

1. Bizimoduak

Bizimodua biztanleriaren osasun-egoeran eraginik gehien duten determinatzaileetako bat da. Teorikoki, biztanleriak oro har bizimodu osasungarria izango balu, hilkortasun globala %43an gutxituko litzateke. Egitez, morbiditate- eta hilkortasun-zergati askoren jatorrian arrisku-portaerak daude: substantzia toxikoak larregi kontsumitzea (alkohola, tabakoa eta legez kanpoko drogak), nutrizio-dieta desegokiak, bizimodu geldikorrak...)

1.1. Tabakoaren kontsumoa

Tabakoaren kontsumoa da gaixotasunaren eta heriotzaren arrisku-faktorerik printzipalena, eta pertsona bakoitzak, bere kabuz, ebita dezakeena.

35-64 urte bitartean, tabakoaren kontsumoari leporatzen zaion heriotza-kopuruaren estimazioa hauxe da: birika-neoplasiagatiko heriotzen %90a; birika-gaixotasun obstruktibo kronikoagatiko heriotzen %80a; eta istripu zerebro-baskularragatiko eta kardiopatia iskemikoagatiko heriotzen %50a eta %45a hurrenez hurren (21 taula). Hilkortasun-zergati guztiei dagokienez, gizonezkoetan tabakoaren kontsumoari leporatzen zaio heriotzen %28a, eta emakumezkoetan, berriz, %10a.

21 taula. Tabakoaren kontsumoari lepora dakioken hilkortasuna, zergati-talde nagusien arabera. EHAE. 1998.

Zergati-taldea	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	Heriotzak guztira	Tabakoari lepora dakioken %	Heriotzak guztira	Tabakoari lepora dakioken %
Tumore gaiztoak	3.141	38	1.852	8
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	2.875	32	3.392	14
Arnas gaixotasunak	972	59	658	37

Iturria: Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

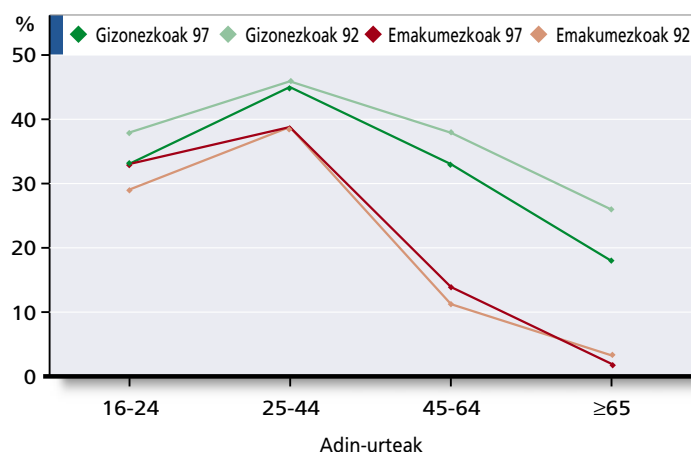
Tabakismoari lotutako arriskuak bi kategoriatan banatzen dira. Batetik, erretzaileen beraien arriskuak, eta bestetik, biztanleria orokorraren arriskuak. Pertsona helduak egin direnean erretzen hasi eta harrezkero inoiz erretzeari utzi ez dioten pertsonentzat arriskua handia da. Ohiko erretzaileen erdia tabakoagatik hiltzen direla estimatu da: horietatik %75, 35-64 urte bitartean, eta gainerakoak adin abantatuagoan. Inportantea da azpimarratzea, gaixorik paratu baino lehen erretzeari uzten dioten pertsonak heriotza-arriskurik gehienak ez izatea lortzen dutela, eta erretzeari 35-69 urte bitartean uzten diotenek ere gauza bera lortzen dutela.

Europar Batasuneko biztanlerian ohiko kontsumoaren estimazioa hauxe da: urtean 0,5 milioi heriotza (0,4 gizonezkoetan eta 0,1 emakumezkoetan). Europako herrialde gehienetan, gizonezkoak lehenago hasi dira erretzeari uzten emakumezkoak baino; horregatik, gizonezkoen artean epidemia hori estabilizatu egin da, emakumezkoen artean gora eta gora doan bitartean.

Gaurko egoera

97-EHAEOlaren arabera, 16 urtetik gorako euskal biztanleriaren %29ak ohituraz erretzen du. Proportzio hori gizonezkoetan handiagoa da (%35) emakumezkoetan baino (%24). Sexu bietan erretzaile-portzenta-jerik handiena 25-44 urte bitarteko taldean gertatzen da. Bestalde, zigarroak erretzeko ohiturari dagokio-nez, 65 urtetik gorakoen taldean daude sexuen araberako diferentzia handienak (11 irudia).

11 irudia. Erretzen duten pertsonen proportzioa, adin-taldearen eta sexuaren arabera. EHA. 1992 eta 1997.



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

1997an erretzen zutenen pertsonen proportzioa txikiagoa zen, 1992koaren aldean, 16-24 urte bitarteko eta 45-64 urte bitarteko emakumezkoen proportzioa izan ezik, zeren, talde biotan proportzioa gehitu egin baitzen. Hala ere, adin ertaineko emakumezkoetan iraunkor mantendu zen, eta 65 urtetik gorakoetan, berriz, behera egin zuen.

Erretzeari utzi zioten pertsonen proportzioa gehitu egin zen bai gizonezkoetan eta bai emakumezkoetan 1992ko proportzioarekin konparatuz. Beraz, berriz ere egiaztatu da emakumezkoetan tasen gorakada gertatu dela erretzaile berriak, batez ere gazteak, inkorporatu direlako.

97-EHAEOlan erretzeari uzten saiatu zen pertsona-kopurua (%66) gehitu egin zen, 92-EHAEOlko kopuruaren aldean (%27). Erretzeari uzten saiatu ziren gizonezkoen proportzioak gora egin zuen, adinak gora egin ahala. Saiaketa hori egin zuten emakumezkoen banaketa bi modutakoa izan zen, frekuentziarik handieneko gailurrak 16-24 urte bitartekoetan eta 45-64 urte bitartekoetan gertatu zirelarik.

