



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD



Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz
945 019 300

Fax: 945 019 280

e-mail: ordes2sc-san@euskadi.eus

Web: <http://bit.ly/1SD2GNn>

Idazketa eta argitalpena

Redacción y Edición:

Aldasoro, Elena
Bacigalupe, Amaia
Calvo, Montse
De Diego, Maite
Elorriaga, Estibaliz
Esnaola, Santiago
Esparza, Puy
Martin, Jose Antonio
Pardillo, Belen

· Iradokizunen bat egin edo informazio-oharrak jasotzeari utzi nahi badiozu, bidali mezu bat helbide honetara: ordes2sc-san@euskadi.eus

· Si desea hacer alguna sugerencia o no desea recibir más información como la presente, háganoslo saber enviando un mensaje a: ordes2sc-san@euskadi.eus

· Buletin hau jaso nahi duen norbait ezagutzen baduzu, helarazi iezaguzu, mesedez, bere helbide elektronikoa, eta atsegin handiz bidaliko diogu kopia bat.

· Si conoce a alguien con interés en recibir este Boletín, por favor, háganoslo llegar su dirección de Correo Electrónico y, muy gustosamente, le haremos llegar una copia.

HARREMANETARAKO/CONTACTO:

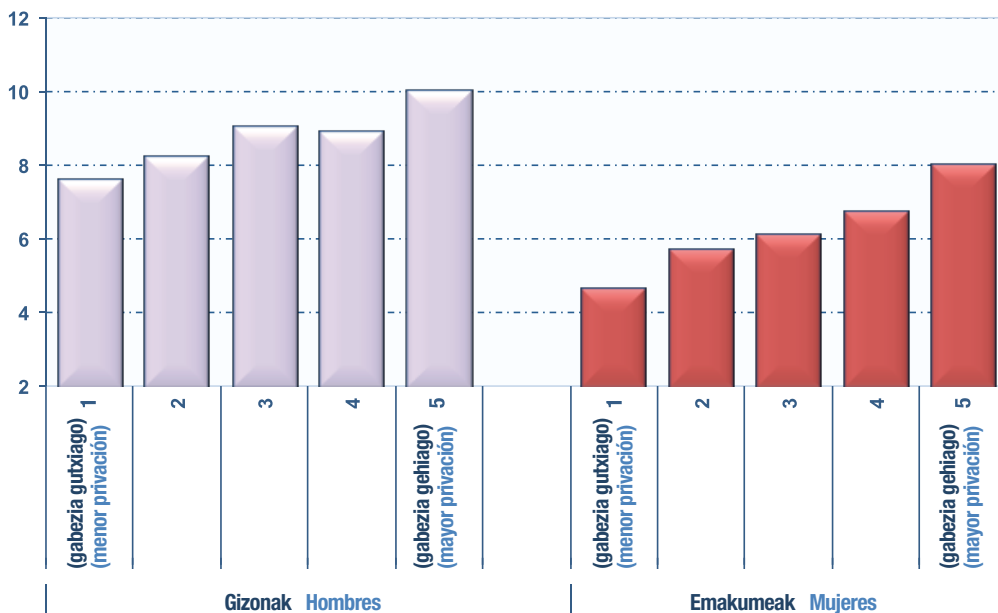
Esparza Liberal, M^a Puy

Azerlan eta Ikerkuntza Sanitarioko
Zerbitzua. Plangintza, Antolamendu eta
Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza.

Osasun Saila.
ordes2sc-san@euskadi.eus

Servicio de Estudios e
Investigación Sanitaria. Dirección de
Planificación, Ordenación y Evaluación
Sanitaria. Departamento de Salud.
ordes2sc-san@euskadi.eus

☎ 945 01 93 00
fax: 945 01 92 80



1. irudia. 2 motako diabetesaren prebalentzia (%) Arabako Eskualdeko 25 urtetik gorako herritarrengan, gabezia-mailaren eta sexuaren arabera, 2010

Figura 1. Prevalencia (%) de diabetes tipo 2 por nivel de privación y sexo en población mayor de 25 años en la comarca Araba, 2010

EKITATEA 2 MOTAKO DIABETESAREN ARRETAN

▼ 2 motako diabetes mellitusa (DM2) osasun publikoko arazo handia da, haren prebalentzia handitzen ari delako, pazienteen osasunean eta bizitza-kalitatean duen inpaktuagatik eta hari lotutako heriotza-tasagatik. Hainbat ikerketak desberdintasunak hauteman dituzte DM2ren prebalentzian, intzidentzian eta heriotza-tasan, baita osasun-laguntzako emaitzetan ere.

