



Osasuna, Pertsonen Eskubidea, Guztion Ardura

Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020

2013ko abendua

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2014

Lan honen bibliografia-errregistroa Eusko Jaurlaritzako
Liburutegien Sarearen katalogoan aurki daiteke:
<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Ale-kopurua

2.a, 2014ko apirila.

Ale-kopurua

700

©

Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa
Osasun Saila

Internet

www.euskadi.net

Argitaratzailea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
C/ Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseinua eta maketazioa

Susana Aguilera

Zuzendaritza, koordinazioa eta prestaketa

Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza

Inprimaketa

Gertu inprimategia, Oñati

Lege gordailua

SS 566-2014

Iñigo Urkullu Renteria Lehendakaria

1946an jada, hitzartu zuen Osasunaren Mundu Erakundeak bere Konstituzioan osasuna gizakiaren funtseko eskubide bat dela. Ideia hori bera berretsi egin zuten bi urte geroago Giza Eskubideen Aldarrikapen Unibertsalaren 25. artikuluan. "Pertsona orok du bizimodu egokia izateko eskubidea, bai berari eta bai bere familiari osasuna eta ongizatea bermatuko diena, eta batez ere janaria, jantziak, bizitokia, mediku sorospena eta gizarte-zerbitzuak".

Eusko Jaurlaritzak gobernu-programan aurreratu zuen gure ongizatearen gizartea osatzen duten eta eraikitzea hainbeste kostatu zaigun gizarte politikak bermatzen ahaleginduko dela, gobernuaren politika eta jarduera guztiak iltzatzen diren ardatza pertsonak direla jakinik. Hala, arreta berezia ari gara jartzen talde ahulenei, inor atzean ez uzteko. Gure lehentasuna da prestigiozko eta kalitatezko osasun-sistema bermatzea, prebentzioa gailendu eta osasunaren kultura sustatuko dituen, unibertsaltasun, elkartasun, ekitate, eraginkortasun, kalitate eta herritarren partaidetza printzipioak oinarri hartuta.

Ildo horretatik, eta osasuna giza eskubide gisa ulertzen dugula aintzat hartuta, aurkezten dizuegu 2013-2020ko Osasun Plana, goiburua hau duela: "Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi".

Bizi-itxaropena munduko handienetakoa da Euskadin, bai gizonentzat, bai emakumeentzat, eta, garrantzitsuagoa dena, ezintasunik gabeko bizi-itxaropenak gora egin du bi sexuetan. Azpimarratu behar da guztiok egin dugula ahalegina Euskadin ditugun osasun-emaizetara iristeko. Hala eta guztiz ere, gure gizartean badaude desberdintasun sozioekonomiko eta kulturalak, eta horiek talde ahulenetan izaten dute ondorioa. Etorkizunari begiratzeak esan nahi du, beraz, osasunaren baldintzatzaileei heltzea, hain zuzen ere, pertsonen osasuna baldintzatzen duten elementu bakoitzaren gainean eragiteko, zeinak, gainera, politika guztietan hartu behar diren kontuan.

Errealitate horrekin batera, gogoratu behar da gure gizarteak geroz eta informazio gehiago duela, pertsonen geroz eta konpromiso handiagoa dutela osasunarekiko, areagotu egiten direla pertsonen osasun-sistemarekiko eta baliabide publikoen kudeaketarekiko dituzten itxaropenak eta eskakizunak. Eta dagoeneko ezin da bestela izan, gure gizartearen ongizatearen funtsezko zutabeetako bati buruz ari garelako.

Hala, Ottawako Gutuna (1986) kontuan hartuz, uste dugu osasuna hobetzeak erakunde guztien helburu partekatua izan behar duela, eta hala dela; izan ere, modu horretan, erakundeen ekintza politikoaren bidez, eremua edozein dela ere, eragingo dugu osasunaren gainean, eta, azken finean, herritarren ongizatea areagotzen lagunduko dugu. Horixe da "Osasuna politika guztietan" kontzeptua. Sektorearteko ikuspuntu barneratzaile horri gehitzen badiogu herritar bakoitzaren ezinbesteko erantzukidetasuna herritarren bizi-ohiturak ere oso garrantzitsuak baitira, osasuneari, ekitateari eta jasangarritasuneari izango den azken emaitza parteen batura baino askoz ere gehiago izan daiteke.

Abian jarri dugun Osasun Planak, beraz, Euskadiko administrazioek euskal gizartearekin hartutako konpromisoak biltzen ditu, eta, ondorioz, ezinbesteko tresna da euskal herritarren osasuna hobetzeko, haien bizi-kalitatea areagotzen jarraitzeko, desberdintasunak gutxitzeko eta antolaketa-hobekuntzei bidea emateko. Horretaz gain, hurrengo ekitaldiei begira, zer ildo jarraitu eta gure osasun-sistemaren jarduera-lehentasunak zein diren markatzen du osotasuneari, pazienteei kalitatezko zerbitzua eskaintzen jarraitzeko eta haien segurtasun klinikoa aintzat hartzeko; horretaz gain, behar bereziak dituzten hiru kolektibotan jartzen du arreta: gaixotasunak dituzten pertsonengan, pertsona helduengan eta gazte eta adingabeoengan, erantzunik egokienak emateko dauden egoera, behar eta lehentasun desberdinei.

Plan hau indarrean edukitzeko ezarri diren 7 urteek teknologian eta prozeduretan izan daitezkeen aurrerapenak aintzat hartzen utziko digu, bai eta aurreikusitako ekintzak abian jartzen eta ekintza horiek balioesten ere, atzematen diren emaitzen eta aldaketan arabera, erantzunik egokiak emateko.

Hori guztia inbertsiorik onena da guretzat. Uste dugulako, Ralph W. Emersonnek bezala, osasuna dela aberastasunik garrantzitsuena.

Jon Darpón Sierra Osasun Sailburua

Euskadik baditu funtsezko bi elementu euskal botere publikoek osasuna babesteko eta zaintzeko eskubidea garatzeko eta aplikatzeko pertsonekin hartutako konpromisoa hezurmamitzeko. Araugintzan funtsezko tresna Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren Legea bada, Osasun Plana da sistema planifikatzeko eta programatzeko tresna nagusia.

Horrenbestez, kontratu baten moduan, taxutzen eta zehazten du administrazioak zer erantzukizun duen. Horretarako, datozen urteetan Eusko Jaurlaritzak gure herriko zenbait erakunde eta sektoreekin batera gauzatuko dituen osasun-politikak testuinguruan kokatzen, bideratzen eta programatzen ditu. Hala bada, atzemandako beharrak kontuan hartuta definitutako oinarriko helburu eta lehentasun jakinei erantzuten dieten programak, neurriak eta esku-hartzeak zerrendatzen ditu. Eta, jakina, osasun helburuak eta sistemaren kudeaketa eta kalitatea ebaluatzeko adierazleak ere definitzen ditu.

Hori guztia, Eusko Jaurlaritzaren aurreko osasun-planekin bat etorri eta haiekiko koherentzia gordez, eta, era berean, nazioarteko tresna nagusiekin bat etorri, esaterako Osasunaren Mundu Erakundearen Rio de Janeiroko Adierazpenarekin (2011), OMEko Eskualde Europako "Osasuna 2020" esparru estrategikoarekin (2007), eta Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2014-2020 aldirako Hazkuntzarako Osasun Programarekin.

Aurkeztera goazen agiri hau partaidetza-prozesu baten emaitza da, asistentziaren eta kudeaketaren arloko profesionalen, adituen, hirugarren eta produkzio-sektoreetako ordezkarien, pazienteen beraien eta erakundeen lanaren eta ekarpenen emaitza.

Azpiarratzekoa da, gainera, osasunean emaitza onak izaten ari den egoera batean hasi duela bere ibilbidea plana, eta horrek erakusten digu azken hogeita hamar urte hauetan bidea egin dela eta ondo egin dela. Plana bera, aurreikuspen guztien arabera, EAEko populazioak hazkunde dezeleratua izango duen garaian garatuko da, eta aurrera jarraituko du, gainera, zahartze-prozesuak. Baztertu ezin den beste alderdi bat da egoera ekonomiko eta sozial zaila bizi dugula; horrek, gure osasun-sistema zaintzera garamatza, publikoa eta unibertsala izaten jarrai dezan, eta dauden desberdintasunak edo izan daitezkeenak gainditu ditzagun arreta berezia jartzera.

Testuinguru horretan, 2013-2020 Osasun Planak jarraitu beharreko ildoak eta berehalako etorkizunean kontuan hartu beharreko lehentasunak definitu ditu. Gure gizarteko talde jakin batzuetan jarri du indargunea, hala nola adinekoetan, haur eta gazteetan, eta, jakina, gaixoetan. Koherentzia eta progresibotasunerako ahalegin berezia eginez, eta ikuspegia etorkizunean jarriz, 5 ildo, 35 helburu eta 146 ekintza ditu planak; horiek guztiek osatzen dute herritarrekin hartu genuen konpromisoa.

Burutu beharreko zeregin gehienak zeharkako bi eremutan bildu dira. Hauek dira:

1. Bidezkoa eta kalitatezkoa izango den euskal osasun-sistema sendotzea, eta osasuna politika guztietan sar dadin eragitea, erakunde publiko guztietatik osasuna sortzeko aukera ematen baitu horrek. Esan nahi da, beraz, osasunaren gobernantza ona behar dela (osasun publikoaren ekitate, eraginkortasun, jasangarritasun eta kalitate printzipioak oinarri hartuta), eta osasunaren aldeko gobernantza ona ere bai (hau da, osasun-politikak Herri estrategiatzat hartzea); horietaz gain, genero-ikuspegiaren eta herritarren partaidetzarako bide erreal eta eraginkorretan aurrera egitea ere eskatzen du.
2. Osasuna sustatzea eta gaixotasunak prebenitzea lehentasunatzat hartzea ere esan nahi du, eta, zehazki, inguru eta bizi-estilo osasungarriak sustatzea, sektorearteko lankidetzari tira eginez, eta toki eta erkidegoaren eremuetan lan eginez.

Plana, horrenbestez, ibilbide-orri bat da, eta bete dadin modu eraginkorrean eta aberasgarrian bete ere osasun-politiken eta osasunerako politiken zeharkakotasunaren aldeko apustu irmoa eginez gauzatu behar da, betiere, zaila izango dela jakitun izanez, baina, era berean, guztion artean pertsonen ongizate osoa bermatzen jarraitzeko eta hobetzeko gaitasunak badituela jakinez.

Gure apustua da pertsonen osasun onean eragiten edo eragin dezaketen erakunde eta sektore guztien arteko erantzukidetasuna, konpromiso partekatua, lankidetzaz, sinergiak eta interakzioak sustatzen jarraitzea. Ezen, azken finean, osasuna eta herritarren ongizatea ez baitira soilik osasun-sistemari dagozkion zereginak.

Izan ere, norbanakoaren ondasuna da osasuna, pertsona bakoitzaren altxor preziatu bat, baina ondare komuna ere bada, zaindu eta babestu behar dena. "Estaldura unibertsala da azken hamarkadako osasun-aurrerapenak bermatzeko modurik onena. Parekatzaile sozial eraginkorra da, eta justizia-adierazpenik onena" zioen orain hilabete batzuk OMEko zuzendari nagusiak.

Justizia sozialaz ari garela, Eusko Jaurlaritzak aurrera egiten jarraitzeko asmoa du, eta pertsonen -gure helburu baitira- kalitatezko zerbitzuak eskaintzen jarraitzeko asmoa, osasun-ondorio onekoak eta eraginkortasun eta efizientzia mailarik handienekoak. Eta, betiere, gure printzipioei eta berezko balioei eutsita jarraituko dugu aurrera egiten: unibertsaltasunari, elkartasunari, ekitateari, kalitateari, herritarren partaidetzari eta jasangarritasunari, alegia.

AURKIBIDEA

1. or. **11**
SARRERA

2. or. **19**
ESPARRU
KONTZEP-
TUALA

3. or. **29**
PLANA
INSPIRATZEN
DUTEN
PRINTZIOAK

<hr/> 4. ABIAPUNTUA	or. 33	<hr/> 5. LEHENTASUN ARLOAK - HELBURUAK - EKINTZAK - ADIERAZLEAK	or. 41	<hr/> 6. EZARPENA ETA JARRAIPENA	or. 105	<hr/> 7. ERANSKINAK	or. 111
		<hr/> 5.1. EKITATEA ETA ERANTZUKIZUNA	or. 43			<hr/> 7.1. EUSKADIKO OSASUN PLANA 2013-2020 EGITEKO METODOLOGIA	or. 113
		<hr/> 5.2. GAIXOTASUNAK DITUZTEN PERTSONAK	or. 57			<hr/> 7.2. 2002-2010 OSASUN PLANAREN EBALUAZIOA. EUSKADIRAKO OSASUN POLITIKAK	or. 117
		<hr/> 5.3. ZAHARTZE OSASUNTSUA	or. 73			<hr/> 7.3. NAZIOARTEKO ETA NAZIOKO ERAKUN- DEEN ETA ELKARTE PROFESIONALEN GOMENDIOAK	or. 124
		<hr/> 5.4. HAUR ETA GAZTEEN OSASUNA	or. 80			<hr/> 7.4. OSASUN PLANEAN ERAGINA DUTEN NAZIOKO, EUROPAKO ETA NAZIOARTEKO AKOR- DIOAK	or. 127
		<hr/> 5.5. INGURU ETA JARRERA OSASUNTSUAK	or. 89			<hr/> 7.5. TERMINOEN GLOSARIOA	or. 129
						<hr/> 7.6. ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK	or. 132



1. SARRERA

ARDATZ GIDARIA

Politika guztien ardatz nagusia pertsonak direla kontuan hartuta, Euskadiko Osasun Plana 2013-2020k datozen urteetan euskal hiritarren osasuna hobetu eta mantentzeko modua aztertu nahi du.

Horretarako, ezinbestekoa da osasun-sistemaren iraunkortasuna eta ekitatea bermatzea, baina baita osasuna gainerako politika publikoetan aktibo gisa ezartzea ere. Bestela esanda: Osasunaren gobernantza ona ezartzea komenigarria eta beharrezkoa da eta hori Osasun Sailaren ardura da. Gainera, osasunaren aldeko gobernantza onaren bidez, administrazio publiko guztiak, hiritarrak eta ekoizpen-sektorea inplikatu beharko dira.

Zeharkako, Sailen arteko, erakundeen arteko eta sektoreen arteko planteamendu hori bat dator Europar Batasunak osasun-politiken zuzendaritza onerako ezarritako printzipioekin. Are gehiago, printzipio horien arabera, beharrezkoa eta komenigarria da osasunaren ikuspegi integrala izatea. Ikuspegi hori, osasun-sektoreak gizabanakoaren osasun galdua edo murriztua berreskuratzeko egin beharreko lan bezala ulertu behar da, eta, ez hori bakarrik, sektore guztiek osasun kolektiboa sustatu eta prebenitzeko egin beharreko lan bezala ere bai.

AGINTARITZA

Osasun Plana funtsezko tresna da osasun-zerbitzuen eraginkortasunean hobekuntzak lortzeko. Hori ezartzen du Antolamendu Sanitarioaren Legeak (8/1997)¹. Erreferentziazko araudi-esparru horretako 13. artikuluan, zehazki, sistema planifikatzeko eta programatzeko tresna gorena Euskadiko Osasun Plana dela adierazten da. Eusko Jaurlaritzak berau onartzen duenean, Osasun Sailak proposatuta, Eusko Legebiltzarrera igortzen da, bertan ezagutu eta arauz tramitatu dezaten.

Aipatu arauko 2. artikulua, bestalde, osasunaren esparru instituzionala zehazten du, honela:

- Euskal agintari publiko guztien ardura da osasuna sustatu eta indartzea jarduera sozioekonomikoko sektore guztietan.
- Eusko Jaurlaritzaren ardura da Euskadin osasunaren esparru instituzional hori zaintzea... sektoreko politika guztietan, eta diziplina anitzeko ekintza positiboak diseinatuz.

Esparru horretan, Euskadiko Osasun Plana 2013-2020 euskal osasun-sistemaren antolaketa eta funtzionamenduaren printzipio programatikoetan oinarritu da (Antolamendu Sanitarioaren Legea, 8. artikulua). Honako haue-tan, alegia:

- a/ Pertsona da sistemaren funtsezko helburua.
- b/ Hiritarren partaidetza sustatu behar da, bai planak eta helburuak zehazteko orduan, bai horien betearazpe-naren emaitzak jarraitu eta ebaluatzeko orduan.
- c/ Sistemaren ikuspegi integrala izan behar da ekintzak planifikatzean eta osasun-egoera sustatu, prebenitu, zaindu eta errehabilitatzean.
- d/ Baliabideak eta jarduerak, lehentasunez, osasuna sustatzeko eta gaixotasunak prebenitzeko izango dira.

e/ Antolamenduaren barne-garapena bultzatuko da, eta, horretarako, argi bereiziko dira, batetik, arauketa eta fi-nantzazioa eta, bestetik, osasun-zerbitzuen hornidura.

f/ Osasun-prestazioen katalogoaren finantzazioa esparru publikoak egin behar du.

g/ Osasun-zerbitzuen hornikuntzari begira, helburuen finkatzea eta baliabideen esleipena konfiguratuko eta garatuko da, eta zeregin horietan espezializatzea bila-tuko da.

h/ Zentro publikoen artean gaitasun-maila areagotuko da.

i/ Osasuneko profesionalen erantzukizuna izango dute eta parte hartuko dute baliabideak antolatu eta kudea-tzeko erabakietan.

j/ Etengabeko ebaluazioa egingo da osasun-sistemako osagai publiko eta hitzartuen gainean.

Osasun Plana 2013-2020an, gainera, Antolamendu Sanitarioaren Legeko 13.2 artikuluan eskatutako zehaztasunak jasotzen dira: biztanleriaren beharrianak eta mailak ebaluatzea, baita osasun-zerbitzuak eskuratzeko baldintzak ere; osasun-politikaren lehentasunak seinalatzea, betiere patologien, osasun-arriskuen eta gizarte-taldean arabera; osasun-prestazioen zorroari buruz eta beharrezko baliabide finantzario, gizakizko eta materialei buruz irizpi-deak eta zuzentarauak ematea; eta, azkenik, osasun-helbu-ruak ebaluatzeko adierazleak izendatzea.

TESTUINGURU EKONOMIKOA

Osasun Plan hau bezalako tresna erabakigarri batek, ezinbestez, benetako egoeraren azterketa eta diagnostiko egokia izan behar ditu abiapuntutzat. Ondorioz, erreferentzia-esparru bat ezarri behar da, egungo baliabideekin laguntza-maila egokia ziurtatzeko eta finkatzen diren aurrerapen teknologiko eta prozedurazkoen erabilera bermatu ahal izateko.

Horrexegatik, hain zuzen ere, oso garrantzitsua da sektorearte inplikaturik egotea, horrela hobeto finkatuko direlako jardunbide osasungarriak edo arreta goiztiarrekoak, eta, gehiago, pertsonen ere inplikatuta egin behar dute Euskal Osasun Sistema zaintzako garaian.

Osasun-politika egokiak garatzea eta sistemaren iraunkortasuna bermatzea, unibertsaltasunaren, ekitatearen, erantzukidetasunaren eta eraginkortasunaren irizpideetan oinarrituta, funtsezkoa izango da, zalantzarik gabe, euskal gizartearen bizi-kalitatea eta ongizatea babesteko.

PLANAREN LELOA

Osasuna: pertsonen eskubidea, guztion ardura. Planaren leloak argi eta garbi adierazten du plana egiteko jarraitu den prozesua. Ekarpenei irekitako dinamika da, eta osasun-arloko langile tekniko eta adituen, Administrazio Orokorreko sektoreen, beste administrazio publiko batzuen, hiritarren eta ekoizpen-sektorearen laguntza eskatzen du.

Leloak dio, era berean, osasuna batez ere giza eskubide bat osatzen duen funtsezko balioa dela, baina badituela erantzukizunak ere.

PLANA EGITEKO PROZESUA

Osasun Plana 2002-2010aren indarraldia amaitutakoan, 2011 eta 2012. urteetan zehar berau ebaluatu zen, langile adituen kontsulta-teknika kuantitatibo eta kualitatiboan bidez². Era berean, aurreikusi beharreko arlo bertikal eta zeharkakoak identifikatu ziren eta planaren helburu eta adierazleak zehaztu ziren, helburu horretarako eraturako aditu-taldearen barruan^a.

Plan honen planteamenduan sartzen dira Eusko Jaurlaritzak gizartearen aurrean hartu dituen eta bere programan jasota dauden konpromisoak³.

Euskadiko Osasun Plana 2013-2020 diseinatzean eta egitean, lehentasunezko arloak, helburuak eta adierazleak dira sektore eta erakunde desberdinetako ordezkariak, profesionalek eta hirugarren sektoreko bozeramaileak egin dituzten ekarpen esanguratsuenak.

a. Osasun-sektoreko eta Eusko Jaurlaritzako beste sail batzuetako langileek, Lurraldeko eta Tokiko Administrazio Publikoetako teknikariek eta hirugarren sektoreko eta ekoizpen-sektoreko ordezkariak eratuak.

PLANAREN ALDIAREN JUSTIFIKAZIOA

Nazioarteko erakundeek osasuneko helburuak lortzeko planteatu duten horizontea 2020. urtea da. Gainera, ezarritako epea, 7 urtekoa, aurreko Planaren antzekoa da, eta arrazoizko denbora irizten zaio biztanleriaren osasun-helburretan egondako aldaketak eta emaitzak ikusi ahal izateko.

HERRIALDEEN ETA ORGANISMO ADITUEN ORIENTAZIOAK

Nazio Batuen Batzorde Orokorrek, 2011-09-15eko bileran⁴, gaixotasun ez-transmitigarrien prebentzio eta kontrolerako aitorpena onartu zuen. Gaixotasun kardio-baskularrak, minbizia, arnasketa-gaixotasun kronikoak eta diabetesa dira garrantzi handienaz jorratu beharrekoak. Horiek guztiak osasunerako kaltegarriak diren jokabide komunekin lotuta daude: tabakoaren kontsumoarekin, alkoholaren erabilera okerrarekin, dieta txarrarekin eta ariketa fisikoaren faltarekin. Gainera, gaixotasun hauek geroz eta gehiago agertu eta gailentzeko orduan eragina duten arrisku-faktore batzuk daude: aberastasunaren banaketa ez-parekidea, heziketa falta, urbanizazio arina, biztanleriaren zahartzea, baldintzatzaile ekonomiko sozialak, generoa, politika eta ingurumena. Halaber, obesitatea igotzen ari da, batez ere haur eta gazteen artean, eta horrek kezka handia pizten du. Erronka horri aurre egiteko, hain zuzen ere, gobernu osoaren eta gizarte osoaren lana proposatzen du. Horretarako, ekintza kolektiboa eta sektore anitzekoa gauzatuko da gobernuaren maila guztietan, hezkuntza, lege-arau eta zergen gaineko neurriekin.

NBEren aitorpena ikusita, Osasunaren Mundu Erakundeak⁵ 2005erako gaixotasun ez-transmitigarrien ondoriozko heriotza goiztiarra mundu-mailan %25 murrizteko helburua ezarri zuen. Nazioarteko hainbat erakunde profesionalak⁶ laguntza eman dute eta tabako, alkohol, ariketa fisikoaren falta, obesitate, hipertentsio arterial, eta koipe, azukre eta gatz-kontsumoarekin lotutako helburuak ezarri dituzte.

Osasunaren Mundu Erakundeak 2005ean sortu zuen Osasunaren Gizarte-baldintzatzaileen Batzordea, osasunaren eremuko ekitatearen aldeko neurriei eta esku-hartzei buruzko datu zientifikoak batzeko. Bere azken txostenak⁷ belaualdi batean osasun-desberdintasunak zuzentzeko erronka planteatzen du. Rio de Janeiroko 2011ko aitorpenean, gizartearen eta osasunaren ekitatea lortzeko erabaki sendoa adierazten da eta herrialde guztiei mundu-mailako konpromisoa eskatzen zaie: “denok ekitatearen alde” eta “denontzako osasuna”⁸.

Osasunaren Mundu Erakunde (OME) Eskualde Europarreko 53 estatu-kideek 2012an akordio bat egin zuten esparru estrategiko komun berriari buruz -“Osasuna 2020, gobernu guztietan eta gizartearen osasunaren eta ongizatearen aldeko ekintza babesteko estrategia europarrak”⁹ -, eta, bertan, eskualde europarreko gobernu estatal, erregional eta tokiko guztiak gonbidatu eta animatzen dituzte, beren biztanleriaren osasuna eta ongizatea nabarmen hobetzera; osasuneko desberdintasuna murrizteko; osasun publikoa indartzera; eta pertsonen beharrezanetan oinarritutako osasun-sistemak bermatzera, eta, horretarako, sistema uni-bertsal, parekide, iraunkor eta kalitate altukoak jartzera.

2007an, Europar Erkidegoen Batzordeak osasun-estrategia berri bat ezarri zuen, “Elkarrekin osasunean, EBrako planteamendu estrategikoa (2008-2013)”¹⁰. Funtsezko printzipioak honako hauek dira: 1/ Osasun-balio partekatuetan oinarritutako estrategia (unibertsaltasuna, kalitatea, ekitatea, elkartasuna, hiritarren partaidetza, osasun-desberdintasunen murrizketa); 2/ osasuna da altxorrik preziatuena; 3/ osasuna politika guztietan (HIAP-health in all policies- ekimena, Batasunaren lehendakaritza finlandiarrarena); 4/ EBren ahotsa indartzea mundu-mailako osasunaren eremuan.

2014-2020 aldirako, Europako Parlamentuak eta Kontseiluak Hazkunderako Osasun Programa ezartzen duen araudia proposatu dute¹¹. Helburu nagusiak honako hauek dira: osasun-laguntzan berrikuntza sustatzea eta osasun-sistemen iraunkortasuna areagotzea; EBko hiritarrei denbora luzeagoz osasun ona gozatzeko aukera ematea eta mugaz gaindiko osasun-mehatxuen aurrean babesa ematea.

Espainiako Gobernuak Osasun Ministerioak, bere alde-tik, osasun-desberdintasunak murrizteko Batzordea eratu zuen¹². Eta 2010eko Europar Batasuneko lehendakaritza espainiarrak honako lehentasuna ezarri zuen: “berrikuntza Osasun Publikoan: osasunaren gizarte-baldintzatzaileen monitorizazioa eta osasun-desberdintasunen murrizketa”.

OSASUN PLANA 2013-2020. EGITURA

Plana, honako ataletan banatzen da:

ESPARRU KONTZEPTUALA

Gure gizartearen testuinguruan osasuna zer den zehazten da eta pertsonen osasun indibidualaren eta jaio, bizi, lan egin eta harremanak izateko inguru sozial eta fisikoaren arteko harremanak eta loturak azaltzen dira. Jarraian, Planaren ardatz gidaria azaltzen da: osasunaren gobernu ona eta osasunaren aldeko gobernu ona.

PRINTZPIOAK

Antolamendu Sanitarioaren Legeak ezartzen duen eus- kal osasun-sistemaren printzipio jakinarazleetatik hartu dira Plana inspiratzen duten printzipioak. Antolamendu eta funtzionamenduko printzipio programatikoak ere han daude aurreikusita.

ABIAPUNTUA

Hasteko, Osasun Plana 2002-2010 ebaluatu ondoren ateratako ondorio nagusiei begiratzen zaie. Ondoren, osasunaren eta haren baldintzatzaileen egoera deskribatzen da eta Euskadiko biztanleriaren osasun-egoera zein den eta osasun-zerbitzuek zer eginkizun duten azaltzen da. Atala bukatzeko, Osasun Plana 2013-2020k eskueran jartzen dituen erronka eta aukerak aipatzen dira.

LEHENTASUNEZKO ARLOAK

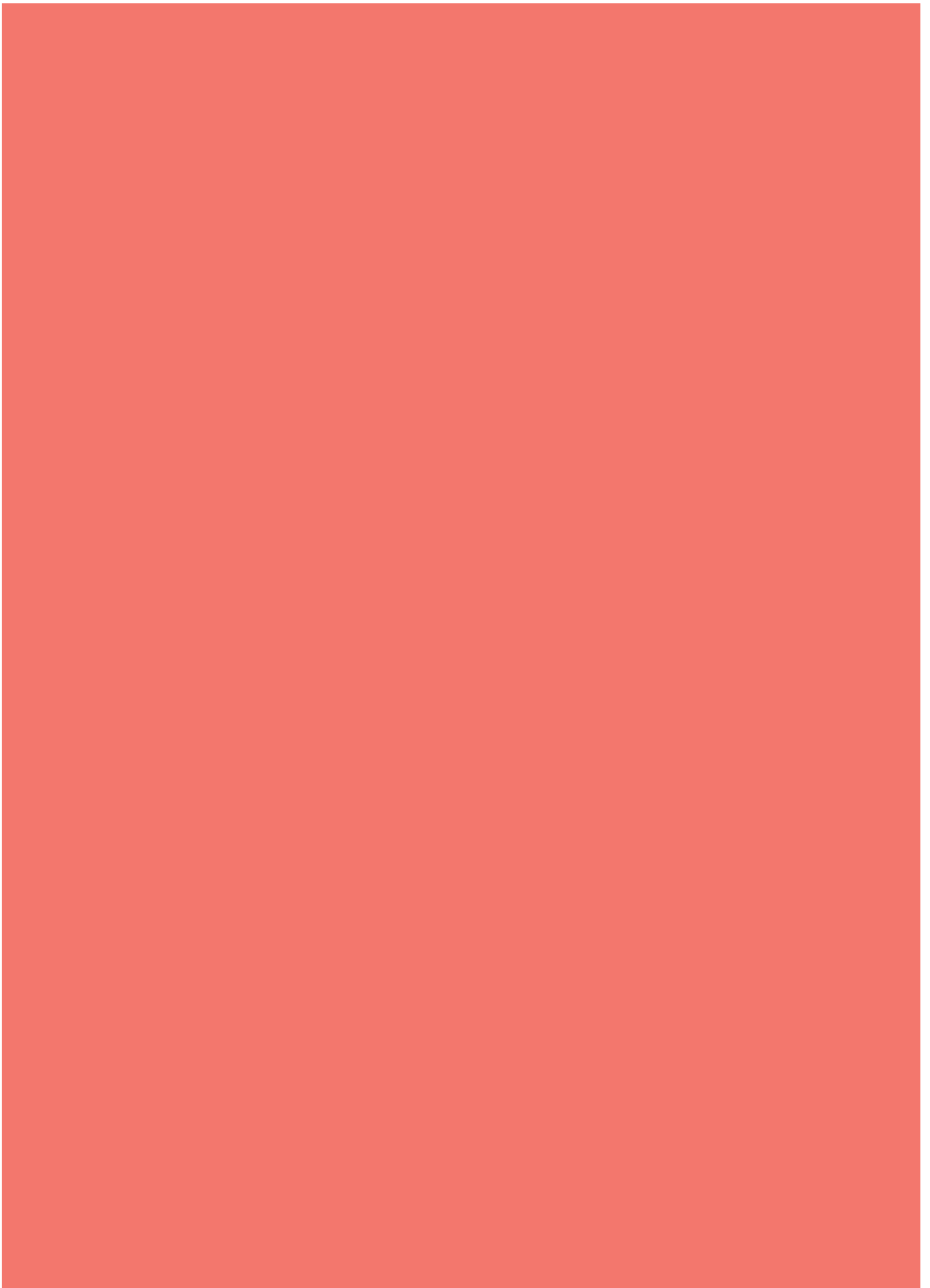
Lehentasunezko Arloak eta haien helburu eta adierazleak. Logikoki, horiek dira Euskadiko Osasun Plana 2013-2020aren muina.

EZARPENA ETA JARRAIPENA

Ezarpenaren eta Jarraipenaren kapituluan, plana gauzatzeko beharrezko antolamendu-egituraren berri ematen da, eta haren jarraipena, koordinazioa eta ebaluazioa egiteko estrategiak eta tresnak zehazten dira.

ERANSKINAK

Eranskinek, aurreko epigrafeetan deskribatutako oinarriko elementuak osatzen dituzte; besteak beste, plana egiteko metodologia, Osasun Plana 2002-2010ko ebaluazioaren laburpena edo nazioarteko gomendioak.



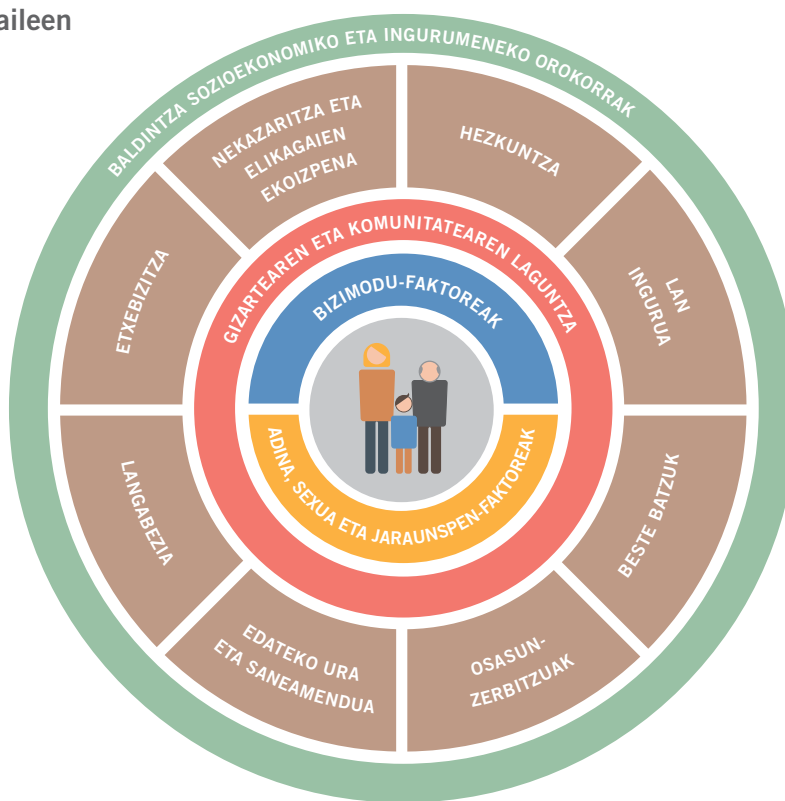
2. ESPARRU KONTZEPTUALA

Osasuna, zalantzarik gabe, pertsona guztiek gehien miren duten baloreetako bat da; are gehiago, osasunari esker dedikatu gaitzke gure bizitzako asmo eta helburuetara energia guztiekin eta gure gaitasunak arrakastaz garatu ditzakegu¹³. Era berean, osasunik gabe mugatuta gaude eta guztiz aktibo egoteko eta guztiz aktiboak izateko gaitasunak murriztu egiten dira.

Osasuna lehen mailako faktore makroekonomikoa da. Giza eskubide bat da, ongizatearen funtsezko elementua, produktu-ondasun publiko globala eta justizia sozialaren eta ekitatearen parte da¹⁴. Berau gabe osasun-kostuak areagotu egiten dira, kostu sozial altuak sortzen dira eta laguntza-sistemetan eragiten da, eskariak sortuz eta baliabideak atzeratuz.

Eusko Jaurlaritza osasunaren gizarte-baldintzatzaileen gaineko ebidentziekiko eta interesekiko sentikorra da eta izan da. Gai hau, XIX. mendean dagoeneko nabarmena, XX. mendearen amaieran indar handiz piztu zen. Osasun Sailak, zehazki, esparru kontzeptual hori sartu zuen 2002-2010 aldirako osasun-plana zehaztean (1. irudia).

1. irudia.
Osasunaren
gizarte-baldintzatzaileen
eredua.

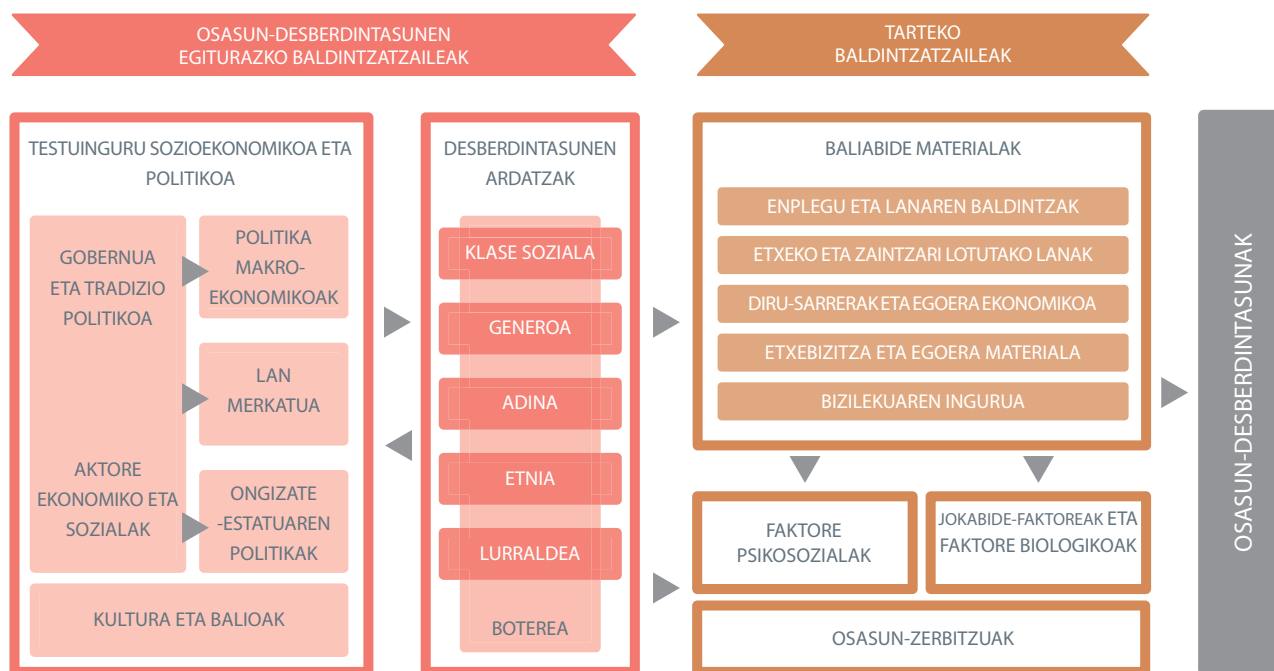


Iturria: Dalhgren G, Whitehead M, 1991.¹⁵

Bi hamarkada baino gehiago dituen baina indarrean jarraitzen duen eredu honek eredu biomedikoaren ikuspegia zabaltzen du, eta faktore genetiko eta biologiko indibidualak gain osasunaren gizarte-baldintzatzaileen gaineko jarduerak ere aintzat hartzen ditu. 1. irudian agertzen den bezala, faktore desberdinak eragin-geruza zentrokide gisa ulertzen dira, kanpotik barrura. Baldintza sozioekonomiko eta ingurumeneko orokorrek bizitzako eta laneko baldintzetan eragiten dute, eta horiek, euren aldetik, oinarritzko baliabide eta zerbitzuak eskuratzeko aukeraren araberakoak dira; faktore horiek, era berean, gizartearen eta erkidegoaren babesean, bizi-ohituretan eta, azken finean, faktore pertsonal eta familiarretan eragiten dute.

Osasun Plana, beraz, errealitate honetan oinarritzen da: biztanleriaren osasun-maila (osasunaren magnitudea) hertsiki lotuta dago gizarte-taldeen arteko osasunaren banaketarekin. Osasun-maila eta osasuneko ekitatea txanpon bakar baten bi aldeak dira. Osasun Planak osasuna hobetzeko helburu eta estrategiak ezartzen ditu, eta, hori egitean, maila eta lehentasun berean kokatzen ditu osasun-maila eta osasuneko ekitatea (osasuneko desberdintasun sozialez hitz egitean zera ulertu behar da: generoaren, klase sozialaren, bizilekuaren, jaiotza-herrialdearen, ezintasunaren, motaren eta lan-baldintzen arabera zehaztutako talde sozialen arteko alde sistematiko, bidegabe eta saihegarriak)⁷. (2. irudia).

2. irudia.
Osasun-desberdintasun
sozialen baldintzatzaileen
esparru kontzeptuala



Iturria: Solar, Irwin eta Navaroren egokitzapena.¹²

Osasun-desberdintasunen egiturazko baldintzatzaileen barruan sartzen dira testuinguru sozioekonomiko eta politikoarekin lotutako alderdiak; horiek ezin dira bakarka neurtu, gizartearen egitura sozialaren baldintzatzaileekin lotuta baitaude. Gobernuen tradizio politikoaz eta lan-merkatuarekin, etxebizitzarekin, hezkuntzarekin eta gizarte-ongizatearekin lotutako politika makroekonomiko eta sozialez ari gara. Baina gizartean nagusi diren arau kulturalak, balio sozialak eta zuzendaritza eta osasunari emandako balio kolektiboak ere jasotzen ditu. Testuingurua azaltzen duten faktore horiek guztiak berebiziko eragina dute estratifikazio sozialeko patroietan. Patroi horiek, era berean, hierarkia sozial desberdinak sortu eta mantentzen dituzte eta pertsonak beren maila sozioekonomikoaren, generoaren, ikasketa-mailaren, jaioterriaren eta desberdintasun sozialeko bestelako ardatzen arabera duten posizio soziala zehazten dute.

Posizio sozial desberdin horrek, bere aldetik, desberdintasunak sortzen ditu tarteko baldintzatzaileen banaketan. Egiturazko eta osasuneko baldintzatzaileen arteko loturak berak eragiten dituen faktoreei buruz ari gara, hau da: bizi-baldintzak eta lan-baldintzak; faktore psikosozialak gizarte-sareen hedapena eta kalitatea, estresa, eta norberaren bizitzaren gaineko kontrolaren pertzepzioa; osasunarekin lotutako jarrerak adibidez, alkoholaren kontsumoa, tabakoa, dieta edo ariketa fisikoa.

Osasun-sistemak ere garrantzi handia dauka osasun-desberdintasun sozialak sortzeko orduan. Izan ere, estaldura unibertsala eta doakoa den lekuetan ere, maila sozioekonomiko baxuagoa duten pertsonak oztopo gehiago aurkitzen dute sistemara sartzeko orduan.

EUSKADIKO OSASUN PLANEAN PLANTEATUTAKO ESKU-HARTZEEN TIPOLOGIA

Esku-hartzeak indibidualak edo egiturazkoak izan daitezke, jorratu beharreko eremuaren jatorri gisa zehazten den faktorearen arabera. Esku-hartze indibidualek funtsezko elementutzat jotzen dute autonomia indibiduala, pertsonak bizimodu osasungarriak aukeratzeko (edo ez) arrazoiak ulertzeko orduan. Egiturazko esku-hartzeek pertsonen inguru fisiko, sozial eta ekonomikoek aukera horietan duten eragina aztertzen dute, eta, beraz, inguru horiek aldatzeko xedea dute, aukera osasungarriak sustatze aldera^{16/17}. Beraz, tabakismoa kontrolatzeko estrategia eraginkorraren barruan sartzen dira esku-hartze indibidualak (esaterako, tabakoaren aurkako kontseilua, tabakoaren ohi-tura kentzeko lana edo osasunari begiratzen dion hezkuntza) eta egiturazkoak (jarduera legegileak, agintzaileak eta bizi-baldintzen aldaketa).

Biztanleriaren estrategietan oinarritutako esku-hartzeen helburua desberdintasunen kausen kausak jorratzea da (egiturazko baldintzatzaileak). Horiek sarritan arrisku-faktore indibidualak zehazten dituzte.

Informazioan eta kontseiluan oinarritutako estrategia indibidualak, funtsean, osasun-arretako zerbitzuek garatzen dituztenak dira.

Osasun Plan honetan biztanleriaren eta gizabanakoen gaineko esku-hartzeak jasotzen dira, osasun-sektorearen eskutik nahiz gainerako sektore inplikatuaren eskutik eginak.