Egunero edo oso sarritan beste inoren tabako-kearen esposizioan dauden pertsonen prebalentziak beheranzko joera duela ematen du; izan ere, 1992ko %60tik 1997ko %39ra pasatu da. Euskal familietatik %32 esposizio-mota horrekin bizi dira beren etxeetan. Lan-postuan langileen %38a beste inoren tabako-kearen esposizioan dago.

Maila sozialaren arabera tabako-kontsumoaren patroiak aztertuz, argitu ahal izan da tabakismo-epidemiak adin-talde, sexu eta posizio sozialaren arabera izan duen eboluzioa. Hasieran, tabakismoa aparteko portaera bat zen, eta klase sozio-ekonomiko altuetako pertsonena bakarrik. Bigarren aldia, erretzeko ohitura klase sozial guztien artean berdintu hedatu zen. Hala ere, emakumezkoen artean, tabakismoa gizonezkoen artean baino 10-20 urte bitarte beranduago hedatu zen, eta batez ere klase sozial altuenetako emakumezkoen artean nagusitu zen. Azkenik, gaur egun, tabakismoa beherantz doa gizonezkoetan, batez ere goi maila sozialetan, eta osteria emakumezkoetan tabakismoa bere gailur altuenera heldu da.

92-EHAEOlan lehenengo aldiz elkarrizketatutako pertsona-talde bati jarraipena egin zitzaion; jarraipena aztertuz lortu ziren datuek aurreko patroia baieztatu zuten. Emaizta guzti horien arabera zera esan dezakegu, erretzeko ohituran dauden diferentzia sozialak gero eta handiagoak izango direla, zeren kontsumoa handiagoa izango baita klase defaboratuenetan, eta batez ere emakumezkoetan.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Ez-erretzaileen proportzioa	%80ra gehitzea	%71	%80	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Beste inoren tabako-kearen esposizioa pertsonen proportzioa	%10era gutxitzea	%39	%10	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tabako-kontsumoko diferentzia sozioekonomikoak ¹	%25ean gutxitzea	%43	%32,3	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

Interbentzio-estrategiak

Carta de Madrid eta Tabakorik gabeko Europarako Jokabide-Plana izenekoek ematen dituzten inguru politikoan garatuko ditugu jarduerak.

Jokabide indibidualak

1. Osasuneko profesionalek, batez ere Lehen Mailako Atentziokoek, beren ohiko praktikan sistematikoki emango dute ohitura tabakikoari buruzko informazioa, hots, ohitura horrek osasunean dituen ondorioak eta desohitzeko dauden prozedurak. Frogatuta dago interbentzio laburrak, ez-selektiboak, Lehen Mailako Atentzioan efikazak eta efizienteak direla tabako-ohiturari uztea promobitzaerakoan.

¹ Kontsumo-diferentziak 16-74 urte bitarteko gizonezkoentzako eta 16-44 urte bitarteko emakumezkoentzako hezkuntza-mailaren arabera. Talde horiek erretzaileak izateko arrisku gutxiago dute, beren ikasketa-maila altuagoa bada eskola-graduatuak baino.

2. Farmakoen bidezko laguntza-tratamenduak erabilgarriak izan daitezke zenbait kolektibotan; eta kandidatuen partaidetza aktiboa eskatzen dute.

Jokabide komunitarioak

3. Lehen Mailako Profesionalak prestatu egin behar dira tabakoaren kontrako aholkua ematearekin erlazioatutako tekniken erabileran.
4. Osasunarekin erlazioatutako agente guztiak prestatu egin behar dira, tabako-ohiturarako faktore bultzatzaileak zeintzuk diren jakin dezaten; izan ere, prestakuntza horrekin diana-biztanlerian prebentzio-interbentzioak egin ahal izango dituzte.

Jokabide intersektorialak

5. Obligazioz mugatu behar dira tabakorik gabeko guneak eta erretzeko zona espezifikokoak, batez ere lan-esparruan.
6. Indarrean dagoen legeria betetzea bultzatu behar da, batez ere erretzea debekatuta dagoen barrutiei dagokienez.
7. Tabako-produktuen publizitate eta identifikatutako marken babesaren publizitateari buruzko arautegia zehatz-mehatz aplikatuko da.
8. Bizimodu osasungarrien promozioan osasun-profesionalen prestakuntza graduatu aurreko aldian hasiko da.

Beste jokabide batzuk

9. Tabakismoaren arazoa baloratzeko, oinarritzkoa da tabako-ohituraren erregistro- eta informazio-azpistemak ezartzea Osakidetza/SVSeko informazio klinikoko sistema guztietan.

Ezberdintasunak

10. Hezkuntza-interbentzioen fokatzeko-taldeak adolezenteak dira emakumezkoekin eta talde sozial desfaboratuenekin batera, biztanleria-taldeetan hiru horiek direlako arriskurik handiena dutenak eta ahulenak tabakoaren ohitura hartzeko.
11. Tabakotik desohitzeko programek eta teknikak talde sozial desfaboratuenei zuzenduriko estrategia espezifikokoak izango dituzte.

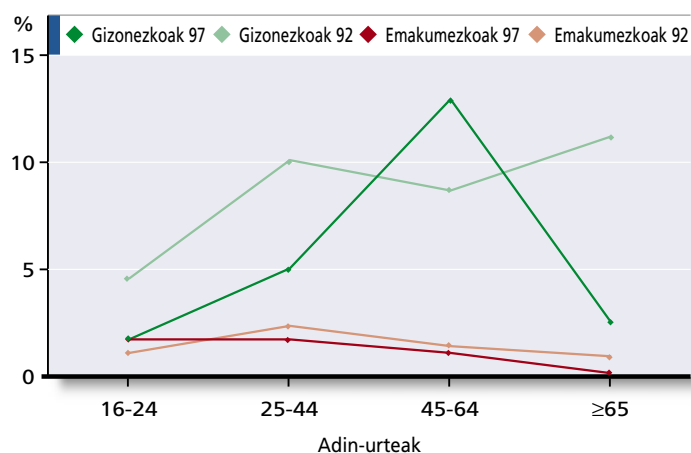
1.2. Alkoholen kontsumoa

Alkoholaren larregizko kontsumoak arriskua gehitzen du zenbait gaixotasun edukitzeko: gibel-zirrosia, minbizi-mota batzuk, arteria-hipertentsioa, gaixotasun zerebroaskularra; eta sortzetiko malformazioak ere agertzen laguntzen du. Gainera, familietan arazoak sortzen ditu (etxe-bortizkeria eta abar), bai eta lan-eta gizarte-inguruetan ere. Bestalde, berari leporatu behar zaio istripuen zati handi bat, batez ere trafiko-istripuen zati handia.