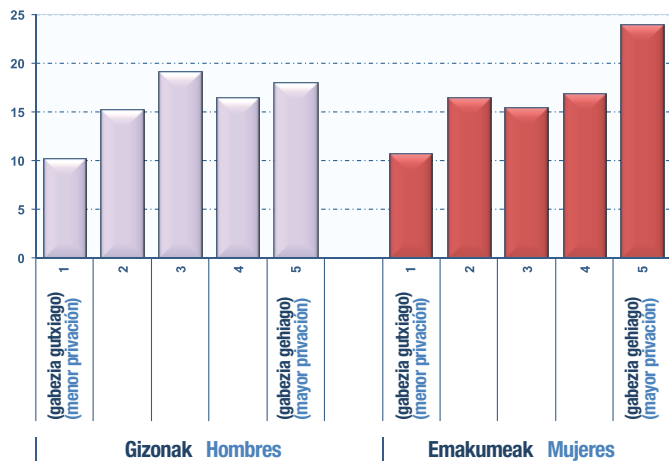
Osakidetzaren Arabako Eskualdean, lehen mailako arretako zerbitzuetako DM2ren arretako osasun arloko ekitate-auditoriaren barnean, DM2ren arretako ekitate-profil bat egin zen. Ikerketak agerian utzi zuen desberdintasun sozioekonomiko eta genero-desberdintasun handiak zeudela diabetesaren prebalentzian eta haren arrisku-faktoreetan (ohikoagoak gizarte-egoera ahuleko pertsonengan). Desberdintasun horiek sexu bietan agertzen ziren eta handiagoak ziren emakumeengan gizonengan baino (1. irudia). Dietaren eta ariketa fisikoaren inguruko prebentzio-aholkuaren maiztasuna maila sozioekonomikoaren arabera da; ohikoagoa gizarte-egoera ahuleko pertsonengan. Hala ere, kontrol metaboliko txarraren maiztasunak gizarte-egoera ahuleko pertsonen artean .../...

EQUIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2

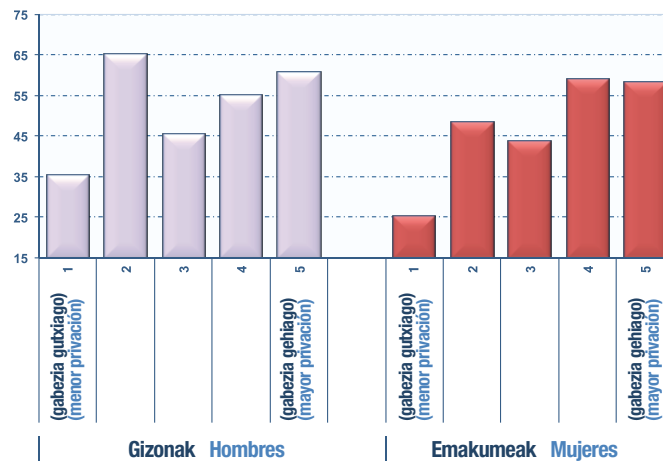
▼ La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye un problema de salud pública de primera magnitud por su creciente prevalencia, su impacto en la salud y en la calidad de vida de los/as pacientes, y por la mortalidad asociada a la misma. Diversos estudios han descrito desigualdades en la prevalencia, incidencia y mortalidad por DM2, así como en los resultados de la atención sanitaria.

En el contexto de una auditoría de equidad en salud de la atención a la DM2 en los servicios de atención primaria de la Comarca Araba de Osakidetza, se realizó un perfil de equidad de la atención a la DM2. El estudio mostró la existencia de desigualdades socioeconómicas y de género muy relevantes en la prevalencia de diabetes y de sus factores de riesgo (más frecuentes en las personas más desfavorecidas) en ambos sexos y de mayor magnitud en las mujeres que en los hombres (Figura 1). La frecuencia del consejo preventivo relativo a la dieta y la actividad física siguió un gradiente socioeconómico, siendo más frecuente en los grupos más desfavorecidos. Sin embargo, la frecuencia de mal control metabólico tendió a ser superior entre las personas más desfavorecidas, .../...