Beste herrialde batzuetan bezala, osasun-desberdintasun sozialak gure erkidegoan ere oso esanguratsuak dira^{18/19/20}. Ondorioz, berorien murrizketa izango da gure erkidegoko osasun-maila hobetzeko modurik eraginkorrena.

Osasunaz kanpoko faktoreekin (adibidez, inguru fisikoaren baldintzekin eta hurbileko harremanekin) lotutako gaixotasun kronikoak geroz eta maizago agertzen dira, eta horrek, era berean, eragina dauka osasun-sistemaren iraunkortasunean, kronikotasunaren erronka jorratzeko sektore-artekeko ekintza premiazko beharrezkoa bihurtzen baitu.

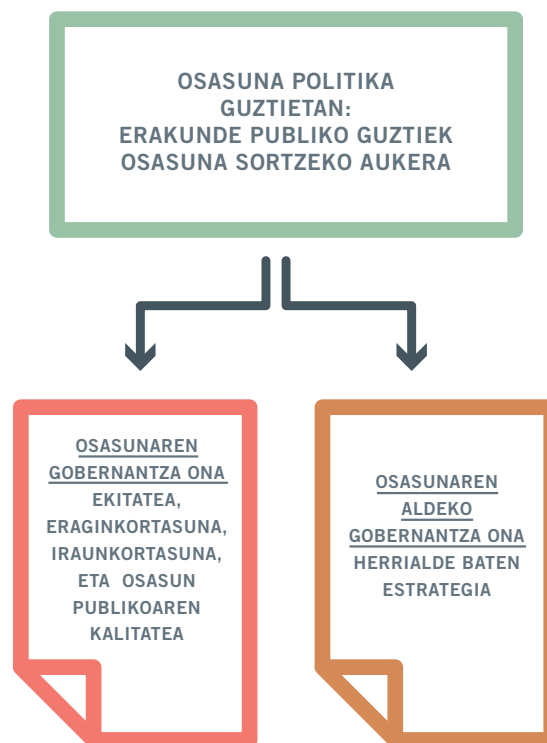
Osasunaren dimentsioak eta faktoreak ulertzeko esparru hau, osasun-laguntzan eta osasun publikoan oinarritutako tratamendu-antolaketa klasikotik harago doa. Biztanleriaren osasunaren eta ongizatearen gobernu onak, elkarrekin lotuta dauden bi desafiari egiten die aurre:

- OsasunaREN gobernantza: osasun-sistema parekidea, iraunkorra, kalitatezkoa eta eraginkorra indartzea.

- Osasunaren aldeko gobernantza: zeharkakotasuna eta sektore-artekotasuna administrazio publikoetan, ekoizpen-sektorean eta hirugarren sektorean. Hau da, gobernuak eta beste eragile batzuek osasuna biztanleriaren ongizaterako beharrezko alderdi gisa sendotu dadin egindako ahaleginak¹⁴.

Biztanleriaren osasun ona kudeatu ahal izateko, lidergo argia hartu behar du Eusko Jaurlaritzak Osasun Sailaren eskutik, erakunde guztientzako eta gizarte osoarentzako antolaketa-proposamen batekin. Horixe da, hain zuzen ere, Osasuna Politika Guztietan²¹. (3. irudia).

3. Irudia. Osasuna Politika guztietan



Iturria: geuk egina.

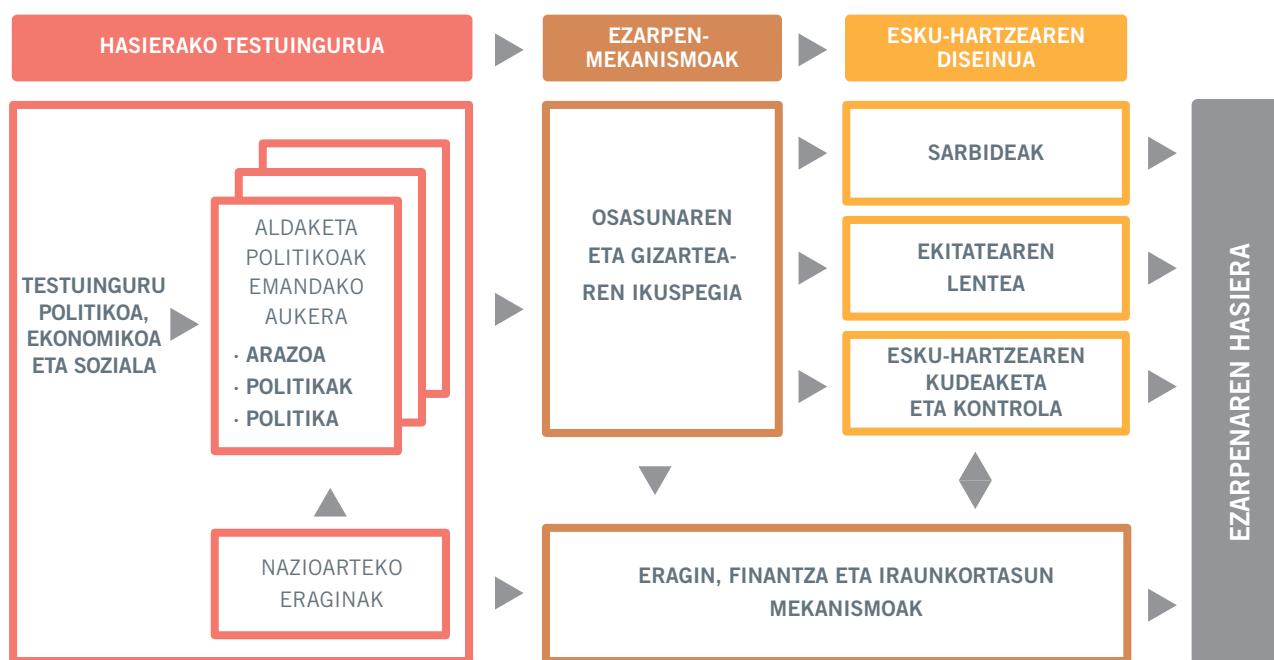
Osasuna Politika Guztietan adierazpenak politika publiko guztietan aplikatuko den ikuspegia azpimarratzen du eta sektore desberdinetan hartutako erabakiek osasunaren eremuan dituzten eraginak sistematikoki jorratzen ditu. Gainera, sinergiak bilatzen ditu eta sor litezkeen eragin negatiboak saihestu, osasuna hobetuz eta ekitatea areagotuz²² (4. irudia).

Gobernantza onak, legegintzaldi desberdinetan zehar Eusko Jaurlaritzaren orientazioetan presente egon denak, geroz eta indar handiagoa dauka nazioarteko foroetan^{23/24}. Gobernantza ona da agente, tresna eta programen lankidetzako, koordinazioko eta integrazioko prozesu bat, lehiakortasunik gabeko lankidetzeta-filosofian oinarritua, arau egituratu eta sistematizatuen menpe dagoena, eta bere helburua da eraginkortasuna hobetzea, osasunaren baldintzatzaile nagusietan eragitea eta osasunean ekitate handiagoa bilatzea.

Osasuneko toki-egituren gobernu onak osasun-sistemaren eraginkortasuna, hobekuntza eta tokiko biztanleriaren ikuspegia bete behar ditu. Eta, gainera, eginkizun hauek ditu:

- Laguntzako zaintza klinikoak hobetzeko esku-hartzeak. Horretarako, apurka-apurka, laguntza-maila desberdinak elkarren artean eta horiek gizarte-zerbitzuekin uztartzen dituzten zainketen jarraitutasun logikoa lehenetsiko du.
- Biztanleriaren osasunaren gaineko esku-hartzeak. Tokiko osasun-egiturak ez dira soilik laguntzazkoak eta klinikoak; biztanleriaren osasunaren gainean erantzukizuna dute eta beren zerbitzuak beste toki-eragile batzuekin (hezkuntza, ariketa fisikoa sustatzeko esku-hartzeak, elikadura osasungarria eta osasun-desberdintasuna) integratu behar dituzte, hiritarren partaidetza sustatzen duten eta erkidegoko osasun-aktiboak jasotzen dituzten mekanismo eta prozeduren bidez.
- Eraginkortasunak identifikatzeko esku-hartzeak; horretarako, bikoiztasunak ezabatu eta tokiko eragile desberdinetako zerbitzuak egokitasunez uztartuko dira.

4. Irudia. Osasuna Politika Guztietan: ideia hori ezartzeko esparru kontzeptuala

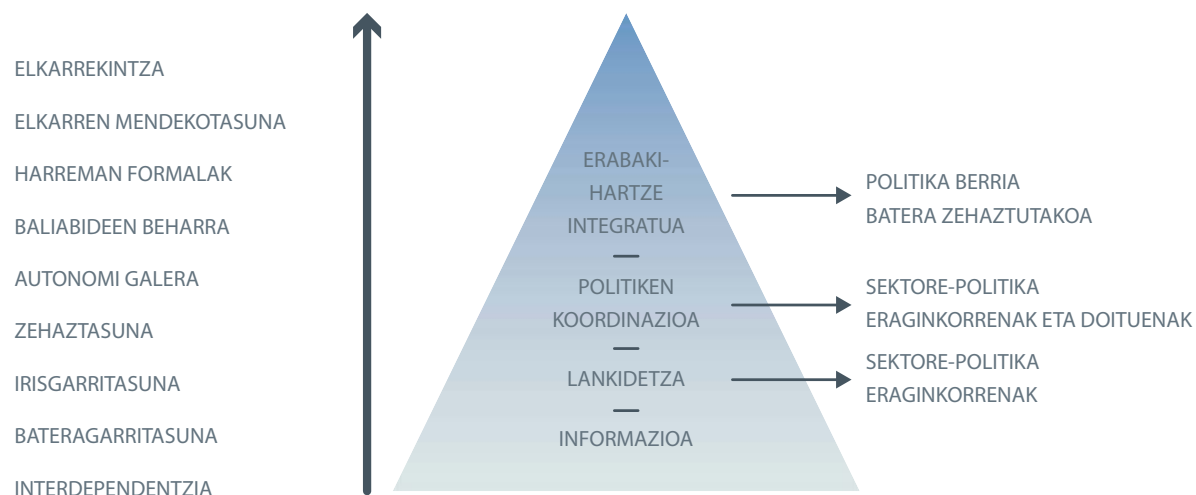


Iturria: Shankardass, Solar et al. 2011²⁵

Osasun Sailak eta Osakidetzak osasunaren gobernantza ona egin dezaten, langileak trebatu egin behar dira eta osasuna kudeatzeko eta lan egiteko era berri hau ezarri behar da.

Erakunde publikoen jarduerak erakutsi behar duen osasunaren aldeko gobernu ona ez da besterik Osasuna Politika Guztietan ideiak dakarren ikuspegi berria baino. Eta bere helburu nagusia hau da: politika publikoen emaitzak eta eraginkortasuna hobetzea, ekitate, ongizate eta osasunari dagokienez (5. irudia).

5. Irudia.
Sektore-arteko ekintzaren piramidea.
Erabaki-hartze integratua, politiken koordinazioa
eta lankidetzaz



Iturria: Meijers E, Stead D, 2004 (adaptado)²⁶

EUSKO JAURLARITZAREN PLANIFIKAZIOA ETA HORREK OSASUNEAN DUEN ERAGINA

Azaldutako planteamenduekin bat eginez, euskal hiritarren ongizatea hobetzeko tresna eraginkor gisa benetan balioko lukeen osasun-plan bat egin ahal izateko, beharrezkoa zen X. Legegintzako Gobernuaren Planetan (2012-

2013) aurreikusi ziren eta osasunarekin harreman zuzena zuten politika guztiak identifikatzea. Politika horiek taula honetan daude jasota.

GOBERNU PLANAK	SAILA
Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VI. Plana	Lehendakaritza
Zientzia, Teknologia eta Berrikuntza Plana 2015	Ekonomiaren Garapena eta Lehiakortasuna
	Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura
Gizarte Zerbitzuen Plan Estrategikoa 2011-2014	Enplegua eta Gizarte Politikak
IV. Ingurumen Esparru Programa 2011-2014	Ingurumena eta Lurralde Politika
Euskadiko Berrikuntza Publikoko Estrategia 2014-2016	Justizia eta Herri Administrazioa
Euskara Plana	Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura
Osasun Plana 2013-2020	Osasuna

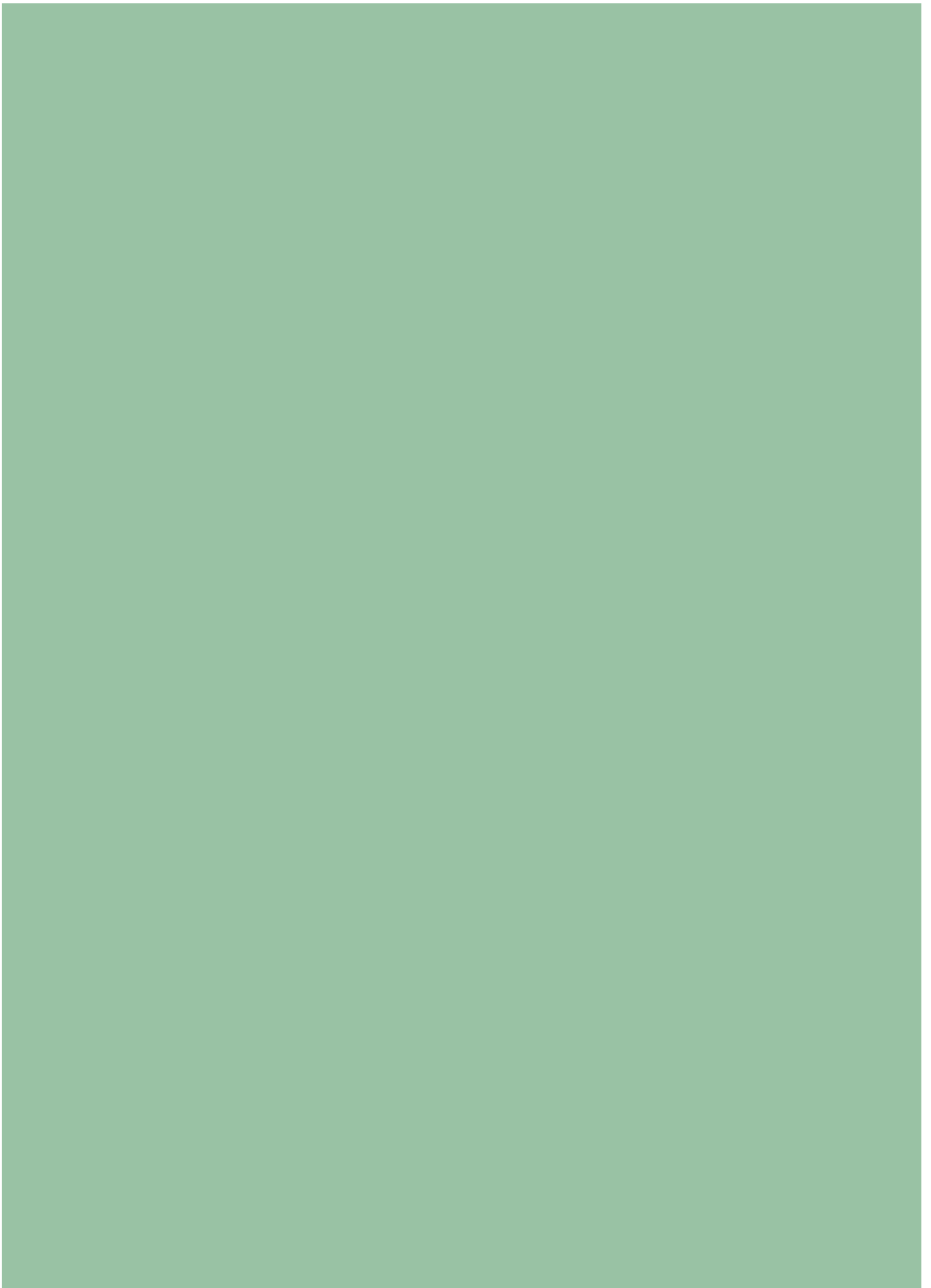
SAILEN PLANAK	SAILA
Gazteentzako Jarduera Soziosanitarioko Plana	Osasuna
	Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura
Adinekoei Arreta Soziosanitarioa emateko programa	Osasuna
	Enplegua eta Gizarte Gaiak
Mendekotasunen Plana	Osasuna
Ariketa fisikoaren Plan Estrategikoa 2020	Osasuna
	Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura
Nerabeen Aisialdi eta Hezkuntzarako Plana	Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura
	Osasuna
Familiak babesteko erakunde arteko plana	Enplegua eta Gizarte Gaiak
Gizarteratzeko erakunde arteko plana	Enplegua eta Gizarte Gaiak
Immigrazio, Hiritartasun eta Kultura arteko Bizikidetzaren IV. Plana	Enplegua eta Gizarte Politikak
III. Gazte Plana	Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura
Gazte Kirolaren Plana	Hezkuntza, Hizkuntza Politika eta Kultura
Bide Segurtasuneko Plan Estrategikoa	Segurtasuna
Babes Zibilaren plana	Segurtasuna
Hiriaren birgaikuntza eta birsorkuntza babesteko programa	Enplegua eta Gizarte Politikak
Garraio iraunkorreko plan zuzendaria	Ingurumena eta Lurralde Politika
Kutsatutako lurren plana	Ingurumena eta Lurralde Politika
Plan hidrologikoa	Ingurumena eta Lurralde Politika
Elikaduraren Industriaren Plan Estrategikoa	Ekonomiaren Garapena eta Lehiakortasuna
Enplegu plana	Enplegua eta Gizarte Politikak
Laneko Segurtasun eta Osasun Estrategia	Enplegua eta Gizarte Gaiak
Sasoikako Lanari arreta emateko plan integrala	Enplegua eta Gizarte Politikak
	Ekonomiaren Garapena eta Lehiakortasuna
Txikizkako Merkataritzaren Euskal Plana	Ekonomiaren Garapena eta Lehiakortasuna
Nekazaritzaren sektoreari babes integrala emateko plana	Ekonomiaren Garapena eta Lehiakortasuna
Euskal Estatistika Plana 2014-2017	Eustat

Era berean, osasunean eragina duten Eusko Jaurlaritzako politika hauek guztiak identifikatzearekin batera, politika horien estrategiak koordinatu eta elkarrekin harremanean jarri behar izan dira, eta baita horien jarraipena egin ere, nabaria da-eta osasun publikoan duten eragina.

Plan honen oinarrietako bat da, era berean, hiritarren partaidetza izatea. Hori Antolamendu Sanitarioaren Legeko printzipio programatikoetan ezarrita dago. Hainbat formulatan gauzatzen da partaidetza; adibidez, kontsultak egiteko, planen gaineko aholkuak emateko, edota emaitzen jarraipena eta ebaluazioa egiteko ahalmenak dituzten partaidetza komunitarioko kontseiluetan.

Hiritarren partaidetza jorratzean, Euskadiko Osasun Planak helburu batzuk zehazten ditu: informazioa, kontsulta, partaidetza edo pertsonen ahalduntzea. Hala, esaterako, hiritarrak agente aktiboak bihurtzen dira osasun-zerbitzuak zehaztu, antolatu eta hobetzeko orduan, eta gainditu egiten da informazio hutsera mugatutako ikuspegi paternalista.

Era honetan, pertsonak (banakako eta erkidegoko ikuspegitik) politika guztietan osasun strategiaren ardatz bihurtzen dira, eta baita sistemaren erdigune ere. Osasunaren eta gaixotasunaren gaineko erabakiak hartzeko eta erantzukizunak izateko duten autonomia ere indartzen da. Gaixoen elkarrekin eta hirugarren sektorearekin lankidetzan aritzeko esparru eta tresnak osatzen dira. Eta osasun-zerbitzuak zehaztu, antolatu eta hobetzeko orduan parte hartzeko bideak ezartzen dira.



**3.
PLANA
INSPIRATZEN
DUTEN
PRINTZIOAK**

Ekintza ororen abiapuntua eta muina pertsonak direla kontuan hartuta, eta helburu eta lehentasun nagusia osasuna hobetzea dela ikusita, Euskadiko Osasun Plana 2013-2020 hainbat funtsezko printzipiotan oinarritzen da, eta printzipio horiek eusten diete Planean bertan zehazten eta aurreikusten diren estrategia, ekintza eta politika guztiei.

Printzipio horiek guztiak Antolamendu Sanitarioaren Legetik (8/1997) datoz, eta berau da Plan honek aurrera egiteko erreferentziazko araudi-esparrua eta bidea. Horri esker, osasunaren sustapena lehenesten da eta euskal osasun-sistema kalitatezkoaren iraunkortasuna bermatzen da.

Horrenbestez, hauek dira Euskadiko Osasun Plana 2013-2020ren azpian dauden printzipioak. Labur azalduko dugu zein garrantzi eta izaera duten printzipio horiek osasunaren arloan, Euskal Autonomia Erkidegoko ekintza instituzional eta soziala gidatuko duen ibilbide-orri honen testuinguruan.

UNIBERTSALTASUNA

- Euskadin bizi diren pertsona guztiek aukera unibertsala izatea, osasuna babesten, prebenitzen eta sustatzen duten kalitatezko osasun-arretako zerbitzuetara sartzeko.

ELKARTASUNA

- Hiritar guztiei kalitatezko osasun-arreta ematea, beren gaitasun ekonomikoa edozein izanda ere.
- Gizartean osasun-jardueraren kontuak emateko sistematik ezartzea.
- Erakundeen eta herritarren arteko erantzukidetasuna, osasun-baldintzatzaileei eta osasunarekin lotutako jokabideei dagokienez, biek dute-eta euren ardura arlo horietan.

EKITATEA

- Sozialki, ekonomikoki, demografikoki edo geografikoki zehaztutako biztanle-taldearen artean gaixotasuneko eta osasuneko alde sistematiko eta saihegarririk ez egotea. Osasunean ekitatea lortzeko, pertsona bakoitzak gaitasun bera izan behar du bere osasuna bete-betean garatzeko, bere baldintza sozialak edozein izanda ere (posizio soziala, generoa, bizilekua, lan-mota, diru-sarrerak, ikasketa-maila eta jatorrizko herrialdea).
- Osasun-zerbitzuek maila guztietan emandako sarbide, erabilera eta kalitatean ekitatea sustatzea.
- Osasun-ekitateari eustea, justizia soziala bilatzen duen garapenaren parte gisa.

OSASUN-ZERBITZUEN KALITATEA

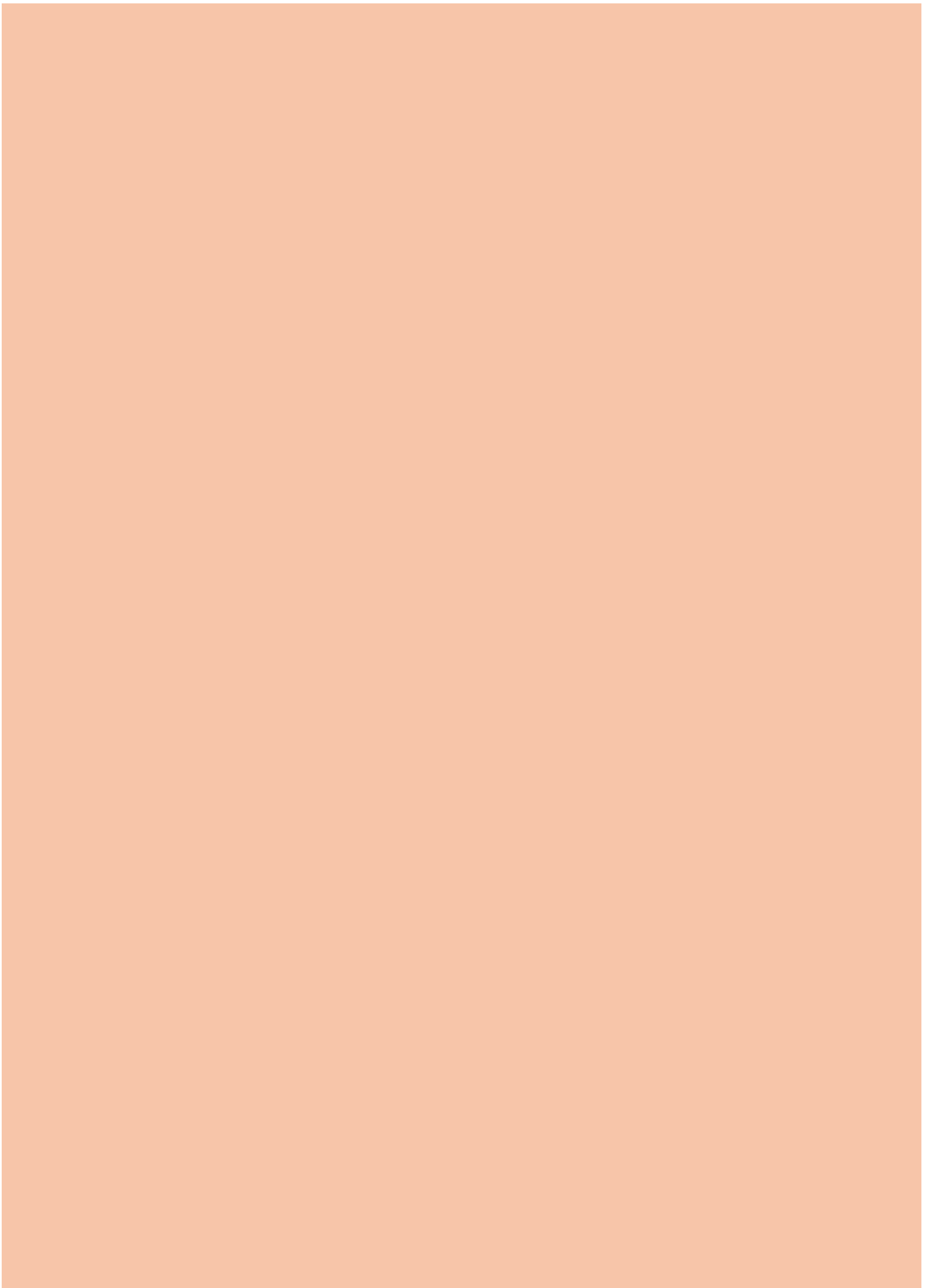
- Zerbitzua jasotzera datorren biztanleari adeitsu eta jator kasu egitea.
- Laguntza-mailen arteko koordinazioa.
- Mikro-mailan lankidetzan jarduteko ikuspegia; osasunean, gizartean eta erabaki estrategikoetan erantzukizuna duten erakundearen tokiko sareak. Gizarte-erantzukizun korporatiboa.
- Ikerketa sustatzea, biztanleriaren osasuna hobetzeko eta emandako osasun-zerbitzuak bideratzeko. Garapena eta berrikuntza, profesionalen artean partekatutako eza-gutzaren sustapena.
- Laguntza-prozesuen eraginkortasuna, segurtasun klinikoa oinarritzko alderdi gisa aintzat hartuz.

HIRITARREN PARTAIDETZA

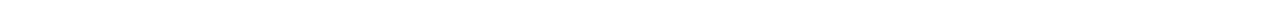
- Gizarte zibileko erakundearen partaidetza, osasun-agen-
dak zehaztu eta aplikatzeko orduan.
- Auto-laguntzaren eta erantzukizun pertsonalaren sus-
tapena

IRAUNKORTASUNA

- Sektorearen eraginkortasuna hobetzea, laguntzako eta Osasun publikoko eredu integratuen bidez.
- Laguntza-mailen koordinazioa, eta baita gizarte-zerbitzuek beste sektore batzuekin duten koordinazioa ere.



4. ABIAPUNTUA



OSASUN PLANA 2002-2010. EBALUATZEA

Osasun Plana 2002-2010 ebaluatzetik ondorio nagusi hauek atera dira:

- Jaiotzako bizi-itxaropenak gora egiten jarraitzen du, bai gizonengan, bai emakumeengan, nahiz eta emakumeen artean alde sozialak handiagoak diren.
- Gazteen arteko heriotzak murriztu dira eta, orokorrean, baita kanpo-kausen ondoriozko heriotzak ere.
- Haurren heriotzak beherantz jarraitzen du.
- Tabako-kontsumoaren prebalentziak eta tabakoaren kearen esposizioak nahiz legez kanpoko drogen kontsumoak behera egin dute. Nabarmen igo dira tabako-kontsumoko alde sozialak.
- Alkoholen ohiko kontsumoaren prebalentzia igo egin da.

- 64 urtetik gorakoengan, eta batez ere gizonengan, igo egin da 2 motako diabetes mellitusen prebalentzia.
- Obesitateak eta hari lotutako gaixotasunek gora egin dute.
- Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen ondoriozko heriotzak murriztu egin dira, nahiz eta oraindik ere heriotza-kausa garrantzitsua diren, eta, gaitz honi dagokionean, desberdintasun sozialak nabarmen handitu dira, bai gizonen artean, bai emakumeen artean.
- Minbiziaren ondoriozko heriotzak murriztu egin dira; gizonen artean behera egin du biriketako minbiziak eta emakumeen artean bularreko minbiziak; hala ere, igo egin da emakumeen artean biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza.

OSASUNAREN EGOERA ETA BALDINTZATZAILEAK

Mende-aldaketarekin hasitako joera demografikoak gailentzen dira Euskadiko egungo egoera demografikoan; hau da, biztanleriaren igoera, jaiotzen eta heriotzen arteko oreka eta migrazio-saldo positiboa gertatzen ari da. Eustatek 2020rako egindako proiektzio demografikoetan oraindik ere biztanleriak gora egiten du, baina modu motelagoan. Biztanleriaren zahartze-prozesuak argi eta garbi jarraitzen du bere bidea, eta 2020an biztanleriaren %22,5 zaharra izango da, jaiotzako bizi-itxaropena areagotzearen eta heriotza jaistearen ondorioz; amatasunaren batez besteko adina ere apurka-apurka atzeratzen doa.

Euskadin jarduera ekonomikoaren bilakaerak hedapen-aldi luzea dauka, 90eko hamarkadaren erdialdetik 2007. urtera arte, gutxi gorabehera; 2007an bertan, egun bizi dugun krisi larria gogor agertzen hasi zen. Urte horretan azkar eta nabarmen jaitsi ziren BPGren urte arteko aldakuntza-tasak, Espainian eta Europar Batasunean gertatzen ari zen bezalaxe. Era berean, langabezia-tasak igo egin ziren eta, Eustaten arabera, 2012an %11,7 izan ziren emakumeen kasuan eta %12,5 gizonen kasuan. 2009. urteaz geroztik aldi baterako kontratazioak igo egin dira, mugagabeen aldean. Euskaldunentzako pobrezia-arriskua 2012an %7,3 igo da, diru-sarrerak bermatzeko euskal sistemak eusten jarraitzen dion arren.

Ikerketa batzuen arabera, euskaldunen artean kapital soziala ahuldu egin da, harremanetan eta bizitza sozialean emandako denbora murriztu egin baita (Denbora Aurrekontuen Inkestak, Eustat). Hala ere, babes sozial afektibo baxua duten emakumeen prebalentzia, DUKEn babes sozialeko eskalaren arabera, murriztu egin da 2007 eta 2013 artean, eta EAEOIen arabera egonkor mantentzen da gizonen kasuan. Hala ere, arreta handiz erreparatu behar zaie gizon eta emakumeen artean prebalentzia askoz altuagoak dituzten klase sozial behartsuenei.

Azken urteetan Euskadiko airearen kalitatea nabarmen hobetu da. Urtean airearen kalitate on edo onargarria izandako egunen portzentajea 2005ean %94,6 izatetik 2010ean %99,1era pasa zen. Gune guztietan nabarmen jaitsi da kalitate txarreko airearen egun-kopurua, emaitza txarrenak zituzten guneeetan barne. Hobekuntza horiek gorabehera, indarreko legedia urratu egin da EAeko gune desberdinetako PM₁₀-en indizeari dagokionez, eguneko muga 50 µg/m³ gainditu baita kasu batzuetan.

Familia euskaldunek beren inguru fisiko eta sozialaren gainean duten pertzepzioa nabarmen igo da azken hogeitertean zehar. Inguru fisikoari dagokionez, osasungarri gisa sailkatzen duten familien proportzioa igo egin da (%65,4 2009an, 1989ko %50,8ren aldean. Bizi-Baldintzen Inkesta. Eustat).

EUSKADIKO BIZTANLERIAREN OSASUN-EGOERA

Euskadiko bizi-itxaropena (BI) apurka-apurka gorantz doa gizonen eta emakumeen artean, adin guztietan. Emakumeen bizi-itxaropena gizonena baino altuagoa den arren (86,4 eta 79,5 urte, hurrenez hurren), azken hamarkadan irabaziak altuagoak izan dira gizonentzat, jaiotzako bizi-itxaropena %3,7 igo baita, emakumeenaren gainetik (%2,9). 2007az geroztik, ezgaitasunik gabeko bizi-itxaropenean (EGBI) joera aldatu dela ikus daiteke, batez ere emakumeen kasuan. Gizonek ezgaitasunean bizi-tako urteak 9,1 izatetik 10,3ra pasa ziren eta emakumeen kasuan 11,7tik 13,3ra, 2012-2013 aldian. Jardueraren muga kronikoaren prebalentzia igo izanak azal dezake EGBIren jaitsiera hori; gizonen artean %10 igo zen eta emakumeen artean %31, aldi horretan. Muga handiagoa da maila sozioekonomikoa baxuagoa denean, eta desberdintasuna nabarmenagoa emakumeen artean gizonen artean baino.

Hautemandako osasunari dagokionez, euskaldunek beren osasunaren gainean duten pertzepzioa hobetu egin da azken hamar urteetan. Gizonen %16k eta emakumeen %12k diote bere osasuna nola-halakoa edo txarra dela 2013an; 2007an %17 eta %23 izan ziren. Hautemandako osasuneko desberdintasun sozialek bere horretan jarraitzen dute eta bereziki garrantzitsuak dira emakumeen kasuan; horientzat desberdintasunaren indize erlatiboa bikoiztu egin da azken hamarkadan (1,7 2002an eta 2,55 2013an), eta maila sozioekonomiko baxuagoa dutenen artean osasun okerragoa hautematen da.

Patologia kronikoak dituzten gaixoen kopurua apurka-apurka gorantz doa Euskadin, prozesuen konplexutasunak ere gora egiten duen heinean. 65 urtetik gorako euskaldunen %38k gaixotasun kronikoren bat duela uste da eta proportzio hori seguru asko bikoiztu egingo da 2040. urterako²⁷. Osasunaren inkestak (EAE01-2013) prebalentzia are handiagoak ematen ditu arazo kronikoen kasuan (%44,7 gizonengan eta %46,9 emakumeengan).

Patologia aniztun gaixoen proportzioa (hau da, 2 egoera edo gehiago dituzten eta osasun-arreta behar duten gaixoena) %21era igo da gizonen kasuan eta %26ra emakumeen kasuan (Orueta et al, 2013)²⁸. Patologia nagusien artean lehenengoa hipertentsio arteriala da (%18,7 gizonengan eta %19,4 emakumeengan), ondoren antsietatea/estresa (%7,3 eta %14,1, hurrenez hurren), diabetes

EAEEn edandako uraren kalitatea ona da biztanleriaren %98rentzat. Era berean, azken urteetan elikaduraren ondorioz toxinfekzioak nabarmen jaitsi dira, bai agerraldi-kopuruari dagokionez, bai erasandako pertsonen kopuruari dagokionez.

mellitusa (%6,4 eta %5,3), artikulazio-arazoak (%2,3 eta %5,3) eta depresioa (%1,8 eta %5,2). Egileek gradiente sozioekonomiko bat deskribatzen dute osasun-arazo gehientzat, bi sexuetan, eta batez ere emakumeen artean nabarmenago. Pribatizazio altuagoko gunetean bizi diren biztanleen artean ere gaixotasun-karga handiagoa da.

Osasun mentaleko arazoak, zehazki antsietatea eta depresioa, nabarmen igo dira Euskadin (EAE01 2013): gizonen artean %35 eta emakumeen artean %40 2002-13 artean. Era berean, osasun mentaleko arazoetako desberdintasun sozialak igo egin dira, batez ere gizonen artean.

Ospitaleratuta egon beharko lukeen pertsona-kopurua etengabe igo da azken urteetan. 2011n guztira 140 alta egon ziren 1000 biztanleko, hau da, aurreko urtearen aldean kopurua %1,6 igo zen. Diagnostiko-talde handien arabera, zirkulazio-aparatuko gaixotasunek, digestio-aparatuko gaixotasunek eta arnasketa-aparatuko gaixotasunek sortu zuten gaixotze-tasa handiena gizonen artean, eta emakumeen kasuan, aldiz, haurdunaldiarekin, erditzearekin eta puerperioarekin, zirkulazio-aparatuko gaixotasunekin eta digestio-aparatuko gaixotasunekin lotutakoak izan ziren nabarmenenak. Gizonengan, zehazki, bihotz-gutxiegitasuna (%2,6), bronkitis kronikoa (%2,4), iztaihernia (%2,3) dira altako diagnostikorik ohikoenak eta, emakumeen kasuan, haurdunaldi kronologikoki aurreratua (%3,5), kolelitiasia (%2,4) eta bihotz-gutxiegitasuna (%2,3).

Heriotza-tasari dagokionez, heriotza-kopuruak goranzko joera izan du azken hamarkadan (%10 igo da 2001-11 aldian), biztanleriaren zahartzearen ondorioz. EAEko Heriotza-tasaren Erregistroaren arabera, 2011n tumoreak dira biztanleriaren heriotzaren lehen kausa, %32ko portzentajearekin; bigarren tokian daude zirkulazio-sistemako gaixotasunak, %29rekin; emakumeen artean ordena alderantzizkoa da.

Baheketa-programek EAEko biztanleriaren artean hedapen handia eta onarpen zabala duten praktika prebentiboak islatzen dituzte. Bularreko-minbizia goiz atzemateko programak estaldura onak dauzka, %80,66ko partaidetza-tasarekin. 2012an guztira 114.978 mamografia egin dira. EAE01en datuen arabera, gainera, programan sartzeko desberdintasun sozialak apurka-apurka jaisten doaz. 2008an,

EAEEn kolon-minbizia goiz atzemateko programa martxan jartzea onartu zen eta haren estaldura apurka-apurka handituz eta areagotuz joan da. 2012an, 50-69 urteko gizonen partaidetza-tasa %62koa izan da eta emakumeena %68koa; guztira, 541.000 pertsona ikertu dira. Haurren Hortzak Zaintzeko Programak (PADI) 2012an guztira 115.008 haurri eman zien arreta (mutilak, %65,6; neskak, %66,2), eta 2011ren aldean partaidetza hobetu zuen (%65,9 eta %63,8, hurrenez hurren). Down sindromearen eta beste kromosomopatia batzuen baheketa 2009an pilotatu zen eta 2010ean hedatu zen sistema publikora doazen haurdun guztietara, beren haurdunaldia kontrolatzeko. Programak onarpen handia dauka (%1etik beherako bazterketa) eta 2012an guztira 15.995 emakume haurdunek parte hartu zuten programan. Jaioberrien baheketa-programak EAEEn jaiotzearen %100 estaltzen du eta oso gutxi baztertzeko dute (bi kasu 2012an). Programaren helburua gaixotasun metabolikoak eta bestelako gaixotasunak goiz atzematea da.

Txertoen Programa prebentzio-jarduerarik garrantzitsuenetakoa da, batez ere infekzio-gaixotasunen eremuan. Azken urteetan txerto berriak sartu dira haurren txerto-egutegira (VPH) eta, hala, egun estaldura altua dago txerto-sorta desberdinetan (%90etik gora).

Osasunarekin lotutako jokabideei dagokionez, EAEOI 2013ren arabera, gure biztanlerian igo egin da alkoholaren ohiko kontsumoaren prebalentzia, bai gizonengan, bai emakumeengan, eta kasu honetan klaserik ahaltsuenei eragiten dien gradiente sozioekonomikoa dago. Hala ere, murriztu egin da tabako-kontsumoaren prebalentzia, bai

gizonengan, bai emakumeengan, eta jaitsiera hori oso nabarmena da tabakismo pasiboaren prebalentzian.

Euskadi eta Drogak ikerketako (2012) datuen arabera, Euskadin legez kanpoko drogen kontsumoaren prebalentzia nabarmen jaitsi da, eta, hala, 2004. urteaz geroztik (orduan lortu ziren kontsumo-kuota historikoki altuenak) agerian dagoen beheranzko joera finkatu egin da. Hala eta guztiz, kontsumo esperimentalaren mailak altuak dira oraindik ere, eta azken urteetan murrizketak egon diren arren, EAE dago EBren barruan kanabis kontsumoaren tasarik altuenak dituzten eskualde eta herrialdeen artean.

Ariketa fisikoa praktikatzeari dagokionez, azken hamabost urteetan mendizaletasunaren prebalentzia %17 jaitsi da gizonengan (%26,6 2013an) eta emakumeengan ez da aldatu (2013an %34,0).

Azken hamar urteetan, EAEEn obesitatearen egoera nabarmen okertu da. 16 urtetik gorako pertsona obesoen proportzioa 2002an baino %25 altuagoa da. Obesitateak klase sozialen arabera duen banaketak goranzko gradiente erakusten du maila sozioekonomikoa jaitsi ahala. Talde dirudunenetan pertsona obesoen proportzioa igotzean, obesitateko alde sozioekonomikoak murriztu egin dira.

OSASUN ZERBITZUAK

Euskadin osasun-gastuetara bideratutako BPGren porzentajea %8,8koa izan zen 2009an, 2.602 €-ko gastuarekin biztanleko. Azken hamarkadan, zehazki, igoera nabarmena egon da (BPGren %6,5 eta 1296 € biztanleko, 2000. urtean). Finantzazioaren %75 publikoa da. (Eustat. Osasunaren kontua).

Nazioarteko egoerak alderatzean, OCDEk 2009. urterako ematen dituen datuekin, EAEEn osasunaren gaineko per capita gastua 3.658 EPAkoa (erosketa-paritatearen ahalmena €-etan) da biztanleko; hau da, Erresuma Batua (3.487), Finlandia (3.226) eta Espainia (3.067) bezalako herrialdeen gainetik eta Norvegia (5.352) eta Suitzaren (5.144) azpitik dago, besteak beste. Nolanahi ere, osasun-gastua BPGren gainean zenbatekoa den kontuan hartuta, oraindik ere herrialde garatuaren azpitik gaude.

Ospitale-sektorearen funtzionamendu-adierazleen bilakaeraren arabera, izugarri igo dira errotazio-adierazleak, ia bikoiztu egin baita oheko laguntza-jarduera 1986az geroztik, batez besteko egonaldia eta arrazoi kirurgikoen ondoriozko egonaldia murriztu egin direlako. Kirurgiako

batez besteko egonaldiaren jaitsiera 10,1 egunetik 3,7ra jaitsi da 1989 eta 2009 urteen artean. Argi dago 90eko hamarkadaren hasieran martxan jarri ziren alternatibak, adibidez etxez etxeko ospitaleratzea eta egonaldi laburrez ospitaleratzeako unitateak, neurri handi batean jaitsiera honen erantzuleak izan direla.

Gaixoaren segurtasun klinikoari dagokionez, Osakidetza ospitaleetan infekzio nosokomialen prebalentzia 2012an %6,4koa izan zen. Erakundearen %100ek Segurtasun Plan eguneratua zuten eta, gaixoaren segurtasunari dagokionean ikasten joateko, apurka-apurka zabaltzen ari ziren kontrako efektuen jakinarazpen-sistema korporatiboa.

Itxarote-zerrenda kirurgikoak Osakidetza erakundeetan batez beste 52,1eko atzerapena izan zuen. Gaixoen %16 itxarote-zerrendan egon zen hiru hilabetetik gora. Lehen-mailako osasunean, bisita bakoitzeko kontsulta 9,6 minutukoa izan zen batez beste, eta, pediatrian, 10,6koa.