Gaurko egoera

97-EHAEOIren arabera, EHAEko 16 urtetik gorako biztanleriaren ia %4ak larregi kontsumitzen ditu alkohol-dun edariak¹. Proportzio hori askoz ere altuagoa da gizonezkoen artean (%6,3) emakumezkoetan baino (%1,2). Alkoholdun edarien larregizko kontsumoa aldatu egiten da adinaren eta sexuaren arabera. 45-64 urte bitarteko gizonezkoek aitortu zuten larregi edaten zutela; alderantziz, emakumezkoen artean adinak gora egin ahala, proportzioak behera egiten zuen. 92-EHAEOIri dagokionez, 45-64 urte bitarteko gizonezkoetan izan ezik, alkoholaren larregizko kontsumoak behera egin du, eta beherakada hori batez ere 65 urtetik gorakoetan gertatu da (12 irudia).

12 irudia. Alkohola larregi edaten dutenen proportzioa, adinaren eta sexuaren arabera banatuta. EHAE. 1992 eta 1997.



Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

Frogatuta dago 50 urtetik gorako pertsonetan, eguneroko 10 gramotik beherako alkohol-kontsumoak gutxitu egiten duela zirkulazio-aparatuko gaixotasunak izateko arriskua. Baina, neurri horretatik gora edanez gero, arriskua onuraren gainetik jartzen da. EHAEan, 1997an, pertsona bakoitzak, batez beste, egunero 16 cc alkohol (12,8 gr) kontsumitu zituen; kontsumo hori diferente banatuta zegoen gizonezkoen eta emakumezkoen artean. Lehenengoetan, eguneko ingesta 26 cc-koa (20,8 gr) izan zen, eta emakumezkoetan, berriz, de 6,4 cc-koa (5,1 gr).

97-EHAEOIan, alkohol-kontsumoaren ezaugarriak aldatu egiten ziren klase sozialaren arabera. Horrela, alkohol-kontsumo moderatua klase sozialarekin gehitzen zen bitartean, larregizko edaleen proportzioa handiagoa zen klase desfavoratuenetako gizonezkoen artean. Alkoholismoaren susmopeko taldeak patroio sozio-ekonomiko argiagoa aurkeztu zuen, goranzko gradientea ikusten baitzen, klase sozialak behera egiten zuen ahala. Beraz, ohiko alkohol-kontsumoa handiagoa zen klase favoratuenetan, eta, oster, kontsumo "problematikoak" alderantzizko patroia erakutsi zuen.

Diferentzia sozialak ere ikus daitezke alkohol-kontsumoari asoziatutako hilkortasunean. Klase desfavoratuenetan alkohol-kontsumo moderatua duten pertsonen proportzioa txikiagoa da, baina, kontsumo problematikoa duten pertsonen kopurua handiagoa denez, klase horiek sufritzen dituzte kontsumo horren ondorioak, hots, gibleko zirosiagatik eta istripuengatik hilkortasunean ikusten direnak.

¹ Larregizko edalea: egunero 91 cc (72 gr) alkoholdun edariaren duen gizonezko oiko edalea; emakumezkoen kasuan, balioak 55 cc-koak dira (42 gr-koak).

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
16-65 urte bitarteko larregizko edaleen proportzioa	%3,5era gutxitzea	%4,1	%3,5	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
16 urtetik gorakoen eguneroko batez besteko alkohol-kontsumoa	%15ean gutxitzea	12,8 gr	10,9 gr.	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

Interbentzio-estrategiak

1995ean, Alkoholari buruz Europar Kartak, Parisen eginda, perfilatu zituen alkoholismoarekin erlazionatu-tako osasunaren promozio-inguruko jokabideak.

Jokabide indibidualak

1. Asistentzia-arloan arrisku-familiak goiz detektatzea promobituko da, prebentzio-interbentzioak egin ahal izateko.
2. Alkoholarekin erlazionatutako arazo sozio-sanitarioak aurkeztzen dituzten pertsonak goiz detektatzea fomentatuko da.
3. Larregizko alkohol-kontsumoaren efektu kaltegarriari buruzko interbentzio laburrak lehen mailako Atentzioko profesionalak egin ditzatela fomentatuko da.

Jokabide komunitarioak

4. Laguntzako gizarte-sareen garapen-promozioak zera osatuko du, alcoholdun edarien larregizko kontsumoagatiko tratamenduan dauden pertsonen egiten zaien eskaintza terapeutikoa.
5. Osasuneko, gizarte-ongizateko, hezkuntzako eta epaile-arloko profesionalen prestakuntza promobituko da, gizarte-agente guztietan alkoholarekin erlazionatutako arazoei erantzuteko gaitasuna indartze-ko.

Jokabide intersektorialak

6. Beharrezkoa da, alcoholdun edariei dagokien informazio-edukia kontrolatzeko arautegia garatzea.
7. Haurtzaroen hasita, hezkuntza-programak garatu behar dira, ikasteko zeintzuk diren osasunean, fami-lian eta gizartearen alkohol-kontsumoak dituen ondorioak, bai eta ikasteko zeintzuk diren neurri efika-zak kalteak murrizteko eta ahalik gehien gutxitzeko.
8. Lan-zentroetan alcoholdun edarien kontsumoa prebenitzeko programak ezarri behar dira.
9. Hertsiki kontrolatuko da alcoholdun edarien zuzeneko zein zeharkako publizitatea, eta bereziki garan-tizatuko da biztanleria gazteari selektiboki zuzenduriko publizitatea ez agertzea, esaterako alkohola eta kirola asoziatuta erakusten duena.

