dutela. Eta ea hemendik aurrera gai garen gaur onartuko den akordio hori gauzatzeko. Eta gai izango garen lehenasunezko zerbitzu erakundeetan, erakunde horiek, harnasgune funtzional bilakatzeko eta UEMAko udalerrietan harnasgune funtzionalak ikusteko.

Eskerrik asko.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, Ubera anderea. Ondoren, emendakinak aurkeztu dituzten taldeekin hasiko gara. Eusko Talde Popularretik, Garrido andereak du hitza.

GARRIDO KNÖRR andreak: Bai. Eskerrik asko, presidente jauna.

Beno, guk proposamen hau ikusi genuenean pentsatzen genuen proposamen honen oinarria zela Osakidetzan indarrean dagoen Plan Linguistikoa zela. Eta ildo horretatik, gure zuzenketa aurkezturakoan gure jarrera gai honetaz ere adierazi genuen. Gure jarrera zein den ezaguna da, zeren hainbat alditan proposamen zehatzak aurkeztu ditugu gai honi buruz Legebiltzarrean, eta proposamen horiek eztabaidatu direla.

Hasteko, bat gatoz gizartearen eskubide linguistikoak bermatu behar direla, Horretan, ez dugu zalantzarik, eta hori uste dut gainera legeak jasotzen duela, eta bi hizkuntza ofizialak ditugula. Baina hemen, kontu inportanteena guretzat da, edo garrantzitsuena da nola egiten den hau. Eta hemen, esan behar dugu ez gatozela bat, ez gaudela ados. Eta, gainera, kontuan izanik proposamen hau Osakidetzaren II. Euskararen Planarekin lotuta dagoela eta gure desadostasuna adierazi genuela Plan hau batzordean aurkeztu zenean. Gogoratu behar dugu nola I. Planaren ebaluazioa egin zenean ere, argi adierazten zen nola Plan honen helburu batzuk ez zirela bete. Eta esan behar dugu ere ez gatozela bat, edo gure desadostasuna ere adierazi dugula, Osakidetzan arautzen duen dekretuarekin.

Hori guztia ikusita, ba gure zuzenketa aurkeztu genuen proposamen zehatz batekin. Eta gure proposamena da betikoa.





Nosotros, al ver esta iniciativa entendimos que teníamos que ir al origen de esta cuestión. Y es un posicionamiento en relación al II Plan de Normalización del Uso del Euskera. Y en ese sentido, planteamos una enmienda fijando nuestra posición en relación a la política lingüística seguida en Osakidetza. Por eso hemos repetido los argumentos que sobre este tema siempre hemos defendido. Y, obviamente, pues en solitario en esta ocasión. Y bueno, ya planteo y ya manifiesto que nosotros defenderemos nuestra enmienda de totalidad presentada, porque entendemos que hay que ir al origen de la cuestión y, además, la propuesta planteada por el grupo EH Bildu deriva del II Plan de Normalización del Uso del Euskera, con el cual nosotros hemos mostrado nuestra discrepancia.

Por eso y muy brevemente, puesto que ya creo que nuestra posición es conocida, planteamos rectificar la política lingüística de exigencia del euskera como requisito indispensable para optar al empleo público en muchos ámbitos y en muchas ofertas públicas de empleo que se convocan se plantea este requisito como indispensable. Entendemos también, que es necesario modificar desde nuestro planteamiento los criterios de acceso y las ofertas de empleo público, para que no se priorice el conocimiento del euskera sobre la capacitación técnica y la experiencia. Que eso está actualmente pasando, en relación a la valoración que se le da al euskera en relación a otros méritos que, a nuestro entender, hace que sea absolutamente determinante a la hora de acceder a una plaza en la Administración Pública y, en este caso, en Osakidetza.

También instamos a modificar la normativa correspondiente a la asignación de los perfiles lingüísticos de cada puesto. Y, sobre todo, a adecuarlos a la realidad sociolingüística de cada puesto, así como en línea con la anterior, revisar la puntuación del euskera como mérito en las futuras OPEs.

Y, por último, hacemos referencia a que se garantice el principio de acceso en condiciones de igualdad en el acceso a la Administración Pública, para que no se produzca ningún tipo de discriminación lingüística. Por lo tanto, nosotros creo que nuestra posición es clara: defendemos la necesidad de garantizar los derechos lingüísticos de las personas que hablan en euskera como las que hablan en castellano.