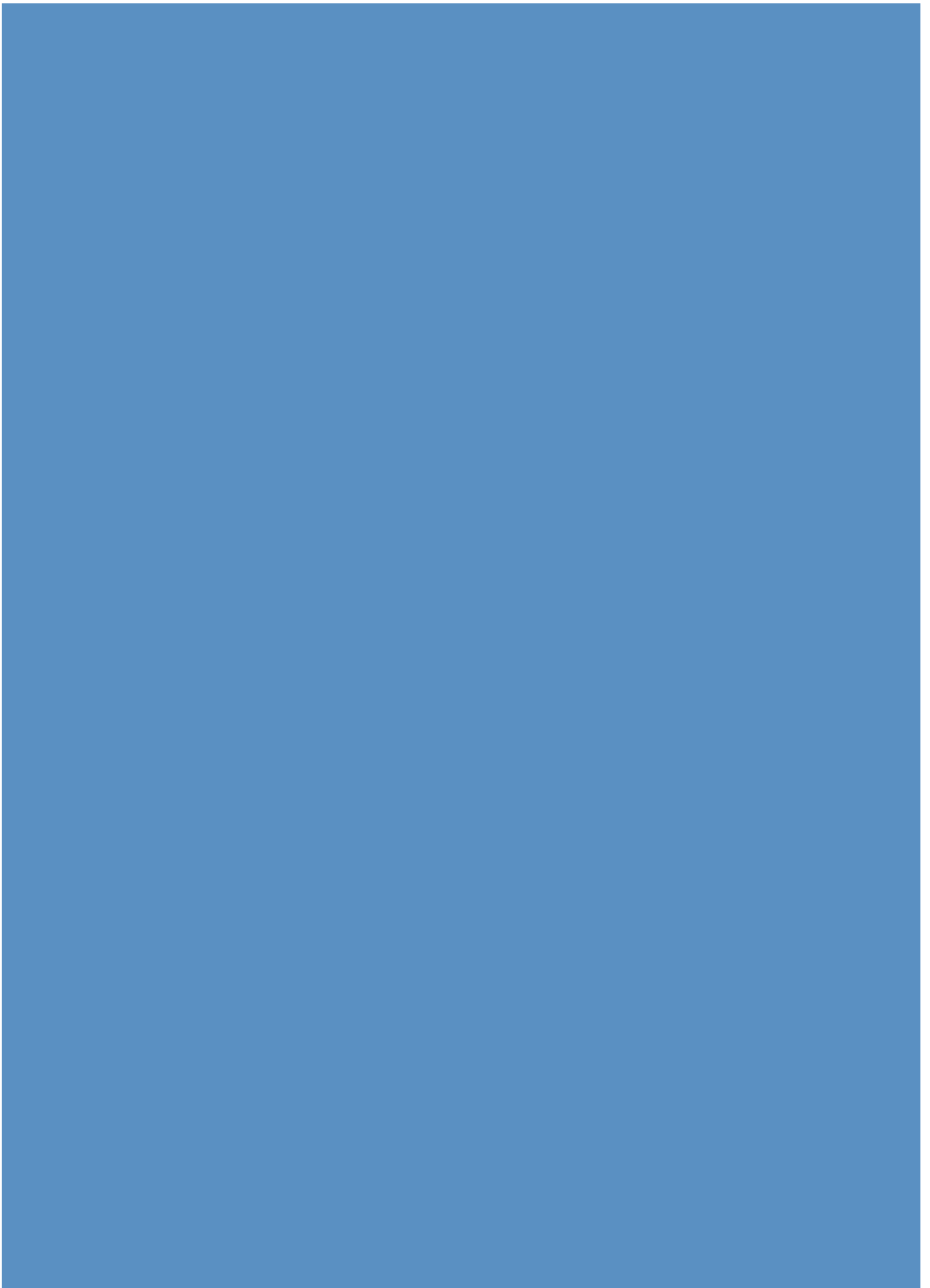
Laguntzaren balorazio orokorra, Osakidetzako zentroen asetasun-inkestetan, 2012an positiboa izan zen (bikaina+oso ona+ona) inkesta egin zuten pertsonen %95 baino gehiagoren ustez, bai lehen-mailako arretako kontsultetarako, bai ospitale barruko kanpo-kontsultetarako, ospitaleko larrialdietarako eta ospitaleratze orokorrerako. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasuneko Ministerioaren 2011ko Osasun Barometroaren arabera, Euskadin hiritarren %27k uste du osasun-sistemak nahiko ondo funtzionatzen duela eta %54k uste du aldaketak behar dituela.

OSASUN PLANAREN ERRONKAK ETA AUKERAK

Osasun Plan hau bi milioitik gora pertsonari zuzenduta dago eta bere helburu nagusia hiritarren osasuna eta ongizatea hobetzea da. Gorago deskribatu den bezala, EAEren abiapuntua ona da, kalitatezko osasun-sistema duelako eta gizartearen aintzatetsita dagoelako, eta baita osasun-maila oso altua duelako ere.

Testuinguru honetan, Osasun Planak beregain hartu behar dituen erronkak eta aukerak honako hauek dira:

- Erakundeen arteko konpromisoa lortzea, osasuna eta osasuneko ekitatea gobernuaren eta gainerako erakundeen xede gisa har daitezten.
- Osasunean dauden desberdintasun sozialak eta generodesberdintasunak murriztea, krisi ekonomikoaren ondoriozko pobrezia-arriskuan eta eskastasun-egoeretan ere.
- Kalitatezko osasun-sistema unibertsala bermatzea, etxetik hurbilago dauden eta konplexutasun gutxiago duten laguntza-mailak indartuz -esaterako Lehen Mailako Arreta-, hala irisgarritasun hobea ziurtatu dadin eta osasuneko desberdintasunak saihesten daitezten.
- Osasun-sistema egokitzea, gaixotze-tasa anitzaren eta gaixotasun kronikoen karga geroz eta handiago hori kalitatez eta eraginkortasunez tratatzeko. Pertsonak izango dira osasun-sistema osoan integratutako arreta integralaren ardatz nagusi, eta betiere laguntza-maila guztietako koordinazioan eta lankidetzan oinarrituta jokatuko da.
- Arreta soziosanitarioa sustatu eta indartzea, gizartearen eta osasunaren sektoreen koordinazioa bultzatzen duten prozedura eta mekanismoak jarritz.
- Inguru eta jokabide osasungarriak sustatzea, batez ere herri-mailan sektore desberdinen lankidetzarekin garatutako erkidego-proiektuen bidez.



5.

**LEHENTASUN
ARLOAK**

- HELBURUAK**
- EKINTZAK**
- ADIERAZLEAK**

Osasun Plana egitean, ahalegin handia egin da arloetako edukien artean eta edukien eta helburu eta adierazleen artean koherentzia eta jarraitutasuna lortzen. Koordinazio Teknikoko Batzordeak berebiziko garrantzia izan du koherentzia-prozesu horretan.

Sarrera honetan ezer baino lehen adierazi beharra dago hainbat helburu zehatz Eusko Jaurlaritzako beste Sail batzuen eremuan kokatutako eskumenekin lotuta daudela; adibidez, Toki Administrazioarekin (foru aldundiak eta udalak) eta hirugarren sektorearekin.

Kapitulu hau bost arlotan egituratzen da eta arlo bakoitzak berarekin lotutako helburuak, ekintzak eta adierazleak jasotzen ditu. 1 eta 5 arloak zeharkakoak dira, eta 2, 3 eta 4 arloak biztanleria-talde zehatzei buruzkoak.

LEHENENGO ARLOA: *Politika publiko guztietan osasuna eta osasuneko ekitatea sartzea eta euskal osasun-sistema ekitatezkoa eta kalitatezkoa indartzea.* Zeharkakotasuneko helburu eta mekanismoak ezartzen ditu, gainerako sektore eta erakundearen agendetan osasuna ezagutzera emateko, osasunean ahalik eta ekitate gehien lortzeko. Gainera, hiritarren partaidetzarako benetako bide eraginkorrak irekitzen ditu eta osasunaren aldeko zuzendaritza onerako betekizunak zehazten ditu.

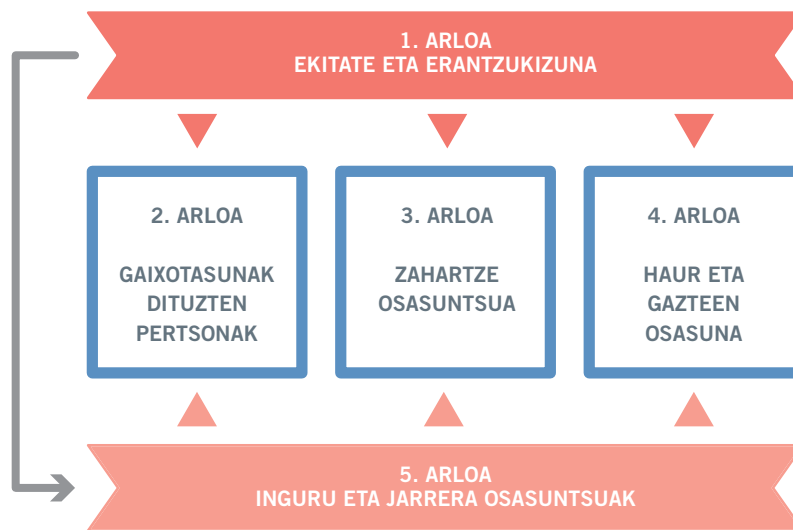
BIGARREN ARLOA: *Biztanleriaren gainean jardutea, gaixotze- eta heriotza-tasak jaisteko eta biztanleriarengan eragin handiena duten gaixotasunen mendekotasuna ere murrizteko.* Hemen jorratzen dira ikuspegi integrala duten laguntza-prozesu helburu eta ekintzak, kronikotasunaren eta mendekotasunaren arreta, medikamentuen erabilera arrazionala eta depreskripzioa, segurtasun klinikoa eta bizitzako egoera terminalak. Osasun-arazo esanguratsuenetarako helburu zehatzak finkatzen ditu.

HIRUGARREN ARLOA: *Zahartze osasuntsua sustatzea.* Zahartze aktiboa sustatu nahi du, pertsonen autonomia mantentzeko esku-hartzeen bidez. Balorazio integrale-rako, diziplinarteko kudeaketarako eta teknologia berrien erabilerearen prestakuntzarako mekanismoak proposatzen ditu eta pertsonak beren ohiko inguruan mantentzea eta boluntario-lanak egitea sustatzen du.

LAUGARREN ARLOA: *Hautzaroan eta gazterian osasun-baldintzak eta aukerak hobetzea.* Haurrek eta gazteek osasunaren gainean dituzten eskumenak lantzen ditu, erabaki osasungarriak eta seguruak hartzeko.

BOSGARREN ARLOA: *Estilo eta bizimodu osasungarriak, sektoreen arteko lankidetzaren eta tokiko eta erkidegoko lanaren bidez* (6. irudia).

-
6. Irudia.
Arloen konektibitatea eta integrazioa



Iturria: geuk egina.

5.1.

1. LEHENTASUN-ARLOA: EKITATEA ETA ERANTZUKIZUNA

POLITIKA PUBLIKO GUZTIETAN OSASUNA ETA OSASUNEN EKITATEA SARTZEA ETA EUSKAL OSASUN-SISTEMA EKITATEZKOA ETA KALITATEZKOA INDARTZEA

XEDEA: EAEKO BIZTANLERIAN OSASUNEAN DAUDEN DESBERDINTASUN SOZIALAK ETA GENERO-DESBERDINTASUNAK MURRIZTEA, TALDERIK BEHARTSUENEN EGOERA HOBETUZ.

Euskadiko biztanleen bizi-itzaropena gorantz doa arian-arian. Hala ere, osasuneko lorpenak ez dira era berean iritsi talde sozial guztietara eta, ondorioz, osasunean desberdintasun sozialak daude; hau da, sozialki, ekonomikoki, demografikoki edo geografikoki zehaztutako taldeen artean osasun-alde bidegabeak eta saihegarriak irauten dute.

Osasuna zehazten duten faktoreak anitzak eta konplexuak dira eta osasun-arretan soilik oinarritutako ikuspegiak ez dira nahikoak eta kapazak osasuna eta osasuneko ekitatea hobetu eta sustatzeko. Osasunaz bestelako sektoreetako ekintzen mendeko faktoreek zeregin garrantzitsua dute erkidegoko osasunean, eta errealitate horrek agerian uzten du politika guztietan sartu behar dela osasuna eta uztartu egin behar direla osasun-jarduera indibidualak (osasun-zerbitzuen ahalegin gehien jasotzen dituztenak) eta biztanleriaren jarduera, horrela osasunaren eta gaixotasunen “kausen kausak” aldatzeko. Bi ikuspegiak beharrezkoak eta osagarriak dira, osasuna sustatu eta gure erkidegoko gaixotasunak prebenitzeko. Eta ikuspuntu horrekin zehazten dira, hain zuzen ere, Arlo honetako ekintzak, EAEko biztanleriaren osasun-kezkak murrizteko.

OSASUNAREN GIZARTE-DESBERDINTASUNEN MAGNITUDEA ETA BANAKETA

GABEZIA SOZIALA ETA OSASUNA

Familien eta etxeen baliabide ekonomiko eta materialak biztanleriaren bizi-kalitatean eta osasunaren gizarte-baldintzatzaileetan garrantzitsuenetakoak dira. Bizi dugun krisi ekonomiko honek diru-sarrera urriekin lotutako pobrezia eta eskastasunaren arriskua areagotzen du, eta hori, era berean, mehatxua izan liteke euskal biztanleek azken urteetan izan duten osasun- eta ongizate-mailarentzat.

Pobrezia eta Gizarte Desberdintasunen inkestako datuen arabera, krisi ekonomikoaren ondorioz pobrezia-arriskua igo egin zen 2008-2012 aldian (%4,1etik %7,3ra, hurrenez hurren). Hala, areagotu egin ziren muturreko gabezia-egoerak eta errealitate honen adierazpen larrienetako batzuk agerian geratu ziren; adibidez, elikadura-arazo larriak zituzten etxebizitzak 2008an %2,1 izatetik 2012an %3,1era igo ziren.

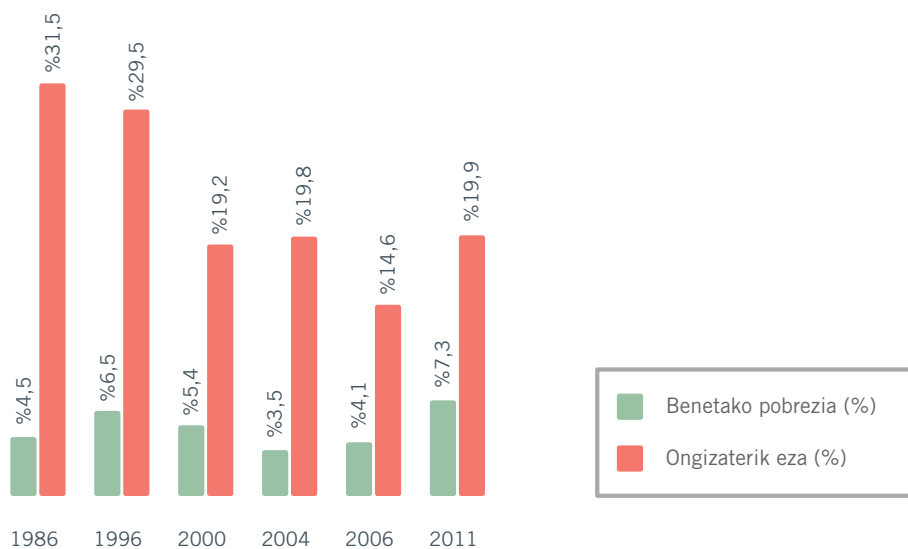
Enplegu-galerak pobrezia areagotzen du. Halaber, lan-egoera, enpleguaren kalitatea eta, batez ere, enpleguaren falta osasunean eragina duten faktoreak dira. Hamabost urte baino gehiagoz langabezia-tasak apurka-apurka murrizten joan ondoren, azken bost urteetan EAEko biztanleriak ikusi du langabezia areagotzen ari dela eta enpleguaren kalitatea okertzen ari dela. Errealitate honek, eremu pertsonal, familiar eta sozialean era negatiboan eragiteaz gain, areagotu egiten du gaixotu eta goiz hiltzeko aukera eta osasuneko ekitate ezaren arriskua (1 eta 2 grafikoak).

1. grafikoa
Langabezia-tasa.
EAE. 2001-2013



Iturria: Eustat, Biztanleria jardueraren arabera sailkatzeko Inkesta (BJA)³¹

2. grafikoa
Pobrezia eta gizarte-
ongizaterik eza.
EAE. 1986-2012



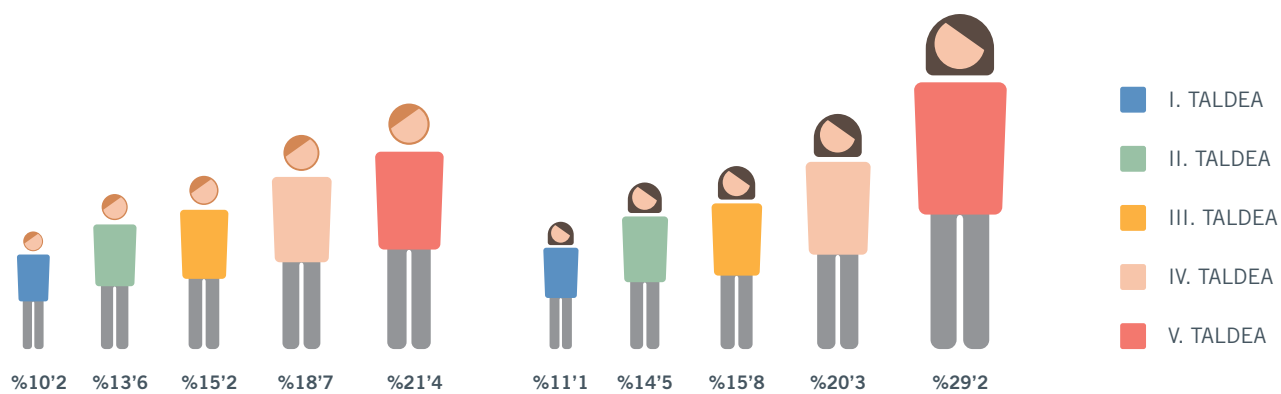
Iturria: Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila. Pobrezia eta Gizarte Desberdintasunen Inkesta³⁰

DESBERDINTASUNAK EZINTASUNEAN, BIZI ITXAROPENEAN ETA HAUTEMANDAKO OSASUNEAN

Osasunaren autobalorazioak norbanakoak bere osasunaren gainean duen iritzia islatzen du eta biztanleriaren gaixotze-tasa eta heriotza-tasa ondo aurreikusten ditu.

EAEOI-2013ren datuen arabera, hautemandako osasun-egoera txarragoaren prebalentzia handiagoa dute klase sozialik baxueneko pertsonak, bai gizonak eta bai emakumeek. Aldeak handiagoak dira emakumeentzat (3. grafikoa).

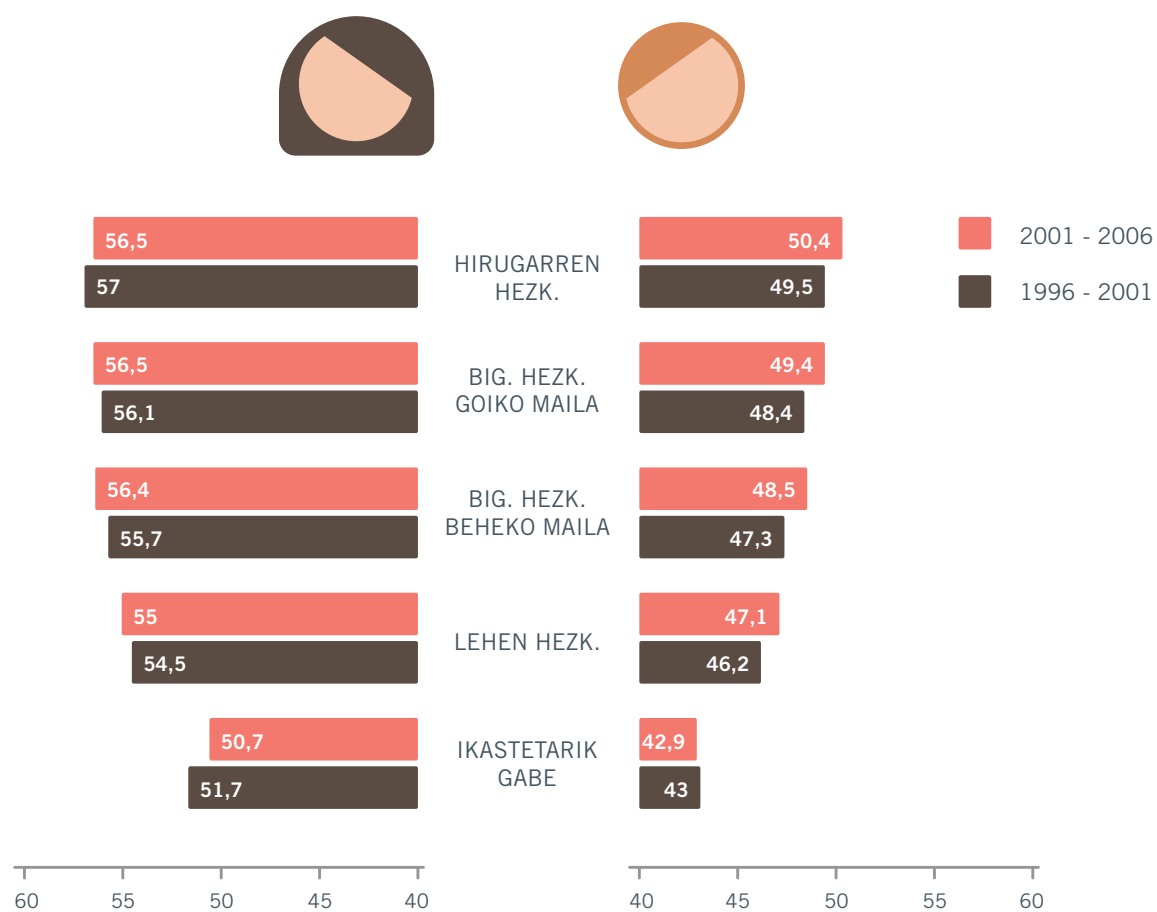
3. grafikoa
Hautemandako osasun txarraren prebalentzia, sexuaren eta maila sozioekonomikoaren arabera (adinari jarraiki estandarizatu). EAE. 2013.



Iturria: EAEOI 2013

30 urteko adinarekin bizi-itxaropena (BI) handiagoa da emakumeentzat gizonentzat baino, handiagoa da ikasketa-maila altuagoa den heinean eta handiagoa da 2001-2006an 1996-2001ean baino. 2001-2006 aldian, 30 urteko adinarekin, biren desberdintasunen "tarteak", ikasketarik ez duten eta goi-mailako ikasketak dituzten pertsonen artean, 7,6 urtekoak ziren, gizonen kasuan, eta 5,8 urtekoak, emakumeen kasuan. Kopuru horiek 1996-2001 aldikoak baino altuagoak dira (6,5 urte gizonengan eta 5,3 urte emakumeengan) (4. grafikoa).

-
4. grafikoa
30 urteko adinarekin bizi-itxaropenaren bilakaera, ikasketa-mailaren arabera.
EAE. 1996-2001 eta 2001-2006

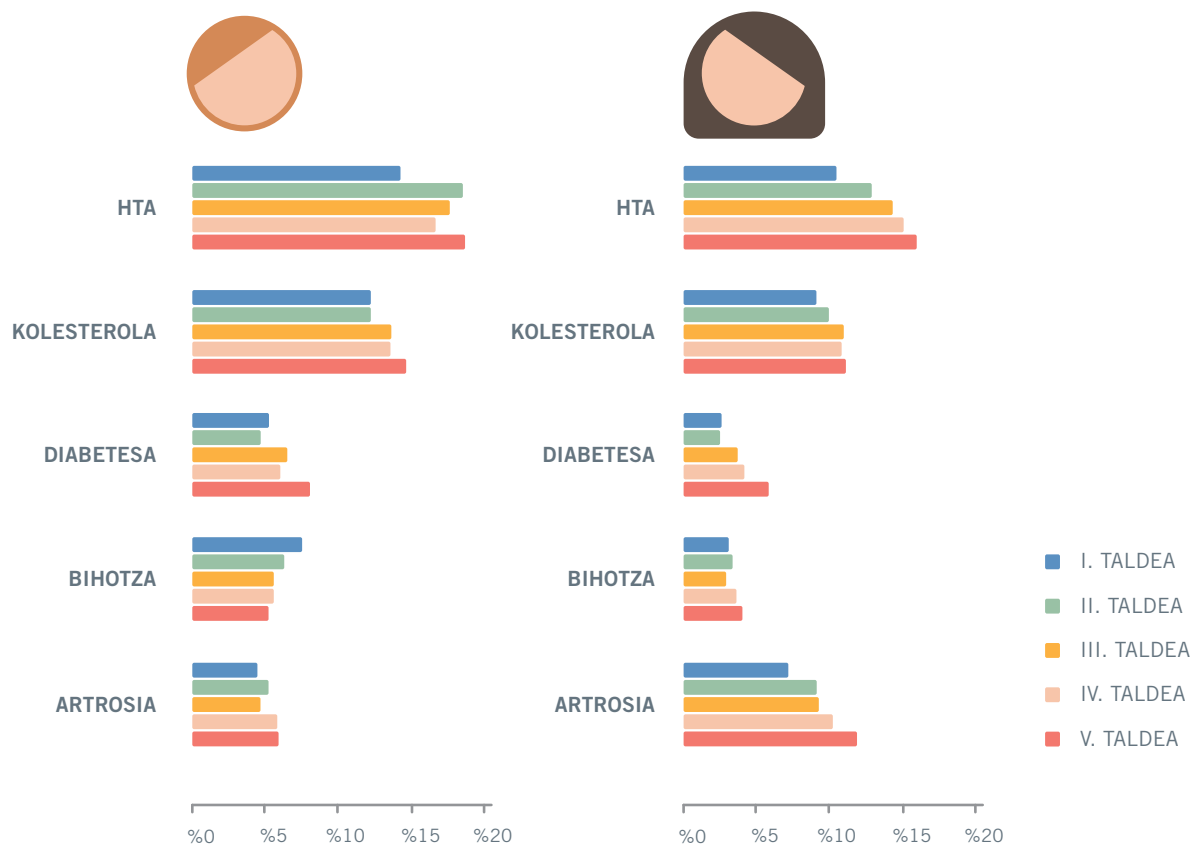


Iturria: Osasun Saila. Osasun Ikaskuntza eta Ikerketa Zerbitzua ³²

DESBERDINTASUNAK GAIXOTZE-TASAN

EAEOI-2013ren arabera, biztanleriaren arazo kroniko ohikoenen prebalentziari dagokionez, gizonen kasuan desberdintasun sozioekonomikoak atzeman ziren hipertentsioan eta kolesterol, artrosi eta diabetesarekin lotutako arazoetan, eta horien maiztasuna handiagoa zen eskala sozialean behera egin ahala. Emakumeen kasuan, arazo kroniko nagusietan desberdintasun ekonomikoek gradiente sozial argi bat islatu zuten: arazo horien prebalentzia igo egiten zen eskala sozialak behera egin ahala (5. grafikoa).

5. grafikoa
Arazo kronikoen prebalentzia, sexuaren eta maila sozioekonomikoaren arabera (adinari jarraiki estandarizatu).
EAE. 2013

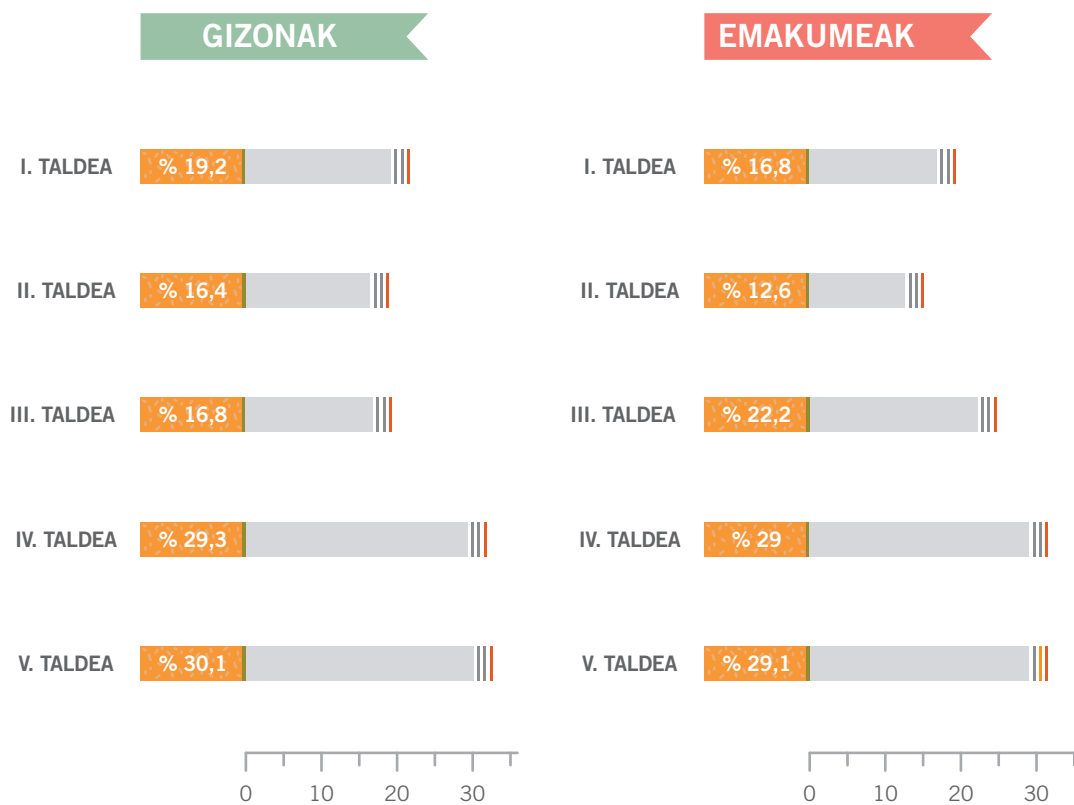


Iturria: EAEOI 2013

DESBERDINTASUNAK BIZI-OHITURETAN

Osasuneko desberdintasun sozialak bizi-ohiturekin lotuta ere azter daitezke. Hori horrela, 1997 eta 2013. urteen artean, adibidez, talde sozioekonomiko ahalt-suenetako pertsonak tabakoa uzteko joera gogorragoa erakutsi zuten. 2013an kontsumoa handiagoa zen maila sozioekonomikoa jaitsi ahala, batez ere 15-44 urtekoen artean; talde horretan gizonen %19 eta emakumeen %17 ziren ohiko erretzaileak talde sozialik ahalt-suenean, eta talderik behartsuenean, bestalde, gizonen eta emakumeen %30 eta %29 (6. grafikoa). 2002 eta 2013 artean, desberdintasunak murriztu egin dira gizonen artean, baina mantendu egin dira emakumeen artean.

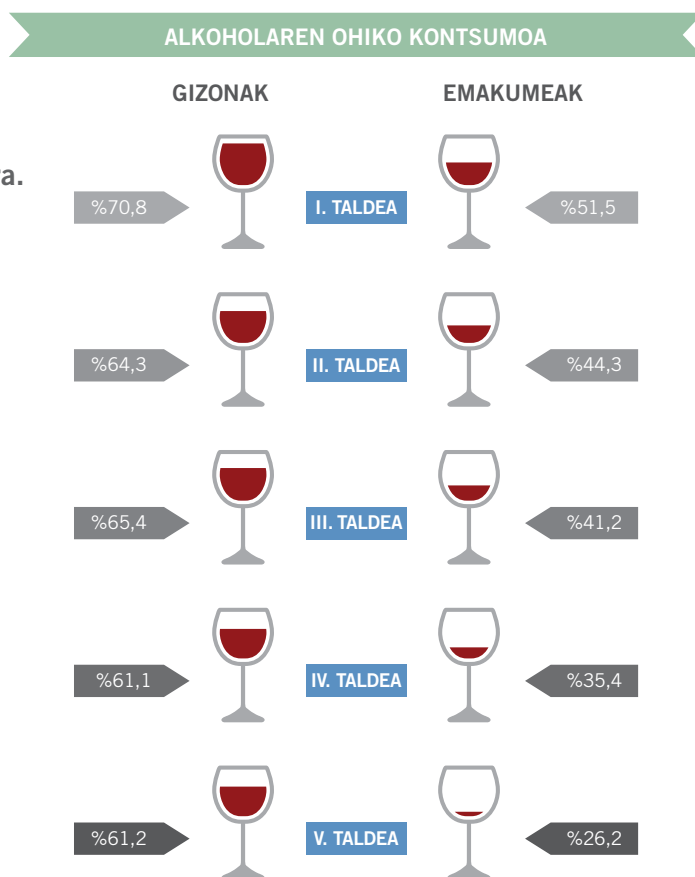
6. grafikoa
Tabako-kontsumoaren prebalentzia
15-44 urteko biztanleriaren artean
klase sozialaren eta sexuaren arabera.
(adinari jarraiki estandarizatua).
EAE. 2013.



Iturria: EAEOI 2013

Alkoholaren ohiko kontsumoari dagokionez, lotura zuzena atzeman da maila sozioekonomikoarekin: maila soziala zenbat eta handiagoa izan, orduan eta handiagoa da kontsumoa. Desberdintasun horiek berdina ematen dira gizonengan eta emakumeengan (7. grafikoa).

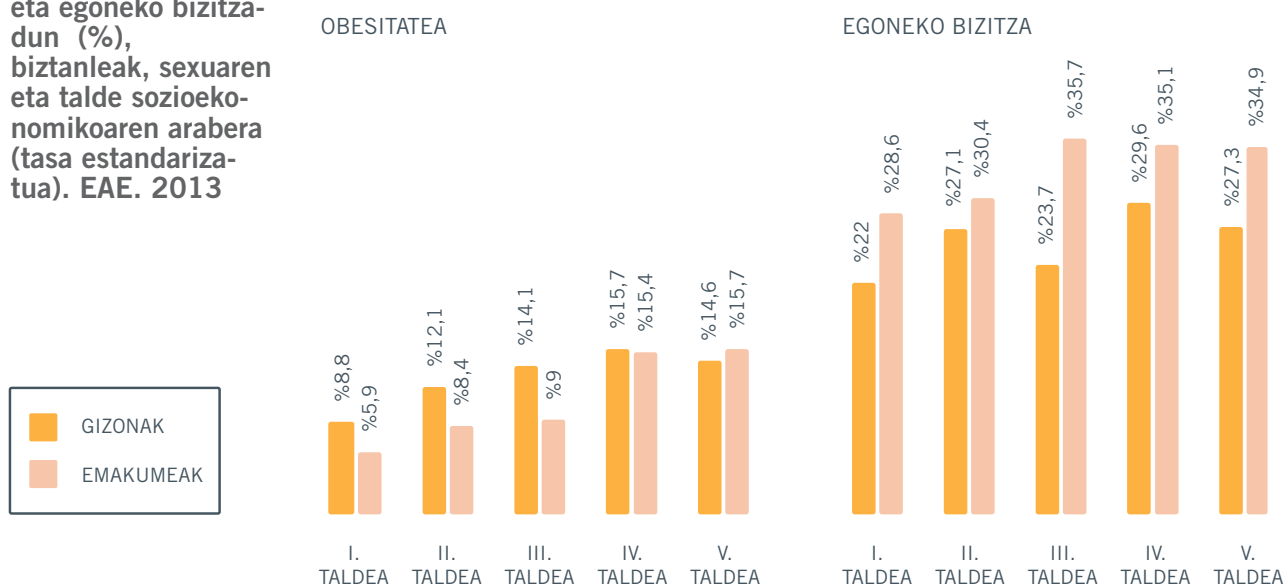
7. grafikoa
Alkohol-kontsumoaren prebalentzia 15-44 urteko biztanleriaren artean klase sozialaren eta sexuaren arabera. (adinari jarraiki estandarizatua). EAE. 2013.



Iturria: EAEI 2013

Obesitateari dagokionez, 1997az geroztik atzemandako desberdintasunei eutsi zitzaien. Aldeak nabarmenagoak dira emakumeen artean. Egoneko bizitzan edo sedentarisismoan desberdintasunak murriztu egin ziren, eta aldi horretan talderik behartsueneren artean handiagoa izan zen jaitsiera. 2013an ere talderik kaltetuenak dira egoneko bizitza gehien dutenak, nahiz eta aldeak obesitatean atzemandakoak baino baxuagoak diren (8. grafikoa).

8. grafikoa
Obesitatedun (%) eta egoneko bizitza-dun (%), biztanleak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera (tasa estandarizatu). EAE. 2013



Iturria: EAEI 2013

HELBURUAK ETA EKINTZAK

1.1. HELBURUA

OSASUNA POLITIKA GUZTIETAN

Helburua da Gobernuaren zeharkako estrategia gisa sektore-arteko ekintza sustatzen duen erakunde-arteko konpromisoa lortzea, osasuna eta osasuneko ekitatea gobernu osoaren eta politika publiko guztien xedetzat har daitezen (Osasuna politika guztietan).

EKINTZAK

1.1.1 Sailen arteko eta erakundeen arteko Osasun Planaren Batzorde Gidaria sortu eta martxan jarri. Lehendakaria izango da buru. Batzorde horrek sektoreen arteko ekintza sustatu beharko du, eta honako funtzio hauek izango ditu:

1.1.1.1. Osasun Plan honetan jasotako konpromisoak -Eusko Jaurlaritzako Sailen eta aldundi eta tokiko erakundeen eskumen-esparruetakoak erantzukidetasunean oinarrituta zehazten eta aplikatzen direla bermatu.

1.1.1.2. Osasuneko ekitatean eragin gehien izan dezaketen politika publikoak identifikatu eta zehaztu, gradiente sozial osoan desberdintasunak murrizteko ekintzak proposatu eta horiek gauzatzeko beharrezko baliabideak eta ebaluaziorako mekanismoak lortu.

1.1.2. Politika Guztietako Osasun Batzorde Teknikoa eratu eta martxan jarri. Bertan Osasun Saila izango da liderra, eta sektore guztiak izango ditu partaide. Helburua Osasun Planaren Batzorde Gidariari laguntza ematea izango da, horretarako honako funtzio hauek betez:

1.1.2.1. Sektore-planen prestaketa eta jarraipena babestu eta aholkuak eman, politika guztietan osasun-printzipioak sar ditzaten, eta plan horiek osasunaren gizarte-baldintzatzaileetara eta osasuneko ekitatera begira jarri. Horretarako:

- Erkideko lurraldeetako eta udalerrietako gobernuetako eta gobernu kanpoko agenteak sentsibilizatu eta trebatu, Osasuna Politika Guztietan sartzeko estrategiaren printzipioei eta garapenari dagokienean.
- Inplikaturako sektore bakoitzak bi urtean behin txostena igorri, Osasun Plana baliozkotuz eta harekiko konpromisoa adieraziz

1.1.2.2. Osasunaren sektoreko eta gainerako sektoreetako politika publikoek osasunaren eta osasuneko ekitatean duten eraginaren gaineko ebaluazioa sustatu. Osasunaren gaineko eraginaren ebaluazioaren (OEE) metodologia garatu eta sistematizatu, sektoreko esku-hartze eta planetan aplikatu beharrezko tresna gisa.

1.1.2.3. Osasun Plana ebaluatu eta emaitzen urteko txostena egin. Txostena Osasun Planaren Batzorde Gidariari igorriko da.

ADIERAZLEAK	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Osasun Planaren Zuzendaritza Batzordea eta Politika Guztietako Osasun Batzorde Teknikoa eratu eta martxan jarri	2013 abendua / 2014 martxoan	Eusko Jaurlaritza Osasun Saila
Sektoreek Osasun Planarekin duten konpromisoa baliozkotu	1. txostena 2016an	Eusko Jaurlaritza
Sektoreetako desberdintasunen txostena	1. txostena 2016an	Osasun Saila
Osasun Plana baliozkotzeko urteko txostena	1. txostena 2015ean	Osasun Saila

1.2. HELBURUA

EKITATEA

Euskadiko Osasun Sisteman ekitatea indartzea.

EKINTZAK

1.2.1. Osasun-sistemako eta osasun publikoko plan eta esku-hartze guztietan sistematikoki sartu ekitatearen ikuspegia, hau da:

- gizartean eta osasunean desabantaila gehien duten talde sozialei zuzendutako baliabideen esleipena lehenetsi.
- osasun-politikek, osasun-finantzazioko eredueta aldaketek eta osasun-zerbitzuen antolaketa-ereduek osasunean eta osasuneko ekitatean duten eragina ebaluatu, Osasuneko Ekitate Ikuskaritza bezalako metodologiaren bidez.

1.2.2. Osasunaren gizarte-baldintzatzaileen ikuspegia sartu, osasuna zerbitzuetan zaintzeko, babesteko eta sustatzeko eta baita laguntza ematekoetan ere.

1.2.3. Osasun-politiketan lehentasunezko garrantziarekin sartu desberdintasun sozialaren eragin handiena jasaten duten biztanle-taldee (klase sozialagatik, generoagatik, jaioterriagatik, ezintasunagatik, eta abar) erasaten dieten osasun-arazoak.

1.2.4. Osasun-zerbitzuetarako irisgarritasun unibertsala, zainketa jarraitutasuna eta Euskadin bizi diren pertsona guztientzako kalitatezko arreta integrala bermatu, desabantaila dauden talde jakin batzuei sortzen zaizkien oztopoak edo osasun-zainketak eskuratzeko zailtasunak ezabatuz, besteak beste:

- oztopo fisikoak eta garraio-oztopoak pertsonen aniztasun funtzionalagatik
- genero-oztopoak
- gaixotasun eta nahasmendu jakin batzuen ondoriozko estigma sozialeko oztopoak
- oztopo sozial, kultural eta ekonomikoak

1.2.5. Etxetik hurbilen dagoen eta konplexutasun-maila baxuena duen laguntza indartu, batez ere Lehen Mailako Arreta, osasun-sistemarako irisgarritasuna bermatzen duen eta osasuneko ekitate ezak murrizten dituen laguntza-maila gisa.

1.2.6. Osasunean erkidego-ekintza garatu eta sustatu, biztanleriaren osasunaren gaineko esku-hartzearen bidez, tokiko agente guztien partaidetza eta protagonismoarekin.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Lehen Mailako Arretako (osasun-laguntza ambulatorioa) gastu korrontearen / osasuneko gastu korronteguztiaren arrazioa	%20 (2011)	>%25	Eustat - Osasunaren kontua
Ezgaitasunik gabeko bizi-itxaropena (EGBI) (urteak)	Gizonak: 69,3 Emakumeak: 73,1 (2013)	Gizonak: ↑%5 Emakumeak: ↑%5	EAEIOI
30 urteko adinean bizi-itxaropeneko desberdintasun sozialak ^b	Gizonak: %14 Emakumeak: %9 (2001-2006)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%5	Osasun Saila. Osasun Ikaskuntza eta Ikerketa Zerbitzua
Osasun-zerbitzuetara sartzeko desberdintasunak (itxarote-zerrenda kirurgikoa)	--	Murrizketa etengabea	Osakidetza
Hautemandako osasun txarraren desberdintasunak maila sozialaren arabera sexu bakoitzean	DIE gizonak: 2,40 DIE emakumeak: 2,55 (2013)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%20	EAEIOI

b. Bizi-itxaropenaren aldea, eskala sozialeko muturrik baxuenaren (1 pertzentila) eta muturrik altuenaren artean (100 pertzentila). Neurria atzerapen-ereduen bidez kalkulatu da: eredu horiek kontuan hartu dute biztanleriaren banaketa sozioekonomiko osoa eta ezabatu egin dute talde sozioekonomikoen tamaina-aldaketak osasuneko desberdintasunen magnitudean izan dezakeen eragina.