10. Gazteen asteburuetakoko alkoholdun edarien larregizko kontsumoa gutxitzeari zuzenduriko programak garatuko dira.
11. Interbentzio komunitarioko programak elaboratuko dira, alkoholdun edarien kontsumoarekin erlazionaturako trafiko-istripuak murrizteko.
12. Trafiko-istripuak murrizteko, alkoholaren efektupean gidatzearen kontra egingo da, eta kontra jotze hori efikaza izan dadin, dauden neurri guztien aplikazio exhaustiboa exijituko da.

Ezberdintasunak

13. Alkoholaren mendetasuneko pertsonentzat atentzio sozio-sanitarioko programa espezifikoak bultzatuko dira, talde sozial desfaboratuenetan atentzio berezia ipinita.
14. Hezkuntza-interbentzioen fokatzeko-taldeak, ahulenak diren eta arrisku gehien duten biztanleria-taldeak izango dira: adoleszenteak eta talde sozial desfaboratuenak.

1.3. Legez kanpoko drogak

Legez kanpoko drogek pozoadura-, mendetasun, psikosi- eta suizidio-arriskua gehitzen dute, bai eta hilkortasun globala eta portaera kriminala ere. Gainera, legez kanpoko drogen kontsumoagatik gertatzen da batez ere GIBaren eta hepatitisaren hedapen masiboa. Europar erregioko HIES kasuen %40a legez kanpoko drogen zainpeko kontsumoari leporatzekoa dela estimatu da.

Gaurko egoera

Eusko Jaurlaritzako Drogamendetasunen Idazkaritzako Euskal Behatokiak "2000-Euskadi drogak" txostenaren arabera, EHAEko 15-79 urte bitarteko biztanleriaren proportzio txiki batek baino ez ditu legez kanpoko drogak kontsumitzen, kannabisa salbuetsiz (22 taula).

22 taula. 15-79 urte bitarteko biztanleriaren banaketa, legez kanpoko droga ezberdinen kontsumoarekiko harremanaren arabera. EHAE. 2000.

Mota	% Kannabisa	% Speed	% Droga sintetikoak	% LSD	% Kokaina
Ez-iniziatua	74,1	94,4	97,7	97,7	95,3
Esperimentalak	10,3	1,7	0,9	1,0	1,7
Noizik behinekoa	2,7	0,9	0,4	0,3	0,9
Ohigarria	0,3	0,1	—	—	0,2
Ohikoa	5,1	0,9	0,4	—	0,8
Desohitua	7,5	2,1	0,6	1,3	1,2

Iturria: Drogamendetasunen Euskal Behategia. Eusko Jaurlaritza.

Legez kanpoko droga guztietatik kannabisa da EHAEan gehien kontsumitzen dena. Euskal biztanleriaren ia %26ak inoiz probatu du, eta ia %13ak ohituraz kontsumitu du bere bizitzako aldiren batean. Kannabisaren kontsumoa gizonetakoetan bi bider handiagoa da emakumeetakoetan baino; eta adin-talde afektatuena 20-24 urte bitarteko gazteena da.

Gainerako substantzietatik kokaina azpimarratu behar dugu. Gaur egun kokaina, speed eta anfetaminak beste kontsumitzen da. Egia da kokaina-iniziatuen kopurua txikiagoa dela, baina kontuan izan behar dugu, kokaina kontsumitzeari utzi diotenen proportzioa ere txikiagoa dela.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Legez kanpoko droga-kontsumoan (kannabis-kontsumoan) ez-iniziatuen proportzioa	%80tik gorakoa	%74,1	%80tik gorakoa	Drogamendetasunen Idazkaritza Nagusia

* Año 2000.

Interbentzio-estrategiak

Estrategiek perspektiba integrala izan behar dute, bai eskaintza bai eskaria murriztu nahi badira.

Jokabide komunitarioak

1. Toxikomanien forma berriei buruzko dibulgazio- eta hezkuntza-kanpainak bultzatu behar dira, biztanleria prebenitzeko.

Jokabide intersektorialak

2. Ezinbestekoa da osasun-, hezkuntza-, legegintza- eta epaile-sektoreen arteko kooperazioa.
3. Ikastetxeetan, legez kanpoko drogen kontsumoa prebenitzeari eta kontsumoa murrizteari zuzenduriko hezkuntza-programak beharrezkoak dira.
4. Zaletasuna sor dezaketen substantziei buruzko legeria zehatz-mehatz aplikatu behar da.

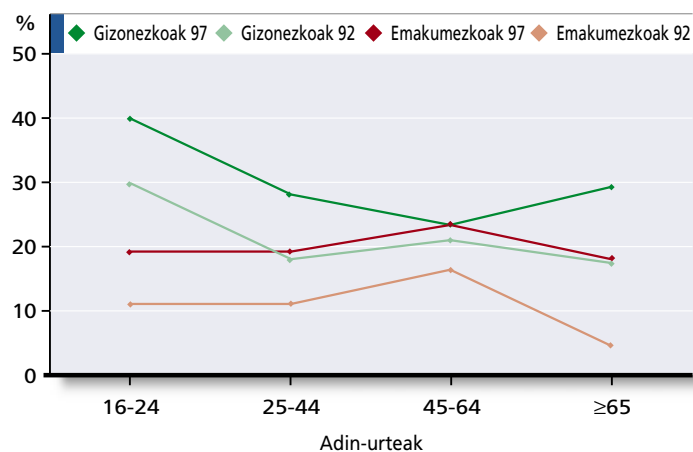
1.4. Ariketa fisikoa

Ariketa fisiko moderatuak nabari murrizten ditu: hilkortasun goiztiarra, obesitatea, arteria-hipertentsioa, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, insulinen menpekotasunak ez den diabetes mellitusa eta osteoporosia. Ondorio onuragarriak ditu, eta horien artean daude itxura fisikoaren eta autoestimaren hobekuntza.