Pero, desde luego, discrepamos, nos diferenciamos claramente de las posiciones del Gobierno, que para nuestro entender tratan de acelerar los ritmos de euskaldunización en Osakidetza, no respetando la realidad sociolingüística ni la propia realidad de uso del euskera en la propia Osakidetza y en la Administración Pública.

Y por eso, pues creo que en consonancia con este planteamiento planteamos una enmienda que iba al origen de la situación, puesto que esta iniciativa concreta se deriva del II Plan de Normalización del Uso del Euskera...

(23. zintaren amaiera)

(24. zintaren hasiera)

... con este planteamiento planteamos una enmienda que va al origen de la situación, puesto que esta iniciativa concreta se deriva del segundo plan de normalización del uso del euskera. Y, por lo tanto, nuestra posición, pues va a ser la de defender nuestra enmienda, como acabo de señalar. No nos vamos a posicionar a favor, obviamente, de la enmienda de transacción.

Besterik gabe, eskerrik asko.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, zuri, Garrido anderea. Ondoren Euskal Sozialistak taldetik, Rojo andereak du...

ROJO SOLANA andreak: Gracias, presidente y buenas tardes ya a todos.

Ya ha explicado la señora Ubera el origen de la iniciativa y el objetivo que pretendía cuando presentó la misma. Y, por tanto, desde mi grupo no... lo único que voy a decir es que nos reafirmamos en la enmienda transaccional acordada con el grupo proponente y esperemos que esto ayude a mejorar la situación que planteaba la señora Ubera.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, Rojo anderea. Ondoren Euzko Abertzaleak taldetik, Gurrutxaga andereak du hitza.





GURRUTXAGA URANGA andreak: Eskerrik asko, batzordeburu jaun eta bueno, eguerdi on guztiori.

Gure taldeak ere bai herritarren hizkuntza eskubideak bermatu behar direla pentsatzen dugu, eskubide guztiak. Eta, nola ez, hizkuntza eskubideak ere bai. Eta hori, horren alde lana egiten dugu eta hori egiteko uste dugu herritarren zerbitzura dauden administrazioak, herritarren zerbitzura dauzkan horietan, esfortzu garrantzitsu bat egitea tokatzen zaigula. Eta, gainera, beti defendatu izan dugu Osakidetzan euskaraz artatzea hizkuntza eskubide bat bermatzea baino gehiago dela. Eta kalitatean modu kualitatibo baten areagotzera eramaten gaituen gai bat dela. Azken finean, Osakidetzara joan eta zuk eskatu bezala euskaraz edo gaztelaniaz artatu izateak, gertutasun horretan eta asko hobetzen duelako.

Horregatik Osakidetzak urte asko daramatza euskara normalizatzeko planak abian jartzen. Bigarren planarekin gaude gaur egun. Eta ja bukatzera doa, 2013an hasi zen plan hau. Eta beti aipatu izan dugu lehenengo plan horrek hasiera batean, ezagutza horretara eta euskararen presentzia areagotzera jarri zituela indarrak eta oraingoan trebakuntza, euskararen presentzia hori hobetzera jarri behar direla indarrak. Eta bigarren plan honetan hori da Osakidetzak daukan helburu nagusia, zerbitzu hizkuntza gisa, zerbitzu hizkuntza gisa, euskararen ahozko eta idatzizko presentzia eta erabilera handitzea. Bai kanpo harremanetan eta noski barneko harreman horietan ere lan harreman horietan areagotu nahi delako.

Eta gainera, beste helburu bat da baldintza aproposak dituzten zerbitzu edo unitate guztietan lan hizkuntza hori txertatzeko eta lan hizkuntza horretan areagotzeko moduak eta ekosistema hori sortzea.

Beraz, argi daukagu bigarren plan honetan erakunde osora eman behar dela aplikazio hori, salbuespenik gabe. Eta indar handia jarri behar dela lehenetsunezko unitateetan. Beti kontuan eduki behar dugu ere zein den zentro edo unitate bakoitzaren lehenetsun mota eta zein ezaugarri soziolinguistiko ematen diren bertan.

Horregatik gaur EH Bilduk gaurkoan ekarri, eztabaidara ekarri duen ekimena oso interesgarria iruditzen zaigu, Osakidetzak bere euskara



zerbitzuetatik abian jarritako zenbait ekimenekin bide horretatik datorrelako. Eta uste dugulako hori garrantzitsua dela. Bai da egia EH Bilduk ekarritako ekimen horretan arnasmune funtzionalen termino horrekin etortzen dela. Osakidetzatik gehiago erabili izan da interbentzio integralaren bide hori. Baina azken finean, helburu berdina ematera dator eta horregatik ondo ikusten dugu.