1.3. HELBURUA

EGITURAZKO BALDINTZATZAILEAK ETA BITARTEKOAK

Osasunean eta osasuneko ekitaterik ezean eragiten duten egiturazko baldintzatzaileen eta bitartekoen gainean jarduteko politika publikoen garapena babestea.

EKINTZAK

1.3.1 Osasun Planaren Zuzendaritza Batzordeak osasuna sortzeko eta osasuneko ekitatea areagotzeko kohesioa eta gizarte-ongizatea indartuko dituzten esku-hartzeak sustatuko ditu.

- gizarte-babeseke eta -banaketarako politikak; lehen haurtzarotik hezkuntza publiko eta kalitatezko sarbide unibertsala; etxebizitza duin eta egokia eskuratzeko aukera; garraio aktiboa; hirigintza barnerakoa
- segurtasuna hobetzeko eta estresa murrizteko neurriak eskoletan eta lantokietan
- enplegua eta lan-baldintzak hobetzeko neurriak eta ekimenak
- lan-modalitateak eta laneko, eskolako eta aisialdiko ordutegiak arautzen dituzten neurriak eta ekimenak, horrela bizitza pertsonala, familia eta lana uztartzen laguntzeko

1.3.2. Politika Guztietako Osasun Batzorde Teknikoak, gizarte-ongizatea eta kohesioa indartu daitezzen, esku-hartze koordinatuko proposamenak egingo ditu, honela:

1. ingurumen-arriskuen zaintza integratu eta koordinatua
2. elikadura-segurtasunaren zaintza

3. hiri-mugikortasunaren eta garraio publikoaren planifikazioa, oinezko eta bizikleta bidezko lekualdaketak bezalako aukera osasungarriak errazteko

4. ariketa fisikorako ekipamendu-tokiak, bai barrukoak eta bai kanpokoak, garatu, jende guztiarentzat zabalik

5. espazio publikoen erabilera partekatuen sustapena, belaunaldi arteko aprobetxamendu-irizpideekin, talde ahulenei hau da, zaharrei, haurrei eta ezinduei egokituta

6. hiria era integratzailean diseinatu eta eraiki, pertsona guztiak erabil dezaten, genero-ikuspegia sartuta. Hirigintza segurua eta barnerakoa: "puntu beltzak" ikusteko hirigintza-azterketen mapak ipini

7. lan-baldintzak, eta familiako bizitza eta lanekoa uztartu

8. neurri hezitzaile barnerakoiak

9. gizarte-babesa eta baliabideen banaketa

10. buruko nahasmenduaren ondoriozko estigmaren aurkako neurriak

11. osasunaren gizarte-baldintzatzaileen garrantziaz sentsibilizatu biztanleria, orokorrean, eta sektore guztietako profesionalak, osasunaren sektorekoak barne

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Gazteen (16-24 urte) langabezia-tasa	Gizonak %35,1 Emakumeak %30,4 (2012)	%15	Eustat. BJA
Pobrezia-arriskua. Errenta pertsonalaren Gini indizea ^c	0,533 (2009)	↓%5	Eustat. Errenta pertsonal eta familiarren azterketa
Benetako pobrezia-egoeran dauden etxeak, erreferentzia-pertsonaren arabera	Gizonak %3,7 Emakumeak %11,1 (2012)	↓%10	Enplegua eta Gizarte Gaiak Saila. Pobrezia eta Desberdintasun sozialen inkesta 2012
Etixerik gabeko biztanleria-tasa	Gizonak %1,6 Emakumeak %0,4 (2012)	↓%10	Eustat. Etixerik gabeko pertsonen inkesta.
Eskola-uzte goiztiarra ^d (18-24 urte)	Gizonak %8,3 Emakumeak %7,1 (2012)	↓10	Eustat. Biztanleria jardueraren arabera

c. Gini indizea: desberdintasunaren gaineko adierazle bat da, 0 eta 1 arteko zenbeteoak adierazia. 0 berdintasun perfektua da (guztiak dituzte diru-sarrera berdinak) eta 1 desberdintasun perfektua da (persona batek dauzka diru-sarrera guztiak eta besteek bat ere ez).

d. Eskola-uzte goiztiarra: Gehienez bigarren hezkuntzaren lehen etapa burutu duen eta ikasten eta prestatzen jarraitzen ez duen biztanleria. Eustat

1.4. HELBURUA

PARTAIDETZA ETA JABEKUNTZA

Pertsonen partaidetza eta ahalduntzea sustatuko da, genero-desberdintasunak eta talde eta egoeren aniztasuna kontuan hartuta eta emakumeentzako eta gizonentzako ahalduntze-estrategia bereziak garatuta.

EKINTZAK

1.4.1. Euskal osasun-sistemaren “erabiltzaile eta gaixoen eskubide eta betebeharren gutuna” eguneratu.

1.4.2. Gaixoei eta beren senideei, eta batez ere talderik ahulenetako pertsoneri, zuzendutako ahalduntze-estrategia garatu. Estrategia hauetan genero-desberdintasunak jorratuko dira.

1.4.3. Osasun Eskola (Escuela de Pacientes)^e garatu, gaixoaren autonomia sustatzeko eta zaintzaileen eta hiritarren artean ohitura osasuntsuak bultzatzeko.

1.4.4. Gaixo-elkarteekin eta hirugarren sektorearekin lan-kidetzak esparru eta tresnak ezarri, horiek osasun-sistemarekiko duten erantzukidetasuna sustatuz. Gaixo-elkarteak sustatu, beren patologiei buruzko ezagutzak eta kezak partekatzen jarduerak eta tresnak gara ditzaten, prestakuntzaren, ikuskapenaren eta beren jardueretako inplikazioaren bidez.

1.4.5. Eskola-mailan gazteak bizi-ohitura osasuntsuei buruz sentsibilizatzeko eta prebentzioa lantzeko programak garatu, indarkeriari aurre egiteko eta, batez ere, genero-indarkeriaren eta berdinen arteko indarkeria ezabatzeko. Era berean, buruko gaixotasuna estigmatizatzen ez duten jardueren sustapena bultzatu.

1.4.6. Erkidegoaren partaidetza antolatu eta indartu, dauden tresnen bidez (Osasun Kontseilua), eta mekanismo berriak ezarri osasun-zerbitzuen alde eta osasunaren alde erkidegoko esku-hartzeak planifikatzeko, ezartzeko eta ebaluatzeko faseetan herritarrek parte har dezaten, eremu guztietan.

1.4.7. Genero-perspektiba sartu osasuneko langileei zuzendutako prestakuntza-programa guztietan.

ADIERAZLEAK	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Osasun Kontseilu aktibo eta operatiboak	Urtean 2 bilera	Osasun Saila
Escuela de pacientes ^e -Osasun Eskolako partaideak, lehenetsitako patologien arabera (%)	>%50	Osakidetza - Integrazio Asistentzial eta Kronikotasun Zerbitzua
Euskal osasun-sistemaren erabiltzaile eta gaixoen eskubide eta betebeharren gutuna berrikusi eta eguneratu	Bai, 2015ean	Osasun Saila

e. Osasun Eskola-Escuelas de pacientes: Osasun Sailaren eta Osakidetzaren baliabidea. Informazioa eta prestakuntza ematea da bere helburua, horrela gaixotasuna kudeatzean eta gaixo, zaintzaile eta hiritarren osasuna sustatzean ezagutzak eta gaitasunak eskura izateko.

1.5. HELBURUA

GENERO INDARKERIA

Emakumeen aurkako indarkeriaren prebentzioa eta tratamendua sustatzea osasun-zerbitzuetan, inplikaturako sektore guztien artean erabakiak era bateratuan hartzea sustatuz.

EKINTZAK

1.5.1. Emakumeen aurkako indarkeria prebenitzeko, goiz atzemateko, lantzeko eta jarraitzeko mekanismoak bultzatu.

1.5.2. Osasuneko eta gizarte-osasuneko koordinazioa hobetu indarkeriaren biktima diren neskato eta emakumeen arretan.

ADIERAZLEAK	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Osakidetzako berdintasun-politikak sustatzeko eta koordinatzeko Administrazio Unitatearen sorrera ^f	2015	Osakidetza

1.6. HELBURUA

OSASUN-DESBERDINTASUNEN MONITORIZAZIOA

Osasun-desberdintasunen gaineko ikerketa eta monitorizazioa sustatu eta garatzea.

EKINTZAK

1.6.1. Osasunaren Behatokia sortu, osasunaren faktore erabakigarriak eta osasun-desberdintasunak landuko dituen ikerketa, azterketa eta komunikazioko organo gisa, betiere generoaren ikuspegia aplikatuta. EAEn osasunean dauden desberdintasun sozialen txostenak egingo ditu aldizka, esku-hartzeko proposamenak eta gomendioak jasoz.

1.6.2. Kalitate-irizpide gisa baloratu: batetik, bai osasun-ekitatearen eta generoaren ikuspegia, bai sektore-arteko ikuspuntua, osasunaren gaineko ikerketa-proiektuan sartzea eta, bestetik, Osasun Sailak eta beste erakunde batzuek finantzaturako zerbitzu sanitario eta soziosanitarioak erabiltzea.

1.6.3. Osasun-informazioko sistema guztietan estratifikazio sozialeko aldagaiak sartu, horien bitartez aztertu ahal izateko zein desberdintasun sozial dauden osasunaren egoeran, osasunaren baldintzatzaileetan eta osasun-zerbitzuen erabilera eta kalitatean.

ADIERAZLEAK	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Osasunaren Euskal Behatokia sortu	2015	Osasun Saila
Osasun-informazioko sistemetan estratifikazio sozialeko aldagaiak sartu	2016	Osasun Saila Osakidetza
Osasuneko desberdintasun sozialen txostena	2015	Osasun Saila

f. Administrazio Unitate hau azaroaren 17ko 213/2007 Dekretuan agertzen da eta bere eginkizuna Osakidetzan berdintasun-politikak sustatu eta koordinatzea da.

1.7. HELBURUA

IKERKETA ETA BERRIKUNTZA

Ikerketa eta berrikuntza sustatzea, zerbitzuan osasunaren hobekuntzari eta osasun-sistemaren kalitate eta eraginkortasunari buruzko ezagutza aplikatzeko bide gisa.

EKINTZAK

1.7.1. Ikerketa sustatu eta finantzatu (oinarrizkoa, klinikoa, epidemiologikoa, nazioz gairikoa, osasun-zerbitzuetakoa eta abar), honako hauei dagokienean:

- Prozesu patologikoen kausak eta horiek atzemateko eta tratatzeko prozesuak, kontuan hartuta beti medikuntza pertsonalizatua eta zehaztasun-medikuntza bezalako paradigmak ere.
- Osasuneko desberdintasunen ebidentzia eta kausak
- Osasuneko esku-hartzeen eraginkortasuna, osasun-arreta barne.

1.7.3. Euskal Osasun Sistema berritzeko plana diseinatu.

1.7.4. Ikerketa eta berrikuntza babesteko eta sustatzeko mekanismoak garatu eta finkatu (prestakuntza, berrikuntza eta sormenerako espazioak, ezagutza-sareak, eta abar).

1.7.2. Ikerketen emaitzak gaixoei azkar aplikatzea sustatu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Argitalpen indexatuak	722 (2011)	↑%40	Bioef

5.2.

2. LEHENTASUN-ARLOA: GAIKOTASUNAK DITUZTEN PERTSONAK

GAIKOTASUNAK DITUZTEN PERTSONEN GAINean ESKU HARTZEA, GAIKOTASUNEN EZINTASUNA ETA GAIKOTZE-TASA MURRIZTEKO

Bigarren eremu honetan, zaindu, errehabilitatu eta arintzeko helburu eta ekintzak sartzen dira, honako patologia hauek dituzten pertsoneri zuzenduak: minbizia; gaixotasun kardiobaskularrak; diabetes mellitusa; arnasketa gaixotasun kronikoak; buruko nahasmenduak; gaixotasun transmitigarriak, horien artean sexu bidez transmititzen direnak; gaixotasun arraroak; gaixotasun neurodegeneratiboak; eta gaixotasun osteoartikularrak eta erreumatologikoak. Arreta handia jartzen zaio gaixotze anitzaren, prozesu kronikoen eta mendetasun-egoeren ondorioz sortutako gaixotasun-kargari. Arlo honetan lantzen dira, era berean, medikazio anitza duten gaixoen alderdi zehatzak, segurtasun klinikoko neurriak, gaixotasun profesionalak dituzten langileak eta egoera terminalean edota zaintza aringarrietan dauden gaixoen arreta.

Arreta integratua osasun-zaintzen antolamendurako printzipio bat da eta osasunean emaitzak hobetzea du helburu, horretarako laguntza-prozesuak integratuz eta

gaixoa arretaren ardatz bihurtuz. Arlo honetako helburu eta ekintzek honako elementu hauek nabarmentzen dituzte: a/ laguntzaren ibilbidea, ikuspegi integratzailea duen laguntza-prozesuaren zehaztapen gisa; b/ laguntza-mailen koordinazioa, pertsoneri zerbitzu ona emateko, eta c/ errehabilitazio-prozesu pertsonalizatuak gaixoen ohiko inguruan, ahal den heinean.

EAEI 2013ren arabera, biztanleriaren ia bosten batek (gizonen %21,7 eta emakumeen %12,9) ez zuen kontsulta medikorik egin azken urtean. Gutxi gorabehera biztanleriaren heren batek gutxi bisitatu zuen medikuaren kontsulta urtean behin edo bi aldiz, beste heren batek baino apur bat gehiagok kontsultatu zuen urtean hiru-bederatzi aldiz eta 10etik bat joan zen kontsultara hamar aldiz edo gehiago. Pertsona-talde hau, "oso ohikoak" izenekoa, 224.000 pertsona inguruk osatzen dute (1. taula).

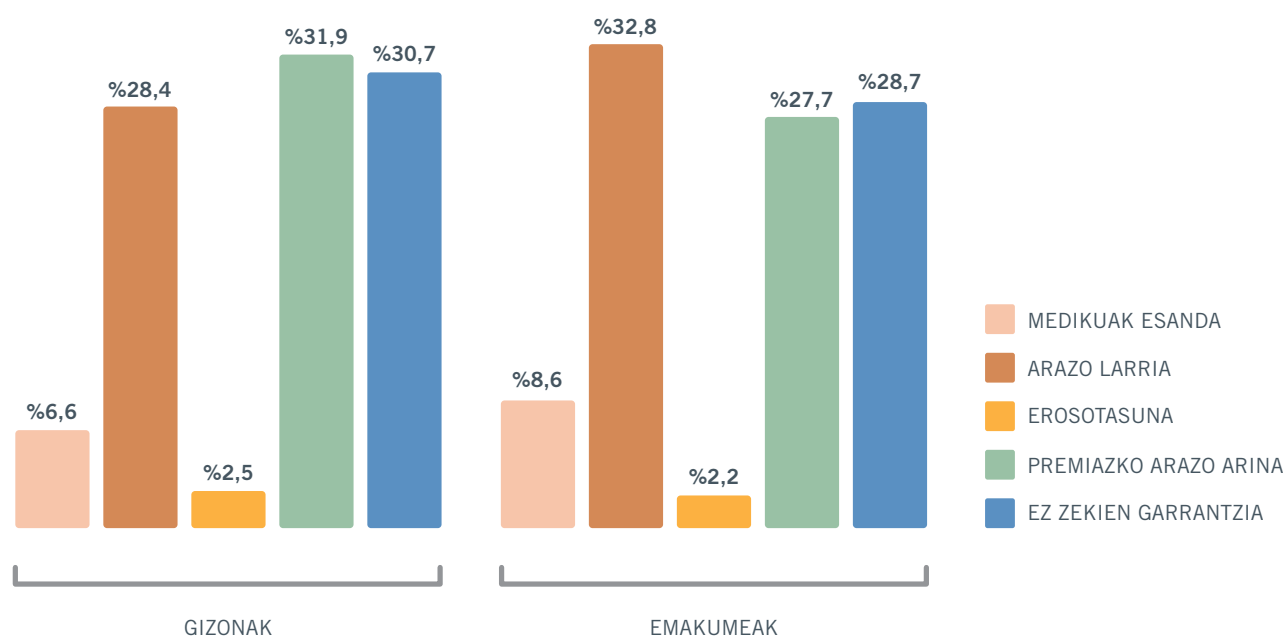
1. taula.
Biztanleria (%), urtean medikuari egindako kontsulta-kopuruaren arabera.
EAE. 2013

KONTSULTA-KOP.	GIZONAK	EMAKUMEAK	BI SEXUAK. KONTSULTA-KOP.
Bat ere ez	21,7	12,9	17,2
Bat edo bi	34,5	32,8	33,6
Hirutik bederatzira	35,6	42,9	39,3
Hamar edo gehiago	8,2	11,4	9,9
Guztira	100	100	100

Iturria: EAEI 2013

Larrialdi-zerbitzuetara jo zuten pertsonen %30 inguruk uste du osasun-arazo arina izan zuela, baina berehalako arreta behar zuela; %30ek uste zuen osasun-arazo larria zuela; %30ek ez zuen ezagutzen bere arazoaren garrantzia; %2k uste zuen bere arazoa arina izan arren erosoagoa zela larrialdietara joatea; eta %8 joan zen larrialdietara medikuak esanda (9. grafikoa).

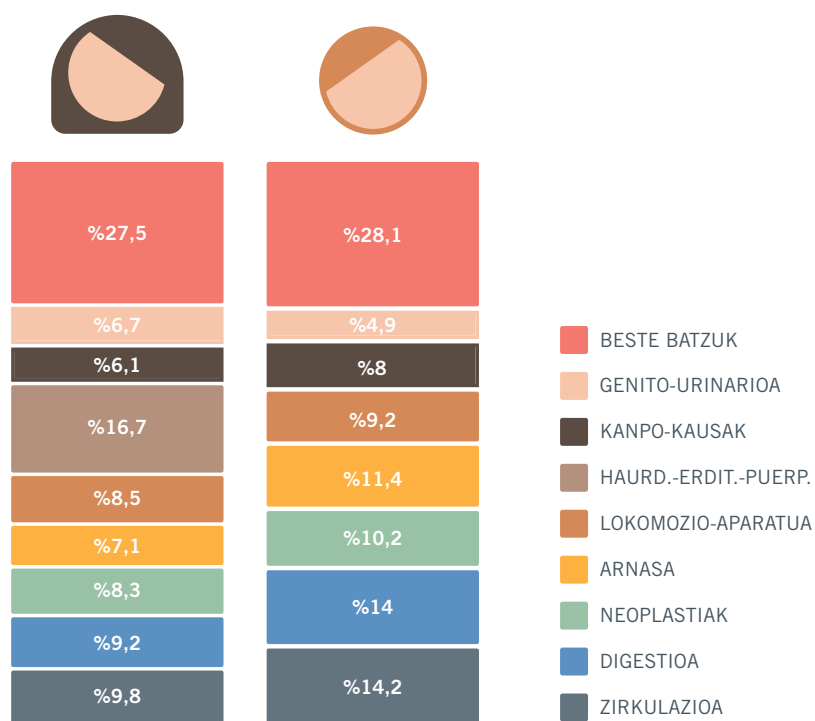
-
9. grafikoa.
Larrialdi-zerbitzuak kontsultatzeko
arrazoien banaketa,
hautemandako larritasunaren
arabera.
EAE. 2013



Iturria: EAEOI 2013

Oinarrizko eta Gutxieneko Datu Multzoko (OGDM) ospitale-alten erregistroko datuen arabera, EAEko ospitale publiko eta pribatuetan erregistratutako alta-kopurua 2011n 2010ean baino %1,6 baxuagoa izan zen. 10. grafikoan ikus daitekeenez, diagnostiko-talde handien arabera gaixotze-tasa deskribatzen denean, zirkulazio-aparatuaren, digestio-aparatuaren eta arnasketa-aparatuaren gaixotasunak dira gizonen altarako arrazoirik ohikoenak; haurdunaldi, erditze eta puerperioarekin lotutako sarrerak dira ohikoenak emakumeengan, eta ondoren doaz zirkulazio-aparatuko eta digestio-aparatuko gaixotasunak.

10. grafikoa.
Ospitale-altak (%), diagnostiko-talde handien eta sexuaren arabera. Gaixotasun larrien ospitale publiko eta pribatuak. EAE. 2011

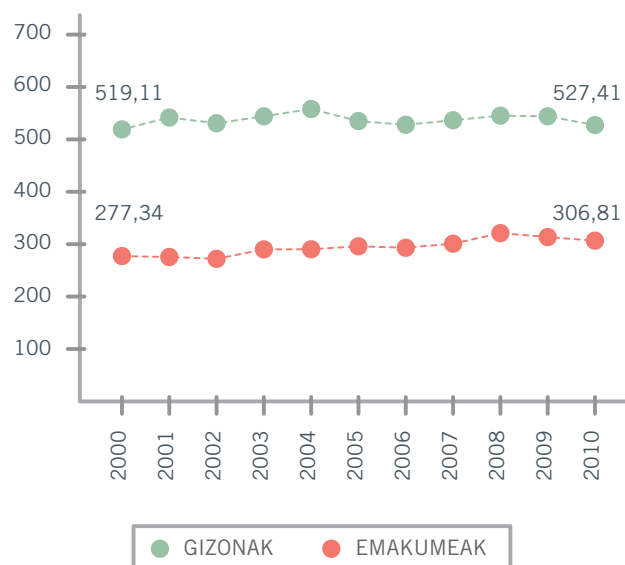


Iturria: Ospitale-alten Erregistroa. EAE. 2011

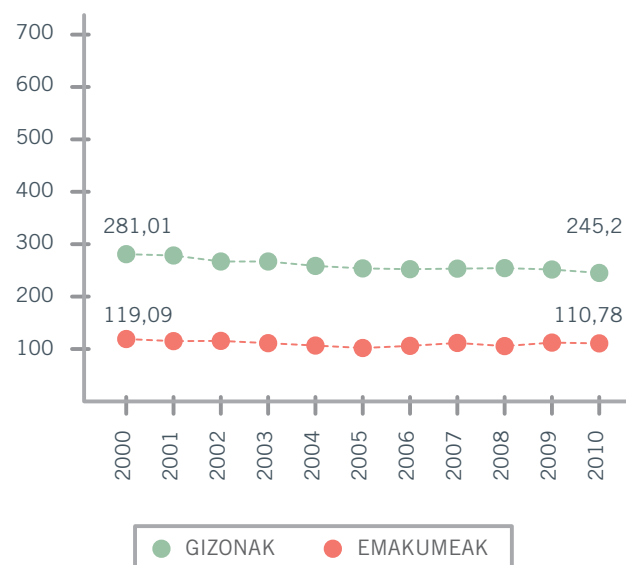
MINBIZIA

2010ean minbizia izan zen gizonen lehen heriotza-kausaren eta emakumeen bigarrena. Eraginak 100.000 gizonetik 711,59koak eta 100.000 emakumetik 456,60koak izan ziren; minbiziaren ondoriozko heriotza-tasa 100.000 gizonetik 354,52koa eta 100.000 emakumetik 204,09koa izan zen. Europako biztanleriaren adinera estandarizatutako inzidentziak goranzko joera txiki bat dauka 2000 eta 2010 artean; gizonen kasuan urtean %0,2 eta emakumeen kasuan urtean %1,1 (11. grafikoa). Minbiziaren ondoriozko heriotza-tasa urtean %1,5 murriztu zen gizonengan eta %0,7 emakumeengan (12. grafikoa).

11. grafikoa.
Tumore txarren eragin-tasa estandarizatua. EAE. 2000-2010



12. grafikoa.
Tumore txarren heriotza-tasa estandarizatua. EAE. 2000-2010



Europako erreferentziarako biztanleria
Iturria: EAEko minbiziaren erregistroa eta heriotza-tasaren erregistroa

Emakumeengan bularra izan zen minbiziaren kokapenik ohikoena, 100.000 emakumetik 126,57ko eragin-tasarekin eta 100.000 emakumetik 27,95eko heriotza-tasarekin 2010. urtean. Europako biztanleriaren adinera estandarizatutako eragin-tasa urtean %1,5 igo zen eta heriotza-tasa urtean %2,5 murriztu zen 2000 eta 2010 urteen artean. Emakumeengan bigarren kokapenik ohikoena kolona eta ondestea izan ziren, 100.000tik 65,72ko eragin-tasarekin eta 100.000tik 25,60ko heriotza-tasarekin; tasa estandarizatuen goranzko joera islatzen dute eraginean (urtean %1,7) eta beheranzkoa heriotza-tasan (urtean %1,4). Trakea, bronkio eta biriketako minbizia dago laugarren postuan eraginari dagokionez eta hirugarren postuan heriotza-tasari dagokionez EAEko emakumeen artean; eragin estandarizatua urtean %7,9 igo da eta heriotza-tasa urtean %7,7 2000 eta 2010 artean.

Gizonen artean trakea, birika eta bronkioetako minbizia da heriotza-tasarik altuena duen minbizia; minbizia horren eragina 2010ean 100.000tik 97,38koa zen eta heriotza-tasa 100.000tik 82,28koa. Emakumeen kasuan ez bezala, eragin estandarizatua urtean %1,0 jaitsi zen eta heriotza %0,8 2000 eta 2010 artean. Gizonen artean bigarren kokapenik ohikoena kolona eta ondestekoa izan zen, 100.000tik 123,99ko eragin-tasarekin eta 100.000tik 51,90eko heriotza-tasarekin 2010ean. Eragin estandarizatua urtean %3,3 eta heriotza-tasa urtean %1,1 igo ziren 2000 eta 2010 artean. Prostata-minbizia izan zen ohikoena (100.000tik 149,85) eta hirugarren heriotza-arrazoia (100.000tik 31,99) 2010ean. Eragin estandarizatua urtean %1,7 igo zen eta heriotza-tasa, aldiz, urtean %2,0 murriztu zen 2000 eta 2010 artean.

GAIXOTASUN KARDIOBASKULARRAK

Gaixotasun kardiobaskularrak dira heriotza eta ospitaleraterako kausa nagusia, tumoreekin batera. Zirkulazio-aparatuaren gaixotasunen ondoriozko heriotza-tasa %3,7 murriztu zen gizonengan eta %4,1 emakumeengan 2000tik 2010era. Kardiopatia iskemikoa izan zen gizonen lehen heriotza-kausa (tasa: 87,17/100.000) eta garuneko hodiedako gaixotasuna emakumeengan (tasa: 70,77/100.000) 2010. urtean.

2011ko gaixo kronikoen estratifikazio-erregistroko datuen arabera, hipertentsio arterialaren prebalentzia %18,7koa izan zen gizonengan eta %19,4koa emakumeengan; kardiopatia iskemikoaren prebalentzia %1,9koa izan zen gizonengan eta %1,2koa emakumeengan; eta garuneko hodiedako gaixotasunaren maiztasuna %2,0koa izan zen gizonengan eta %1,9koa emakumeengan.

DIABETES MELLITUSA

2000. urtean egindako azterketen arabera, 2 motako diabetesaren prebalentzia EAEko 24 urtetik gorako biztanleengan %4,6koa zen eta eragina 1.000 biztanletik 5ekoa³³. 2011ko kronikoen estratifikazio-erregistroko daturik berrienen arabera²⁸, EAEko gizonen %6,4k eta emakumeen %5,3k dute diabetes ezaguna. EAEoi 2013ren arabera, prebalentzia igo egin da 64 urtetik gorako arteen, batez ere 65-74 urteko gizonen kasuan (2. taula).

2. taula. Diabetesaren prebalentzia adinaren eta sexuaren arabera. EAE. 2002-2013

	GIZONAK			EMAKUMEAK		
	2002	2007	2013	2002	2007	2013
0-14	-	-	-	-	0,4	0,4
15-24	0,5	0,1	-	0,1	0,2	0,4
25-44	0,8	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5
45-64	3,7	5,9	7,2	3,1	3,5	4,3
65-74	11,5	11,3	18,9	8,1	9,8	12,3
>=75	12,2	14,1	19,6	9,7	9,9	15,2

Iturria: EAEko osasunaren inkesta, 2013koa.

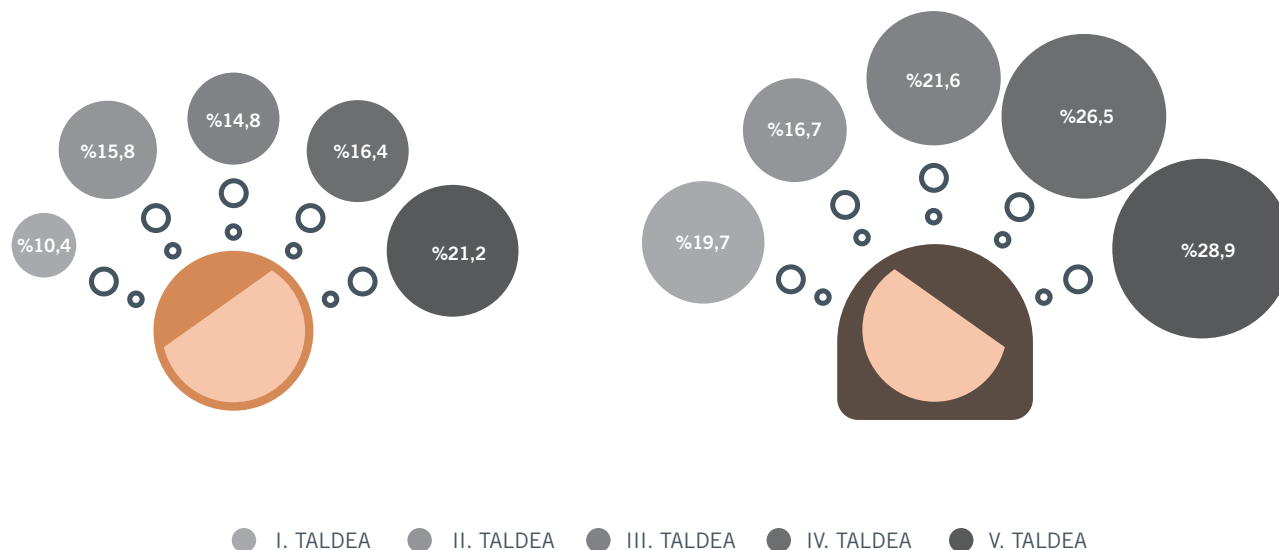
BIRIKETAKO GAIXOTASUN BUXATZAILE KRONIKOA

Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoaren (BGBK) prebalentzia EAEn, 2011n, %3,0koa zen gizonen kasuan eta %1,5ekoa emakumeen kasuan; asmaren prebalentzia %2,7koa zen gizonen kasuan eta %2,9koa emakumeen kasuan. BGBKren ondorioz ospitalea bisitatu izanaren maiztasun-tasa 2011n 1.000 gizonetik 11,1ekoa eta 1.000 emakumetik 2,46koa zen; berriro sartutako maiztasuna %24koa zen. BGBKren ondoriozko heriotza-tasa 100.000tik 50,11koa izan zen gizonen kasuan eta 100.000tik 25,51koa emakumeen kasuan.

OSASUN MENTALA

Emakumeen %24,3k eta gizonen %15,5ek izan zituzten antsietate edo/eta depresioaren sintomak 2013an. Prebalentzia hori altuagoa izan zen adinez nagusiagoak zirenen artean, batez ere 45 urtetik gora. Antsietatearen eta depresioaren prebalentziak gora egiten zuen eskala sozialak behera egin ahala, eta, hori horrela, eskalaren goiko taldeko emakumeen %19,7k eta gizonen %10,4k zituzten antsietate edo depresioaren sintomak eta eskalaren beheko taldeko emakumeen %28,9k eta gizonen %21,2k (13. grafikoa).

13. grafikoa.
Antsietate eta depresioaren sintomen prebalentzia, klase sozialaren eta sexuaren arabera (adinari jarraiki estandarizatua). EAE. 2013.



Iturria: EAEko osasunaren inkesta, 2013koa.

PATOLOGIA ANITZAK

EAEko gaixo kronikoen estratifikazio-erregistroko 2011ko datuen arabera²⁸, gizonen %21,2k eta emakumeen %25,9k dituzte bi patologia kroniko edo gehiago.

HELBURUAK ETA EKINTZAK

2.1. HELBURUA

PERTSONENGAN OINARRITUTAKO ARRETA SOZIOSANITARIO INTEGRAL ETA INTEGRATUA

Gaixoari, batez ere kronikotasuna eta patologia anitza dituen gaixoari, begiratuko dion eta ikuspegi integrala eta integratua izango duen osasun-laguntza sustatzea eta ebidentzia zientifikoan oinarritutako arreta jarraitua, pertsonalizatua eta eraginkorra ziurtatzea.

EKINTZAK

2.1.1. Gaixotasun nagusien kasuan laguntzaren jarraitutasuna sustatu, laguntzarako bide klinikoak bitartez^g.

2.1.2. Jardunbide klinikoko gidak egin eta erabiltzea sustatu.

2.1.3. Eskumen profesionalak hobetu, langileak trebatuz eta rol berriak garatuz, gradu aurreko eta osteko prestakuntza-prozesuak barne.

2.1.4. Arretarako tresna berriak sustatu; esaterako, inguru birtualak eta aurrez aurrekoak ez diren kontsultak.

2.1.5. Gaixoa bere ohiko inguruan zaintzea sustatu, betiere bere nahia eta lehentasuna errespetatuz.

2.1.6. Gaixoa zaintzeak zaintzaile informalek osasunean duen eragina gutxitzeko estrategia eta mekanismoak garatu (prestakuntza, kontsultarako sarbidea...).

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Laguntza Erakunde Integratuetan laguntza-bide klinikoak hedatu	--	%100	Osakidetza - Integrazio Asistentzial eta Kronikotasun Zerbitzua
Zaintzaileentzako prestakuntza-plana lehentasunezko patologietan	--	2016	Osasun Saila. Enplegu eta Gizarte Politika Saila. Osakidetza

g. Laguntza-ibilbide ere deitzen zaie

2.2. HELBURUA

MEDIKAMENDUEN ERABILERA EGOKIA

Medikamenduen erabilera egokia sustatzea, Lehen Mailako Arretaren, Arreta Espezializatuaren, Osasun Mentalarren eta Farmazien artean jardura koordinatua/integratua eginez, batez ere medikamendu anitzak hartzen dituzten gaixoentzat eta jarraipen berezia behar duten medikamenduak dituztenentzat.

EKINTZAK

2.2.1. Ospitale, lehen maila eta farmaziaren artean preskripzio-prozesu partekatua garatu, tratamenduarekiko atxikipena bultzatuz eta medikamenduak segurtasunarekin erabiltzea sustatuz, jardunbide klinikoko gidetan oinarrituta.

2.2.2. Medikazio anitzak dituzten gaixoen kasuan elkarrekin jarraipena eta depreskripzioa sustatu.

2.2.3. Osasun-langileen prestakuntza jarraitua sustatu, osasun-produktuen eta zerbitzuen industrien finantziaririk gabe.

2.2.4. Mikrobioen aurkako zaintzarako eta antibiotikoen erresistentziarako programak garatu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Preskripzio-prozesu partekatua ezarrita	--	2015	Osasun Saila Osakidetza
Mikrobioen aurkako zaintzarako eta erresistentziarako programa	--	2015	Osasun Saila Osakidetza

2.3. HELBURUA

SEGURTASUN KLINIKOA

Segurtasun klinikoaren ahalik eta mailarik altuena sustatzea osasun-laguntza ematean.

EKINTZAK

2.3.1. Gertaeren berri emateko eta informazioa helarazteko sistemak ezarri.

2.3.2. Laguntzaren eremuan segurtasun klinikoaren maila hobetzeko programak sustatu, betiere bermatuz gaixotasun bakoitzaren identifikazio unibokoa, medikamendu, hemoderibatu eta osasun-produktuen erabilera segurua, segurtasun kirurgikoa eta segurtasun erradiologikoa, eta gutxituz osasun-arretarekin, erorketen ondoriozko lesioekin eta presioaren ondoriozko ultzerekin lotutako infekzio-arriskua.

2.3.3. Segurtasunaren kultura sustatu, profesionalak sensitibilizatzeko eta prestatzeko estrategien bidez, betiere profesionalen eta gaixoen arteko informaziorako eta partaidea-etzarako mekanismoak erabilia.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Gertaeren berri emateko sistemaren erabilera eraginkorren maila	%5 (2012)	ESI/Eskualdeen %100eko zerbitzu/unitateen %20	Osakidetza - Segurtasun klinikoa
Gaixoen identifikazio unibokorako sistema/protokoloa ezarri	%75 (2013)	%100	Osakidetza - Segurtasun klinikoa

2.4. HELBURUA

EGOERA TERMINALA ETA ZAINZA ARINGARRIAK

Egoera terminalean eta/edo zaintza aringarrietan dauden pertsonen eta beren senideei kalitatezko arreta integral eta pertsonalizatua ematea.

EKINTZAK

2.4.1. Erakunde Sanitario Integratu bakoitzean zaintza aringarrien plana garatu eta eskaini. Plan hau zaintza aringarrien eredu soziosanitario integral, etiko eta diziplina anitzekoaren adostasunaren emaitza izan beharko da eta dauden baliabideen mapan oinarrituko da.

2.4.2. EAEn aurretiako borondateen aitortzea sustatu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Erakunde Sanitario Integraletan/Eskualdeetan aplikatutako zaintza aringarrien planak	--	%100	Osakidetza
Aurretiako borondateen aitortzea duten biztanleak	Gizonak: %1,2 Emakumeak: %1,1 (2012)	>%15	Osasun Saila Osakidetza

2.5. HELBURUA

MINBIZIA

Minbizidun pertsoneri arretea emateko eredu bat sustatzea, arretea integral, integratu, pertsonalizatu eta koordinatuari begiratuko dioten diziplina anitzeko taldeen bidez.

EKINTZAK

2.5.1. Arretea onkologikoa duten Erakunde Sanitario Integratuetan Tumoreen Batzordeak sustatu, kasuen balorazioa, tratamendua eta jarraipena egiteko, bereziki Lehen Mailako Arretea kontuan hartuz.

2.5.2. Laguntza-prozesuan arretea psikologikoa sustatu.

2.5.3. Bularreko minbizia goiz detektatzeko programaren (BMGDP) estaldurari eutsi.

2.5.4. Kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa-programaren estaldura osatu, eta partaidetza eta detekzio-tasa hobetu.

2.5.5. Tumore-prozesuetarako medikuntza pertsonalizatua sustatu, ezarritako ebidentzia zientifikoaren bidez.

2.5.6. Minbizia prebenitzearekin lotutako ekintzak 5. Arloan jaso dira.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Tumore Batzordeen bidezko berrikuspenera duten gaixo onkologikoak	--	>%75	Osakidetza
Minbiziaren eragina (tasa/100.000) 65 urtetik beherakoengan	Gizonak: 246,52 Emakumeak: 203,02 (2010)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%10	Minbiziaren erregistroa
Minbiziaren eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000) 65 urtetik beherakoengan	Gizonak: 99,25 Emakumeak: 55,37 (2011)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%10	Heriotza-tasaren erregistroa
Biriketako minbiziaren eragina 65 urtetik beherakoengan (tasa/100.000)	Gizonak: 30,24 Emakumeak: 12,98 (2010)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: goranzko joera etetea	Minbiziaren erregistroa
Biriketako minbiziaren heriotza-tasa 65 urtetik beherakoengan (tasa/100.000)	Gizonak: 29,91 Emakumeak: 11,46 (2011)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: goranzko joera etetea	Heriotza-tasaren erregistroa
Kolon, ondeste eta uzki minbiziaren eragina (tasa/100.000)	Gizonak: 89,12 Emakumeak: 39,06 (2010)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%10	Minbiziaren erregistroa
Kolon, ondeste eta uzki minbiziaren eragina (tasa/100.000)	Gizonak: 30,9 Emakumeak: 13,6 (2011)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%5	Heriotza-tasaren erregistroa
Kolon eta ondesteko minbizia goiz detektatzeko programaren parte hartzea	Gizonak 1. bueltan: %62 Emakumeak 1. bueltan: %68 (2012)	Emakumeak 1. bueltan: ↑%10 Gizonak 1. bueltan: ↑%10	Kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa-programa
Bularreko minbiziaren eragina (tasa/100.000)	Emakumeak: 95,34 (2010)	↓%5	Minbiziaren erregistroa
Bularreko minbiziaren heriotza-tasa (tasa/100.000)	Emakumeak: 18,1 (2011)	↓%10	Heriotza-tasaren erregistroa

100.000ko tasa estandarizatuak. Europako erreferentziako biztanleria

2.6. HELBURUA

GAIXOTASUN KARDIOBASKULARRAK

Gaixotasun kardiako eta zerebro baskularraren ondoriozko gaixotze eta heriotza-tasa murriztea, biziraupena igotzea eta pertsonen ahalik eta bizi-kalitate eta autonomia gehien lortzea, gizarte eta genero-desberdintasunak kontuan hartuta.

EKINTZAK

2.6.1. Hipertentsio arteriala kontrolatu eta atzemateko moduak hobetu.

2.6.2. Sindrome koronario akutua duten gaixoen tratamendu errebaskularizatzailea sustatu, nazioarteko gomendioetan aurreikusitako denboretan.

2.6.3. Bihotzeko gutxiegitasun kronikoaren arreta hobetu, laguntzaren jarraitutasunaren eta laguntza-maila desberdinen artean koordinatutako ekintzen bidez.

2.6.4. Gaixotasun kardiobaskularrak dituzten biztanle guztientzako errehabilitazio kardiobaskularreko programak ezarri.

2.6.5. Iktus-kasuetarako, etxez etxeko errehabilitazio goiztiarrerako plana ezarri.

2.6.6. Gaixotasun kardiobaskularrak prebenitzairekin lotutako ekintzak 5. Arloan jaso dira.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Errebaskularizaziodun gizonen/emakumeen arrazoia sindrome koronario akutu kasuetan	0,67 (2012)	>0,8	Osakidetza
Errehabilitazio kardiakoko programan artatutako biztanleria	--	>%75	Osakidetza
Miokardia Infartu Akutuaren ondoriozko heriotza goiztiarra (25-74 urte) (Tasa / 100.000)	Gizonak: 47,74 Emakumeak: 7,05 (2011)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: tasa egonkortzea	Heriotza-tasaren erregistroa

2.7. HELBURUA

DIABETES ETA SINDROME METABOLIKOA

Sindrome plurimetabolikoarekin eta 2 motako diabetes mellitusarekin (DM2) lotutako gaixotze eta heriotza-tasa murriztea eta konplikazio mikro-makrobaskularrak gutxitzea, profesionalen gizarte eta genero-desberdintasunei buruzko sentsibilizazioa emanez.

EKINTZAK

2.7.1. Diabetesdun gaixoen prestakuntza indartu osasun-profesionalen eskutik, osasun eskolen bidez.

2.7.2. Oin diabetikoaren laguntzan kalitatezko arreta integratua garatu.

2.7.3. Erretinografia diabetikoaren eta arteriopatia periferikoaren baheketaren estaldura hobetu Lehen Mailako Arretan.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Hemoglobina glikosilatua <%7, 2 motako DMdun gaixoetan	Gizonak: %42,63 Emakumeak: %42,35 (2013ko apirila)	> %50	Osakidetza
Desberdintasun sozialak, 2 motako Diabetes mellitusen prebalentzian	Gizonak: DIE 1,15 Emakumeak: DIE 2,26 (2013)	Gizonak: ↓%5 Emakumeak: ↓%5	EAEIOI
Diabetesarekin lotutako giltzurrun-gutxiegitasun larria milioi pertsonako (MP)	Gizonak: 19 MP Emakumeak: 6 MP (2012)	↓%10	UNIPAR
2 motako DMen bigarren mailako anputazioen tasa	Gizonak: 8,59 Emakumeak: 2,75 (2011)	Gizonak: ↓%15 Emakumeak: ↓%15	OGDM
2 motako DMren ondoriozko heriotza goiztiarra (25-74 urte) (tasa/100.000)	Gizonak: 7,6 Emakumeak: 2,5 (2011)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%10	Heriotza-tasaren erregistroa

2.8. HELBURUA

OBESITATEA

Osasun-arreta obesitateaz ardura dadin esku-hartzeak diseinatu eta aplikatzea.