Gaurko egoera

97-EHAEOIren arabera, aisialdian aktiboak diren pertsonen proportzioa (%24) gehitu egin da 92-EHAEOIko proportzioaren aldean (%17). Gizonezkoek aisialdian ariketa fisiko gehiago egiten dute (%29) emakumezkoek baino (%20). Aisialdian ariketa fisikoa egiten duten pertsonen adina eta sexua ere koerlazonatuta daude; gizonezkoen artean adin-talderik aktiboena 25-44 bitarteko taldea da: emakumezkoetan, berriz, 45-64 urte bitartekoa (13 irudia).

13 irudia. Aisialdian aktiboak diren pertsonen proportzioa, sexu eta adinaren arabera. EHA. 1992 eta 1997.



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

Ariketa fisikoa egitea maila sozialaren arabera ere aldatzen da. Klase sozial altuenetako (I eta II klaseetako) gizonezkoak eta emakumezkoak egonkorragoak dira (ez dute inolako ariketa fisikorik egiten) maila baxuenetakoak baino (IV eta V klaseetakoak); izan ere, azken horietan dauden pertsonak esfortzu fisiko handiagoa egiten dute beren lan-jardueran.

Aisialdietako jarduera fisikoari dagokionez, gradiente soziala dago, baina kontrako zentzuan oraingoan. Ariketa fisiko gehiago egiten dute maila sozio-ekonomiko altuenetako gizonezkoak eta emakumezkoak.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Aisialdian ariketa fisikoa egiten duten 15 urtetik gorakoen proportzioa	%32	%24	%32	EHAEOI. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide komunitarioak

1. Biztanleria sentiberatzeko programak garatu behar dira; izan ere, osasunak hobera egingo du intentsitate moderatuko 30 minutuko ariketa fisikoa astean bost egunetan eginez gero, edo hirutan ariketa gogorra bada.
2. Haurtzaroan hasita haurrak sentiberatu, eta ariketa fisikoa egiteko ohitura promozionatuko da, eskola-esparruko interbentzioak eginez.
3. Estrategia eta taktika berriak garatuko dira, pertsonen ariketa gehiago egin dezaten; horretarako ohiko jarduerak egiteaz, esaterako eskailerak igotzeaz, balia daitezkeela erakutsiz.

Jokabide intersektorialak

4. Hiri-antolamenduen politiken garrantzizko zeregina da, aisialdi aktiborako erabil daitezkeen guneak garrantizatzea.
5. Bizikleta erabiltzea hiri-garraio legez promozionatuko da, bai eta horretarako behar diren guztiak: bizikleta eta oinezkoentzako bideak zabaltzea, eta inguru-aldaketak egitea, oinezkoak eta bizikletak seguru ibil daitezen, eta biak motordun ibilgailuetatik banatuta.

Ezberdintasunak

6. Klase sozialei zuzenduriko hezkuntza-programak garatuko dira, klase altuenetako pertsonen beren egonkortasuna guxitu dezaten, eta baxuenetakoek beren aisialdietako ariketa fisikoa gehitu dezaten.

1.5. Nutrizioa eta elikadura-segurtasuna

Elikadura ona nutriente-ingestaren banaketa egokian oinarritzen da. Janariak batetik, nutritiboak eta bariatuak izan behar dute (atal honetan sartzen dira janarien erabilgarritasuna eta ezaguera), eta bestetik, garrantia sanitarioa izan behar dute (hemen sartzen da elikadura-segurtasuna).

Elikaduraren eta osasunaren arteko erlazioa gero eta gehiago ezagutzen da, eta ebidentzia epidemiologiko askoren arabera, dieta asoziatuta dago zenbait gaixotasun agertzearekin edota prebenitzearekin. Elikadura-ohitura desegokiak (bai larregi bai gutxiegi jatearekin) zuzenean edo zeharka erlazionatuta daude: gaixotasun zerebro-baskularra, kardiopatia iskemikoa, diabetes mellitusa, arteria-hipertentsioa, osteoporosia eta nutriente espezifikoaren gabetasunekin asoziatutako patologiak. Halaber, elikadura-faktore batzuk tumore gaizto sarrirenetako batzuekin erlazionatzen dituen ebidentzia zientifikoa ere badago.

Nutrizioa esentziala da eta determinatzailea zenbait biztanleria-taldetan. Haurtzaroan eta adoleszentzian nutrizioak garrantzi handia du, ondo hazteko eta gorputza garatzeko nutrizio-beharrianak direla-eta. Gainera, horiek dira sasoirik onenak elikadura-ohiturak promobitzeko eta finkatzeko. Adin abantzatuko pertsonen osasuna zenbait faktoreren arabera dago; faktore horietatik bat nutrizio egokia da. Halaber, atentzio berezia merezi dute prozesu patologiko eta terapeutikoekin eta elikadura-ohitura desegokiak lotutako lotutako aldaketa fisiologikoak.

Larregizko pisua hilkortasun goiztiarraren arrisku-faktore bat da. Horregatik, gero eta garrantzi handiagoa ematen zaio pisuari. Faktore horrek osasunean duen eragina negatiboa da; izan ere, zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko heriotza goiztiarrak sortuz gain, gaixotasun kronikoetan inplikaturik dago; eta azken gaixotasun horiek hilgarriak ez badira ere, gaixotasunok jotako pertsonen bizitza-kalitatea nabari gutxitzen dute. Obesitatearen jatorrian hauek egon daitezke: eduki energetiko altuko eta koipe askoko dieta, ariketa fisikorik ez egitea, eta batzuetan aurretiko joera genetikoak.