Espezialitate-kontsultara bideratuta Derivadas a consulta de especialidades



Kontrol metaboliko desagokia Con mal control metabólico



2. irudia. Espezialitate-kontsultara bideratutako pertsona diabetikoen proportzioa (%) (ezkerrean) eta kontrol metaboliko desagokia duten pertsonen proportzioa (eskuinean), gabezia sozioekonomiko mailaren eta sexuaren arabera, 25 urtetik 64 urtera bitartean. 2010-2011

Figura 2. Proporción (%) de personas diabéticas derivadas a consulta de especialidades médicas (izquierda) y con mal control metabólico (derecha) por nivel de privación socioeconómica y sexo, 25 a 64 años. 2010-2011

.../... handiagoa izateko joera izan zuen, gizonengan nahiz emakumeengan (2. irudia). Halaber, konplikazioen prebalentzia maila sozioekonomikoari estu lotuta ageri da; maiztasun handiagoa gizarte-egoera ahulagoko pertsonengan, bereziki, emakumeengan.

Azterketa horren emaitzek adierazten dutenez, osasun-zerbitzuek diabetesa prebenitzeko eta kontrolatzeko egiten dituzten jarduketa individualak oro har ekitatiboak badira ere, desberdintasun sozioekonomikoak eta genero-derberdintasunak handiak dira diabetesaren maiztasunari, kontrol metabolikoaren mailari eta konplikazioen maiztasunari dagokienez. Eskuratutako emaitzek eta ebidentziek iradokitzen dutenez, diabetesari emandako laguntza hobetze aldera, jarduketa kliniko individualak beste batzuekin osatu behar dira, hala nola inguruneetara, diabetesaren "kausen kausetara" eta gizarte-estratifikazioa eragiten duen gizarte-testuingurura bideratutakoekin. Jarduketa horiek zenbait mailatan egin behar dira: individualki, komunitate-mailan eta populazio-mailan. Horren harira, Nick Warehamek adierazi bezala, lehenengo pausoa hauxe aitortzea litzateke: "diabetesa gizarte-arazo baten adierazpen klinikoa da, eta gizarte-konponbideak behar ditu"¹.

Proposamen horiek bat egiten dute EAEko Osasun Planak formulatutakoarekin. Plan horrek osasuneko gizarte-ereduko ikuspegia gehitzen du, eta komunitate-osasuneko programak bultzatzea eta "osasuna politika guztietan" aintzat hartuko duen estrategia garatzea proposatzen du.

.../... tanto en los hombres como en las mujeres (Figura 2); de manera similar, la prevalencia de complicaciones siguió un claro gradiente socioeconómico, con mayor frecuencia en las personas más desfavorecidas, especialmente entre las mujeres.

Los resultados de este estudio muestran que, a pesar de que las intervenciones individuales realizadas desde los servicios de salud para la prevención y el control de la diabetes tienden a ser equitativas, existen desigualdades socioeconómicas y de género muy relevantes en la frecuencia de diabetes, en el grado de control metabólico y en la frecuencia de sus complicaciones. Los resultados y la evidencia disponible sugieren que para avanzar en la mejora de la atención de la diabetes es necesario complementar las actuaciones clínicas individuales con otras dirigidas a los entornos, las "causas de la causas" de la diabetes, y al contexto social responsable de la estratificación social; esas actuaciones deben realizarse a nivel individual, comunitario y poblacional. En este sentido, y tal como señala Nick Wareham, el primer paso sería reconocer que "la diabetes es una manifestación clínica de un problema social, que requiere de soluciones sociales"¹.

Estas propuestas van en la línea de lo formulado por el Plan de Salud de la CAPV, que incorpora la visión del modelo social de la salud y propone impulsar los programas de salud comunitaria y el desarrollo de la estrategia de "salud en todas las políticas".

Informazio gehiago: <http://bit.ly/2pcN8ei>

Más información: <http://bit.ly/2oX00YF>

Erreferentziak Referencias

1. PLOS Medicine Editors., Beck A, Birney E, Graeber M, Tumwine J, Hay P, Ahn HS, Patel A, du Cros P, von Seidlein L, Wareham N, Low N. Progress in Medicine: Experts Take Stock. PLoS Med. 2015 Dec 29;12(12):e1001933. doi:10.1371/journal.pmed.1001933.