EKINTZAK

2.8.1. Gorputz-masaren indizearen (GMI) eta gerri perimetroaren baheketa Lehen Mailako Arretako eta Arreta Espezializatuko kontsultetan.

2.8.2. Obesitateari buruzko prestakuntza, kontseilu laburrean, Lehen Mailako Arretako profesionaleri.

2.8.3. Pertsona obesoen diagnostiko, tratamendu eta jarraipenerako esku-hartzeak garatu, estigmatu ez daitezen.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Gehiegizko pisudun pertsonak	Gizonak: %43,0 Emakumeak: %28,2 (2013)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%10	EAEOI
Obesitatedun pertsonak	Gizonak: %13,9 Emakumeak: %12,6 (2013)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%10	EAEOI
Desberdintasun sozialak obesitatearen prebalentzian	Gizonak: DIE 1,64 Emakumeak: DIE 2,82 (2013)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%15	EAEOI

2.9. HELBURUA

BIRIKETAKO GAIKOTASUN BUXATZAILE KRONIKOA

Biriketako gaitasun buxatzaile kronikoan (BGBK) diagnostiko goiztiarra, tratamendua eta bizi-kalitatea hobetzea.

EKINTZAK

2.9.1. BGBKdun gaixoen Lehen Mailako Arretan espirometria sistematikoki egitea sustatu.

2.9.2. BGBKdun gaixoengan arnasketa-errehabilitazioa ezarri.

2.9.3. Tabakismoaren prebentzioa eta tratamendua indartu, tabakoaren ohitura kentzeko.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
30 egunera berriro ospitaleratutako GBKdun gaixoak	Gizonak: %20 Emakumeak: %17	↓ %15	Osakidetza
BGBKdun gaixoentzako errehabilitazio-programadun biztanleria	--	>%75	Osakidetza

2.10. HELBURUA

GAIXOTASUN MENTALA

Gaixotasun mentala duten gaixoen arreta egokia bermatzea, Euskadiko Buru Osasuneko Estrategian ezarritako ildoek jarraiki, eta haren estigmatizazioaren aurka borrokatzea.

EKINTZAK

2.10.1. Nork bere buruaz beste egitea prebenitzeko neurriak protokoloan ezarri, bai gaixotasun mentala duten eta/edo arrisku-faktoreak dituzten pertsonengan aplikatzeko, bai erkidego-mailan aplikatzeko, betiere genero-ikuspegia kontuan hartuta.

2.10.2. Tratamendu-plan individualizatuen (TPI) garapena eta hobekuntza jarraitu³⁴.

2.10.3. Nahasmendu mental larri eta luzeetan, erkidegoaren eremura begira jarri laguntza-prozesua.

2.10.4. Osasun Mentalaren eta Lehen Mailako Arretaren arteko koordinazioa hobetu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Gaixotasun mentalen ondoriozko heriotza-tasa (100.000ko)	Gizonak: 21,1 Emakumeak: 18,8 (2011)	↓ %10	Heriotza-tasaren erregistroa
Nork bere buruaz beste egiteko ideien prebalentziako desberdintasun sozialak, sexuka	Gizonak I. taldea: 3,9 V. taldea: 6,0 Diferentzia: %2,1 Emakumeak I. taldea: 2,7 V. taldea: 7,3 Diferentzia: %4,6 (2013)	Gizonak: ↓ %5 Emakumeak: ↓ %10	EAEOI
Nork bere buruaz beste egiteagatiko heriotza-tasa (100.000ko)	Gizonak: 9,5 Emakumeak: 3,4 (2011)	Gizonak: ↓ %10 Emakumeak: ↓ %5	Heriotza-tasaren erregistroa
Antsiolitiko eta antidepresiboan kontsumoa DBE ^h	Antsiolitikoak: 54 Antidepresiboak: 61 (2012)	Goranzko joera etetea	Osasun Saila - Farmazia Zuz.

h. DBEren definizioa: Osasunaren Mundu Erakundeak Medikamenduen Erabilerrari buruz egindako Ikerketetako gomendioei jarraiki, medikamenduen kontsumoak eguneko dosi zehatzetan (EDZ), 1.000 biztanleko eta eguneko (DEB). EDZ neurri-unitate teknikoa da eta heldue-tan administrazio jakin baterako argibide nagusian mantendu beharreko dosia azaltzen da. Printzipio aktiboen EDZak OMEk ezartzen ditu.

2.11. HELBURUA

SEXU-TRANSMISIOZKO INFEKZIOAK

Sexu-transmisiozko infekzioak eta GIBaren diagnostiko berantiarra murriztea, batez ere prebentzioan eraginez.

EKINTZAK

2.11.1. Biztanleentzat, eta batez ere gazteentzat eta gizonekin sexua duten gizonentzat, prebentzio-programak garatu eta emakumeen ahalduntzea sustatu, beren autonomiarako, sexualitateari buruzko erabakiak hartzean autozaintzarako praktikak garatu ditzaten eta arrisku-praktikak murriztu daitezen.

2.11.2. GIBaren testa egitea sustatu arrisku-jokabideak dituzten pertsonengan.

2.11.3. Sexu-transmisiozko infekzioen zaintza, diagnostiko goiztiarra eta tratamendua hobetu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
GIB bidezko infekzio berrien kop.	Gizonak: 132 Emakumeak: 29 (2012)	↓%10	Hies plana eta STI
GIB infekzioen diagnostiko berantiarren tasa	Gizonak: %43 Emakumeak: %59 (2012)	↓%30	Hies plana eta STI
Aitortutako sifilis kasuak	Gizonak: 147 Emakumeak: 41 (2012ko kasuak)	↓ %30	Osasun Saila - EAEIMS
Aitortutako gonokozia kasuak	Gizonak: 159 Emakumeak: 32 (2012ko kasuak)	↓ %30	Osasun Saila - EAEIMS

2.12. HELBURUA

BESTE GAIXOTASUN ESANGURATSU BATZUK

Beren bizi-kalitatean eta osasun publikoan eragin esanguratsua duten patologiadun pertsonen arreta hobetzea: infekzioak, giltzurrunetako infekzio kronikoa, gaixotasun arraroak edo ezohikorik, gaixotasun neurodegeneratiboak, gaixotasun osteo-artikularrak eta erreumatologikoak.

EKINTZAK

2.12.1. Osasun Publikoan eragina duten infekzioen zainketa, diagnostiko goiztiarra eta tratamendua garatu. Mikrobioen aurkako politikako programak garatu.

2.12.2. Ekintza koordinatuak sustatu giltzurrunen gutxiegitasun kronikoaren diagnostiko eta tratamendu goiztiarreko laguntza-mailen artean.

2.12.3. Organoen aitorten positiboa sustatu aurretiazko borondateen agirietan.

2.12.4. Irizpide komunak ezarri, eta, bai medikamentu umezurtzakⁱ eta ez-umezurtzak, bai gaixotasun arraroen zainketa eta tratamendurako prestazio farmazeutikoan ohikoak diren bestelako produktuak, haien arabera erabili.

2.12.5. Dementzia duten pertsonen arreta psikogeria-

trikoko eredu soziosanitarioa zehaztu eta ezarri.

2.12.6. Min kronikoaren gaineko jardunbide klinikoko gidak diseinatu eta ezarri, laguntza-mailen arteko koordinazioa eta integrazioa sustatzeko.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Giltzurrunetako dialisidun gaixoak milioi pertsonako (MP)	110/MP (2012)	↓ %5	Osakidetza-UNIPAR
Gaixotasun arraroen erregistroa		2014	Osasun Saila-Erregistroen Zerbitzua

i. Medikamentu umezurtzak dira hamar mila pertsonatik bosti baino gutxiagori eragiten dien diagnostiko bat ezarri edo gaixotasun bat prebenitu edo tratatzeko erabiltzen diren medikamentuak. Gaixotasun larriak edo ezintasunak sortzen dituztenak eta merkaturatzeko aukera gutxi dituztenak (ez komertziala) tratatzeko erabiltzen dira.

5.3.

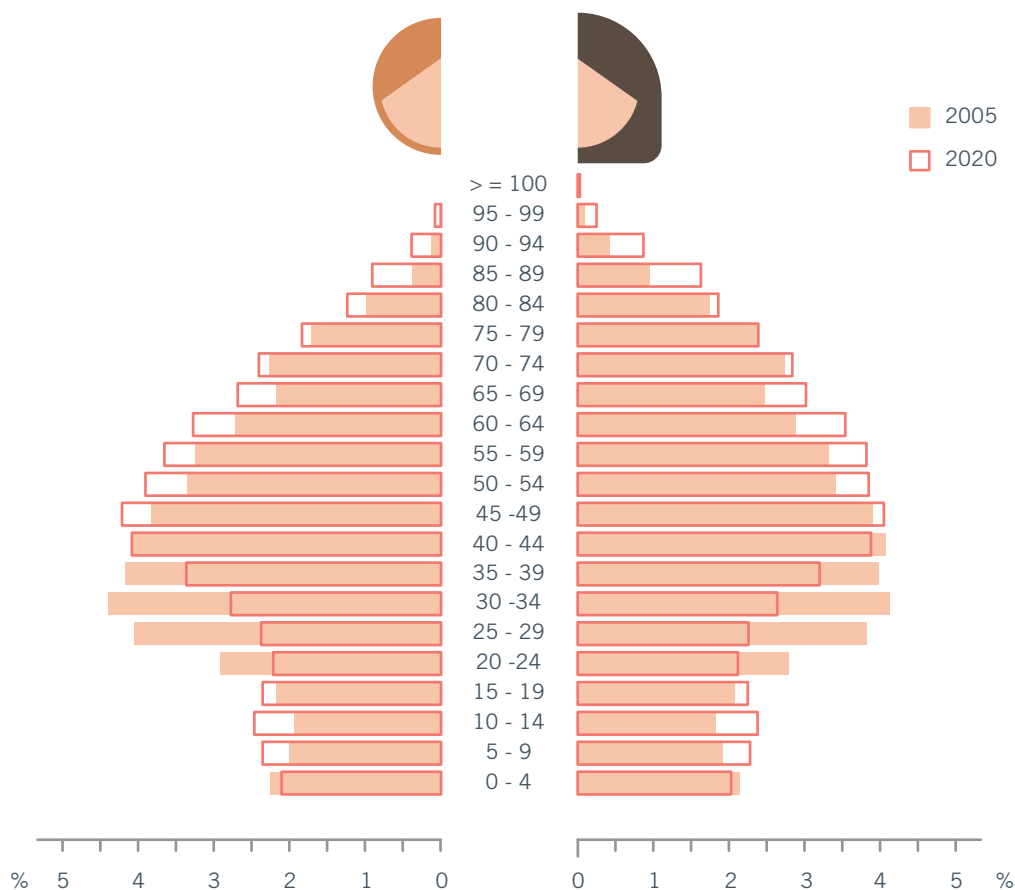
3. LEHENTASUN-ARLOA: ZAHARTZE OSASUNTSUA

ZAHARTZE OSASUNTSUA SUSTATZEA

EAEEn bizi-itxaropena munduko altuenen artean kokatzen da, eta, 2020rako, 64 urtetik gorako biztanleak %26,5 igoko direla aurreikusten da; 84tik gorako biztanleen igoera %104koa izango da³⁵. Arlo honetan lantzen dira zahartze aktiborako helburu eta ekintzak, espazio soziosanitarioaren koordinazioa, adinekoentzako osasunlaguntza egokia, asmo pertsonalen errespetuaren eta au-

tonomiaren sustapena, bizi-kalitatearen eta ongizatearen zerbitzurako teknologia berriak, eta boluntario-lanaren, harreman pertsonalen eta belaunaldi artekoen sustapena. Eustatek 2020rako egindako Proiekzio Demografikoen arabera, Euskadin biztanleriaren zahartze-prozesuak martxan jarraitzen du (14. grafikoa).

14. grafikoa.
Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleria-piramideak, 2005-2020.

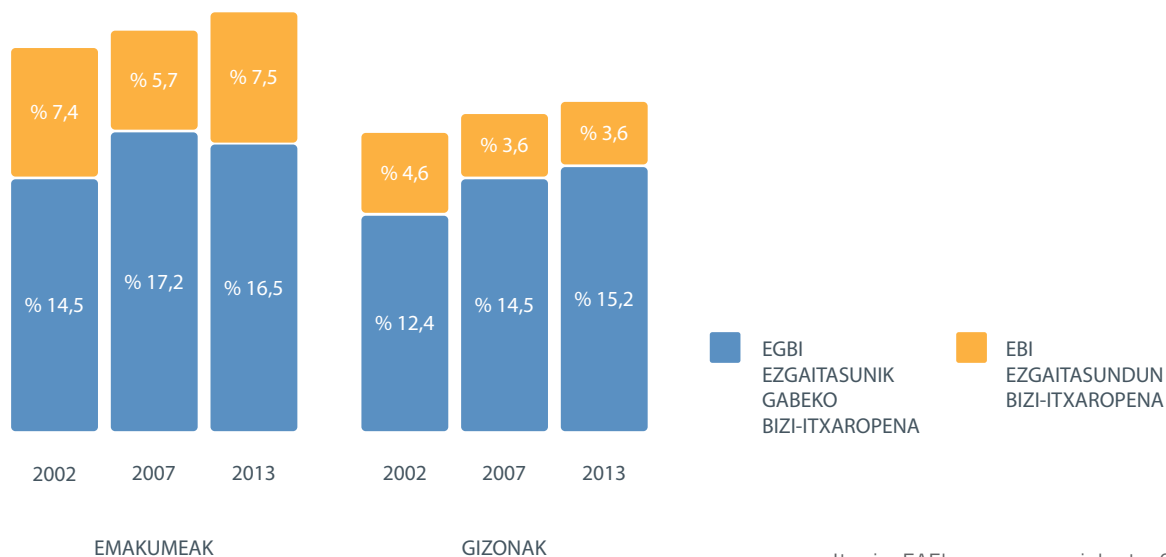


Iturria: Eustat

20 urtetik beherako biztanleria, 2005ean EAEko biztanleria osoaren %16,4 zena, 2020an %18,2ra pasako da; hau da, ia 61.000 gazte gehiago egongo dira. Baina 64 urtetik gorako biztanleek ere igoera nabarmena erregistratutako dute: 110.000 gehiago; hau da, biztanleria osoaren gainean duen pisua 2005ean %18,5 izatetik 2020an %22,5era pasako da. 84 urtetik gorako pertsonen proportzioan aurreikusten da igoerarik handiena, 2005ean biztanleria osoaren %2 izatetik 2020an %4,1era pasako baita, biztanleria oso nagusiaren segmentua oso azkar igoko delarik (urtean +%5,31), biztanleria nagusi osoari dagokionez (urtean+%1,66). Igoera absolutua 85 urtetik gorako 50.000 pertsona gehiagokoa izango da; hau da, 42.800 pertsona izatetik 93.000 izatera pasako da 18 urtetan.

EAEko biztanleriaren bizi-itxaropenaren igoerarekin batera, gizonengan ezgaitasunik gabe bizi-tako urteak igo egin dira; 65 urterekin EGBI murriztu egin da lehenengoz emakumeen kasuan (15. grafikoa).

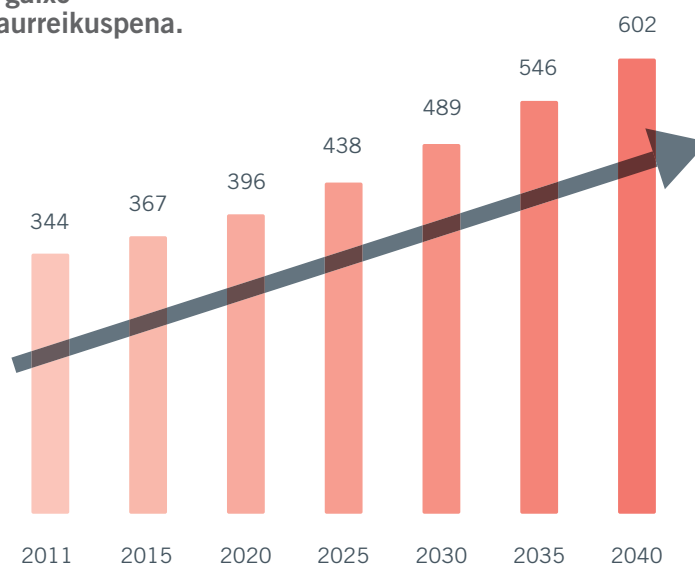
15. grafikoa.
Ezgaitasunik gabeko bizi-itxaropena (EGBI) eta ezgaitasundun bizi-itxaropena (EBI) 65 urterekin. EAE. 2002-2013



Iturria: EAEko osasunaren inkesta, 2013koa.

Euskadin geroz eta gaixo kroniko gehiago eta konplexuagoak daude. Gaur egun, euskal biztanleriaren %38k dauka gaixotasun kronikoren bat eta 2040rako 65 urtetik gorako gaixo kronikoen kopurua bikoiztu egingo dela aurreikusten da. (16. grafikoa).

-
16. grafikoa.
EAE n 65 urtetik gorako gaixo
kronikoen bilakaeraren aurreikuspena.



Iturria: EIN. 2004rako aurreikuspenak

“Ehun proposamen, zahartzen ari diren pertsonen ongizatean eta haiei eman beharreko tratu onean aurrera egiteko” izeneko agirian proposamen batzuk egiten dira zahartze-prozesuaren arreta-eredua aldatzeko eta, adinekoek ere erkidegoari euren ekarpena egiten diotela aprobetxatuz, zahartzea birbalarizatzen. Proposatutako neurriak hiru multzotan egituratuta daude: adinekoen autonomia eta integrazioa errazteko neurriak, haiek ere gizarteko parte aktibo eta dinamiko izan daitezen, gaitasun osoak dituztenean. Bigarren multzoa adinekoen laguntza behar duten uenean oinarritzen da. Azken multzoa adineko pertsonen gaineko estereotipoak eta diskriminazioa ezabatzeari buruzkoa da.

Testuinguru soziosanitario honetan, gure hurbiltasun-zerbitzuak pertsonen etxeetara hurbiltzea sustatzen da (jatekoa, garbitegia, fisioterapia, podologia, garraioa, liburutegi mugikorra, eta abar). Gainera, familia-zaintzaileentzako babesak indartzen dira, etxez etxeko laguntza profesionalaren bidez. Laguntza horrek aholkuak ematen eta zainketei buruzko zalantzak argitzen ditu. Etxebizi-tzaren irisgarritasuna ere lantzen da, pertsonen eguneroko bizitzako jardueretan oztupoak murrizteko. Etxebizitza, Herri Lan eta Garraio Sailaren datuen arabera, EAEko errolda-atalen %31k ahultasun-maila altua edo oso altua du, irisgarritasun, egonkortasun, bizigarritasun, gizarte eta eraginkortasun energetikoaren parametroei jarraiki³⁷.

Pertsonekin lanean, erreferentzia-profesionalen eskutik kasuak kudeatzeko metodologiaren arabera jarduten da: profesional berak laguntzen die familiei beren arreta-prozesu osoan eta esku-hartze guztiak koordinatzen ditu. Adineko pertsonen eta ezintasundun pertsonen erkidegoan parte hartzeko bideak eta babesak eskaintzen dira, eta isolatuta eta bakarrik dauden pertsonekin lan berezi eta personalizatua egiten da.

OMEren Adinekoekin Hiri Adiskidetsuak programa³⁸ nazioarteko proiektua da, eta hiriei laguntza ematen die mundu-mailan gertatzen ari diren bi joera demografikori aurre egiteko presta daitezkeen. Hauek dira bi joerak: biztanleriaren zahartze azkarra eta goranzko urbanizazioa. Adinekoen osasunean eta ongizatean eragina duten ingurumen, gizarte eta ekonomiako faktoreei zuzenduta dago programa hau.

Hiri bat adinekoekin adiskidetsua izango bada, aktiboki zahartzen lagunduko dien inguru integratzaile eta irisgarria eskaini behar die haiei. Horretarako, adinekoen partaidetza lortzea ezinbestekoa da. Beren ekarpenak oso garrantzitsuak dira hirien egokitzapena ebaluatu, lehentasunak ezarri, irtenbideak proposatu eta egindako aurrerapenen jarraipena egiteko.

OMEk sustatuta, hiru hiriburu euskaldunak sare honen parte dira. Eta zortzi eremutan aritzen dira: inguru eraikia, garraioa, etxebizitza, gizarte-partaidetza, errespetua eta gizarteratzea, hiritarren partaidetza eta enplegua, komunikazioa eta informazioa, erkidego-zerbitzuak eta osasun-zerbitzuak.

Euskadiko telelaguntzako zerbitzu publikoa Enplegu eta Gizarte Gaietako Saileko gizarte-zerbitzuen prestazioen katalogoan sartuta dago. Erabiltzaileei beren bizitzako ohiko inguruan egoteko aukera ematen die, arrotz sentitu ez daitezkeen. Bakarrik eta beren ezgaitasun intelektualaren, ezgaitasun fisikoaren, sentesorialaren eta mendetasun aitortuaren (edozein mailatan) ondorioz arriskuan bizi diren 65 urtetik gorako pertsonen zuzenduta dago, baita gaixotasun mentala diagnostikaturik duten eta mendetasun-egoera aitortuan edo gizartean baztertua egoteko arriskuan dauden pertsonen ere.

HELBURUAK ETA EKINTZAK

3.1. HELBURUA

ZAHARTZE AKTIBOA

Adinekoen zahartze aktiboa eta autonomia sustatuko da, osasuna, bere baldintzatzaileak, tokiko eremua eta sektore-arteko jokaera partaidea erkidego-mailan lantzea lehenetsiz.

EKINTZAK

3.1.1. Euskadin Adinekoekin Hiri Adiskidetsuak programaren garapena sustatu, Eudelekin eta Lurralde Antolamendu Sailarekin batera.

3.1.2. Herri-mailan ekimenak garatu, adinekoak ariketa fisikokoaren praktikan abia daitezen baliabide publiko eta pribatuak eraginkortasunez erabilitzeko.

3.1.3. Pertsonen arteko eta belaunaldien arteko harremanak sustatu: elkartegintza; bizi osoko ikaskuntza eta ahalduntzea; banakako afizio eta interesen sustapena; boluntario-lana eta erkidegoaren zerbitzurako aukerak.

3.1.4. Zaintzaileak, senideak eta gaixoak trebatzea sustatu, bizi-ohitura osasuntsuei, adinekoen gaixotasun eta istripu ohikoaren gaineko informazioari eta ezgaitasunaren aurreko jarduerari dagokienean.

3.1.5. Adinekoen artean boluntario-lana sustatu eta garatu, erakunde publikoetako famili politikoak kontuan hartuta.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
“Adinekoekin hiri adiskidetsuak” programa duten hirietan bizi diren biztanleak	%37 (2011)	>%75	EUDEL Osasun Saila Eustat
64 urtetik gorako pertsona sedentarioak	Gizonak: %28 Emakumeak: %44	Gizonak: ↓ %10 Emakumeak: ↓ %15	EAEIOI
60 urtetik gorako pertsona elkartuen portzentajea	Gizonak: %10 Emakumeak: %14	Gizonak: ↑ %15 Emakumeak: ↑ %15	Eustat. Bizi-baldintzen inkesta 2009

3.2. HELBURUA

LAGUNTZA SOZIOSANITARIOA

Adinekoen laguntza soziosanitaria adostu eta sustatzea, mendeko pertsona ahulentzako diziplina arteko kudeaketaren bidez.

EKINTZAK

3.2.1. Balorazio geriatriko integralerako diziplina anitzeko eta sektore anitzeko tresna garatu eta ezarri, 75 urtetik gorako pertsonentzako edo adin hori ez duten baina ahulak diren edo patologia ugari edo defizit kognitiboa duten pertsonen arazoak prebenitzeko, atzemateko eta bideratzeko.

3.2.2. Historia kliniko soziosanitaria garatu eta ezarri.

3.2.3. Osasuneko eta gizarteko sektoreen artean koordinatuzko mekanismo eta prozedurak ezarri eta aplikatu (hirugarren sektorea ere kontuan hartuta, bai egoitzetan, bai beste baliabide soziosanitario batzuetan), berdintasuneko eta eraginkortasuneko irizpideak dituzten jarraibide eta protokoloen bidez, betiere bazterketa-arriskua saihestuz.

3.2.4. Arreta soziosanitarioko ekipoak sustatu.

3.2.5. Zerbitzuen zorro soziosanitaria garatu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Balorazio soziosanitario integraldun gaixo menpeko eta ahulak	Gizonak: %3,48 Emakumeak: %2,74 (2012)	>%50	Arlo soziosanitaria
Eremu soziosanitario osoan historia klinikorako sarbidea	--	2015	Osakidetza
Arreta soziosanitario integratuko ekipoak dituzten osasun-zentroen %a	--	>%80	Osakidetza

3.3. HELBURUA

GAITASUN FUNTZIONALA ETA AUTONOMIA

Osasun Arreta egokitzea, zahartzearen ondoriozko osasun-arazoak modu eraginkorragoan jorratzeko, errekupeazioa lehenetsiz eta gaitasun funtzionalaren galera murriztuz.

EKINTZAK

3.3.1 Osasun-arazoak ikuspegi holistiko eta integratzaile batetik ikusita, adinekoen arreta-plana garatu, udalerrri-mailan koordinazio soziosanitarioa sartuz eta erkidego-mailan errehabilitazioa sustatuz.

3.3.2. Adinekoen kalte funtzionala, ezgaitasuna, mendetasuna, malnutrizioa eta isolamendua eragiten duten patologiak identifikatu. Adinekoen prebentzio, arreta eta errehabilitazioko berariazko programak egin, genero-desberdintasunei bereziki erreparatuta.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Adinekoen arreta-plana ezarrita duten osasun-zentroak	--	%100 2016an	Osakidetza

3.4. HELBURUA

TEKNOLOGIA BERRIAK

Teknologia berriak egokitzea, adinekoengan duten erabilgarritasunaren eta eraginkortasunaren ebidentzian oinarrituta, Eusko Jaurlaritzaren Berrikuntza Publikoko Estrategiarekin bat eginez³⁹.

EKINTZAK

3.4.1. Teknologia berrien eraginkortasunaren gaineko ebaluazioak ezarri eta egin, teknologioak aplikatu baino lehen.

3.4.2. Adineko pertsonari eskaini beharreko zerbitzu teknologikoen zorroa ezarri, bere ohiko bizilekuaren inguruan, finantzazioari dagokionean ekitatearen eta iraunkortasunaren irizpideak betez.

3.4.3. Adinekoen prestakuntza eman, ezjakite teknologikoak ez dezan teknologien erabileran ekitate falta sortu edo areagotu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Adinekoentzako zerbitzu teknologikoen zorroa ezarri	--	2015	Osasun Saila

3.5. HELBURUA

ETXEZ ETXEKO ARRETA

Adinekoak beren etxean ohiko inguruan zaintzea bermatuko da.

EKINTZAK

3.5.1. Gizarte-zerbitzuetako eta osasun-zerbitzuetako profesionalen artean koordinazioa garatu eta ezarri, gizartean eta osasunean erabakiak batera hartzea sustatuz, horrela adinekoen edo ezinduen arreta pertsonalizatua, integrala eta jarraitua lortzeko.

3.5.2. Hurbiltasun-zerbitzuak (jatekoak, garbitegia, garraioa, liburutegi mugikorra, eta abar) osasun-zaintzen eskaintzarekin (medikuntza, erizaintza, farmazia, fisioterapia, podologia, eta abar) integratu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
75 urtetik gorako pertsonak hilabete baino lehen berriro ospitaleratuak (%)	Gizonak: %10,49 Emakumeak: %7,80 (2012)	↓ %20	Osakidetza

5.4.

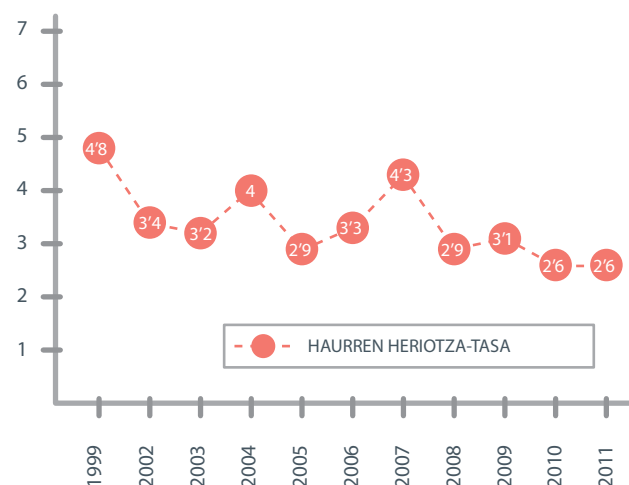
4. LEHENTASUN-ARLOA: HAUR ETA GAZTEEN OSASUNA

EUSKADIKO HAUR ETA GAZTEEK ERA OSASUNTSUAN BIZITZEKO DITUZTEN GAITASUNAK HOBETZEKO POLITIKAK GARATZEA, JOKABIDE EZ OSASUNTSUEN ARRISKUAK GUTXITU ETA AUKERA SOZIAL ETA AFEKTIBOAK HOBETZE ALDERA, GENERO-PERSPEKTIBA KONTUAN HARTUTA.

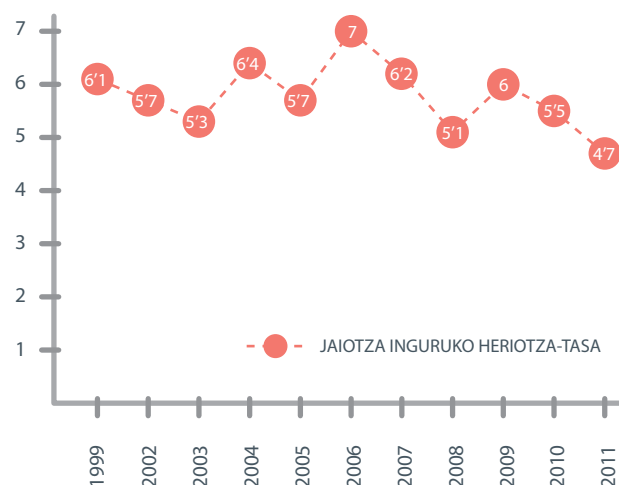
Bizitzako lehen etapetako osasunak harreman estua dauka gero helduaroan izaten den osasunarekin. Behar-beharrezkoa da haur guztien ahalik eta osasunik onena lortzea, eta, horretarako, proposatutako ekintza eta esku-hartze guztiak ekitatez bete behar dira.

Heriotza-tasaren Erregistroaren arabera, EAEn 2011. urtean haurren heriotza-tasa (urtebetetik beherakoa) 2,6koa izan zen bizirik jaiotako 1.000 haurretik. Tasa hau apurka-apurka murriztuz joan da 1999. urteaz geroztik (%46koa) jaiotza inguruko heriotza-tasa (hilik jaiotakoak eta bizitzako lehen astean hildakoak) ere %23 murriztu da 2011. urtera arte; tasa hau 1.000 jaioberritik 4,7koa izan da (17 eta 18. grafikoak).

17. grafikoa.
Haurren heriotza-tasa.
EAE. 1999-2011



18. grafikoa.
Jaiotza inguruko heriotza-tasa.
EAE. 1999-2011



Iturria: EAEko Heriotza-tasaren erregistroa

2011. urtean, Heriotza-tasaren Erregistroaren arabera, urtebetetik beherako jaioberrien artean jaiotza-inguruko afekzioak eta jaiotzatiko anomaliak dira heriotzaren kausarik ohikoenak. Bien baturak adin-talde honetako heriotza guztien %80 osatzen dute. Jaiotzako pisu baxua ere jaiotza-inguruko heriotzarekin lotutako faktore garrantzitsua da. EAeko jaiotzatiko gaixotasunen jaioberrien behaketa-programako datuen arabera, pisu gutxiko (2.500 gramotik behera) jaioberrien proportzioa %7koa izan zen 2001etik 2012ra.

Gipuzkoako Haur eta Ingurumenaren gaineko azterlanaren⁴⁰ arabera, haurrek sei hilabete dituztenean amagandiko edoskitze esklusiboaren prebalentzia %26koa da, eta edoskitze mistoa %53koa.

Down Sindromearen eta beste kromosomopatia batzuen baheketa-programa⁴¹ 2010ean hedatu zen beren haurdunaldia sistema publikoan kontrolatzen duten emakume guztiengana. 2012an guztira 15995 haurdunek parte har-

tu zuten programan. 2009-2012 artean programako positiboaren tasa %5,3koa izan zen.

Haurren gorrieriaren behaketa-programa 2003an hasi zen, hiru hilabete baino lehen gorrieria atzemateko. 2009-2011 aldian, hipoakusiaren eragina 5koa izan zen mila jaioberriko; hipoakusia larri edo neurtuaren eragina 2,8koa izan zen 1000 jaioberriko.

EAeko jaiotzatiko gaixotasunen baheketa-programa 1982an hasi zen⁴², hipotiroidismoaren eta hiperfenilalaninemiaren baheketarekin (PKU-fenilzetonuria). Urteen poderioz beste patologia batzuk gehitu dira, goiz atzema-teak efektu positiboak dituela jakinda. Gaur egun honako patologiak bahetzen dira: Hiperfenilalaninemia (PKU), Jaiotzetiko Hipotiroidismoa, kate ertaineko Acil Co A deshrogenasaren urritasuna (MCADD edo kate ertaineko gantz-azidoak), Fibrosi Kistikoa (FK) eta Drepanozitoen Gaixotasuna (DG) (3. taula).

3. taula Jaioberrien behaketa-programan atzemandako kasuak EAE.

	ERASANDAKOAK Kop. (Tasa)	ERAMAILEAK Kop. (Tasa)
Hiperfenilalaninemia-PKU	37 (1/15.610)	
Jaiotzatiko hipotiroidismoa	155 (1/3.726)	
Kate ertaineko gantz-azidoak-MCADD urritasuna	2 (1/64.024)	2 (1/64.024)
Fibrosi kistikoa-FK	10 (1/6.440)	34 (1/1.894)
Drepanozitoen gaixotasuna-DG	11 (1/2.896)	137 (1/232)
Jaioberri aztertuak	577.602	

Iturria: EAeko jaiotzatiko gaixotasunen baheketa-programa jaioberrientzat.

Arreta Goiztiarraren Eredua⁴³ 0-6 urteko haurrei, familiar eta inguruari zuzendutako esku-hartzeen multzoa da. Helburua garapenean nahasmenduak dituzten edo horiek izateko arriskuak dituzten haurren beharrian iragankor eta iraunkorrak ahalik eta arinen betetzea da (Arreta Goiztiarraren Liburu Zuria; Ezgaitasunaren gaineko Errege Patronatua).

2011n Arreta Goiztiarrerako Erakunde arteko Batzordea eratu zen eta bertan 3 espaziotako ordezkariak parte hartu zuten: osasunekoak, gizartekoak eta hezkuntzakoak. Arreta integratu soziosanitario hezitzaileko eredu bat eratzea zen helburua, eta profesionalei, batetik, arrisku biologiko, sozial eta psikologikoko faktoreak baloratzeko tresnak eskaini nahi zitzaizkien (jaiotza aurretik, bitartean eta ondoren) eta, bestetik, beharrian bereziak era koordinatu eta bateratuan lantzeko protokoloak ere bai.

Haurren %10 inguruk dituzte garapen-nahasmenduak edo horiek izateko arriskuak. Hori dela eta, urtero EAEn 2.000 kasu berri inguru agertuko direla aurreikus daiteke, horietatik 1.400 garaia baino lehen jaiotakoekin lotuta.

EAEn haurren txertaketa-serieetan zenbatetsitako txerto-estaldurak, %94tik gora dira. Haur nagusien artean gainerrako txerto-estaldurak %90tik gora dira. 7. irudian, 2013ko urtarrilaren 1etik EAEn indarrean dagoen txerto-egutegia agertzen da.

7. irudia.
EAEko haurren txerto-egutegia.
2013. urtea.

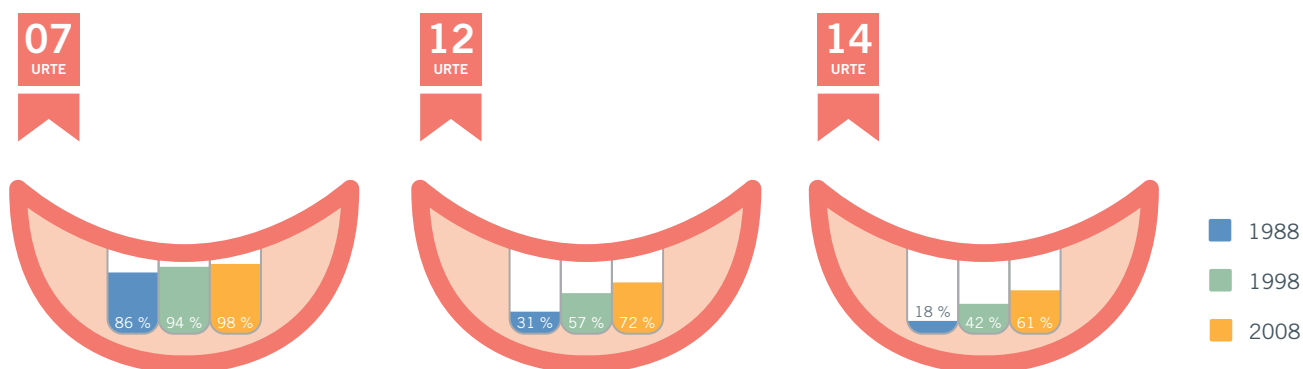
UMEEN TXERTAKETA EGUTEGIA									
02	04	06	12	18	04	06	10	13	16
HILABETE	HILABETE	HILABETE	HILABETE	HILABETE	URTE	URTE	URTE	URTE	URTE
B HEPATITISA	B HEPATITISA	B HEPATITISA	ELGORRIA		ELGORRIA		BARIZELA ⁽¹⁾	PAPILOMA ⁽¹⁾	
DIFTERIA	DIFTERIA	DIFTERIA	ERRUBEOLA	DIFTERIA	ERRUBEOLA	DIFTERIA			DIFTERIA ⁽⁹⁾
TETANOSA	TETANOSA	TETANOSA	PARODITISA	TETANOSA	PARODITISA	TETANOSA			TETANOSA ⁽³⁾
KUKU-TXEZTULA	KUKU-TXEZTULA	KUKU-TXEZTULA		KUKU-TXEZTULA		KUKU-TXEZTULA			
POLIO-MELITISA	POLIO-MELITISA	POLIO-MELITISA		POLIO-MELITISA					
B-MOTAKO HAEMO-PHILUS INFLUENZIAE-A	B-MOTAKO HAEMO-PHILUS INFLUENZIAE-A	B-MOTAKO HAEMO-PHILUS INFLUENZIAE-A		B-MOTAKO HAEMO-PHILUS INFLUENZIAE-A					
C MENIN-GOCOCOA	C MENIN-GOCOCOA		C MENIN-GOCOCOA						

Iturria: EAEko haurren txerto-programa. Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza.

Haurren Hortzak Zaintzeko Programaren (PADI) ebaluazioak EAEko haurren hortz-osasunaren hobekuntza nabarmena islatzen du 1988-1998 hamarkadan; hobekuntza honek jarraitutasuna izan du, nahiz eta bigarren hamarkadan neurri txikiagoan izan (1988-2008) (19. grafikoa).

14 urterekin txantxarrik izan ez duten haurren portzentajea altua da 2008an (%61) eta, beraz, belaunaldi berriek helduak direnean osasun hobea gozatzeko aukera aparta dute. CAO=0 portzentajeak kontrako harremana dauka klase sozialarekin. Emaitzak onak diren arren, haurren heren batek ez du urtero PADI erabiltzen.

19. grafikoa.
Txantxar-esperientziarik gabeko haurren portzentajea (CAO=0).
EAE: 1988, 1998, 2008

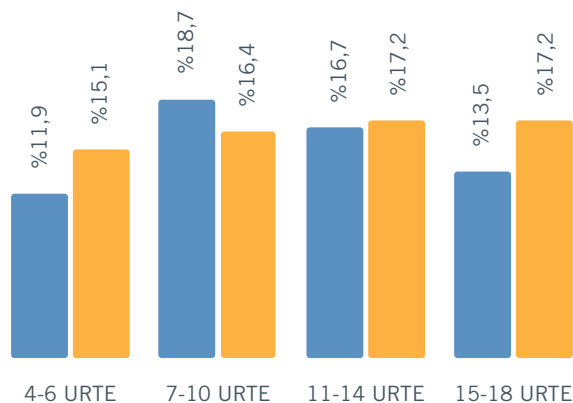


Iturria: EAEko aho eta hortzen osasunaren hirugarren azterketa epidemiologikoa. 2010⁴⁴

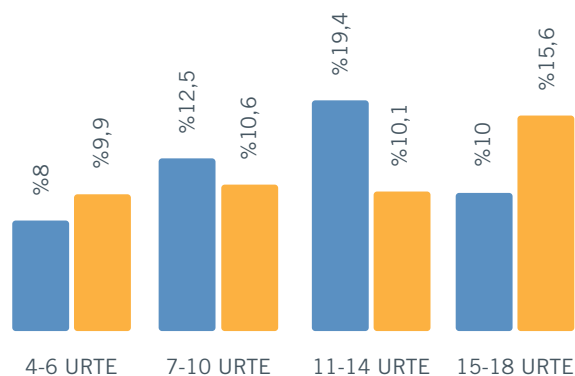
EAEko 2005eko Elikadura Inkestaren arabera⁴⁴, 4 eta 18 urte arteko biztanleriaren %12,1 obesoa da: mutilen %12,7 eta emakumeen %11,7, hain zuzen ere. 11-14 urteko mutikoen eta 15-18 urteko nesken artean dituzte obesitatearen prebalentzia altuenak, %19,4 eta %15,6 hurrenez hurren. Maila sozioekonomikoari dagokionez, obesitatearen prebalentzia altuagoa da talde sozioekonomiko ahulenetan, bai mutilen kasuan, bai nesken kasuan.

-
20. grafikoa
Obesitatea eta gehiegizko pisua duen
4-18 urte arteko biztanleria-portzentajea,
adinaren eta sexuaren arabera.
EAE. 2005.

GEHIEGIZKO PISUA



OBESITATEA



■ GIZONAK ■ EMAKUMEAK

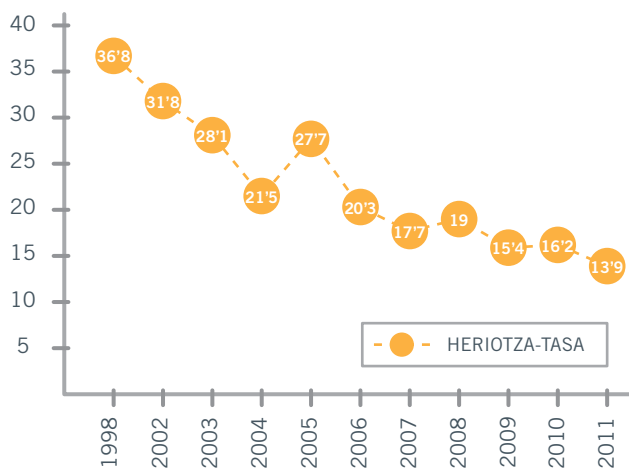
Iturria: EAEko nutrizio-inkesta, 2005koa.

Euskadiko 12 eta 18 urte arteko biztanleriaren %40k dio bere pisuagatik arduratuta dagoela: nesken %52k eta mutilen %28k. Obesoaren artean ehuneko hori %68koa da.

Neska sedentarioen ehunekoak %58,9koa da, mutilena baino nahiko handiagoa (%35,5). Nesketan portzentajea %67ra igotzen da 15-18 urtekoen artean; mutikoen artean, berriz, %31koa da.