Europar Batasuneko elikadura-segurtasunari buruzko Liburu Zuriak baieztatzen duenez, ohitura dietetikoe-tan halako konbergentzia bat sortzen ari da, merkatua globalizatu egin delako, eta janariak eskuragarriago daudelako. Baina, zorritzarekin, konbergentzia horren norabidea dieta desorekatuta eta ez-osasungarria doa. Horregatik, datozen urteetan ohitura kaltegarriekin erlaziozko gaixotasunen gehikuntza espero da.

OMEren Europako Bulego Erregionalak 2000-2005erako Nutrizioari buruzko jokabide-plana promobitu du. Plan horren helburua da, nutrizio-programak garatzea, europar erregioako 51 estatu-kideen artean, beraien osasun-politiketan nutrizioa lehentasunez sartuta gera dadin.

Gaurko egoera

1990ean EHAEan Nutrizio Inkesta bat egin zen. Inkesta horren emaitzen arabera, 25-65 urte bitartekoek gizezkoen %46ak eta emakumezkoen %34ak egiten zuten ingesta energetikoa handiagoa zen beren adinerako eta egunean egiten zuten ariketa fisikorako gomendatutakoa baino; bestalde, printzipio hurbi-letik etorritako balantze energetikoak, alkohola kenduta, hauek ziren: proteinetarako %16a, karbono-hidratoetarako %45a eta koipeetarako %37a.

Oraintsuago, europar azterlana, "Minbizia eta Nutrizioa Ikertzeko Azterlan Prospektiboa" (EPIC 1992-1996), Gipuzkoan egin da 35-65 urte bitarteko biztanleria aztertuz. Azterketa horrek ere erakusten digu-nez, gure elikadura-ohiturak urruntzen doaz "dieta mediterranea" delako horretatik, edo OMEren gomendioetatik (1987) edo Europar Batzordearen EURODIET 2000 izeneko Proiektutik. Izan ere, gure eli-kadura-ohituretako dietaren aporte energetikoa koipeen bidez -%35-, proteinen bidez -%18-, eta karbo-no-hidratoen bidez -%47- dator (23 taula).

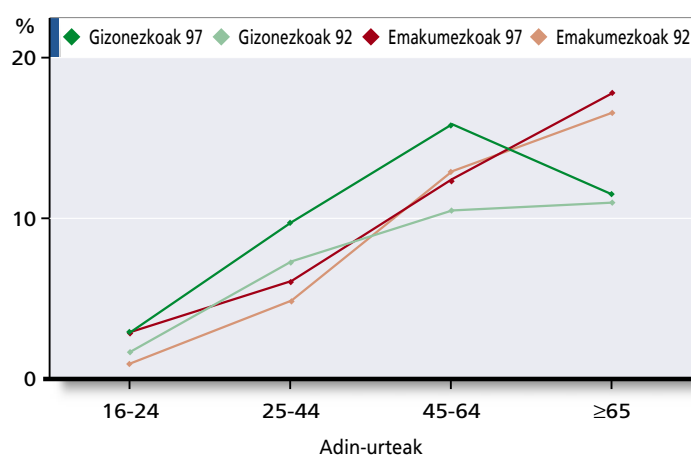
23 taula. Europarako nutrizio-helburuak. (EURODIET 2000)

	Aporte energetikoaren %
Lipidoak	<30
Gantz-azido saturatuak	<10
Karbono-hidratoak	>55
Gorputz-masa indizea	21-22

Nekazaritza-Arrantza eta Elikaturako Ministerioak 1998an egindako inkestak islatzen duenez, EHAEan, Estatuko gainerako komunitateekin konparatuz, arrainaren eta esneki-kontsumoaren eguneko batez bes-tekoa gaitzen da, eta EHAEko biztanleak dira ardoaren eta behi-ganadu nagusien okela-kontsumitzai-lerik handienak. Okela zuri, zereal, fruta eta barazkien kontsumoari dagokionez, oster, batez bestekoa-ren azpitik dago.

97-EHAEOlan pertsona obesoaren proportzioa¹ %10,0koa izan zen; 92-EHAEOlan, berriz, %8,1ekoa. Goranzko joera hori batez ere gizonezkoetan ikusi zen, %7,5etik %10,4ra pasatu baitzen inkesta bien artean igaro ziren bost urteetan. Emakumezkoetan neurri txikiagoan gehitu zen (%8,6tik %9,6ra pasatu baitzen). Emakumezkoetan obesitateak gora egiten zuen adinarekin, eta portzentajerik altuenak 65 urtetik gorakoetan ikusi ziren. Gizonezkoetan tontor inportantea ikusten da 45 urteak igarotzerakoan; baina, gero, 65 urtetik gorakoetan askoz ere beherago dago emakumezkoetan baino (14 irudia).

**14 irudia. Pertsona obesoaren proportzioa, sexu eta adinaren arabera.
EHAe. 1992 eta 1997.**



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

EHAean pisugaina duten pertsonen proportzioak apur bat behera egin du 1992 urtetik 1997 urtera bitartean. 1997an portzentajea %43koa zen, emakumezkoetan baino gizonezkoetan handiagoa zelarik (%33 eta %54 hurrenez hurren).

Klase sozialaren arabera obesitate-banaketak erakusten digunez, gradientea gorantz doa, maila sozio-ekonomikoa beherantz doan neurrian. Emakumezkoen dagokien bezala, obesitatearen prebalentzia klase sozial baxueneko emakumezkoetan 4 bider handiagoa da, klase altuenetakoetan baino; gizonezkoetan antzeko patroia dago. Pisugainaren banaketa obesitate-banaketa antzekoa da. Pisu gutxiegi, oster, adinarekin gutxitzen doan arriskua da, klase sozial altuetan bere prebalentzia handiagoa da, eta emakumezkoetan hiru bider gehiago gertatzen da gizonezkoetan baino.