Eta lehen mailako atentzioan, batik bat, zentratzen da interbentzio integral hau edo arnasmune funtzional hau eta azkenean, honek, alde batetik, ekartzen du orain arteko bidea sakondu eta euskararen planaren neurrian zerbitzu hizkuntzari begira, pausuak ematea. Eta, bestetik, interbentzioa osatzeko lan hizkuntzari lan ohitura horiei eragitea nahi da.

Egia da ekimena, eskatzen duzuen moduan, ez dugula onartu hasiera batean eta uste dugula beste modu batzuekin etorri behar dela. Baina, guk uste dugu gaur egun Osakidetzan ekimen ambiziosoak martxan jartzen hasiak direla eta horri heldu behar diogula eraginkortasunez egiteko.

Guretzako, adibidez, UEMA bertan ezartzeak nolabait kontraesanak edo ekarri ditzakeela pentsatzen dugu. Azkenean, UEMAREN baitan udalerrri desberdinak eta osasun zerbitzu mota desberdinak ematen dituzten udalerrriak daudelako. Eta eragiteko moduak desberdina delako. Orduan, guk uste genuen udalekin elkarlanean bai, baina momentu honetan UEMAREKIN berarekin egiteak ez genuela kontraesankorra ikusten genuela.

Beraz, guretzako, Osakidetzan euskarazko zerbitzua bermatu eta presentzia areagotu behar da. Horretan ari dira. Guk uste dugu urtez urte, herritarren hizkuntza eskubideak gehiago bermatzen direla eta herritar gehiagori bermatzea lortzen ari dela euskara plan hauekin eta Osakidetzako euskara zerbitzutik egiten den lanarekin. Baina, nik uste dut garrantzitsua dela horretan ere bai, bai egoera soziolinguistikoa kontuan hartzea eta baita zentro bakoitzean profesional horien motibazioa bilatu, ekosistema horiek sortu eta nolabait inposatu edo hau egin behar duzu esan beharrean, goazen bilatzera moduak guzti hau denon artean aurrera ateratzeko. Azkenean, motibaziotik datozen lan guztiak beti aberasgarriagoak izaten direlako.

Eta bueno, horregatik poztu lortu dugun erdibidekoagatik. Nik uste dut eskuzabalak bi aldeak izaten direla horrelako akordio bat lortzean eta egia da Talde Popularrari ez niola aipamenik egin behar. Baina bai uste dut gaurkoan



berriro ere bai euskarari dagokionez bakarrik gelditzera doala eta nik uste dut dela gure herriaren hizkuntzak batu egiten gaituela eta espero dela egunen batean bide horretan ere zuekin topatzea.

Eskerrik asko.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko zuri, Gurrutxaga anderea. Ondoren zuzenketak sartu ez dituzten taldetik, Zabala andereak du hitza, Elkarrekin Podemosek.

ZABALA ARTANO andreak: Mila esker, presidente jauna.

Bueno, horren harira, honen harira zuekin konpartitu nahiko nuke esperientzia bat. Hain zuzen ere, iaz Alegiako lehen mailako arreta unitatean, Alegi, Tolosatik gertu dagoen herri bat da. Eta herri hauek abarkatzen ditu: Amezketa, Alegia, Bidegoyan eta Legorreta. Han ezarri zen eusle metodologia oinarri hartu, eusle metodologia oinarri hartuta euskarri egitasmoa jarri zuten martxan. Langileen arteko...

(24. zintaren amaiera)

(25. zintaren hasiera)

... Eusle metodologia oinarri hartuta, euskarri egitasmoa jarri zuten martxan, langileen arteko harremanak euskalduntzeko.

Euskarri egitasmoa Alegiako Osasun Zentroko lan esparruan hizkuntza ohiturak aldatzea izan zuen helburu. Bertako langileen aburuz, egitasmoa martxan jarri eta sei hilabetetan gaztelaniaz hitz egiteko ohitura zeukaten langileen artean, langile euskaldunen artean, euskara erabiltzen hasi ziren. Aldi berean, osasun zentroaren...

BATZORDEBURUAK: Isiltasuna, mesedez.

(*Berbotsa*)





ZABALA ARTANO andreak: Aldi berean, osasun zentroaren erabiltzaileei ere eragin ziren egoera horrek, euskara gero eta modu naturalagoan erabiltzen zutelako.