Kanpo-kausen ondoriozko heriotza, 15 eta 29 urte bitarteko gazteen artean, 100.000tik 13,9koa izan zen 2011n. Kopuru hori adin-talde honen heriotza-tasaren %56 izan zen. Kanpo-arrazoien ondoriozko heriotza-tasa jaitsi egin zen 1998 eta 2011 artean. Trafiko-istripuak eta nork bere buruaz beste egitea izan ziren 15 eta 29 urte artekoen heriotza-arrazoi nagusiak (21. grafikoa).

21. grafikoa.
Kanpo-arrazoen ondoriozko heriotza-
tasa gazteengan (15 eta 29 urte).
EAE 1998-2009.



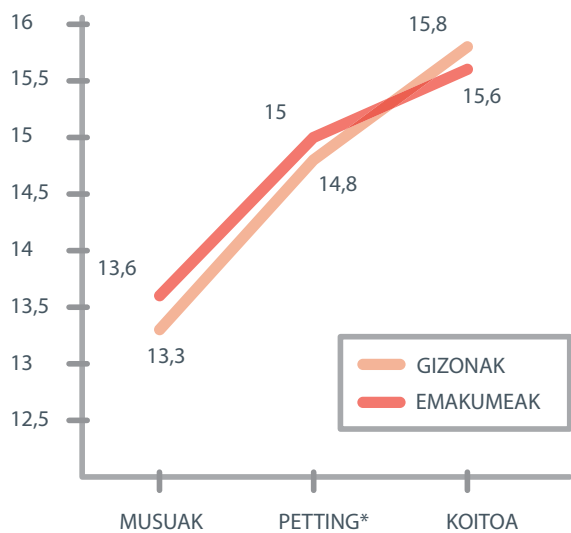
1998: 1996-1998ko batez bestekoa. Tasa estandarizatua 100.000ko. Europako erreferentziako biztanleria Iturria: EAEko Heriotza-tasaren erregistroa. Osasun Saila.

Gizonek emakumeek baino osasun mental hobea dute. EAEko 2013ko datuen arabera, 15-24 urteko taldean antzietate- eta depresio-sintomen prebalentzia handiagoa da emakumeen kasuan (18,4) gizonen kasuan baino (%10); nork bere buruaz beste egiteko ideiak ugariagoak dira emakumeengan (%3,8) gizonengan baino (%2,0). Bi sexuetan, antsietatea, depresioa eta nork bere buruaz beste egiteko ideiak ugariagoak dira talde sozioekonomiko ahulenetan.

Nerabezaroa haurtzaroaren eta heldutasunaren arteko trantsizio-etapa da eta bertan aldaketa garrantzitsuak gertatzen dira, kontuan hartuta sexu- eta genero-nortasuna zehazten dela, sexu-desiraren bertsio heldua agertzen dela eta harreman-loturak berrantolatzen direla.

“Euskal nerabeen jarrera sexualaren profilak eta EAEko bigarren hezkuntzako sexu-hezkuntzaren egoera⁴⁶” ikerketaren arabera, DBHko ikasleen heren batek sexu-jarduera altua du (22. grafikoa). Bestalde, emakumeen esperientzia sexualaren maila altuagoa da gizonena baino eskolaratze-maila guztietan.

22. grafikoa.
Esperientzia sexualaren maila
adinari dagokionez.
EAE: 2011.



Sexu-harremanen babesari dagokionez, sexualki aktiboak diren hamar gizon nerabetik batek ez du preserbatiborik erabiltzen koitoko sexu-harremanetan. Sexualki aktiboak diren hamar emakume nerabetik bik ez dute preserbatiborik erabiltzen; horien artean %52k anobulatorioak erabiltzen ditu eta %88k bikote egonkorra du.

Iturria. “Jokaera sexualaren profilak” azterlana. EHU-UPV 2011
*Petting: sarpenik gabeko laztan sexualak

HELBURUAK ETA EKINTZAK

4.1. HELBURUA

HAURREN OSASUNA

Esku-hartze integralen bitartez haurren osasuna sustatzea, umea hazteko prozesuan familiei babesa emanda, familiak ematen duelako espazio eta denbora aparta bizi osasuntsua sustatzeko eta arrisku-jarreraren prebentziorako jarduerak aurrera eramateko.

EKINTZAK

4.1.1. Jaio aurreko baheketa-programa⁴¹ eta jaiotzatiko gaixotasunen jaiotzako baheketa-programa⁴² finkatu, azken horretan gorreria ere sartuta.

4.1.2. Amagandiko edoskitzearen jarraitutasuna eta iraupena sustatu eta babestu, osasun fisiko eta emozionalerako dituen onurengatik, betiere amaren nahia errespetatuz.

4.1.3. Urtero Haurren Hortzak Zaintzeko Programa (PADI) erabiltzen duten haurren portzentajea areagotu eta talde sozial ahulenen sarbidea eta erabilera sustatu.

4.1.4. Jatorri genetikoko gaixotasun arraroak dituzten pertsonentzako aholkularitza genetikoaren eskaintza sustatu.

4.1.5. Haurren malnutrizioaren arriskuak zaindu eta osasun-zerbitzuak eta hezkuntza-zerbitzuak koordinatzeko prebentzio- eta tratamendu-mekanismoak garatu.

4.1.6. Haurren babes-falta (zainketa arduragabea, tratu txarra edo abandonua, eta genero-indarkeriaren ondorioak) prebenitzeko eta tratatzeko eta haren jarraipena egiteko mekanismoak garatu.

4.1.7. Haurtzaroko eta nerabezaroko gaixotasun mentalaren arretan familientzako babesa eta koordinazio soziosanitarioa hobetu, hezkuntzaren eremuarekiko koordinazioa ahaztu gabe.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Jaiotzean pisu baxua duten haurtxoak	%7 (2012)	↓ %10	Jaio aurreko baheketa-programa
Amagandiko edoskitzea 6 hilabeterekin	%26 (2008)	>%35	Osakidetza
PADIren estaldura	%66 (2012)	>%75	PADI
Txantxarrik gabeko haurrak 12 urterekin (%CAO:0)	%74 (2008)	%80	PADI

4.2. HELBURUA

ARRETA GOIZTIARRA

Arreta Goiztiarraren Eredua⁴³ garatu eta ezartzea osasun-zerbitzuen, gizarte-zerbitzuen eta hezkuntza-zerbitzuen artean, eremu horien arteko erabakiak batera hartzea sustatuz.

EKINTZAK

4.2.1. Arriskuan edo ahulezia berezian dauden pertsonak eta familiak garaiz atzemateko mekanismoak diseinatu, eta haien jarraipena eta ebaluazioa egin.

4.2.2. Protokoloak ezarri eta diziplina anitzeko eta erakundeen arteko arreta-baliabideak identifikatu, tramiteak errazteko eta laguntza-egituren koordinazioa, partaidetza eta familien babesa bermatzeko.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Arreta Goiztiarraren eredian dauden Erakunde Sanitario Integratuak / Eskualdeak	1	Denak	Osakidetza

4.3. HELBURUA

HAURREN ETA GAZTEEN OBESITATEA

Haur eta gazteen obesitatea murriztea, ariketa fisikoan eta elikadura osasuntsuan oinarritutako prebentzio-plan baten bidez.

EKINTZAK

4.3.1. Elikadura eta ostalaritzaren industriarekin batera erakunde-arteak akordioak sustatu, elikagai prestatuetan azukreak, gantz aseak eta gatza murrizteko.

4.3.2. Elikaduraren gaineko hezkuntza eta bizi-ohitura osasuntsuak sustatu familian, eskolan eta erkidegoan.

4.3.3. Pertsona obesoen diagnostiko, tratamendu eta jarraipenerako esku-hartzeak garatu, estigmatu ez daitezen.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Gehiegizko pisua eta obesitatea duten adingabeak (4-18 urte)	Pis. Obesitat. Mutilak: %15,3 %11,7 Neskak: %16,6 %12,7 (2005)	↓ %10	Elikadura-inkesta
Gatz-kopurua eskolako menuetan	9,8 gr. eguneko (2009)	<5 gr. eguneko	Osasun Saila
Gantz guztien eta asean kopurua eskolako menuetan	--	Gantzak guztira < %30 kcal menuan Gantz aseak < %10 kcal menuan	Osasun Saila
Gazte (15-24 urte) sedentarioak denbora librean	Mutilak: %25,1 Neskak: %44,1 (2013)	↓ %20	EAEIOI

4.4. HELBURUA

NERABEZAROA ETA GAZTERIA

Gazterian ohitura osasuntsuak hobetzea eta jarrera arris-kutsuak murriztea.

EKINTZAK

4.4.1. Gazteentzako osasun-kontsulta zehatzak ezarri, batez ere emakumeentzat (hezkuntza afektibo-sexuala, erasoa, genero-indarkeria eta berdinen arteko indarkeria, mendekotasunak).

4.4.2. Eskolako curriculumean jarrera osasuntsuei (elika-dura osasuntsua, ariketa fisikoa, alkohola, tabakoa eta mendetasunak, harreman afektibo-sexualak) buruzko konzeptu, prozedura eta jarreraren eduki eta gaitasunak sartzea sustatu.

4.4.3. Indarkeriaren aurkako, eta batez ere genero-indarkeriaren aurkako, sentsibilizazio eta prebentzio-programak garatu, hezkuntzan eta erkidegoan.

4.4.4. Euskadiko Bide Segurtasuneko Plan Estrategikoaren esparruan sektore anitzetan esku hartzeko neurriak sustatu eta babestu, gazteek trafikoko gorabehera/gertaera/kausen ondorioz duten istripu-tasa murrizteko.

4.4.5. Herri-mailan Gazte Planaren garapena sustatu, erki-dego-ekintzako programen bidez (Osasuna, Hezkuntza eta udalak, etc.), aisialdi aktiboa eta osasuntsua indartzeko.

4.4.6. Partaidetza, gazteen elkartegintza, boluntario-lana eta belaunaldien arteko harremanak sustatu. Horretarako, Gazteria eta Familia Arloekin batera jarduteko prozedura eta protokoloak ezarri.

4.4.7. Hezkuntza afektibo eta sexuala sustatu gazte eta nerabeen artean, Osasuneko, Hezkuntzako eta Gazteriako sektoreekin batera jardunda.

4.4.8. Ariketa fisikoarekin eta elikadura osasuntsuarekin lotutako beste ekintza batzuk 5. Arloan daude jasota.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Trafiko-istripuen ondoriozko heriotza-tasa (15-29 urte) (tasa/100.000)	Mutilak: 6,7 Neskak: 2,0 (2011)	Mutilak: ↓ %20 Neskak: ↓ %20	Heriotza-tasa erreg.
Nork bere buruaz beste egitea-gatiko heriotza-tasa (15-29 urte) (tasa/100.000)	Mutilak: 7,1 Neskak: 1,6 (2011)	Mutilak: ↓ %20 Neskak: ↓ %20	Heriotza-tasa erreg.
HBEak ¹ 20 urtetik beherakoengan (tasa x 1.000)	10,02 (2011)	↓ %50	HBE erregistroa

J. HBE: Haurdunaldiaren Borondatezko Etendura

5.5.

5. LEHENTASUN-ARLOA: INGURU ETA JARRERA OSASUNTSUAK

OSASUNAREN ETA BIZIMODU ETA INGURU OSASUNTSUEN SUSTAPENA BULTZATZEA, TOKI ETA ERKIDEGO-MAILAN SEKTOREEN ARTEKO LANKIDETZAN ARITUZ.

Arlo honetako neurri eta jarduerak sektore-arteke ikuspegi zabaletik zertzen dira, Eusko Jaurlaritzako gainerako sailekin eta Euskadiko erakundeekin batera lanean. Ariketa fisikoa, elikadura-osasuna eta osasun mentala, ingurumen eta laneko espazio osasuntsuak sustatzeko neurriak jasotzen dira, eta baita obesitatea, tabakismoa, alkoholaren kontsumoa eta bestelako mendekotasunak prebenitzeko neurriak ere. (4. taula)

4. taula.
Arrisku-faktore nagusien prebalentzia estandarizatua (%) 14 urtetik gorako biztanlerian.

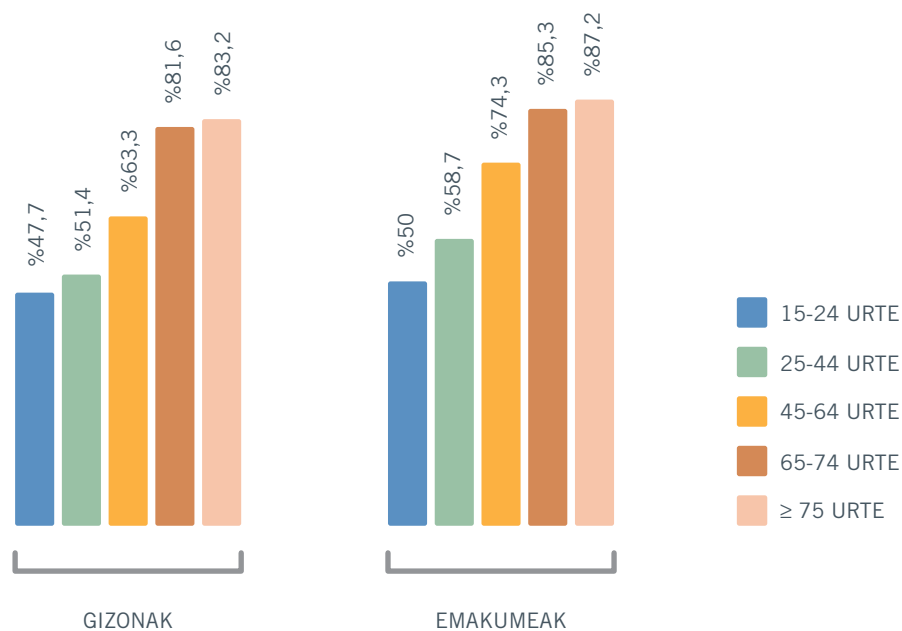
	GIZONAK	EMAKUMEAK
Gehiegizko pisua	43,0	28,2
Obesitatea	13,9	12,6
Tabakismoa	24,1	18,7
Ohiko edaleak	63,3	37,6
Egoneko bizitza	26,6	34,0

Iturria: Osasun Inkesta 2013

EAEI 2013ren arabera, frutaren eguneroko kontsumoa altuagoa da emakumeengan (%69,2) gizonengan baino (%62,0); emakumeek gizonek baino barazki gehiago kontsumitzen dute (%31,1 eta %21,7, hurrenez hurren). Kontsumoak gora egin du adinak gora egin ahala, bi sexuetan (23. grafikoa). Frutaren eta barazkien eguneroko kontsumoa baxuagoa da maila sozioekonomiko apalengan, bai gizonen kasuan, bai emakumeen kasuan.

Gizonen %60,0k eta emakumeen %54,0k kontsumitzen du haragia astean hiru aldiz edo gehiago; gizonen %38,8k eta emakumeen %43,5ek kontsumitzen du arraina astean hiru aldiz edo gehiago; bi prebalentzia horiek jaitsi egin dira bi sexuetan, 2007. urtearekin alderatuta.

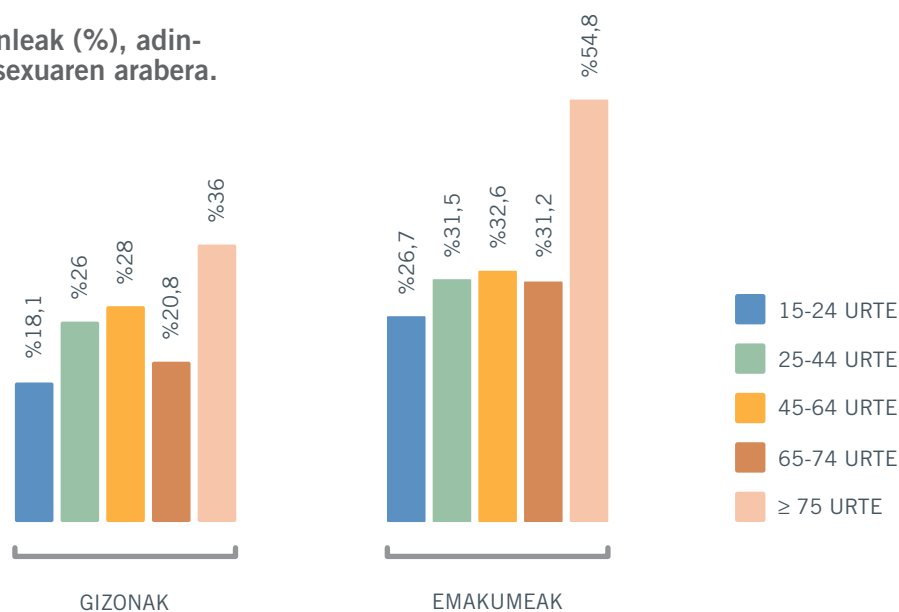
23. grafikoa.
Frutaren eguneroko kontsumoaren prebalentzia, sexuaren eta adin-taldearen arabera. EAE. 2013



Iturria: Osasun Inkesta 2013

Ariketa fisikoak murriztu egiten ditu gaixotasun koronarioarekin, hipertentsio arterialarekin, iktusekin, diabetesarekin, osteoporosiarekin, sindrome metabolikoarekin, koloneko minbiziarekin, bularreko minbiziarekin eta nahasmendu mentalekin (besteak beste) lotutako gaixotzetasa eta heriotza-tasa. EAEOI 2013ren arabera, egoneko bizitza ohikoagoa zen emakumeengan (%34,0) gizonengan baino (%26,2) (24. grafikoa); 2007 eta 2013 artean, prebalentzia hori ez zen aldatu emakumeen artean (%34,6 2007an) eta murriztu egin zen gizonen artean (%32,0 2007an). Egoneko bizitza ohikoagoa izan zen gizarte-talde apalenen artean.

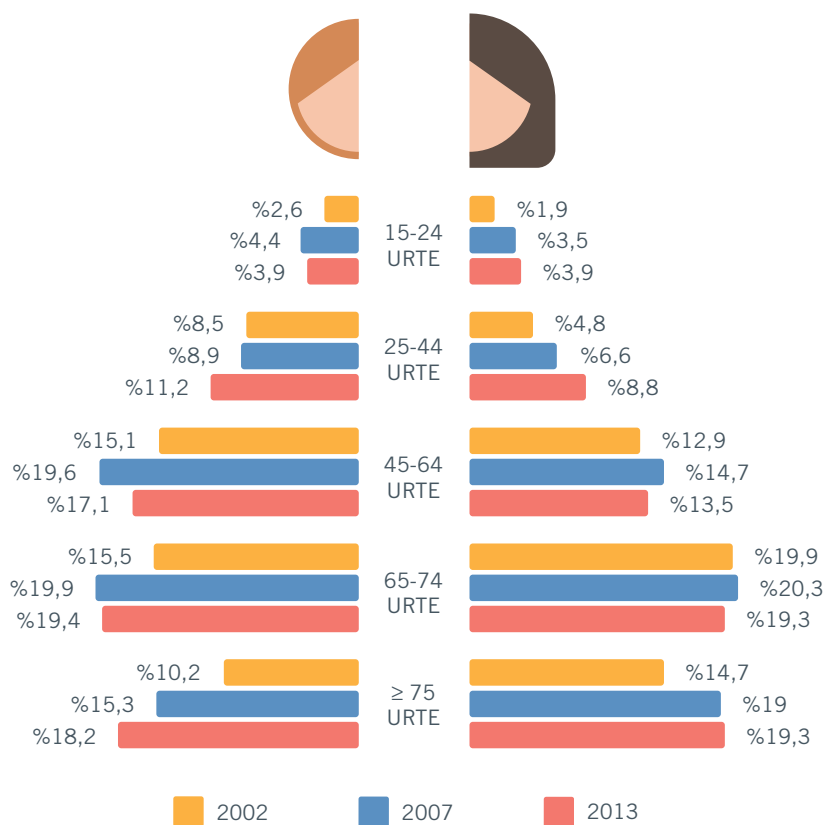
24. grafikoa.
Egoneko biztanleak (%), adin-taldearen eta sexuaren arabera. EAE. 2013



Iturria: Osasun Inkesta 2013

Obesitatearen prebalentzia, EAEOI 2013ren arabera, altuagoa da gizonengan (%14,1) emakumeengan baino (%12,3), eta altuagoa da talde sozioekonomiko apalengan. Azken urteetan igo egin da obesitatearen prebalentzia, batez ere gazteen kasuan (25-44 urte), bai emakumeengan, bai gizonenengan (25. grafikoa).

-
25. grafikoa.
Obesitatearen biztanleria (%),
adin-taldearen eta sexuaren arabera.
EAE. 2002-2013.

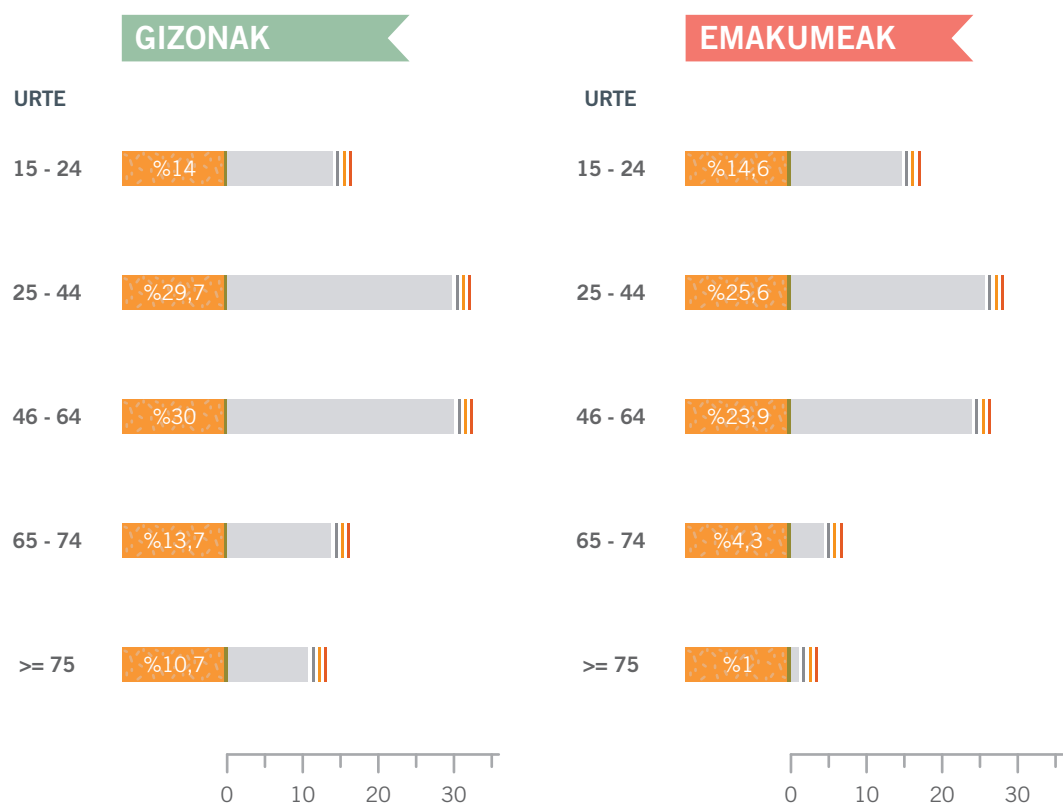


Iturria: Osasun Inkesta 2013

Tabakoaren kontsumoa gaixotasun eta heriotzaren arrisku-faktore garrantzitsua da. EAEOn arabera, azken urteetan gizonen artean tabakismoa etengabe jaitsi da 1997az geroztik; emakumeen kasuan, hala ere, nahiko egonkor mantendu zen eta apur bat igo zen 2002 eta 2007 artean. 2013an tabako-kontsumoaren prebalentzia %24,1koa izan zen gizonengan eta %18,7koa emakumeengan. Emakumeen arteko jaitsiera, 2007 eta 2013 artean gertatu, batez ere 25-44 urteko erretzaileen (%6,2) eta 15-24 urtekoen (%10,9) prebalentzia jaitsi egin delako eman da (26. grafikoa).

Tabakoaren kontsumoa handiagoa da adin guztietako gizarte-talde behartsuenetan, nahiz eta gazteengan (15-44 urte) atzemandako desberdintasunak askoz altuagoak diren. Besteen tabakoaren eragina (tabakismo pasiboa) erdira jaitsi zen 2007 (%33,3) eta 2013 (%15,5) artean. Eragin hori handiagoa da klase soziala baxuagoa izan ahala.

-
26. grafikoa.
Erretzaileen prebalentzia, adin-talde eta sexuaren arabera.
EAE. 2013



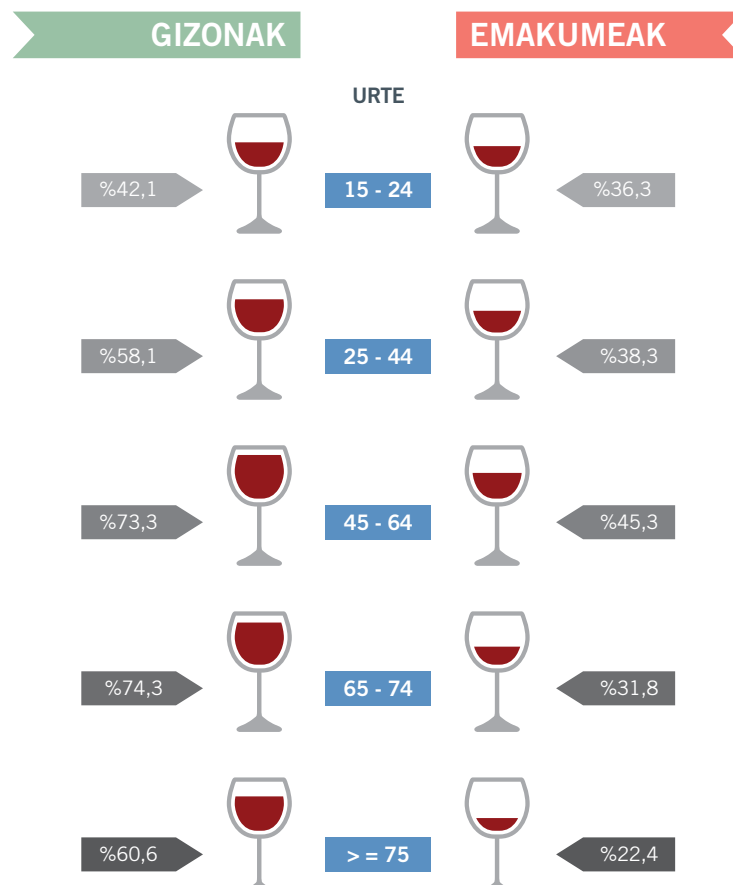
Iturria: EAEOn 2013

Tabakoa kontsumitzen hasteko adina batez beste 17 urte inguruan mantentzen da; 15 urte bete baino lehen erretzen hasten diren nerabe erretzaileen proportzioa murriztu egin da.

Alkoholaren gehiegizko kontsumoa osasun txarraren arrisku-faktorea da; gehiegi edatea nahasmendu neurosikiatrikoen, gaixotasun kardiobaskularren, zirrosi hepatikoen eta hainbat minbiziren arrazoi saihegarri nagusietako bat da. EAEOI 2013ren arabera, azken urteetan alkoholaren ohiko kontsumoa %58,9 (2002) eta %63,3 (2013) artean igo da gizonen kasuan eta %29,3 (2002) eta %37,6 (2013) artean emakumeen kasuan. Igoera hori adin-talde guztietan gertatu da, 15-24 urte artekoetan izan ezik, hauen artean %51,5etik %42,1era jaitsi baita gizonen kasuan eta, ez horrenbeste, (%37tik %36,3ra) emakumeen kasuan (27. grafikoa).

Alkoholaren kontsumoaren prebalentzia altuagoa da klase sozial baxuenetan, batez ere emakumeen artean. Bikoiztu egiten da aldea.

-
27. grafikoa.
Alkoholaren ohiko kontsumoaren prebalentzia, adin-taldearen eta sexuaren arabera (adinari jarraiki estandarizatu).
EAE. 2013.



Iturria: EAEOI 2013

Alkoholaren kontsumo intentsiboaren prebalentzia estandarizaturia (binge drinking) 2013. urtean %11,9koa izan zen gizonen artean eta %5,5ekoa emakumeen artean. Prebalentzia handiagoa da talde sozioekonomiko erosoenean (5. taula).

-
5. taula. Alkoholaren kontsumo intentsiboaren (binge drinking) prebalentzia, (%), sexuaren eta adin-taldearen arabera. EAE 2013.

	GIZONAK	EMAKUMEAK
15-24 urte	17,5	9,1
25-44 urte	13,5	7,9
45-64 urte	13,5	5,2
65-74 urte	8,0	1,3
75 urte eta gehiago	3,0	0,7

Iturria: Osasun Inkesta 2013

Alkoholaren kontsumoa goiz hasten da; oro har, 14 eta 18 urte bitartean (batez beste, 17 urterekin). 13 urte izan baino lehen edaten hasten direnak gutxi dira (%6,5).

Kanabis eta bestelako legez kanpoko substantziak kontsumitzen hasteko adina 20 urtetik beherakoa da, Euskadi eta Drogak 2012 ikerketaren arabera. Nahiko egonkor mantendu da substantziarik ohikoenak kontsumitzen hasteko batez besteko adinaren bilakaera, eta ez da alderik nabari talde sozioekonomikoen arabera.

Drogen kontsumo gehiegizko, arazotsu edo arriskutsuak alde nabarmenak ditu sexuaren arabera. Alkohol, kanabis, tabako eta droga-kontsumo anitzaren gehiegizko kontsumoa ohikoagoa da gizonengan, eta errezetarik gabeko psikofarmakoena, aldiz, ohikoagoa emakumeengan.

Geroz eta garrantzi handiagoa hartzen ari diren bi mendekotasun jokia eta interneten erabilera arazotsua dira. Mendekotasun hauek erasandako biztanleriaren portzentajea apur bat altuagoa da gizonen artean. (6. taula).

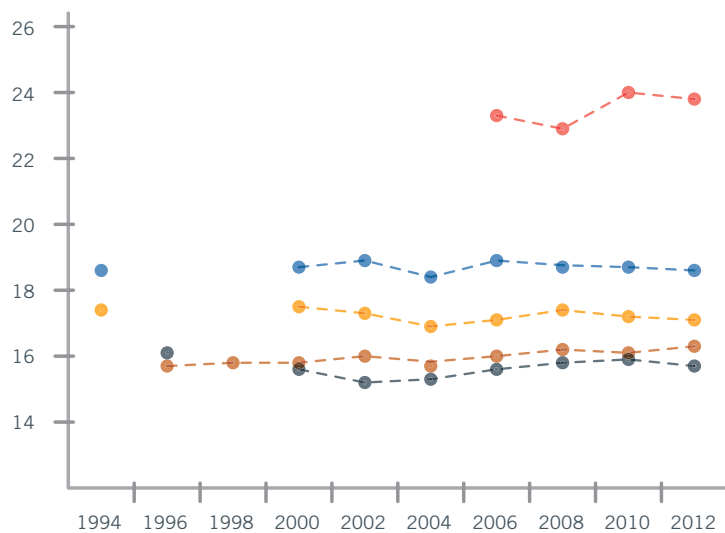
-
6. taula. Kontsumo arazotsua duten pertsonen prebalentzia (%), sexuaren arabera. EAE. 2012

	GIZONAK	EMAKUMEAK	GUZTIRA	ARRAZOIA: GIZON/EMAKUMEAK
Jokalari aktiboa	26,5	18,8	22,6	1,4
Jokalari arriskutsua edo gehiegizkoa	3,6	2	2,8	1,8
Interneten erabilera arriskutsua edo arazotsua	3,3	2,7	3,0	1,2

Iturria: Euskadi eta drogak 2012

28. Grafikoa
Tabako, alkohol eta beste substantziak kontsumitzen hasteko batez besteko adinaren bilakaera.

Substantzia ohikoenak hartzen hasteko batez besteko adinaren eboluzioa nahiko egonkorra izan da (28. grafikoa). Substantzien kontsumoan abiatzeari dagokionean, ez dago alderik talde sozioekonomikoen artean.

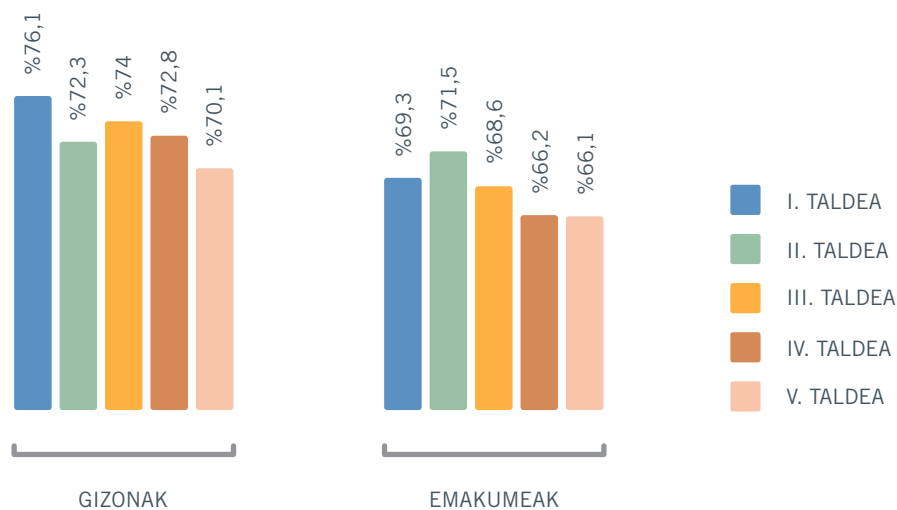


● ALKOHOLA		16'1		15'6	15'2	15'3	15'6	15'8	15'9	15,7
● TABAKOA		15'7	15'8	15'8	16	15'7	16	16'2	16'1	16'3
● KANABISA	17'4			17'5	17'3	16'9	17'1	17'4	17'2	17'1
● LEGEZ KAMPOKO BESTEREN BAT	18'6			18'7	18'9	18'4	18'9	18'7	18'7	18'6
● PSIKOFARMAKOAK ERREZETAREKIN EDO GABE							23'3	22'9	24	23'8

Iturria: Euskadi eta Drogak. 2012

29. grafikoa.
MHI-5 osasun mentaleko indizearen batez besteko balioa, adinari jarraiki estandarizaturik, talde sozioekonomikoen eta sexuaren arabera. EAE. 2013.

2013an EAEOn erabilitako osasun mentaleko indizearen arabera, gizonak emakumeek baino buru-osasun hobea dute biztanleria osoan eta adin-talde bakoitzean; sexuen arteko aldeak igo egiten dira adinak gora egin ahala. Bi sexuetan atzeman da osasun mentalak gora egiten duela eskala sozialak behera egin ahala. Desberdintasunak altuagoak izan ziren emakumeengan (29. grafikoa).

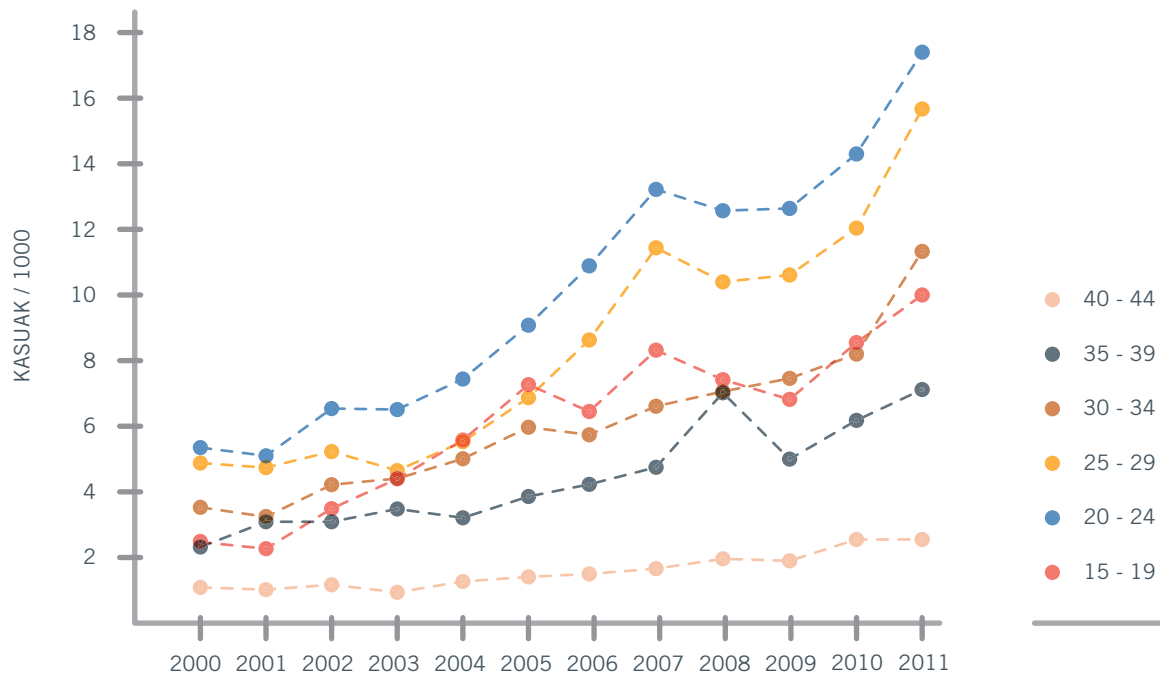


Fuente: ESCAV'2013

UGALKETA-OSASUNA

Euskal Autonomia Erkidegoko Haurdunaldien Borondatezko Etenduren (HBE) Erregistroaren arabera, 2011n 4.138 etendura egin ziren; 25 eta 29 urtekoen artean %24,2 eta 20 urtetik beherakoen artean %10,3. HBEren tasa (HBE kopurua 15-44 urte dituzten 1.000 emakumeko) 1993an 2,60 izatetik 2011n 9,9ra igo da. Tasarik altuenak 20-30 urteko emakumeen artean ematen dira. (30. grafikoa).

30. grafikoa.
Haurdunaldiaren Borondatezko Etenduraren tasa EAEn bizi diren emakumeen artean, adin-tartearen arabera. EAE 2000-2011.



Iturria: Haurdunaldiaren Borondatezko Etendurak EAEn. Osasun Saila⁴⁷

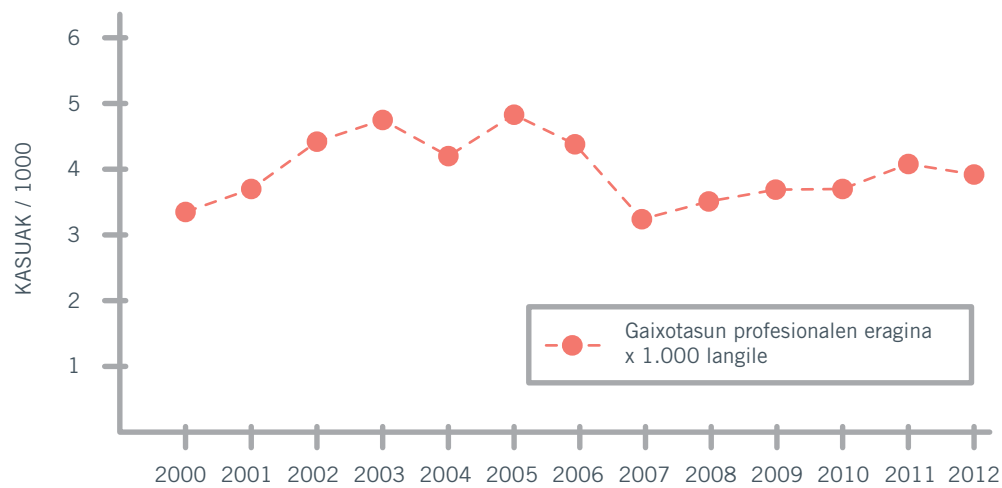
Eustaten datuen arabera, 2001-2011 artean Euskadiko jaiotzen kopurua %15,7 igo zen. Funtsean, 35 urtetik gorako emakumeen artean emankortasuna igotzen delako gertatzen da igoera hori: emakume hauen jaiotze-tasa, aldi horretan, 21etik 32ra pasatzen da mila emakumeko. Bereziki nabarmena da adin emankorraren muturretan jaiotzak igo egiten direla. 40 urte edo gehiagoko emakumeek 2011n 7,9ko jaiotza-tasa zuten mila emakumeko, 2001eko 3,3ren aldean. 20 urtetik beherako amak, berriz, 2001ean 3,7 izatetik 2011n 6,0 izatera pasa ziren.

LAN-OSASUNA

Osalanen datuen arabera, igoera nabarmena egon da belarriko patologietan (zarataren ondoriozko hipoakusia), nerbio-sistemako gaixotasunak ere apurka-apurka igo egin dira (karpoko tunelaren sindromea eta antzeko nahasmenduak), baita arnasketa-bideen gaixotasunak ere, eta tumore profesionalak ere apur bat gora egin dute. Infekzio-gaixotasunak, gaixotasun dermatologikoak eta muskulu eta tendoietako nahasmenduak jaitsi egin dira apurka-apurka.

2000 eta 2006 urteen artean, gaixotasun profesionalen eragin-tasa igo egin zen. 2007. urteko jaitsiera nabarmena aitorten-sistema aldatu zelako gertatu zen. Hurrengo urteetan igoera txiki baina egonkorra egon zen gaixotasun profesional aitortuen eraginean, eta 2007. urtetik aurrera baxerik gabeko gaixotasunak geroz eta gehiago izan ziren, aurreko aldiak ez bezala. (31. grafikoa).

31. grafikoa.
Gaixotasun profesionalaren eragina.
2000-2012. EAE



Iturria: OSALAN-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

HELBURUAK ETA EKINTZAK

5.1. HELBURUA

ARIKETA FISIKOA

Biztanleriaren ariketa fisikoaren praktika sustatzea, Euskadiko Ariketa Fisikoaren Planean zehaztutako estrategia eta jarraibideen arabera.

EKINTZAK

5.1.1. Osasun, Hezkuntza eta Udal Zerbitzuetako profesionalak trebatu ariketa fisikoaren gainean eta biztanleriari aholkuak ematearen gainean.

5.1.2. Toki-mailan ekimen zehatzak garatu, udalerrian bertan osasun-zentroen, ikastetxeen eta ariketa fisikorako baliabideen arteko harremana indartuz.

5.1.3. Ariketa fisikoa sustatzeko berrikuntza sustatu.

5.1.4. Euskadiko udalerrietan hirigintza osasuntsua sustatu, hiria planifikatzeko eta diseinatzeko tresnerian ariketa fisikoaren aldeko berariazko neurriak sartuz. "Red de Ciudades que Caminan" ekimena sustatu⁴⁸.

5.1.5. Ariketa fisikorako eskaintza eta baliabideak egokitu, biztanleria-talde desberdinek, batez ere emakumeek, dituzten beharrian eta lehentasunak kontuan hartuta.

5.1.6. Heziketa fisikoko asteko eskola-orduak areagotu hezkuntza-maila guztietan.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Egoneko bizitzaren prebalentzia	Gizonak: %26,6 Emakumeak: %34,0 (2013)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%15	EAEIOI
Desberdintasun sozialak egoneko bizitzan, generoaren eta maila sozialaren arabera	DIE Gizonak: 1,44 DIE Emakumeak: 1,18 (2013)	Gizonak: ↓%10 Emakumeak: ↓%10	EAEIOI

5.2. HELBURUA

OSASUNA ETA ELIKADURA

Elikadura osasuntsuaren estrategia diseinatu eta ezar-tzea Euskadiko biztanleentzat, betiere kontsumo-patroie-tako desberdintasun sozialak eta genero-desberdintasunak kontuan hartuta.

EKINTZAK

5.2.1. Euskadiko biztanleen elikadura-profila monitorizatu eta elikaduraren gaineko gomendioak eman.

5.2.2. Sektoreen arteko lankidetzak hobetu (erakundeak, gizarte zibila eta industria), azukre, gatz eta gantz asean kontsumoa murriztearekin lotutako akordioak lortzeko.