¹ Obesitatea: GMI (gorputz-masaren indizea) =30 ; Pisugaina: GMI =25 eta <30.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Pertsona obesoaren proportzioa, 16 urtetik gorakoetan	%20an gutxitzea	%10*	%8	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Karbono-hidratoen ekarpen energetikoa	> %45	%45**	> %45	Nutrizio-inkesta. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Koipeen ekarpen energetikoa	< %35	%37**	< %35	Nutrizio-inkesta. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, 16 urtetik gorako pertsonen proportzioan	%25ean gutxitzea	%223*	%167,3	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

** Urtea: 1989.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Atentzio-maila guztietan elikadura-ohitura osasungarriari buruzko hezkuntza-jarduerak garatuko dira, batez ere arrisku-biztanleen artean, hots, diabetikoetan, adin abantzatuko pertsonetan eta haurdun dauden emakumezkoetan.
2. Profesional sanitarioen prestakuntza bultzatuko da, elikadura eta nutrizioari, eta dieta desorekatuen eta osasunaren arteko erlazioari dagokienez.
3. Halaber, haurtzaroan eta adoleszentzian goiz detektatu behar dira pisu gutxiegi arazoak eta bestelako elikadura-trastornoak.
4. Lehen mailako atentzioko arloan, pisugaineko pertsonak eta pertsona obesoak sistematikoki detektatu behar dira; bai eta pisugainak bai obesitateak dituen arriskuez jakitun ipini, eta tratamendua preskribitu.

Jokabide komunitarioak

5. Nutrizio-hezkuntzako programak sartu behar dira, eskolako curriculumean lehen mailako hezkuntzatik hasita.
6. Dieta osasungarriari buruzko politikak garatu behar dira jantoki kolektiboetan (ikastetxe, lantoki eta abarretan).
7. Elikadura-kontsumoko gatzetan iodoa gehitzeko programak mantenduko dira.

Beste jokabide batzuk

8. Elikadura-ohiturei buruzko informazio-sistemak bultzatuko dira, bai oro har biztanlerian, bai espezifikoki arrisku-taldeetan.
9. Elikadura-katea zaintzeko eta kontrolatzeko sistemak martxan jartzea bultzatuko da.
10. EHAeko biztanleria orokorrari eta beharrian espezifikoko taldeei zuzenduriko nutrizio-gidak elaboratu behar dira.

Jokabide intersektorialak

Nutrizioaren kalitatea hobetzeko beharrezkoa da estrategiak koordinatzea; koordinazio horretan hauek guztiak egongo dira: nutrizioarekin erlazionatutako profesionalak, elikadura-segurtasuna garantizatzeko arduradunak eta janarien produkzioan, merkataritzan eta kontrolean parte hartzen duten agente guztiak.

11. Beharrezkoa da sektore zehaztuetako profesionalen kooperazioa indartzea. Sektoreok dira: nekazari-tza, elikadura-industria, maioristak, minoristak eta kontsumitzaileak.
12. Inplikaturako sektore guztiek elikadura-segurtasuneko politikak hartuko dituzte gidatzat, elikadura-arriskurik txikiena era garantizatu ahal izateko.
13. Janarien etiketak hobetu egin behar dira, kontsumitzaileek janarion konposaketa zein den zehatzago jakin dezaten.

Ezberdintasunak

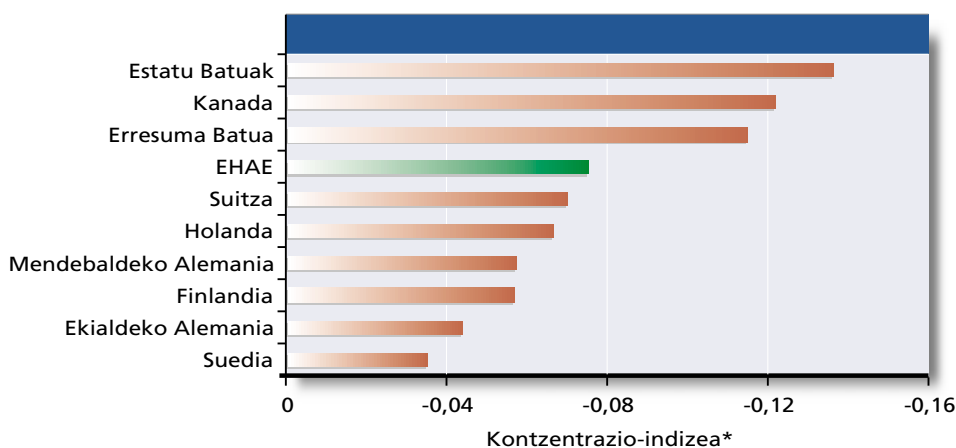
14. Beharrezkoa da politika intersektorialak ezartzea, adin emankorreko emakumezkoen nutrizioa hobetzeko, baita ere beren adinez txikiko seme-alaben nutrizioa hobetzeko. Bestalde, lehentasuna eman behar zaie: elikadura-pobrezia elimintzeari, eta obesitatea prebenitzeari eta murrizteari.
15. Informazio- eta hezkuntza-estrategien jomuga espezifikak izango dira: haurrak, adoleszenteak, pertsona zaharrak eta pertsona defaboratuenak.

2. Osasuneko ezberdintasun sozialak

Euskal osasun-sistemaren printzipio informatzaileak dira: ekitatea, unibertsalitatea, solidaritatea, zerbitzuen kalitatea eta hiritarren partaidetza. EHAeko osasun-zerbitzu publikoen horniduran dagoen ekitatearen azterketak adierazten digunez, zaila da dagoen ekitate-gradu globala hobetzea. Baina, ekitatea ez da osasun-egoeraren determinatzaile bakarra, ezta ere printzipialena. Horrela, herrialde garatu guztietan gertatzen den bezala, diferentzia handiak ikusten dira biztanleriaren osasun-mailan, bere maila sozio-ekonomikoaren arabera hain zuzen (15 irudia). Diferentzia horien zergatiak eta diferentzien konponketa posibleak konplexu eta multifaktorialak dira. Hala eta guztiz, nazioarteko mailan ebidentziak metatu dira, osasuneko ezberdintasun sozialak gutxitzea zuzenduriko politiken efektibitateari dagokionez.