EUSKADIKO EGOITZA-BAZTERKETA LARRIARI BURUZKO TXOSTENA, GENERO-IKUSPEGIA TXERTATUTA

Txosten hori Emakunde-Emakumearen Euskal Erakundeak egin du, eta Euskadin bazterketa larriari dauden egoerari heldu dio lehen aldiz genero-ikuspegia aintzat hartuta. Etxe-gabezia kontzeptua aztertzeke ikuspegi androzentrikoa erabili ohi da, eta, horren ondorioz, etxerik gabeko emakumeei ezikusi egin zaie. Teknika kuantitatibo eta kualitatibo bidez, gizonen eta emakumeen arteko aldeak aztertu dira, bizitza-ibilbideen eta -baldintzen arabera. Halaber, etxerik gabeko pertsonentzako zerbitzuak erabiltzaileen beharretara zer mailatan egokitzen diren aztertu da, eta egiten diren jarduketak egokiak identifikatu.

Informazio gehiago: <http://bit.ly/2e3l30R>

AZUKREDUN EDARIEN INDUSTRIA-TASAK OSASUNEAN DUEN INPAKTUAREN EBALUAZIOA ERRESUMA BATUAN

2016an, Erresuma Batuko gobernuak tasa berezi bat proposatu zuen azukredun edarietarako; izan ere, zenbait gaixotasunen arrisku-faktore espezifikoetako bat dela jakin da, tartean, obesitatea, 2 motako diabetesa eta hortzetako txantxarra. Ikerketa horrek hiru proposamen eman zituen industria tasa horretara egokitu zedin. Emaitez iradokitzen dutenez, alkoholik gabeko azukredun edarien prezioa igotzeak eta merkaturako-kuotak aldatzeak osasuna nabarmen hobetu badezakete ere, osasunerako are hobea litzateke edariok birformulaztea, azukre-kontzentrazioa murriztuz.

Informazio gehiago: <http://bit.ly/2gHZenw>

INFORME SOBRE EXCLUSIÓN RESIDENCIAL GRAVE EN EUSKADI CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Este informe, editado por Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, aborda por primera vez la situación de exclusión grave en Euskadi desde la perspectiva de género. El concepto de sinhogarismo, estudiado tradicionalmente con una visión androcéntrica, ha tenido como consecuencia la invisibilidad de las mujeres sin hogar. Mediante técnicas cuantitativas y cualitativas analiza las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a trayectorias y condiciones de vida. A su vez, evalúa la adecuación de los servicios para las personas sin hogar a las necesidades de sus usuarias, e identifica las buenas prácticas existentes.

Más información: <http://bit.ly/2e3l30R>

EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD DE LA TASA DE LA INDUSTRIA DE BEBIDAS AZUCARADAS DEL REINO UNIDO

En 2016 el Gobierno Británico propuso una tasa diferenciada para las bebidas azucaradas ya que se las ha identificado como un factor de riesgo específico para la obesidad, diabetes tipo 2 y caries dental. Este estudio modela tres posibles respuestas de la industria a la aplicación de esta tasa. Los resultados sugieren que, aunque el aumento de precio y los cambios en la cuota de mercado de las bebidas azucaradas sin alcohol pueden dar lugar a importantes mejoras en la salud, la reformulación para reducir la concentración de azúcar conduciría a los mayores beneficios para la salud.

Más información: <http://bit.ly/2gHZenw>

HIRI-PLANGINTZA ETA HERRITARREN OSASUNA: MUNDUKO ERRONKA

Lan horretan hiri-plangintzak osasunean dituen inpaktuak aztertu dira, garraio motaren arabera. Eskualdeko eta tokiko 8 jarduketa identifikatu dira, oinez ibiltzea eta bizikleta eta garraio publikoa erabiltzea sustatu eta motor-ibilgailu pribatuen erabilera murrizten dituztenak. Helburua da, besteak beste, transmitigarriak ez diren gaixotasunak murrizten dituzten hiriak sortzea. Horretarako, ikerketak adierazleak sortzea gomendatzen du, osasuna hobetu eta desberdintasunak murrizten dituzten hiriak lortzeko helburuaren betetze-maila ebaluatzeko.

Informazio gehiago: <http://bit.ly/2niJuM7>

PLANIFICACIÓN URBANA Y SALUD DE LA POBLACIÓN: UN RETO MUNDIAL

Este trabajo considera los impactos de la planificación urbana en la salud mediante opciones del modo de transporte. Se identifican 8 intervenciones regionales y locales que fomentan el caminar, el uso de la bicicleta y del transporte público y que reducen el uso privado de vehículos a motor. El objetivo debe ser crear ciudades que reduzcan, entre otras, las enfermedades no transmisibles. Para ello, el estudio recomienda crear indicadores que evalúen el progreso hacia el logro de ciudades que promuevan la salud y reduzcan las desigualdades.