5.2.3. Kontsumo, Merkataritza eta Garapen Ekono-mikoaren arloekin batera, kalitatezko elikadura osasuntsu fresko eta anitza eskuratzeko erraztasunak eman.

5.2.4. Osasun-langileei elikadura-osasunaren gaineko prestakuntza eman, elikadura-ohitura osasuntsuen aholku laburrak eta preskripzioak barne.

5.2.5. Elikadura-ohitura osasuntsuen gaineko ikerketa eta berrikuntza sustatu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Egunero fruta jaten duten pertsonak	Gizonak: %62,0 Emakumeak: %69,2 (2013)	Gizonak: ↑%20 Emakumeak: ↑%20	EAEIOI
Egunero barazkiak jaten dituzten pertsonak	Gizonak: %21,7 Emakumeak: %32,1 (2013)	Gizonak: ↑%20 Emakumeak: ↑%20	EAEIOI
Gantz guztien eta gantz asean kopurua menu kolektiboetan	--	Gantzak guztira < %30 kcal menuan Gantz aseak < %10 kcal menuan	Osasun Saila
Gatz-kopurua menu kolektiboetan	9,8 gr egunean (2009)	<5 gr egunean	Osasun Saila

5.3. HELBURUA

SEXU ETA UGALKETA OSASUNA

Sexualitate osasuntsu, gozagarri eta parekideko bizipe-
nak sustatzea.

Ugalketa-prozesuan zehar arreta integral, jarraitu eta
kalitatezkoa eskaintzea.

EKINTZAK

5.3.1. Sexu-osasunerako informazio eta hezkuntzaren
gaineko programak diseinatu, genero-berdintasunean eta
aniztasun sexualaren errespetuan oinarrituta.

5.3.2. Sexu-osasunerako arreta sustatu laguntza-eremu
desberdinetan, ahuleziaren eta aniztasunaren testuinguru
desberdinak kontuan hartuta.

5.3.3. Antisorgailuak eskuratzeko aukerak hobetu.

5.3.4. Laguntza-prozesu integratua bermatu, kontzepzio-
aren aurreko fasean eta, ondoren, haurdunaldian, erdi-
tzean, puerperioan eta haurtxoaren arretan zehar, betiere
ebidentzia onenean oinarritutako jardunbide klinikoko gi-
den arabera.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Haurdunaldiaren aurretik eta bitartean azido folikoaren ekarpen egokia duten emakumeak	%50 (2011) ⁵⁰	> %70	Osakidetza
Haurdunaldi-erditze-puerperioko laguntza -prozesu integratutun prozesua (%)	--	%100	Osakidetza
Episotomia erditze eutozikoan (%)	%36 (2010) ⁵¹	<%15	Osakidetza
Haurdunaldiaren Borondatezko Etenduren (HBE) tasa x adin emankorreen dauden 1.000 emakume	9,9 (2011)	↓ %50	HBE Erregistroa

5.4. HELBURUA

MENDEKOTASUNAK

Mendekotasun-jarrerak prebenitzea (alkohola, tabakoa, beste substantzia batzuk, substantziarik gabeko mendekotasunak), tabako eta alkoholaren nahiz beste substantzia batzuen kontsumoaren hasiera murriztu eta atzeratzea, eta mendekotasunen ondoriozko mina murriztea.

EKINTZAK

5.4.1. VI. Mendekotasun Planean⁵¹ aurreikusitako ildo estrategikoak eta ekintzak garatu, batez ere honako xede hauek lortzeko neurriak:

- Substantzien kontsumoan hasteko adina atzeratzea
- Tabakoaren, alkoholaren eta mendekotasuna sortzen duten beste substantzia batzuen presentzia eta eskaintzak murriztea
- Prebentzio unibertsaleko programak eta ahulezia be-
rezia duten taldeei zuzendutako programak finkatzea, eskola, familia eta erkidegoko eremuak lehenetsiz.
- Bizimodu, ohitura eta balore osasuntsuak eta prosozia-

lak sustatzea, erakunde arteko koordinaziotik eta hirugarren sektorearekiko lankidetzatik.

- Arrisku eta minen estrategia finkatzea.

5.4.2. “Tabako-kerik gabeko Euskadi”⁵² estrategian aurrera egin.

5.4.3. Alkoholaren arriskuaren kontsumoak murrizteko esku-hartzeak garatu.

5.4.4. Substantziarik gabeko mendekotasunen tratamenduak sustatu prebentzioari eta tratamenduari dagokienez.

5.4.5. Mendekotasunen araudia berrikusi eta eguneratu.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Tabakismoaren prebalentzia	Gizonak: %24,1 Emakumeak: %18,7 (2013)	Gizonak: ↓%20 Emakumeak: ↓%20	EAE01
Desberdintasun sozialak tabakismoan (15-44 urte)	DIE Gizonak: %2,03 DIE Emakumeak: %2,37 (2013)	Gizonak: ↓%20 Emakumeak: ↓%20	EAE01
Besteren tabakoaren kea jasaten duten pertsonak	Gizonak: %17,1 Emakumeak: %15,6 (2013)	Gizonak: ↓%50 Emakumeak: ↓%50	EAE01
Lehen Mailako Arretan tabakismoaren gaineko osasun-kontseilua (%)	%33,7 (2012)	>%60	Osakidetza
Alkohola kontsumitzen hasteko adina (urteak)	Gizonak: 15,8 Emakumeak: 17,3 (2012)	18 urte	Euskadi eta Drogak
Alkohola arriskuarekin kontsumitzen duten 15-24 urteko gazteen osasun-arazoaren prebalentzia	Gizonak: %17,3 Emakumeak: %17,9 (2013)	↓%30	EAE01
Alkoholaren gehiegizko kontsumoa asteburuetan gazteen artean (15-34 urte)	Mutilak: %15,7 Neskak: %7,0 (2012)	Mutilak: ↓%20 Neskak: ↓%20	Euskadi eta Drogak
Alkoholaren kontsumo arriskutsuarekin lotutako osasun-arazoaren prebalentzia	Gizonak: 25,1 Emakumeak: 14,7 (2013)	↓%10	EAE01
Kanabisaren eguneroko kontsumoa gazteen artean (15-34 urte)	Mutilak: %2,5 Neskak: %0,9 (2012)	Mutilak: ↓%10 Neskak: ↓%10	Euskadi eta Drogak

5.5. HELBURUA

OSASUN MENTALA

Osasun mentalaren eta osasun emozionalaren sustatzea, gizarte eta genero-desberdintasunak kontuan hartuta.

EKINTZAK

5.5.1. Gizartean parte hartzen eta harremanak izaten laguntzen duten erkidego-sareak indartzeko, sektore-arteko neurriak hartu, emakumeengan, adingabeengan eta adinekoengan arreta berezia jarrita.

5.5.2. Estresa, antsietatea eta depresioa prebenitzeko esku-hartzeak diseinatu, talde ahulenei eta lan-inguruari zuzenduta.

5.5.3. Gizarte-bazterkeriako edo marjinalitateko arrisku altua duten arloetan erkidego-jarduerak diseinatu, nahasmendu mentalen eta mendekotasunen baldintzatzaileen gainean jarduteko.

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Osasun mental onaren prebalentzia, maila sozialaren eta generoaren arabera (MHI-5)	Gizonak: I. taldea: 76,1 V. taldea: 70,1 Diferentzia: %6,0 Emakumeak: I. taldea: 69,3 V. taldea: 66,1 Diferentzia: %3,2 (2013)	Gizonak: ↓%50 Emakumeak: ↓%30	EAE01

5.6. HELBURUA

INGURUMENA

Ingurumenaren kalitatea bermatzea, ingurumen-arriskuak (ura, elikagaiak, airea eta lurra) kontrolatuz, haien jarraipena eginez eta haien gaineko informazioa hiritarrei emanez.

EKINTZAK

5.6.1. Ingurumen-arriskuen kontrol eta jarraipenean koordinazio instituzionala sustatu.

5.6.2. Biztanleriak ingurumenaren gaineko informazioa eskuratzeko aukera eta kalitatea hobetu.

5.6.3. Elikagai eta edarien segurtasunaren gaineko bermeak hobetu, osasunarekin lotutako arriskuen aurrean biztanleriaren ezagutza eta partaidetza indartuz.

5.6.4. Ingurumen-esposizioen biomonitorizazioa garatu, biztanlerian orokorrean eta talde ahuletan bereziki (haurdunetan eta haurretan).

j. PM10: 10 mikratik beherako tamaina duten eta airean eskegita dauden partikulak. 20µg/m³: OMEren gidaren maila.

5.7. HELBURUA

LAN INGURUA

Gaixotasun profesionaleko eta langileen istripuetako arriskurik garrantzitsuenak prebenitzea, gizarte eta genero desberdintasunak kontuan hartuta.

EKINTZAK

5.7.1. Gaixotasun profesionalen, istripuen eta lan-arriskuen zaintza-mekanismoak garatu eta hobetu

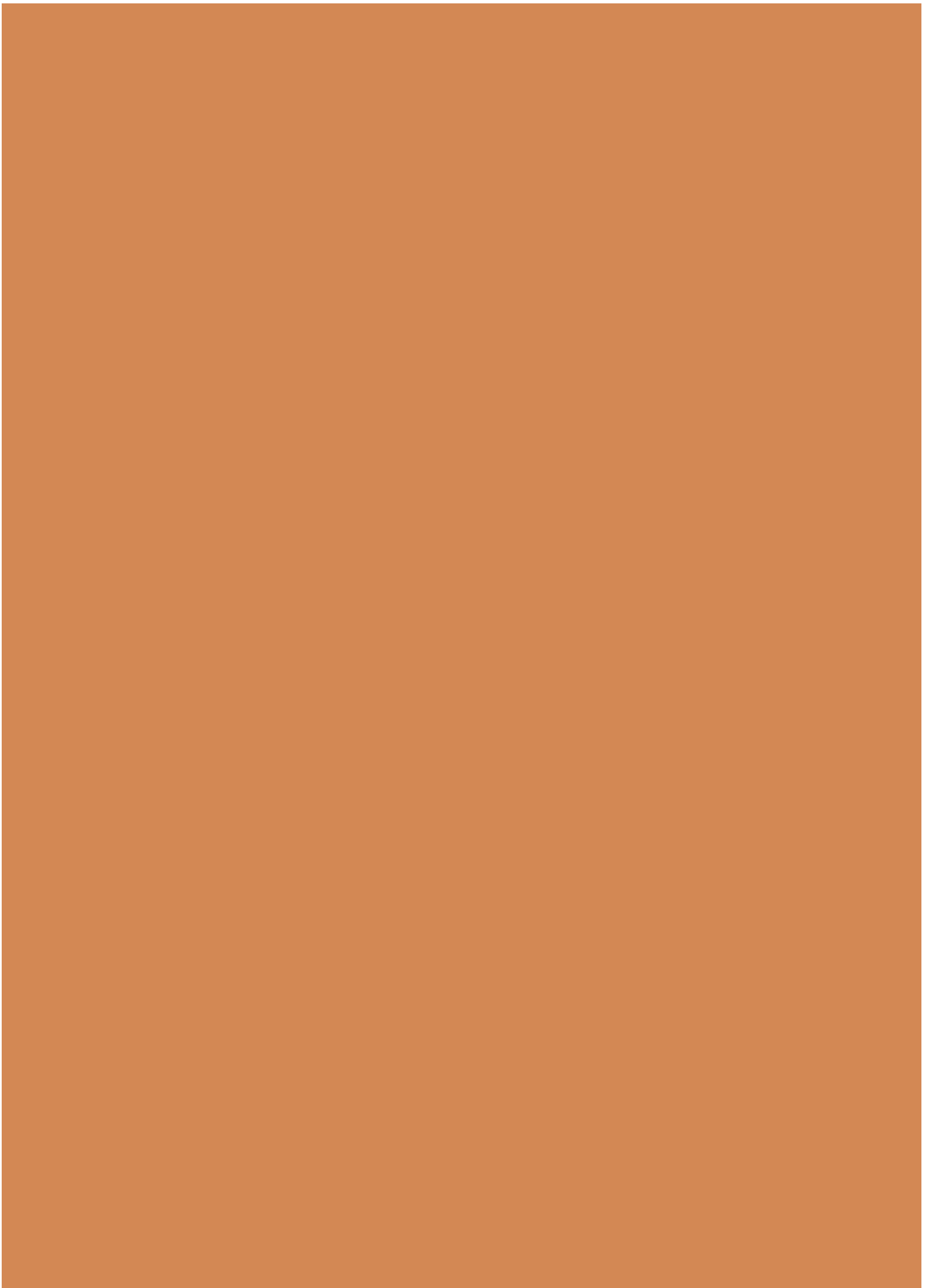
5.7.2. Laneko Segurtasun eta Osasun Estrategia garatu⁵³.

5.7.3. Laneko osasunaren eta istripu-tasaren gaineko ikerketa sustatu.

5.7.4. Prebentzio-zerbitzuen eta laneko osasun-batzordeen esku-hartzea sustatu, laneko estresa eta lanarekin lotutako nahasmendu mentalak prebenitzeko.

5.7.5. Lanean ohitura osasuntsuak sustatu eta erraztu (arriketa fisikoa, elikadura osasuntsua, mendekotasunen prebentzioa)

ADIERAZLEAK	EGUNGO EGOERA	2020KO HELBURUA	ITURRIA
Gaixotasun profesionalen eragin-tasa	Gizonak: %4,16 Emakumeak: %1,51 (2012)	↓%10	OSALAN
Lan-istripu mortalaren eragin-tasa	Gizonak: 8,7/100.000 Emakumeak: 0,9/100.000 (2012)	↓%10	OSALAN
Lan-arriskuen prebentzio-zerbitzuen eskutik zaindutako enpresak	%54,3 (2012)	>%95	OSALAN



**6.
EZARPENA
ETA
JARRAIPENA**

2013-2020 OSASUN PLANAREN EZARPENA ETA JARRAIPENA

Antolamendu Sanitarioaren Legearen arabera, Euskadiko osasunaren arloko jardun publiko guztiak Osasun Planean jasotzen dira.

EAEko biztanleen osasun-arreta erabat aldatzeko prozesuan lehenengo urratsa Osasun Plana da. Izan ere, planean jasotzen diren estrategiak eta ekintzak lurralde-mailako, osasunaren antolamenduko, udal-mailako eta abarreko planen bidez zabaldu beharko dira. Eta aurrerantzean eragile guztiak batera lan egiten hasi beharko da aldaketarako proiektuak zehazteko eta ezartzeko.

Ebaluazioa, jarraipena eta kontu-ematea funtsezkoak

OSASUN PLANAREN ZUZENDARITZA

Osasun Plana ez da asmoz betetako dokumentu hutsa; aitzitik, Osasun Sailak hurrengo urteetan emango duen arretaren eredia ezartzeko ibilbide-orri moduan erabiliko da. Sail horrek izango du proiektuak gauzatzeko eta helburuen ebaluazio publiko eta gardena egiteko ardura. Zentzu horretan, Sailak honako konpromisoak hartu ditu: diseinatu diren proiektuak ezarriko dira, helburuen adieraz-leak urtero monitorizatuko dira eta Eusko Legebiltzarreko Osasun Batzordearen esparruan urtero ebaluazio publikoa egingo da.

Biztanleen osasuna eta ongizatea ondo zuzentzeko elkarri oso lotuta dauden erronka bi gainditu behar dira:

- Osasunaren aldeko gobernantza: zeharkakotasuna eta sektore-artekotasuna administrazio publikoetan, ekoizpen sektorean eta hirugarren sektorean. Gobernuak eta beste eragile batzuek ahalegina egingo dute osasuna biztanleen ongizaterako ezinbesteko alderdia izan dadin.
- Osasunaren gobernantza: osasun-sistema sendotu egin behar da ekitatea, iraunkortasuna, kalitatea eta eraginkortasuna kontuan hartuta.

Biztanleen osasun ona kudeatzeko Eusko Jaurlaritzak aitzindarritza argia izan behar du, Osasun Sailaren bitartez. Horretarako, gainera, antolaketa-proposamen bat egin behar du erakunde eta sozietate guztientzat. Eta proposamen horren norabidea seinalatzen, Osasuna Politika Guztietan leloaren ikuspegia dago.

izango dira Plan hau behar bezala gauzatzeko, jardun-ildo desberdinak etengabe hobetuz eta egokituz. Planeko ebaluazio-printzipioek honako helburu hau dute: proposatutako jarduera bereziek Euskadiko biztanleen osasunean izango dituzten ondorioak neurtzea, eta, horrekin batera, desberdintasunak murriztea eta osasun-sistema sendotzea

Azaldutako irizpideak eta ikuspegia kontuan hartuta, honako hau izango da Osasun Planaren kudeaketa, bultzada, jarraipen eta ebaluazioaren antolaketa:

A.- Osasunaren ALDEKO gobernantza

A.1.- Sailen Artekua

1.- Zuzendaritza Batzordea

2.- Politika Guztietako Osasun Batzorde Teknikoa

A.2.- Erakundearen Artekua

B.- OsasunaREN gobernantza

B.1.- Sailaren Barnekoa: Osasun Saila-Osakidetza

1.- Osasun Sailaren Zuzendaritza Kontseilua

2.- Osasun Planaren Batzorde Teknikoa

A. OSASUNAREN ALDEKO GOBERNANTZA

A.1.- SAILEN ARTEKOA

1. Osasun Planaren Zuzendaritza Batzordea 2013-2020

OSAKETA	
BATZORDEBURUA	Lehendakaria
SAILBURUORDE-MAILAN ORDEZKATUTAKO ARLOAK	Lehendakaritzaren Idazkaritza Nagusia Teknologia, Berrikuntza eta Lehiakortasuna Merkataritza eta Turismoa Nekazaritza, Arrantza eta Elikagaigintza Politika Gizarte Politikak Etxebizitza Ekonomia eta Aurrekontuak Hezkuntza Kultura, Gazteria eta Kirolak Osasuna Osakidetza Ingurumena Garraioak Lurralde Plangintza eta Hirigintza

Batzorde honek berrikusi eta zehatuko ditu Autonomia Erkidegoko Osasun Planeko estrategiak eta helburuak, Osasuna Politika Guztietan ideiarene eta garapen iraunkorraren ikuspegitik. Sektore-politiketan iraunkortasun-printzipioak bultzatuko ditu, dagozkion arloetan, eta herritarrek foroe-tan eta prozesuetan parte-hartze handiagoa izan dezaten bultzatuko ditu.

Eginkizunak:

- Osasun Planean jasotzen diren konpromisoak erantzuki-detasunez zehazten eta aplikatzen direla zaindu, betiere konpromiso horiek Eusko Jaurlaritzako sailen eskumen-esparrukoak badira.
- Osasuneko ekitatean eragin handiena izan dezaketen politika publikoak identifikatu eta zehaztu; gizarteko desberdintasunak murrizteko ekintzak proposatu; ekin-tza horiek aurrera eramateko beharrezkoak diren baliabi-deak eskaini, eta baita ebaluatze bitartekoak ipini ere.

2. Politika Guztietako Osasun Batzorde Teknikoa

Eginkizunak:

- Planean proposatzen diren esku-hartzeko estrategiak garatzeko ekintza egokiak proposatu eta diseinatu, eta erabilgarri dauden baliabideen arabera horiei lehenetsia eman.
- Eusko Jaurlaritzaren barne-koordinazioan parte-hartze aktiboa izan, Osasuna Politika Guztietan lehenetsia lotuta dauden proposamenak aurkeztuz.
- Autonomia, lurralde eta udalen mailako gobernuetako eta gobernu kanpoko eragileak sentibilizatu Osasuna Politika Guztietan estrategiaren printzipioetan eta horien garapenean.
- Inplikaturik dauden sektore guztiek, bakoitzat bere alde-tik, bi urtean behin txosten bat egin Osasun Plana balioz-kozten eta horren aldeko konpromisoa hartzen.
- Sektore sanitarioko eta ez-sanitarioko politika publikoek osasunean eta osasunaren ekitatean duten eragina eba-luatzea sustatu.
- Osasun Planak osasunean dituen emaitzak ebaluatu, eta emaitza horien urteko txostena egin, gero Osasun Planeko Zuzendaritza Batzordeari helarazteko.

OSAKETA	
BATZORDE-BURUA	Osasun Publikoaren eta Adikzioen zuzendaria
KIDEAK	Zuzendaritza Batzordean ordezkata dauden sailburuordetako teknikariak.

- Osasun Planaren helburuak monitorizatu, eta Planeko helburuetan eta jardunetan aldaketak eta egokitzapenak egiteko proposamenak egin.
- Administrazio publikoetako langileak Osasuna Politika Guztietan ideiarene esparruan trebatzeko esku-hartzeak egin; sektoreen eta erakundeen arteko koordinazio-lanak egin; biztanleek parte hartzeko bideak ezarri eta politika publikoek osasunean duten eragina ebaluatze meto-doak eta baliabideak aplikatu.

A.2.- ERAKUNDEEN ARTEKOA

Euskadiko Osasun Kontseilua eta Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako Osasun Arloko Kontseiluak badaudenez, Osasunaren aldeko Zuzendaritza gara daiteke, 260/1999 Dekretuaren bidez jada sortuta dauden egitura horiek aprobetxatuta.

Izan ere, dekretu horretan ezarrita daude Kontseiluen osaketa eta eginkizunak. Eta eginkizun horietako bat da, hain zuzen, kontsultak egin ahal izatea eta aholkuak eman ahal izatea, bai sistemako plan eta helburu orokorrak prestatzeko garaian eta bai, jardun ondoren, emaitzen jarraipena egitean eta azken ebaluazioan.

Horregatik, 2013-2020 Osasun Planak Euskadiko Osasun Kontseilua ezarri du Osasunaren aldeko Zuzendaritzaren egitura moduan.

B. OSASUNAREN GOBERNANTZA SAILAREN BARNEKOA

1. Osasun Sailaren Zuzendaritza Kontseilua

OSAKETA	
KONTSEILUBURUA	Osasun sailburua
KIDEAK	Sailburuordea; Osakidetzako zuzendari nagusia; Osasun Publikoaren eta Adikzioen zuzendaria; Aseguramendu eta Kontratazio Sanitarioko zuzendaria; Farmaziako zuzendaria; Osasun Ikerketa eta Berrikuntzako zuzendaria; Osasun Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazioko zuzendaria; Sailburuaren Kabineteko zuzendaria; Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorteko zuzendaria.

2. Osasun Planaren Batzorde Teknikoa

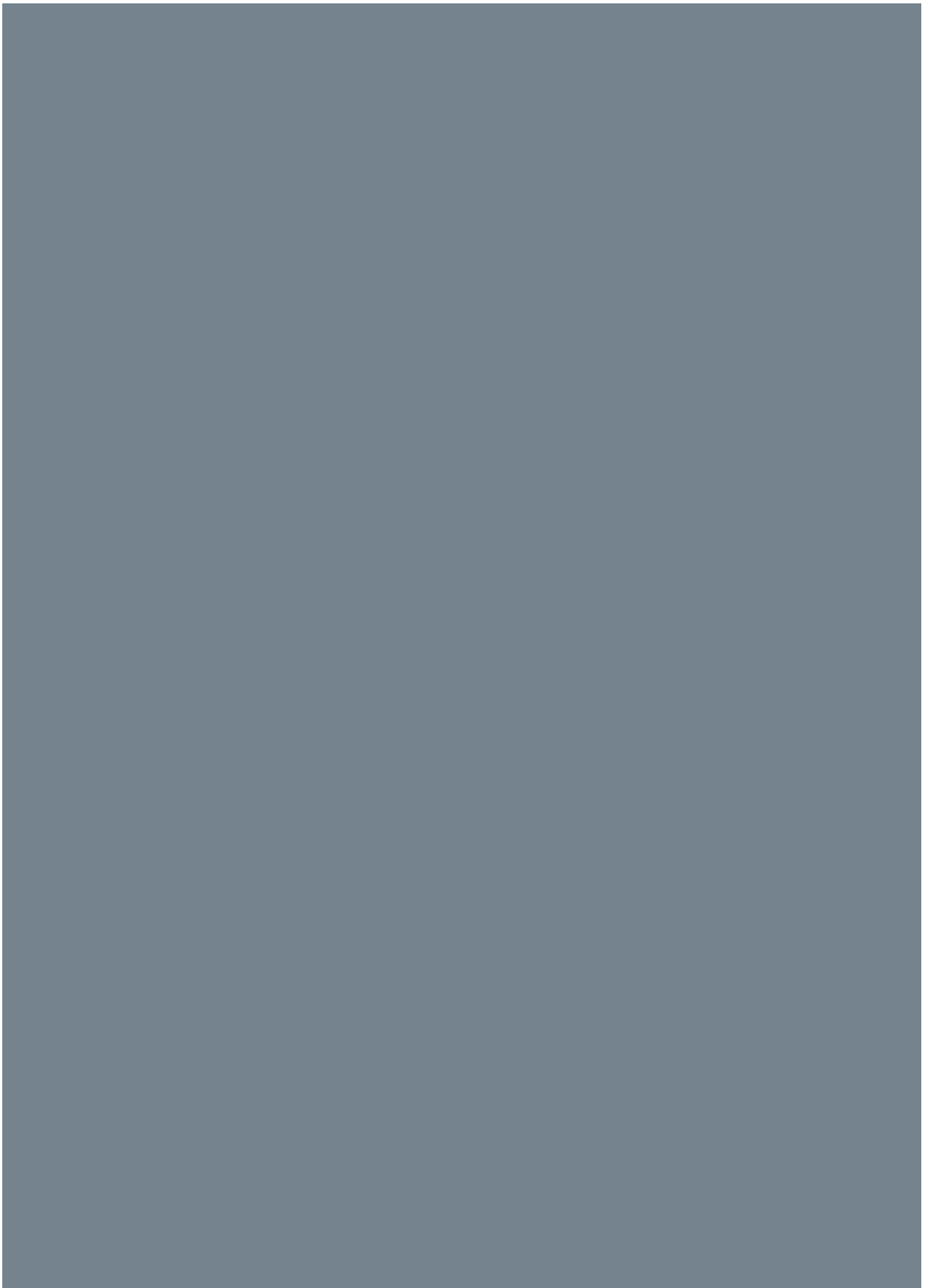
Osasun Sailaren Zuzendaritza Kontseiluari eman behar dizkio kontuak. Ekintzak betetzen direla ebaluatzeko ardurar du, eta Osasun Sailaren eskumeneren barruan, prozesu osoa bermatzen du.

Gaur egun Osasun Sailean indarrean dauden zerbitzuei, batzordeei eta egiturei eskatzen dizkie aholkuak eta laguntza: BIOEF, Osteba, Farmazia, Osakidetzako batzordeak, Osasun Sailaren aholkularitza kontseiluak.

Eginkizunak:

- Osasun Planaren aurrerapenari buruzko ebaluazioa egin aldian behin.
- Kontratazio sanitarioaren prozesua bideratu Osasun Planeko helburu eta estrategietara.
- Programak integratzen aurrera egin, aurrekontu egokiak eginez eta iraunkortasunaren printzipioa betez.
- Laguntzaren kalitatea hobetzeko ekintzak monitorizatu, programa-kontratuen eta itunen bidez.
- Programa-kontratuetan ezarritako adierazleak ebaluatu.

- Osasun Planari lotuta dauden Osasun Publikoko jardunak diseinatzen eta ezartzen lagundu, eta horien jarraipena egin, bakoitzari ezartzen zaizkion adierazleak kontuan hartuta.
- Politikak, programak edo proiektuak ebaluatzeko prozedurak, metodoak eta tresnak ipini, haiek biztanleen osasunean zernolako eragina duten eta eragin honek zein banaketa duen ikusteko.



7. ERANSKINAK

7.1.

1. ERANSKINA:

EUSKADIKO OSASUN PLANA 2013-2020 EGITEKO METODOLOGIA

Zalantzarik gabe, sektore askoren ikuspegietatik begiratzea bilatu da: kolektibo profesionalek parte-hartze handia izan dute eta herritarrek ere parte hartu dute. Tartean dauden sektore askoren ezagutza, informazioa eta parte-hartzea bideratuko duen barruko antolaketa-egitura ezarri da, Osasun Plana EAeko gizabanakoen eta kolektiboaren osasuna zuzenduko duen tresna izan dadin.

PLANAREN ANTOLAKETA- EGITURA

Plan hau lantzean, elkarri lotuta dauden batzordeak ezarri ziren hiru maila desberdinetan:

- Gauzatze-maila. Hasieran bost lantalde sortu ziren. Adituek eta sektore desberdinetako (hirugarren sektorea barne) ordezkariak osatu zituzten lantalde hauek, eta honako ezaugarriok zituzten: laguntzeko jarrera, sormena, ados jartzeko eta taldean lan egiteko gaitasuna, eta esperientzia praktikoa arlo pertsonalean nahiz profesionalean. Lantalde horietako bakoitzak Osasun Planaren lehentasunezko arloak mugatzeko behar diren estrategiak eta helburuak identifikatu behar zituen.

- Koordinazio-maila. Koordinazio teknikoko batzordea sartzen da maila honetan, eta honen helburu nagusia da lantaldeak eta horiei lotutako dokumentazioa kudeatzea. Jardueren eta estrategien artean koherentzia ezartzeko asmoz erredakzio-batzordea eratu da. Koordinazio-lanetan laguntzeko asmoarekin, berriz, aholkularitza tekniko eta laguntza logistikoa eta administratiboa emateko taldea sortu dira.

- Zuzendaritza-maila. Zuzendaritza batzordeak osatzen du. Batzorde honek Planaren edukia onartu behar du, eta gero, Planean sartuta dauden erakunde guztiei eduki horren berri eman eta edukia bera bidali behar die, hauek ere onar dezaten.

Plana lantzeko prozesua eta metodologia azaltzen dituen agiriaren zirriborria prestatu du Erredakzio-batzordeak, eta kronograma ere erantsi du. Halaber, Aholkularitza Teknikoak prestatutako agiriak (Gida metodologikoa, Lantaldeen oinarritzko agiriak) berrikusi eta onartu ditu, baita haien idazketa berrikusi, antolatu eta bateratu ere, eta, gainera, agiriei koherentzia eman die, edukiak adostutako formatura egokituz eta 2013-2020 Osasun Planak izan dituen zirriborroetan sartuz.

Aholkularitza Teknikoak prestatu ditu lantalde bakoitzaren gida metodologikoa, lan egiteko prozedura, oinarritzko agiriak eta galdeketak. Lantaldeen koordinazio teknikoak ere hark egin du, eta aholkularitza teknikoak idatzi du lantalde bakoitzean landutako produktuak jasotzen dituen lehenengo bertsioa, betiere horien arteko koherentzia mantentzen dela zainduz.

Laguntza Logistikoa eta Administratiboa emateko Taldeko kideek antolatu dute prozesuak behar bezala funtzionatzeko behar den laguntza logistikoa eta administratiboa; kide horiek kudeatu dituzte taldeak eratzeko prozesua eta deialdiak; bileretara joateko laguntza eurek eman dute; taldeetako koordinatzaileek eta lantaldeek behar zuten dokumentazioa eta informazioa banatu dituzte; lanak aurkezteko atzerapenak ikuskatu eta horietaz ohartarazi dute; bileren logistika kudeatu dute (gelak, ostatua...); etortze-ziurtagiriak eman dituzte.

Lantaldeak egitean, horiek osatuko zituzten kideak identifikatu behar izan ziren, Osasun Planean helburu nagusi moduan ezarritako arloen arabera. Hona hemen, taldeak osatzeko, kontuan hartu ziren irizpideak:

- Diziplina askotako kideak izatea; hau da, inplikaturako profil eta kategoria profesional guztiak ordezkatzen zituztenak.

- Sektore desberdinetako kideak izatea, osasun-laguntzatik harago joango ziren jarduerak eskatuko zituzten gaietarako.
- Proposamenek berez zituzten zeharkako elementuei lotutako profilak izatea (desberdintasunen murrizketa, genero ikuspegia, iraunkortasuna).

Eta honako hauek dira taldeetako kide bakoitza aukeratzeko erabili ziren irizpideak:

- Gaiari buruzko ezagutzak
- Esperientzia praktikoa (profesionala nahiz pertsonala)
- Ikuspegi osagarriak (eta ez aurkakoak)
- Laguntzeko jarrera
- Ados jartzeko eta taldean lan egiteko gaitasuna
- Sormena

8. irudia. Osasun plana lantzeko antolaketa-egitura



Iturria: Geuk egina

Gainera, taldeak osatzean honako alderdi hauek ere izan ziren kontuan:

- Gizonen eta emakumeen parte-hartze orekatua nahi zen. Taldeetan gizonen eta emakumeen kopurua parekoa izan behar zen, baina, horrez gain, taldeek emakumeen eta gizonen parte-hartze orekatua bultzatu behar zuten horien profil eta estamentu guztietan.
- Taldea osatzen zuten pertsonen argi adierazi behar zitzaizkien ez zeudela han estamentu, elkarte edo zientzia-sozietate baten ordezkaririk bezala, baizik eta, Plana diseinatzeke eurek zuten ikuspegia interesgarria zelako izan zirela proposatuak.

Talde bakoitzean buru bat aukeratu zen. Eta eginkizun hauek ezarri zitzaizkion:

- Parte-hartze aktiboa eta ekarpen sortzaileak bultzatzea taldean.
- KTBren eta taldeko kideen artean informazioa trukatzeko delako bermatzea, eta haien arteko lotura izatea.
- Eskatu diren zeharkako elementuak proposamenetan sartu direla bermatzea.

Koordinazio Teknikoak eginkizun hauek izan zituen:

- Taldearen lanak bideratzea, proposatu diren helburuetatik aldendu ez daitezen.
- Taldeko buru izendatzen den/diren pertsonarekin/pertsonekin lankidetzatza estua izatea.
- Taldeko kide bakoitzak ematen duen informazioa prozesatzea, horretarako diseinatu den formatuan.
- Taldeko kide bakoitzaren ekarpenen akta egitea, eta horiek laburtzea.
- Bilerak bideratzea, kide guztiek parte hartzen dutela eta lanerako metodoak eta epeak errespetatzen direla bermatzeko.
- Talde bakoitzak adostutakoaren azken dokumentuaren zirriborroa prestatzea.

IX. Legegintzaldiaren amaiera aurreratuarekin batera bukatu zen 2012-2020 Osasun Planaren 1.0 bertsioa izezez ezagutzen denaren garapen-fasea. Bertsio hori aurkeztu zitzaion Sail berriari, eta honek, bere talde izendatu berriarekin, bertsioa aztertu eta ebaluatu egin zuen. Funtsean, bertsio horren ildoak eta helburuak onartu egin zituen; hala ere, norabidea transformatu zuen eta esku-hartzeen zeharkakotasunean eta sektore-artekotasunean aldaketak sartu zituen biztanleen osasuna hobetzeko asmoz.

Horrela, lantaldeek egindako lan tekniko itzela aprobetxatu zen eta erredakzio-taldeak egokitu egin zituen Saileko zuzendaritza-taldeak egindako proposamenak.

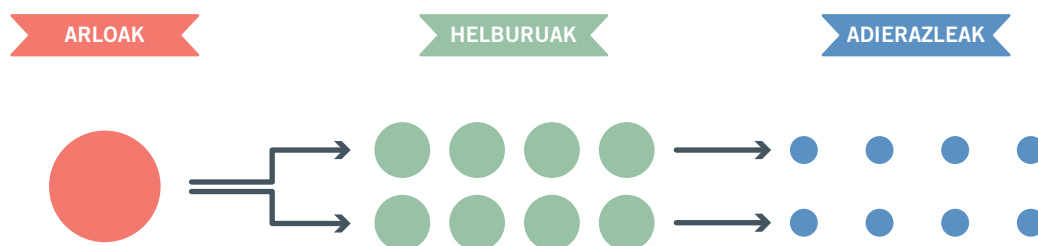
2013-2020 EUSKADIKO OSASUN PLANAREN EGITURA

Euskadiko Osasun Planaren egitura zehaztean 5 arlo hartu ziren oinarri moduan, biztanleen osasun-ikuspegiaren, osasun-baliabideen banaketaren gaineko azterketaren eta osasuneko desberdintasunen eragileen arabera.

“Esparru logikoaren ikuspegia” izeneko metodologia ezaguna jarraitu zen. Garapenerako Nazioarteko Lankidetzaren Norvegiako Agentziak (NORAD)^k diseinatu zuen ikuspegi hori, eta horren arabera planifikazioa egin behar da Osasun Planaren oinarritzko elementuak nagusi moduan ikusteko.

Horrela, zuhaitz itxurako egitura bat egin da ardatz bakoitzarentzat, plana errazago gauzatu eta ebaluatu ahal izateko (9. irudia).

9. irudia. 2013-2020 Euskadiko Osasun Planaren egitura

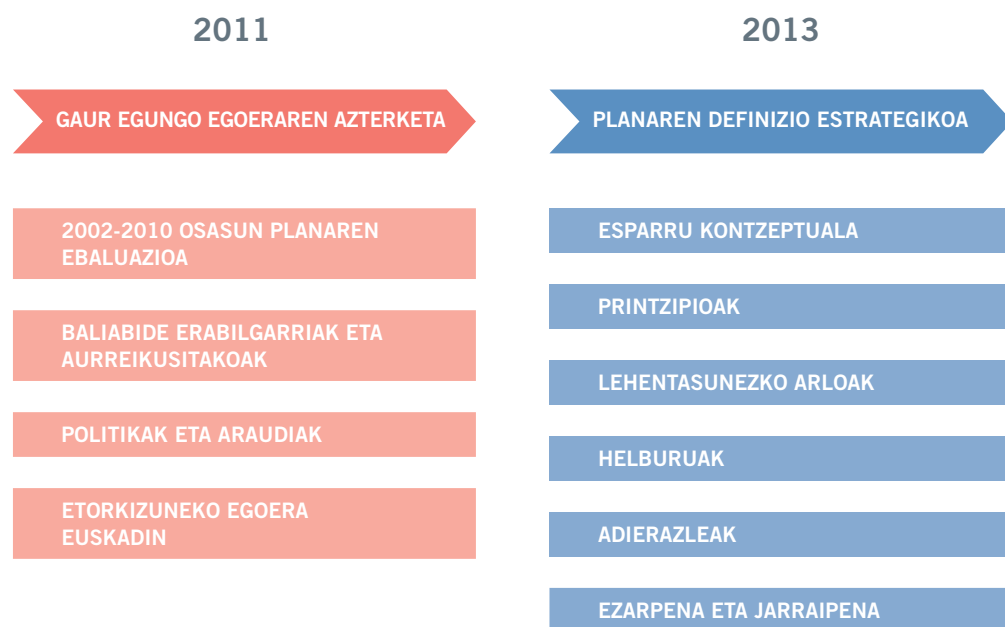


Iturria: Geuk egina

k. <http://www.norad.no/en/tools-and-publications/publications/publication?key=109408>
<http://www.norad.no/no/resultater/publikasjoner/publikasjon?key=109837>

Osasun Plana fase desberdinetan egin da. (10. irudia)

-
10. irudia
Euskadiko Osasun Plana
2013-2020 egiteko jarraitu
diren faseak.



Iturria: Geuk egina

Hasierako azterketa-fasean, 2002-2010 Osasun Plana ebaluatu zen; Plan berrirako aurreikus zitezkeen eta esku-
ra zeuden baliabideak aztertu ziren; pertsonen osasunari
zegozkion araudi eta politikak berrikusi ziren; eta, gainera,
Euskadin etorkizunean ager zitezkeen jokalekuak marraztu
ziren.

Estrategia definitzeko fasean, Plan berriaren esparru
kontzeptuala zehaztu eta erredaktatu zen; Planeko lehenta-
sunezko arlo bakoitzari bere helburu, ekintza eta adierazleak
definitu eta atxiki zitzaizkion; eta Planaren ezarpena eta ja-
rraipena nola egin zehaztu zen.




7.2.

2. ERANSKINA: 2002-2010 OSASUN PLANAREN EBALUAZIOA. EUSKADIRAKO OSASUN POLITIKAK

Aurreko 2002-2010 Osasun Plana, Euskadirako Osasun Politikak ezarri zituena, amaitu ostean, haren ebaluazioa egin zen. Ebaluazio horren emaitza Eusko Legebiltzarrean aurkeztu zen, 2012ko otsailaren 8an¹.

Planaren arabera, urte gehiago bizi gara eta kalitate hobearrekin. Horregatik, Euskadiko Osasun Plan berriak ezinbestean erronka berriak izango ditu: zahartzea, patologia kronikoen areagotzea eta osasunaren esparruko gizarte-desberdintasunak. Hurrengo hamarraldian, bizitza-ohitura osasungarriak, kronikotasunaren kudeaketa eta politika guztietan osasun-ikuspegia txertatzea izango dira gainditu beharreko erronkak.

Jarraian ematen dira 2002-2010 Osasun Planean ebaluatu diren helburuak (7. taula). Bilakaera positiboa eduki arren bete ez diren helburuen kasuan, zenbateraino bete diren adierazten da. Honela bereizi dira:

-  HELBURUA LORTUTA
-  HELBURUA LORTU GABE, BAINA BILAKAERA POSITIBOA
-  HELBURUA LORTU GABE, ETA BILAKAERA NEGATIBOA

1. http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/plan_salud_2002_2010/es_ps/evaluacion_plan_salud.html

7. taula 2002-2010
Osasun Planaren helburuak.
Azken ebaluazioa.