Metodologiaren ardatza euslea da. Euskaraz hitz egiteko erraztasun handia duten langileen artetik, bi hautatu egiten dira eta Eusle izendatzen dituzte. Langile horiek, Eusle langile horiek euskaraz hitz egiten dute beti gainontzeko langile guztiakin. Aipatu behar dizuet hau aurrera eraman ahal izan zela Alegiko Osasun Zentroak 16 langile daudelako; horietatik, 15 euskaldunak, bata izan ezin, batek ez zekielako euskaraz.

Egitasmo honetan astero baloratzen zen jarraipena fitxa batzuen bidez, eta parte-hartzaileek eusleak hizkuntza araua edo betetzen zuten ala ez zuten betetzen. Interbentzio honek bi hilabete iraun zuen Alegiako Lehen Mailako Arreta Unitatean. Eta handik hiru hilera, neurtu zen langileak euren arteko elkarrizketetan zein hizkuntzatan ari ziren.

Osakidetzak, nire ustez, aprobetxatu beharko luke jende berria lanean hasten denean, hasieratik euskaraz aritzeko asmoa. Kontutan eduki behar dugu langile berri asko berezia, euskaldunak direla. Eta hizkuntza ohitura ezartzen baldin bada euskaraz, errazagoa da jarraipen hori egitea.

Jakin, badakigu finkatuta dauden urtetako hizkuntza ohiturak aldatzea zaila dela. Eta hori askotan gertatzen zaie euskaldun zahar askoei, urtetan daramatzatela Osakidetzan lanean, eta nahiz eta euskaraz jakin, ez daukatela ohiturarik euskaraz egiteko, euskaraz langileen artean egiteko. Noski, paziente bat euskalduna baldin bada, euskaraz artatzen dute.

Langile batzuen iritziz, lehen gazteleraz aritzen ziren hainbat lankiderekin. Egitasmo honen ondorioz, euskaraz aritzen dira orain. Eta lehen pentsaezina iruditzen zitzaiena, egin ahal da. (Alegiko ezin?), euskarri ez egitasmoa amaitu zen, baina langile asko oraindik ere Eusleentzat daukate bere burua, konturatu zirelako euskaraz jakin bai, bazekitelara, baina ohiturengatik edo gaztelaniaz hitz egiten zuten.

Euskarri egitasmoak, aipatu dizuedan bezala, euskarri egitasmoa iruditzen zait praktika oneko egitasmo bat, praktika oneko egitasmo bat daitekeena beste unitate batzuetara. Alegiko unitate horretan euskararen etorkizuna oso ondo irudikatzen dute, jarrera aldatzen ari delako. Eta



kanpotik etortzen diren langileek pentsatzen dute horrelako giroa ikusita, beraien egoeretara moldatu beharko direla .

Osakidetzako beste unitateetan, lan karga handiagoa denean, bolumena eta abar, eta abar, denbora faltagatik akaso, ez dute hainbeste arreta ipintzen euskarari. Eta lehentasuna ematen diote lana ateratzeari. Osakidetzan profesional elebidun kopurua nabarmena egin du gorantz, eta neurri handi batean, Euskara Planak zerikusia eduki dezake; gogoratu behar dugu jada II. Euskara Plana daukagula.

Eta honekin batera, komentatu nahi dizuedana laburbilduz, Osakidetzan harnasgune funtzionalak izendatu eta garatzeari buruzko legez besteko proposamen honetan, taldeek adostutako erdibideko zuzenketa honekin alde gaudela, egokia iruditzen zaigulako aipatu dituzuena. Eta berez, ontzat ematen dugunez zuen erdibideko zuzenketa, honen alde bozkatuko dugu.

Mila esker.

BATZORDEBURUAK: Eskerrik asko, Zabala anderea.

Bigarren txandan norbaitek parte hartuko du? Ez? Ba beno, ba bozkaketeetara jarraituko dugu. Ekingo diogu.

Lehenbizi, erdibidekoa, EH Bildu, Euskal Sozialistak eta Euzko Abertzaleak sinaturiko erdibidea bozkatuko da.

*Botazioa eginda, hauxe izan da emaitza:
emandako botoak, 17; aldekoak, 15;
aurkakoak, 2; abstentzioak, 0.*

BATZORDEBURUAK: Beraz, onartu egiten da.

Eta gai zerrendako azkeneko puntuari, laugarren puntuari ekingo diogu, Eskariak eta galdera. Norbaitek zer edo zer esaterik baldin badauka? Ez?

Beraz, ba gabon zorientsuak, guztioi.





*Eguerdiko ordu biak eta hogeita bostean
amaitu da bilkura.*

ZIRRRIBORROA