Más información: <http://bit.ly/2niJuM7>

KLASE SOZIALA ETA OMEREN 25X25 EKIMENEAN JASOTAKO FAKTOREAK AURREZ AURRE

Transmitigarriak ez diren Gaixotasunak Prebenitzeko eta Kontrolatzeko OMERen 25x25 ekimenaren barruan, maila sozioekonomikoa ez zen gehitu arrisku-faktoreen artean. *The Lancet*ek azterketa bat argitaratu du, maila sozioekonomikoari lotutako heriotza goiztiarreko tasa eta plan horretan gehitutako faktoreei lotutakoa konparatuta. Emaizaren arabera, maila sozioekonomiko apalak bizitza-itxaropena murriztearekin lotura handiagoa du, hipertentsioak, obesitateak edo alkohol kontsumo handiak dutena baino. Azterketak ondorioztatzen du ezaugarri sozioekonomikoak arrisku-faktore aldagarri gisa txertatu beharko liratekeela osasun globaleko estrategietan. Gainera, ibai-gorako jarduketak (hezuntza, pobrezia desagerraraztea, etab.) bidezkoagoak dira ibai-beherako jarduketak (tabakismoa, dieta-aholkua, etab.) baino.

Informazio gehiago: <http://bit.ly/2l2tflA> <http://bit.ly/2nRXT2H>

LA CLASE SOCIAL FRENTE A LOS FACTORES INCLUIDOS EN LA INICIATIVA 25X25 DE LA OMS

El nivel socioeconómico no fue incluido como factor de riesgo en la iniciativa 25x25 de la OMS para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles. *The Lancet* ha publicado un estudio que compara la mortalidad prematura asociada al nivel socioeconómico frente a la asociada a los factores incluidos en dicho plan. Un resultado es que el bajo nivel socioeconómico se relacionó con una mayor reducción de la esperanza de vida que la hipertensión, la obesidad o el consumo elevado de alcohol. El estudio concluye que las características socioeconómicas deberían incluirse como un factor de riesgo modificable en las estrategias de salud global. Además, intervenciones río arriba (educación, eliminación de la pobreza, etc.) son más pro-ecuatoriales que intervenciones río abajo (tabaquismo, consejos en la dieta, etc.).

Más información: <http://bit.ly/2l2tflA> <http://bit.ly/2nRXT2H>

EUROPAKO PARLAMENTUAK AURRE EGINGO DIO SAIKUNTZA KLINIKOETAKO GENERO-DESBERDINTASUNARI

Saiakuntza klinikoetan emakumerik ez egoteak arriskuan jartzen du emakumeen bizitza zein osasuna. 2017ko otsailean, Europako Parlamentuak ebazpen bat onartu zuen ikerkuntza biomedikoaren hasierako faseetatik genero-ikuspegia aintzat hartzea eskatzeko, eta saiakuntza klinikoak gizonek nahiz emakumeek egiteko, egoera ahulean dauden taldeak kontuan hartuta. Horrez gain, sendagaien etiketek saiakuntzak emakumeekin egin diren eta albo-ondorioak pertsonaren sexuaren arabera ote diren argi eta garbi adieraz dezatela eskatu zuen.

Informazio gehiago: <http://bit.ly/2oPxFOF>

ZERK ERAGIN ZUEN HERIOTZA-TASA HANDITZEA INGALATERRAN ETA GALESEN 2015EKO URTARRILEAN?

Ikerketa horrek 2015ean, bereziki, urtarrilean, Ingalaterrako eta Galesko heriotza-tasek izandako hazkundearen zergatia azaldu nahi du. Heriotza-tasa ia 30.000 pertsonan hazi zen, eta, bereziki, herritar zaharrei eragin zien, gizarte-zerbitzuen eta osasun-zerbitzuen behar handiagoa duten horiei. Autoreek ondorioztatzen dutenez, ezin da esan gehiegizko heriotza tasa hori soilik gripearen edo klimatologiaren eraginez gertatu zenik, eta adierazten dute osasunean eta gizarte-laguntzan egindako murrizketak izan daitezkeela arrazoiak. Bestalde, adierazten dute, austeritate-politikei eutsiz gero, joera horrek aurrera egingo duela segur aski.