HELBURUA	HASIERAKO DATUA	2010EKO HELBURUA	AZKEN DATUA	ITURRIA
1. Bizi-itxaropena jaiotzean, gizonezkoek	75,4 urte (1997)	↑ 76,8 urte ▲ %1,9	79,2 (2010) ▲ %5,04	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
2. Bizi-itxaropena jaiotzean, emakumezkoek	83,4 urte (1997)	↑ 84,3 urte ▲ %1,1	85,9 (2010) ↑ %3,00	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
3. Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena jaiotzean, gizonezkoek	65,1 urte (1997)	↑ 67,3 urte ▲ %3,4	69,6 (2007) ▲ %6,91	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
4. Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena jaiotzean, emakumezkoek	71,3 urte (1997)	↑ 72,8 urte ▲ %2,1	74,9 (2007) ▲ %5,05	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
5. Bizi-itxaropenaren gizarte-desberdintasunak, gizonezkoek	3,6 urte (1996-2000)	↓ 2,7 urte ▼ %25	3,5 urte (2001-2005) ▼ %2,78	Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
6. Bizi-itxaropenaren gizarte-desberdintasunak, emakumezkoek	1,2 urte (1996-2000)	↓ 0,9 urte ▼ %25	1,5 urte (2001-2005) ▲ %25	Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
7. Erretzen ez duten biztanleen proportzioa	%71 (1997)	↑ %80 ▲ %12,68	%75,1 (2007) ▲ %5,77	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
8. Inoren tabakoaren kea arnas dezaketen pertsonen proportzioa	%39 (1997)	↓ %10 ▼ %74,36	%21 (2007) ▼ %46,15	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
9. Gehiegi edaten duten 16 eta 65 urte arteko biztanleen proportzioa	%4,1 (1997)	↓ %3,5 ▼ %14,6	%2 (2007) ▼ %51,22	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
10. 16 urtetik gorako eguneko batez besteko alkohol-kontsumoa	12,8 gr (1997)	↓ 10,9 gr ▼ %14,84	9,7 gr (2007) ▼ %24,22	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
11. Legez kanpoko drogarik kontsumitzen ez duten pertsonen proportzioa	%74,1 (2000)	↑ > %80 ▲ > %7,96	%65,8 (2010) ▼ %11,2	Euskadi eta Drogak. Droga-mendekotasunen Euskal Behatokia

HELBURUA	HASIERAKO DATUA	2010EKO HELBURUA	AZKEN DATUA	ITURRIA
12. Astialdian jarduera fisikoa egiten duten 15 urtetik gorakoen proportzioa	%24 (1997)	↑ %32 ▲ %33,33	%25 (2007) ▲ %4,17	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
13. > 16 urteko pertsona gizenegien proportzioa	%10 (1989)	↓ %8 ▼ %20	%12,5 (2007) ▲ %25	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
14. Karbono-hidratoen energia-ekarpena	%45 (1989)	> %45	Informaziorik ez	Nutrizioari buruzko inkesta. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
15. Koipeen energia-ekarpena	%37 (1989)	< %35 ▼ > %5,7	Informaziorik ez	Nutrizioari buruzko inkesta. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
16. Osasunaren gainerako autobalorazioko gizarte-desberdintasunak, gizonezkoek	%193 (1997)	↓ %144,8 ▼ %25	%59 (2007) ▼ %69,42	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
17. Osasunaren gainerako autobalorazioko gizarte-desberdintasunak, emakumezkoek	%61,5 (1997)	↓ %46,1 ▼ %25	%116 (2007) ▲ %88,62	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
18. Tabakoaren konsumoko gizarte-desberdintasunak	%43 (1997)	↓ %32,25 ▼ %25	%60 (2007) ▲ %39,53	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
19. > 16 urteko pertsona gizenegien proportzioko gizarte-desberdintasunak	%223 (1997)	↓ %167,3 ▼ %25	%35 (2007) ▼ %84,3	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
20. 65 urtetik beherako gizonezkoen hilkortasun-tasa, tumore gaiztoengatik	115,9 x 100.000 (1996-1998)	Beherako joera ▼ >%0	98,8 x 100.000 (2009) ▼ %14,75	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
21. 65 urtetik beherako emakumezkoen hilkortasun-tasa, tumore gaiztoengatik	52,4 x 100.000 (1996-1998)	↓ 47,16 x 100.000 ▼ %10	53,5 x 100.000 (2009) ▲ %2,10	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
22. 65 urtetik beherako gizonezkoen hilkortasun-tasa, biriketako minbiziagatik	32,3 x 100.000 (1996-1998)	Gorako joera inbertitu ▼ >%0	29,4 x 100.000 (2009) ▼ %8,98	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
23. 65 urtetik beherako emakumezkoen hilkortasun-tasa, biriketako minbiziagatik	3,9 x 100.000 (1996-1998)	Gorako joera gelditu ▼ >=%0	10,3 x 100.000 (2009) ▲ %164,10	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila

HELBURUA	HASIERAKO DATUA	2010EKO HELBURUA	AZKEN DATUA	ITURRIA
24. Emakumezkoen hilkortasun-tasa, bularreko minbiziagatik	22,3 x 100.000 (1996-1998)	↓ 18,4 x 100.000 ▼ %17,5	16,2 x 100.000 (2010) ▼%27,35	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
25. Gizonezkoen hilkortasun-tasa, koloneko-ondesteko minbiziagatik	29,5 x 100.000 (1996-1998)	Tasa egonkortu ▲ %0	34,0 x 100.000 (2010) ▲ %15,25	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
26. Emakumezkoen hilkortasun-tasa, koloneko-ondesteko minbiziagatik	14,5 x 100.000 (1996-1998)	Tasa egonkortu ▲ %0	12,7 x 100.000 (2010) ▼ %12,41	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
27. Gizonezkoen hilkortasun-tasa, buruko-lepoko minbiziagatik	22,6 x 100.000 (1996-1998)	↓ 20,3 x 100.000 ▼ %10	12,7 x 100.000 (2009) ▼ %43,81	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
28. 65 urtetik beherako gizonezkoen hilkortasun-tasa, zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik	57,1 x 100.000 (1996-1998)	↓ 45,7 x 100.000 ▼ %20	40,3 x 100.000 (2009) ▼ %29,42	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
29. 65 urtetik beherako emakumezkoen hilkortasun-tasa, zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik	16,1 x 100.000 (1996-1998)	↓ 12,9 x 100.000 ▼ %20	11,1 x 100.000 (2009) ▼ %31,06	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
30. Gizarte-desberdintasun erlatiboak 65 urtetik beherako gizonezkoen hilkortasun-tasan, zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik	%27 (1996-2000)	↓ %20 ▼ %25	%36 (2001-2005) ▲ %33,33	Osasun Azterketen eta Ikerketen Zerbitzua. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
31. Gizarte-desberdintasun erlatiboak 65 urtetik beherako emakumezkoen hilkortasun-tasan, zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik	%40 (1996-2000)	↓ %30 ▼ %25	%71 (2001-2005) ▲ %77,5	Osasun Azterketen eta Ikerketen Zerbitzua. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
32. 75 urtetik beherako gizonezkoen hilkortasun-tasa, garuneko-hodietako gaixotasunengatik	23,0 x 100.000 (1996-1998)	↓ 18,4 x 100.000 ▼ %20	13,2 x 100.000 (2009) ▼ %42,61	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
33. 85 urtetik beherako emakumezkoen hilkortasun-tasa, garuneko-hodietako gaixotasunengatik	25,5 x 100.000 (1996-1998)	↓ 20,4 x 100.000 ▼ %20	14,8 x 100.000 (2009) ▼ %41,96	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila

HELBURUA	HASIERAKO DATUA	2010EKO HELBURUA	AZKEN DATUA	ITURRIA
34. Gizonezkoen hilkortasun-tasa, kardiopatia iskemikoagatik (25-74 urte)	83,1 x 100.000 (1996-1998)	↓ 70,6 x 100.000 ▼ %15	49,4 x 100.000 (2009) ▼ %40,55	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
35. Emakumezkoen hilkortasun-tasa, kardiopatia iskemikoagatik (25-74 urte)	17,2 x 100.000 (1996-1998)	↓ 14,7 x 100.000 ▼ %15	8 x 100.000 (2009) ▼ %53,49	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
36. Diabetesari lotutako itsutasunaren eragina	Erretinopatia diabetikoa duten 260 afiliatu (2000)	↓ 173, erretinopatia diabetikoa duten afiliatuak ▼ %33,33	erretinopatia diabetikoa duten 252 afiliatu (2009) ▼ %3,08	ONCE
37. Diabetesari lotutako giltzurruneko gutxiegitasunaren eragina	Giltzurruneko 9 transplante, diabetesa giltzurruneko gaixotasun primario moduan duten gaixoei (2000)	↓ 6 giltzurruneko transplante, diabetesa giltzurruneko gaixotasun primario moduan duten gaixoei ▼ %33,33	Giltzurruneko 7 transplante diabetesa giltzurruneko gaixotasun primario moduan duten gaixoei (2007) ▼ %22,22	EAEko giltzurruneko gaixoei buruzko informazio-unitatea (GGAIUN).
38. Bigarren mailako mozketak diabetes mellitusean	135 (2000)	↓ 90 ▼ %33,33	112 (2009) ▼ %17,04	Ospitaleko alden erregistroa (OGDM). Osasun eta Kontsumo Saila
39. Hilkortasun-tasa, zirkulazioko istripuengatik	12,9 x 100.000 (1996-1998)	↓ 10,3 x 100.000 ▼ %20	4,2 x 100.000 (2010) ▼ %67,44	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
40. Hilkortasun-tasa, laneko istripuengatik	14,0 x 100.000 (1996-1998)	↓ 8,4 x 100.000 ▼ %40	5,5 x 100.000 (2009) ▼ %60,71	OSALAN - Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea
41. Astialdiari eta kirolari lotutako gaixotze-tasa, etxeke istripuengatik	%5 (1997)	↓ %4 ▼ %20	%4 (2007) ▼ %20	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
42. Hilkortasun-tasa, nork bere burua hiltzeagatik	7,0 x 100.000 (1996-1998)	7X100.000tik behera mantendu ▼ >%0	4,9 x 100.000 (2010) ▼ %30,00	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
43. Polio autoktonoa	0 (1999)	0 kasu mantendu ▲ %0	0 kasu (2009) ▲ %0	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
44. Difteria	0 (1999)	0 kasu mantendu ▲ %0	0 kasu (2009) ▲ %0	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
45. Tetanosa	0 (1999)	0 kasu mantendu ▲ %0	0 kasu (2009) ▲ %0	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila

HELBURUA	HASIERAKO DATUA	2010EKO HELBURUA	AZKEN DATUA	ITURRIA
46. Haemophilus influenzae (gaixotasun inbaditzailea)	0 (1999)	0 kasu lortu ▼ %100	1 (2009) =	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
47. C meningitisa	0 (1999)	0 kasu lortu ▼ %100	3 (2009) ▼ %50	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
48. B hepatitis	0 (1999)	0 kasu mantendu ▲ %0	0 kasu (2009) ▲ %0	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
49. Elgorria	3 (1999)	0 kasu lortu ▼ %100	0 (2009) ▼ %100	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
50. Errubeola	7 (1999)	0 kasu lortu ▼ %100	0 (2009) ▼ %100	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
51. Parotiditisa	57 (1999)	0 kasu lortu ▼ %100	111 (2009) ▼ %94,74	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
52. Tuberkulosiaren intzidentzia-tasa	34,7 x 100.000 (1997-1999)	↓ 10,4 x 100.000 ▼ %70	19 x 100.000 (2009) ▼ %45,24	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
53. Tuberkulosi miliarraren eta meningitis tuberkuloaren kasuak, urte 1etik beherako pertsonengan	0 (1997-1999)	0 kasu mantendu ▲ %0	kasu 1 (2009)	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
54. Ospitaleratuta dauden bitartean infekzio nosokomiala hartzen duten gaixoen proportzioa	%6,7 (1999)	↓ <%6,5 ▼ ≥%3	%6 (2009) ▼ %10,45	INOZ. Osakidetzaren Urteko Memoria
55. Sortzetiko sifiliaren kasu berriak jaioberriengan	0 (1999)	0 kasu mantendu ▲ %0	0 kasu (2009) ▲ %0	EDO. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
56. GIB + duten jaioberrien kasuak	1 (1999)	0 kasu lortu ▼ %100	0 (2009) ▼ %100	HIESAren Unitatea. Osakidetza
57. GIB + duten kasu berrien kp.	186 (1999)	↓ <100/urtean ▼ ≥%46,24	207 (2009) ▲ %11,29	HIESAren Unitatea. Osakidetza
58. HIESA duten kasu berrien kp.	186 (1999)	↓ <100/urtean ▼ ≥%46,24	50 (2009) ▼ %73,12	HIESAren Unitatea. Osakidetza
59. Hilketaren-tasa, HIESAgatik	91 x 100.000 (1999)	↓ <50 x 100.000 ▼ ≥%45,05	45 x 100.000 (2010) ▼ %50,55	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestio eta Ebaluazio Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila

HELBURUA	HASIERAKO DATUA	2010EKO HELBURUA	AZKEN DATUA	ITURRIA
60. Haurren hilkortasun-tasa	4,8 x bizirik jaiotako 1.000 haur (1999)	↓ <4,8 x bizirik jaiotako 1.000 haur ▼ >%0	2,6 x bizirik jaiotako 1.000 haur (2010) ▼ %45,83	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
61. Jaiotza inguruko hilkortasun-tasa	6,1 x bizirik jaiotako 1.000 haur (1999)	↓ <6,1 x bizirik jaiotako 1.000 haur ▼ >%0	5,5 x bizirik jaiotako 1.000 haur (2010) ▼ %9,84	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
62. Hilkortasun-tasa kanpoko arrazoiengatik, 15 eta 29 urte arteko gazteengan	36,5 x 100.000 (1996-1998)	↓ 31 x 100.000 ▼ %15	15,9 x 100.000 (2009) ▼ %56,44	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
63. Bizi-itxaropena 65 urterekin, gizonezkoek	16,1 urte (1997)	↑ 17,7 urte ▲ %10	18,35 urte (2010) ▲ %13,98	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
64. Bizi-itxaropena 65 urterekin, emakumezkoek	21,4 urte (1997)	↑ 23,5 urte ▲ %10	23,34 urte (2010) ▲ %9,07	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
65. Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena 65 urterekin, gizonezkoek	11,3 urte (1997)	↑ 12,4 urte ▲ %10	14,5 urte (2007) ▲ %28,32	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
66. Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena 65 urterekin, emakumezkoek	13,1 urte (1997)	↑ 14,4 urte ▲ %10	17,2 urte (2007) ▲ %31,3	Heriotzen erregistroa. Ezagutzaren Gestioko eta Ebaluazioko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
67. Kalifikazio oneko ur-horniduretatik ura hartzen duten biztanleen %	%89 (1996-2000)	↑ %95 ▲ %6,74	%96 (2010) ▲ %7,87	Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
68. Suspentsioko partikuluen urteko batez besteko balioa (PM 10)	30 µg/m ³ (2000)	↓ <20 µg/m ³ ▼ >%33,33	19 µg/m ³ (2010) ▼ %36,67	Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun eta Kontsumo Saila
69. Gaixotasun profesionalaren intzidentzia-tasa	2,3 x 1000 (2000)	↓ 1,8 x 1.000 ▼ %20	3 x 1.000 (2009) ▲ %30,43	OSALAN - Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

Iturria: Geuk egina

7.3.

3. ERANSKINA: NAZIOARTEKO ETA NAZIOKO ERAKUNDEEN ETA ELKARTE PROFESIONALEN GOMENDIOAK

Erkidegoko Osasun Plan guztiek hartu behar dituzte oinarri moduan nazioarteko edo nazioko erakundeen eta elkarte profesionalen beste plan, adierazpen eta gomendioak, baldin eta horien helburuak eta premisak Osasun Planekoekin bat badatoz. Gomendio horiek, funtsean, Osasunaren esparruan desberdintasunak eragiten dituzten alderdiak jasotzen dituzte; halaber, osasunari lotutako politiken eta beste sektore batzuetako politiken artean nazioarteko, nazioko, eskualdeko eta tokiko sinergiak garatu behar direla jasotzen dute, eta osasunean ekitatea lortzeko neurriak sustatu behar direla azpimarratzen.

Beheko taulan, Euskadiko Osasun Plana 2013-2020k oinarritzat hartu dituen gomendio aipagarrienetako batzuk jasotzen dira (8. taula).

-
8. taula.
Nazioarteko eta nazioko erakunde
eta elkarte profesionalen gomendio
nagusiak.

GOMENDIOA	XEDEA	ERAKUNDE SUSTATZAILEA
Politika Guztietarako Osasun Adierazpena (OPG), Erroma	Osasuna politika publiko guztietan eta maila guztietan sartzea, sektoreen arteko lankidetzaz osasunerako ona eta garrantzitsua dela aitortuz eta Europako Batzordeak eta OMEk elkarrekin lan egin behar dutela azpimarratuz. Osasunaren gaineko eraginaren ebaluazioa da osasuna politika guztietan sartzeko metodorik garrantzitsuenak.	Europako Batzordea Hemen aurki daiteke: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopiano-Nuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf [Data: 2012ko uztailaren 11]
Belaunaldi batean desberdintasunak desageraraztea. Osasunaren Gizarte-baldintzatzaileen Batzordea. OME. 2008	Osasun-ekitatearen alde neurriak hartzea eta jardutea, helburu hori lortzeko nazioarteko mugimendua bultzatuz. Ekiteko hiru printzipio zehaztu dira: - Biztanleen bizi-baldintzak hobetzea, baita haiek jaiotzen, hazten, bizitzen, lan egiten eta zahartzen direneko inguruabarrak ere. - Bizi-baldintzen eragileak diren egiturazko faktoreen, hau da, boterearen, diruaren eta baliabideen banaketa desberdinaren aurka borroka egitea mundu-, nazio- eta toki-mailan. - Arazoen garrantzia neurtzea, esku-hartzeak ebaluatzea, ezagutzak areagotzea, osasunaren gizarte-baldintzatzaileen esparruan gaituta dauden pertsonak hartzea eta jendea gai honen inguruan sentsibilizatzea.	Osasunaren Mundu Erakundea Hemen aurki daiteke: http://www.who.int/social_determinants/the-commission/finalreport/es/index.html [Data: 2012ko uztailaren 11]
2011ko urriko Osasunaren Gizarte-baldintzatzaileen Munduko Biltzarren dokumentu teknikoa (zirriborroa).	Osasunaren gizarte-baldintzatzaileen gainean ekiteko funtsezko estrategien ikuspegi orokorra ematea ardurdun politikoei. Oinarritzko 5 gairi ekin behar zaie: - Gizarte-desberdintasunen arazoak. - Osasunaren sektorea eragile izatea, ekitateari eta sektore-artekotasunari buruzko elkarrizketetan. - Komunitatearen parte-hartzea eta aitzindaritzza, osasunaren gizarte-baldintzatzaileen gainean jarduterakoan. - Baldintzatzaileen gainean osotasunean jardutea, lehentasunak eta eragile nagusiak zehaztuz. - Monitorizazioa: neurtzea eta aztertzea, politikari osasunaren gizarte-baldintzatzaileen gaineko informazioa emateko.	Osasunaren Mundu Erakundea Hemen aurki daiteke: http://www.who.int/sdhconference/consultation/en/index.html [Data: 2012ko uztailaren 11]
Klima-aldaketara Egokitzeko Plan Nazionala	Administrazio publikoen arteko koordinazioa, Espainiako klima-aldaketaren eragina, zaugarritasuna eta aldaketaren aurreko egokitzapena ebaluatzerakoan. Herri-galdeketa baten ostean prestatu zen plan hau, eta bertan jaso ziren autonomia-erkidegoen, erakunde publikoen, gobernu kanpoko erakundeen eta gizarte-solaskideen ekarpenak eta iruzkinak.	Nekazaritza, Elikadura eta Ingurumen Ministerioa Hemen aurki daiteke: http://www.marm.es/es/cambio-climatico/planes-y-estrategias/ [Data: 2012ko uztailaren 11]

GOMENDIOA	XEDEA	ERAKUNDE SUSTATZAILEA
Protecting Health in Europe from climate change, WHO 2008	Osasuna babestea klima-aldaketak eragin ditzakeen ondorio kaltegarrietatik, eta aitortzea klima-aldaketa munduko osasun-segurtasunerako gero eta arriskutsuagoa dela.	Osasunaren Mundu Erakundea Hemen aurki daiteke: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/74401/E91865.pdf [Data: 2012ko uztailaren 11]
CAFE programa (Clean Air For Europe)	Estrategia integratua ezartzea eta, epe luzera, aireko kutsaduraren aurka borrokatzea eta kutsadura horren eraginaren aurrean gizakien osasuna eta ingurumena babestea. Programa honetan kutsatzaile batzuk murrizteko helburuak ezarri dira, eta aireko kutsaduraren aurkako borrokaren lege-esparrua finkatu da, bi ardatz nagusi erabilita: - Erkidegoko ingurumen-arloko legeria hobetzea. - Airearen kalitatearen gaineko kezkak dagokien politikan sartzea.	Europako Batzordea Hemen aurki daiteke: http://europa.eu/legislation_summaries/environment/air_pollution/l28026_en.htm [Data: 2012ko uztailaren 11]
Ingurumenari eta Osasunari buruzko Europako Ekintza-plana (2004-2010)	Ingurumen-faktore batzuek osasunean izan ditzaketen eragin kaltegarriak murriztea, eta ingurumenari, osasunari eta ikerketari dagokionez partaide guztiak elkarlanean ari daitezen bultzatzea. Zehazki, ingurumen-faktoreen eta arnas-gaixotasunen, garapen neurologikoaren nahasmenduen, minbiziaren eta alterazio endokrinoen arteko lotura jorratzen du ekintza-plan honek.	Europako Batzordea Hemen aurki daiteke: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_environment/l28145_es.htm [Data: 2012ko uztailaren 11]
Munduko Elikagaien Segurtasunari buruzko Erromako Adierazpena	Elikagaien segurtasun unibertsala lortzea, goseari eta malnutrizioari lotutako arazoaren aurrean neurriak hartuz. Elikagaien segurtasunerako borroka bultzatu nahi da, sektore publikoan eta pribatuan politikak eta erabakiak hartu behar dituzten arduradunen artean batez ere; baina, era berean, oro har jende guztiaren arreta elikagaien inguruan jarri nahi da. Gainera, jendeak beti nahikoa elikagai edukitzea eta elikagaiok osasuntsuak eta nutritiboak izatea lortu nahi da; jendeak horretarako aukera fisikoa eta ekonomikoa eduki behar du, bere beharrezan dietetikoak ase ditzan eta bizi aktiboaz eta osasungarriaz goza dezan.	Elikagaien eta Kulturaren Nazio Batuen Erakundea Hemen aurki daiteke: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/foodclimate/HLCdocs/declaration-S.pdf [Data: 2012ko uztailaren 11]
Nazioarteko Osasunaren Araudia	Mugak gainditu ditzaketen eta mundu osoko biztanleenganaino hel daitezkeen osasun publikoaren arrisku larriei aurrea hartzea eta aurre egitea. Araudi honen bidez herrialdeek nahitaez eman behar diote OMERi gaixotasun jakin batzuen agerraldiaren eta osasun publikoko gertaera zehatzen berri. Horrez gain, OMEk munduko osasun publikoa babesteko bete behar dituen prozedura batzuk ere zehaztu ditu.	Osasunaren Mundu Erakundea Hemen aurki daiteke: http://www.who.int/ihr/es/index.html [Data: 2012ko uztailaren 11]
Denok batera osasunaren alde: EBaren 2008-13rako ikuspegi estrategikoa	Europar Batasuneko osasuna hobetzeko oinarrizko printzipio eta helburu estrategiko batzuk jasotzen ditu estrategia honek. Osasuna hobetzeko emaitza zehatzak eskaintzen ditu, eta Europako Batzordeak sortu dituen finantza eta antolaketako baliabide batzuk aplikatzen ditu Batasuneko herrialdeekin, eskualdeekin eta interes duten pertsonekin batera.	Europako Batzordea Hemen aurki daiteke: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf [Data: 2012ko uztailaren 11]

7.4.

4. ERANSKINA: OSASUN PLANEAN ERAGINA DUTEN NAZIOKO, EUROPAKO ETA NAZIOARTEKO AKORDIOAK

2013-2020 Euskadiko Osasun Planaren helburuak zehaztu baino lehen Osasun Publikoaren alorrean Estatuko, Europako eta nazioarteko mailetan erreferentziakoak diren akordioen berrikuspen arina egin da.

Ikusketa honetan hainbat eremutako jardunak begiratu dira: osasunaren sustapenekoak, gaisotasunen prebentzioko eta segurtasun sanitariokoak, hiritarren bizi-kalitatea hobetu dezaketen estrategia iraunkorrekoak, ingurumenak osasunean duen eraginekoak, eta elikagai segurtasuneko eta higienekoak. 9. taulan ikus daitezke akordio hauen helburu nagusiak eta horien erakunde sustatzaileak.

-
9. taula.
Estatuek, Europak eta nazioarteak osasun publikoaren alorrean egindako akordio nagusiak.

OSASUN PUBLIKOARI LOTUTAKO AKORDIOAK	XEDEA	ERAKUNDE SUSTATZAILEA
Nazioarteko Osasunaren Araudia	Gaixotasunak nazioartean hedatu ez daitezkeen prebenitzea; hedapen horren aurkako neurriak hartzea; hedapena kontrolatzea; neurriko erantzuna ematea, osasun publikoko arriskuei bakarrik aurre eginez, eta betiere sahiestea nazioarteko trafikoarekin eta merkataritzarekin beharrezkoak ez diren interferentziak.	Osasunaren Mundu Erakundea (OME) Hemen aurki daiteke: http://www.who.int/ihr/es/ [Data: 2012ko uztailaren 11]
Erkidegoak Osasun Publikoan Ekiteko Bigarren Programa, 2008-2013	Herritarren segurtasun sanitarioa hobetzea; osasuna bultzatzea; gai horri buruzko ezagu-tza eta informazioa sortzea eta zabaltzea, prebalentzia handiko gaixotasunei aurrea hartzen eta horien intzidentzia murrizten lagun dezaketen ekintzen bidez.	Europako Parlamentua eta Kontseilu Europarra Hemen aurki daiteke: http://europa.eu/legislation_summaries/ [Data: 2012ko uztailaren 11]
Europar Batasuneko Garapen Iraunkorraren Estrategia	Herritarren bizi-kalitatearen etengabeko hobekuntza lortzea da helburu orokorra, eta, horretara iristeko, baliabideak eraginkortasunarekin kudeatuko eta erabiliko dituzten eta, gainera, ekonomiaren berrikuntza ekologiko eta sozialaren potentziala ustiatuko duten erkidego iraunkorren bitartez jardungo da, betiere oparotasuna, ingurumenaren zaintza eta gizarte kohesioa bermaturik izanda.	Europako Batzordea Hemen aurki daiteke: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/224-ES/ES/224-ES-ES.PDF [Data: 2012ko uztailaren 11]

Iturria: Geuk egina

7.5.

5. ERANSKINA:

TERMINOEN

GLOSARIOA

ABG	Adierazi Beharreko Gaixotasuna
BGBK	Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa
BI	Bizi-itxaropena
BJA	Biztanleria jardueraren arabera
BMGDP	Bularreko minbizia goiz detektatzeko programa
BPG	Barne-produktu Gordina
CAFE	Clean Air For Europe
DBH	Derrigorrezko Bigarren Hezkuntza
DG	Drepanozitoen Gaixotasuna
DIE	Desberdintasun Indize Erlatiboa
DM	Diabetes Mellitus
EAE	Euskal Autonomia Erkidegoa
EAEIMS	EAEko Informazio Mikrobiologikoaren Sistema
EAEOI	Euskal Autonomia Erkidegoko Osasunari buruzko Inkesta
EB	Europar Batasuna
EBI	Ezintasundun Bizi-itxaropena
EGBI	Ezintasunik gabeko Bizi-itxaropena
EIN	Estatistikako Institutu Nazionala.
EKUIS	Euskadiko Kontsumo Uren Informazio Sistema
ELGE	Ekonomia Lankidetzeta eta Garapenerako Erakundea
EOZ	Euskal Osasun Zerbitzua (Osakidetzeta)
ESI	Erakunde Sanitario Integratua
FK	Fibrosi Kistikoa

GGAIUN	EAEko giltzurruneko gaixoei buruzko informazio unitatea
GIB	Giza Immunoeskasiaren Birusa
GMI	Gorputz-masaren Indizea
GPB	Gizakien papilomaren birusa
HBE	Haurdunaldiaren Borondatezko Etendura
HHZP	Haurren Hortzak Zaintzeko Programa
HIAP	Health In All Policies
HIES	Hartutako Inmunoeskasiaren Sindromea
HTA	Hipertentsio Arteriala
INOZ	Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana
IZB	Istripu zerebrobaskularra
KTB	Koordinazio Teknikoko Batzordea
MCADD	Kate ertaineko gantz-azidoak
MHI	Mental Health Inventory. Osasun Mentaleko Indizea
MP	Milioi bat pertsonako
NBE	Nazio Batuen Erakundea
NORAD	Garapenerako Nazioarteko Lankidetzaren Norvegiako Agentzia
OEE	Osasunaren gaineko Eraginaren Ebaluazioa
OGDM	Oinarrizko eta Gutxieneko Datu Multzoa
OME	Osasunaren Mundu Erakundea
ONCE	Espainiako Itsuen Erakundea
OPG	Osasuna Politika Guztietan
OSALAN	Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea
PKU	Fenilalaninemia / Fenilzetonuria
PM10	10 mikratik beherako tamaina duten eta airean eskegita dauden partikulak
TBK	Tuberkulosia
TOF	Txantxarra duten, Obturatuta dauden eta Falta diren Hortzen Indizea
TPI	Tratamendu-plan Indibidualizatua
WHO	World Health Organization

7.6.

6 . ERANSKINA:

ERREFERENTZIA

BIBLIOGRAFIKOAK

¹ Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren Legea. Ekainaren 26ko 8/1997 Legea. EHAA, 138. zk. (1997-07-21).

² Fernández JM, Estébanez M, Zuazagoitia J, Basagoiti I, Vitoria A, Díez A. Evaluación del plan de salud, 2002-2010 = Osasun-planaren ebaluazioa, 2002-2010 [monografia Interneten]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/plan_salud_2002_2010/es_ps/evaluacion_plan_salud.html

³ Eusko Jaurlaritzak. Gobernu-programa 2012-2016: Herrialdeko hiru konpromiso betetzeko 1000 eguneko programa [monografia Interneten]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzak; 2013 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/3397/PROGRAMA_GOBIERNO_2012-2016-cast.doc?1375264785

⁴ Nazio Batuak. 66/2 ebazpena. 2011ko irailaren 19ko Batzorde Orokorrak onetsitako ebazpena: Batzorde Orokorraren Goi Mailako Bileraren Aitorpen Politikoa, Gaixotasun Ez Transmisiagarrien Prebentzio eta Kontrolari buruz (monografia Interneten). Nazio Batuak; 2012 [Data: 2013ko urriaren 17a]. Hemen aurki daiteke: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=S

⁵ WHA65(8): Gaixotasun ez transmitigarrien prebentzio eta kontrola: Batzorde Orokorraren Goi Mailako Bileraren emaitzak, Gaixotasun Ez Transmisiagarrien Prebentzio eta Kontrolari buruz. Hemen: Osasunaren 65. Mundu Batzarra. Ginebra; 2012ko maiatzak 21-26 [monografia Interneten]. Osasunaren Mundu Erakundea; 2012 [Data: 2013ko urriaren 17a]. Hemen aurki daiteke: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf#page=21

⁶ Smith SC, Chen D, Collins A, Harold JG, Jessup M, Josephson S et al. Moving From Political Declaration to Action on Reducing the Global Burden of Cardiovascular Diseases: A Statement From the Global Cardiovascular Disease Taskforce. Circulation [monografia Interneten] 2013ko urriaren 17a [Epub ahead of print]: [7 or.] DOI:10.1161/CIR.0b013e3182a93504. Hemen aurki daiteke: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/09/17/CIR.0b013e3182a93504.citation>

⁷ Belaunaldi batean desberdintasunak zuzentzea: osasun-ekitate lortzea, osasuneko gizarte-baldintzatzaileetan jardunez: azken txostena [monografia Interneten]. Osasunaren Mundu Erakundea. Osasuneko Gizarte-baldintzatzaileen Batzordea. Ginebra: OME; 2009 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

⁸ Rio de Janeiroko aitorpen politikoa, osasuneko gizarte-baldintzatzaileei buruz. Tokia: Osasunaren Gizarte-baldintzatzaileei buruzko Munduko Biltzarra. Rio de Janeiro; 2011ko urriak 19-21 [monografia Interneten]. Rio de Janeiro: Osasunaren Mundu Erakundea; 2011 [Data: 2013ko abuztuaren 19a] Hemen aurki daiteke: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

⁹ Health 2020: a european policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Hemen: Regional Committee for Europe, sixty-second session. Malta; 2012ko irailak 10-13 [monografia Interneten]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf

¹⁰ Commission of the European Communities. White paper: together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013: COM (2007) 630 final [monografia Interneten]. Brussels: Commission of the European Communities; 2007 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf

¹¹ Europar Batasuna. Europako Parlamentuaren eta Kontseilua-aren Araudi Proposamena, Hazkunderako Osasun Programa ezartzen duena; azken hori EBren urte anitzeko hirugarren ekintza-programa da osasunaren esparruan, 2014-2020 aldirako: COM (2011) 709 final [monografia Interneten]. Brusela: Europar Batasuna; 2011 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_es.pdf

¹² Espainian Osasuneko Gizarte Desberdintasunak Murrizteko Batzordea. Osasun Publikoko eta Kanpo Osasuneko Zuzendaritza Nagusia. Ekitaterantz: Espainian osasuneko gizarte-desberdintasunak murrizteko politika eta esku-hartzeen proposamena [monografia Interneten]. [Madril]: Osasun eta Politika Sozialeko Ministerioa; 2010 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf

¹³ Honakoaren egokitzapena: Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1990.

¹⁴ Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [monografia Interneten]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 [Data: 2013ko abuztuaren 22a]. Hemen aurki daiteke: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

- ¹⁵. Honen egokitzapena: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO strategy paper for Europe [monografia Interneten]. [Stockholm]: Institute for Futures Studies; 1991 [Data: 2013ko abuztuaren 19a]. Hemen aurki daiteke: <http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- ¹⁶. Katz MH. Structural interventions for addressing chronic health problems. *JAMA*. 2009; 302(6): 683-5. DOI:10.1001/jama.2009.1147.
- ¹⁷. Blankenship KM, Friedman SR, Dworkin S, Mantell JE. Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research. *Journal of Urban Health*. 2006; 83(1): 59-72. DOI: 10.1007/s11524-005-9007-4.
- ¹⁸. Esnaola S, Calvo M, Aldasoro E, Audicana C, Ruiz R, Montoya I et al. Euskal Autonomia Erkidegoko eremu txikiakoko hilortasun-atlasa=Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco=Atlas of mortality in small areas of the Autonomous Community of the Basque Country: 1996-2003 [monografia Interneten]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia=Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [Data: 2013ko abuztuaren 22a]. Hemen aurki daiteke: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20726/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/atlas_mortalidad.pdf
- ¹⁹. Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U. Evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en la CA de Euskadi: 1986-2007. (Osagin Txostenak 2011-1). [Monografia Interneten]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011 [Data: 2013ko abuztuaren 22a]. Hemen aurki daiteke: https://www6.euskadi.net/r85-ckpubl02/eu/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/Osagin%20Txostenak%202011-1.pdf.
- ²⁰. Osakidetza - Euskadi.net [egoitzaren weba]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2011 [Data: 2013ko irailaren 13a]. Osagin. <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-phosag00/es>
- ²¹. McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M (editores). Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences [monografia Interneten]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 [Data: 2013ko abuztuaren 22a]. Hemen aurki daiteke: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>
- ²². Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S (editores). Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies [monografia Interneten]. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 [Data: 2013ko abuztuaren 22a]. Hemen aurki daiteke: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
- ²³. St-Pierre L. Governance tools and framework for health in all policies [monografia Interneten]. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg=Council for Public Health and Health Care; [2010?] [Data: 2013ko abuztuaren 22a]. Hemen aurki daiteke: http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework1.pdf
- ²⁴. Lehendakaritza - Euskadi.net [egoitzaren weba]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2012 [Data: 2013ko irailaren 13a]. Zuzendaritza [hiru pantaila]. http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-contcoor/es/contenidos/informacion/v2_coordinacion/es_gobernan/gobernanza.html
- ²⁵. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Freiler A, Bobbili S, Bayoumi A et al. Getting Started with Health in All Policies: A Resource Pack. Report to the Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario). Toronto, Kanada: St Michael's Hospital; February 2011.
- ²⁶. Meijers E, Stead D. Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. Hemen: Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies - Interlinkages and Policy Integration [Internet]. Delft, The Netherlands; 2004 [Data: 2013ko irailaren 13a]. Hemen aurki daiteke: http://userpage.fu-berlin.de/fu/akumwelt/bc2004/download/meijers_stead_f.pdf
- ²⁷. Osakidetza - Euskadi.net. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2012 [Data: 2013ko urriaren 22a]. Euskadin kronikotasunari aurre egiteko estrategia. Hemen aurki daiteke: https://www.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
- ²⁸. Orueta JF, García-Alvarez A, Alonso-Morán E, Vallejo-Torres L, Nuño-Solinis R. Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision -- Analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. *BMC Public Health*[monografia Interneten] 2013, 13:870 [11 p.]. DOI:10.1186/1471-2458-13-870. Hemen aurki daiteke <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-870.pdf>
- ²⁹. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med*. 2007 Apr; 64(7): 1355-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.027>
- ³⁰. Eusko Jaurlaritza. Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila. Pobrezia eta Desberdintasun sozialen inkesta 2012: emaitza nagusiak [monografia Interneten]. [Gasteiz]: Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila; 2012ko azaroak 15 [Data: 2013ko abuztuaren 22a]. Hemen aurki daiteke: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-docuinfo/es/contenidos/informe_estudio/epds_2012/es_epds2012/adjuntos/EPDS_2012es.pdf
- ³¹. Eustat - Euskadi.net [egoitzaren weba]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2004 [2013an eguneratua; data: 2013ko irailak 13]. Biztanleria jardueraren arabera sailkatzeko inkesta. http://www.eustat.es/estadisticas/tema_57/opt_1/ti_Encuesta_de_poblacion_en_relacion_con_la_actividad/temas.html#axzz2chBggsAn
- ³². Esnaola S., Martín U., Bacigalupe A., Euskadin bizi itxaropeneko derberdintasun sozioekonomikoak. 1996-2006 arteko magnitudea eta aldaketa. [argitaratzeke]. [Vitoria-Gasteiz]: Eusko Jaurlaritza, Osasun Saila.
- ³³. Arteagoitia JM, Larrañaga MI, Rodríguez JL, Fernández I, Piniés JA. Incidence, prevalence and coronary heart disease risk level in known Type 2 diabetes: a sentinel practice network study in the Basque Country, Spain. *Diabetologia*. 2003 Jul; 46(7): 899-909. DOI 10.1007/s00125-003-1137-1. Epub 2003 Jun 27.
- ³⁴. Euskadiko Osasun Mentaleko Aholku Kontseilua = Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. EAEko osasun mentaleko estrategia dokumentua = Estrategia de salud mental de la CAPV [monografia Interneten]. Gasteiz: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud; 2010 [Data: 2013ko irailaren 25a]. Hemen aurki daiteke: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/estrategia_salud_mental/es_salud/adjuntos/estrategiaSaludMental.pdf
- ³⁵. Eustat. 2020ko proiektzio demografikoak. Emaizten azterketa [monografia Interneten]. [Data: 2013ko irailaren 25a]. Hemen aurki daiteke: http://www.eustat.es/elementos/ele0001200/ti_Proyecciones_de_poblacion_2020_Analisis_de_resultados__pdf_233KB/inf0001212_c.pdf
- ³⁶. Eusko Jaurlaritza. Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila. Zahartzen diren pertsonen ongizatean eta tratuan aurrera egiteko ehun proposamen: ekintza planerako oinarriak [monografia Inter-

neten]. [Gasteiz]: Eusko Jaurlaritz; 2011ko iraila [Data: 2013ko abuztuaren 23a]. Hemen aurki daiteke: http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/1489/100_propuestas_para_avanzar.pdf?1317378358

³⁷. Tecnalia. EAEko parke eraikia berritzen esku hartzeko beharriaren diagnostikoa: EAEko inbentarioa [monografia Interneten]. [Gasteiz]: Eusko Jaurlaritz, Etxebizitza, Herri Lan eta Garraio Saila; 2011ko abendua [Data: 2013ko abuztuaren 23a]. Hemen aurki daiteke: http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/1949/informe.pdf

³⁸. Adinekoei egokitutako hiri eta komunitateen OMEren Mundu Sarea [Data: 2013ko irailaren 25a]. Hemen aurki daiteke: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/es/index.html

³⁹. Justizia eta Herri Administrazio Saila. Euskadi.net [monografia Interneten] Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2013ko abuztua [Data: 2013ko urriaren 1a]. Euskadiko Berrikuntza Publikoko Estrategia. Hemen aurki daiteke: http://www.jusap.ejgv.euskadi.net/r47-edukia/es/contenidos/plan_programa_proyecto/xleg_plangub_07/es_plang_07/plang_07.html

⁴⁰. INMA proiektua, Haurra eta Ingurumena [Erakunde partaidea: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila] [egoitzaren weba]. [Data: 2013ko irailaren 25a] <http://www.proyectoinma.org/>

⁴¹. Down sindromea eta beste anomalia kromosomiko batzuk jaino aurretik atzemateko programa: Programari buruzko informazio orokorra [monografia Interneten]. Osakidetza; 2008 abendua [Data: 2013ko irailaren 25a]. Hemen aurki daiteke: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-down/es/contenidos/informacion/programa_down/es_down/adjuntos/programa.pdf

⁴². Osakidetza - Euskadi.net. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2013 [Data: 2013ko urriaren 29a]. EAEko jaiotzatiko gaixotasunen baheketak-programa jaioberrientzat. [monografia Interneten]. Hemen aurki daiteke: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu04/es/contenidos/informacion/programa_cribado_neonatal/es_cribado/programa_cribado_neonatal.html

⁴³. Euskal Autonomia Erkidegorako arreta goiztiarraren erudia: Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak eskatuta eraturako batzordearen agiria, Eusko Jaurlaritzaren ekarpenak jasota: Osasun eta Kontsumo Saila, Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila, Hezkuntza, Unibertsitate eta Ikerketa Saila eta Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako Foru Aldundiak: 2010eko urriak 19 [monografia Interneten]. [Gasteiz]: Eusko Jaurlaritz; 2010 [Data: 2013ko abuztuaren 23a]. Hemen aurki daiteke: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/atenciontemp/es_doc/adjuntos/Atencion%20Temprana%20-castellano.pdf

⁴⁴. Eusko Jaurlaritz. Osasun eta Kontsumo Saila. EAEko aho eta hortzen osasunaren gaineko hirugarren azterketa epidemiologikoa: 2008ko haur eskolaratuak. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco; 2010.

⁴⁵. Eusko Jaurlaritz. Osasun Saila. 2005eko nutrizio-inkesta: 4 eta 18 urte bitarteko euskaldunen jateko ohiturak eta osasun-egoera: lehen emaitzak [monografia Interneten]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005 [Data: 2013ko abuztuaren 23a]. Hemen aurki daiteke: http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/sanidad_alimentaria/es_1247/adjuntos/DietaSana_c.pdf

⁴⁶. Gómez J. Nerabeen sexualitatea Euskal Autonomia Erkidegoan: nerabeen sexu-portaera eta sexu-hezkuntzaren egoera Euskadiko derrigorrezko bigarren hezkuntzan [monografia Interneten]. [Gasteiz]: Osasun eta Kontsumo Saila, Hezkuntza, Unibertsitate eta

Ikerketa Saila; [2011] [Data: 2013ko abuztuaren 23a]. Hemen aurki daiteke: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/sexualidad_adolescencia.pdf

⁴⁷. Rodríguez-Sierra N, Izarzugaza MI (zuzendaritza, koordinazioa eta prestaketa). Haurdunaldiaren borondatezko etendurak Euskal Autonomia Erkidegoan: 2011 [monografia Interneten]. Gasteiz: Osasun Saila; 2013 [Data: 2013ko abuztuaren 23a]. Hemen aurki daiteke: http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/InterrupcionesCAST_webOK.pdf

⁴⁸. Red de Ciudades que caminan. Oinezko mugikortasuna sustatzeko plan estrategikoa. [monografia Interneten]. [Data: 2013ko urriaren 22a]. Hemen aurki daiteke: <http://www.ciudadesquecaminan.org/>

⁴⁹. Blas-Robledo M, Hernández-Gil E, García-Abril-Martínez M, Montero-Matía R, Olivares-González C, Valtierra-Pérez A. Factores que influyen en el consumo diario de ácido fólico preconcepcional en el País Vasco. *Matronas Prof.* 2011; 12(2): 33-40.

⁵⁰. Instituto Universitario Avedis Donabedian. Evaluación de la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud: País Vasco. Informe. Barcelona: Instituto Universitario Avedis Donabedian-UAB; 2010

⁵¹. Drogomendekotasun Zuzendaritza, Osasun eta Kontsumo Saila. Euskal Autonomia Erkidegoko VI. Mendekotasun Plana: 2011-2015 [monografia Interneten]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; [2012?] [Data: 2013ko irailaren 25a]. Hemen aurki daiteke: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckdrug05/es/contenidos/informacion/2777/es_2238/adjuntos/PLAN%20DEFINITIVO%20Castellano.pdf

⁵². Osakidetza - Euskadi.net [egoitzaren Web]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2011 [2013an eguneratua; data: 2013ko irailaren 25a]. "Tabako-kerik gabeko Euskadi" estrategia. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/habitos_saludables/es_salud/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/tabaquismo/es_tabaco/tabaquismo.html

⁵³. Osalan - Euskadi.net [egoitzaren Web]. Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2009 [2013an eguneratua; data: 2013 irailaren 25a]. 2011-2014ko Segurtasun eta Lan osasunaren Euskadi Autonomia Erkidegoko estrategia. http://www.osalan.euskadi.net/s94-osa9996/es/contenidos/informacion/estrategia2011_14/es_estrateg/estrategia_2011_2014.html