Informazio gehiago: <http://bit.ly/2lXa3lQ>

EL PARLAMENTO EUROPEO ENCARA LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS

La ausencia de las mujeres en los ensayos clínicos puede poner en riesgo la vida y la salud de las mujeres. En febrero de 2017 el Parlamento Europeo ha aprobado una resolución en la que solicita que la igualdad de género se tenga en cuenta desde las fases más tempranas de la investigación biomédica y que los ensayos clínicos se realicen tanto con hombres como con mujeres, teniendo en cuenta los grupos de población más vulnerables. Además pide que las etiquetas de los medicamentos indiquen claramente si se han realizado o no ensayos con mujeres y si los efectos secundarios pueden variar en función del sexo de la persona.

Más información: <http://bit.ly/2oPxFOF>

¿QUÉ CAUSÓ EL AUMENTO DE LA MORTALIDAD EN INGLATERRA Y GALES EN ENERO DE 2015?

Este estudio trata de explicar el aumento excepcional de la mortalidad en Inglaterra y Gales en 2015, especialmente durante el mes de enero. Un exceso de mortalidad de casi 30.000 personas fallecidas que afectó especialmente a la población anciana, más dependiente de los servicios sociales y sanitarios. Las/os autoras/es argumentan que este exceso de mortalidad no ha podido ser explicado de modo concluyente por causa de la gripe y la climatología, y apuntan al efecto de los recortes en la sanidad y la asistencia social. Además señalan que si se mantienen las políticas de austeridad es probable que esta tendencia continúe.

Más información: <http://bit.ly/2lXa3lQ>



ESTEKAK / ENLACES

Osasun Saila.Osagin
Departamento de Salud. Osagin
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud.
Determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud)
Salud en Todas las Políticas (Organización Panamericana de la Salud – OMS)
Evaluación de impacto en salud (Organización Mundial de la Salud)
Organización Panamericana de la Salud/OPS/OMS/Equidad
CREIS (Centro de Recursos para La Evaluación de Impacto en Salud)
Public Health Observatories (APHO)Sanitaria
SEE. Sociedad Española de Epidemiología
SESPAS Sociedad Española de Salud Pública y Administración
EUPHA The European Public Health Association Sanitaria
SOPHIE Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities
Osasunaren Gizarte-Baldintzatzaile eta Aldaketa Demografikoari Buruzko Ikerketa-Taldea. OPIK
Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico. OPIK
SIIS Careaga Fundazioa
SIIS (Fundación Eguía - Careaga)
Emakunde. Emakumearen Euskal Erakundea
Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer
UIPES/UIHPE, Unión Internacional de promoción de la Salud y Educación para la Salud
Observatorio de desigualdades sociales en salud en España

AGENDA / AGENDA

ACTIVOS PARA LA SALUD COMUNITARIA
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
2017ko maiatzaren 26etik 28ra. Granada
26-28 de mayo de 2017. Granada

XIV CONGRESO ESPAÑOL Y IV IBEROAMERICANO
DE SALUD AMBIENTAL
2017ko ekainaren 21etik 23ra. Zaragoza
21-23 de junio de 2017. Zaragoza

SALUD COMUNITARIA. EL CÓDIGO POSTAL ES
MÁS IMPORTANTE QUE EL CÓDIGO GENÉTICO
UDA IKASTAROAK-CURSOS DE VERANO.
UPV-EHU
2017ko ekainaren 22tik 23ra. Donostia
22- 23 de junio de 2017. San Sebastián

6º CONGRESO IBEROAMERICANO DE
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y 2ND
INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON QUALITATIVE
RESEARCH
2017ko uztailaren 12tik 14ra. Salamanca
12-14 de julio de 2017. Salamanca

XVII CONGRESO SESPAS. CIENCIA
PARA LA ACCIÓN
XXXVII JORNADA DE ECONOMÍA DE LA SALUD
XXXV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SEE
2017ko irailaren 6tik eta 8ra. Bartzelona
6-8 de septiembre de 2017. Barcelona

INTERNATIONAL PROGRAMME OF ADVANCED
EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS (IPAES)
CAUSAL INFERENCE COURSE
2017ko irailaren 18tik eta 22ra. Llatzeret de
Maó, Menorca
18-22 de septiembre de 2017. Llatzeret de
Maó, Menorca

14th INTERNATIONAL CONFERENCE ON
URBAN HEALTH
2017ko irailaren 26tik 29ra. Coimbra.
Portugal
26-29 de septiembre de 2017. Coimbra.
Portugal

10th EUROPEAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE.
SUSTAINING RESILIENT AND HEALTHY
COMMUNITIES
2017ko azaroaren 1etik 4ra. Stockholm. Suedia.
1-4 de noviembre de 2017. Estocolmo. Suecia