Hori guztia dela eta, honako Osasun Plan honek lehentasunez garatuko dituen politikak EHAeko kolektibo ezberdinen arteko diferentziak murrizteko izango dira.

15 irudia. Osasunaren autobalorazioko ezberdintasunak, ingresu-maila ekonomikoaren arabera.



* Baliorik negatiboek adierazten dutenez, ezberdintasuna zenbat eta handiagoa den hainbat eta onuragarriagoa da aberatsenentzat.

2.1. Ekitatea eta ezberdintasun sozialak osasunean

Ekitatea justiziarekin erlazionatzen da. Ekitatea honela defini daiteke: "ekitatea tratu baten kalitatea da; tratu horretan ez dago parte bat injustiziaz faboratuagoa beste partearen kaltetan". Inekitatea, berriz, ez-premiazko diferentziei, edota diferentzia ebitagarriek eta injustuei dagokie. Osasunean, ekitate-kontzeptuarekin erlazionatzen den kontzeptua ezberdintasun-kontzeptua da. Ezberdintasunak taldeen artean ikusten diren diferentziei dagozkie, eta diferentziok ez dira zertan inekitatiboak izan behar.

Osasun-ezberdintasun sozialei buruz ari garenean, klase sozialarekin eta bizitza-egoera sozio-ekonomikoarekin lotutako ezberdintasunei buruz ari gara.

Osasun-mailetako ekitatea egiaztatzeko, pertsona-taldeen artean osasun-mailan eta osasun-kalitatean dauden diferentziak ikusi behar dira, diferentziok pertsonaren kondizio sozialaren, egoitza-lekuaren, sexua-ren eta abarren arabera direlarik. Hala ere, diferentzia guztiak ez dira injustutzat hartzen. Oro har, bariabilitate biologikoen ondoriozko diferentziak eta osasunarekin erlazionatuta dauden portaera azkatasunez hartuak, ez dira inekitatibotzat jotzen. Alderantziz, inekitateak eragindako diferentziatzat hauek hartzen dira: bizitza- edo lan-egoera ez-osasungarrien ondoriozko diferentziak, osasunaren kalterako diren eta aukerarako libertatea mugatuta duten portaeren ondoriozko diferentziak, edo osasun-zerbitzuen nahiz bestelako zerbitzu komunitarioen eskuragarritasun desagokiaren ondorioz gertatzen diren diferentziak.

Osasuneko ezberdintasun sozialak erronka bat dira gizarte modernoentzat eta osasun-politikentzat; izan ere, diferentzia horietatik zati handi bat injustutzat jotzen da. Bestalde, talde desfaboratuenetan gertatzen diren osasun-arazoak murriztea birbanaketa-politiken gako da, eta, gainera, murrizte horrek komunitate osoaren batez besteko osasuna hobetzeko potentziala eskaintzen du. Bizitza-kondizio materialen maila berdinean, osasungarriagoak dira ezberdintasun sozial gutxiengatik osasuneko ekitatea izatea lehentasuntzat jotzen dute gure inguruko herrialdeetako osasun-politikek. "XXI. menderako Guztiontzako Osasun-Politika" (21erako osasuna) delakoan, osasuneko ekitatea Europar Erregiorako osasun politikari eusten dioten oinarritzko balioetarikoa da, eta bere 21 helburuetarikoa bat.

Azken urteetan, informazio-sistemaren garapenak bidea eman digu gure komunitatearen osasuneko ezberdintasunei buruzko ezagutza hobetzeko, bai eta gure osasun-sistemaren ekitate-mailari buruz daki-guna hobetzeko ere. Horrekin batera, nazioarteko mailan ebidentziak metatu dira, osasuneko ezberdintasun sozialak gutxitzera zuzenduriko politiken efektibitateari dagokionez, eta politika horien bideragarritasunari dagokionez.

2.2. Osasuneko ezberdintasun sozialen tamaina eta banaketa

Azken urteotan gure komunitatearen osasun-egoeran hobekuntza handia gertatu da. Hala ere, beste herrialde garatueta ikusten dugun bezala, gure komunitateko pertsonen osasun-maila ezberdina da, beren kondizio sozialen arabera.

97-EHAEOI-ren bidez biztanleriaren osasuna aztertu da, zenbait adierazle erabiliz; adierazle horietatik ondokook azpimarratuko ditugu:

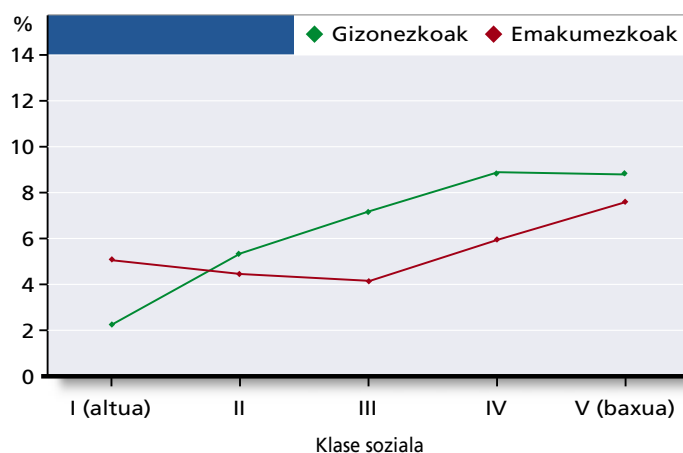
2.2.1. Hautemandako osasuna

◆ Osasun-gradua

Osasunaren autobalorazioa adierazle bat da; berak islatzen du pertsonak bere osasunari ematen dion apreziazioa; bestalde, adierazle hori biztanleriaren morbiditate eta hilkortasunaren prediktore ontzat jotzen da.

97-EHAEOI-ko datuen arabera, hautemandako osasun txarra izateko probabilitatea hiru bider handiagoa da klase sozial baxueneko pertsonen taldean klase altueneko pertsona-taldean baino; eta nahiz eta klase guztietan hobekuntza argi ikusten den, klaseen arteko ezberdintasunak ez dira murriztu, eta gizonezkoetan handiagoak izaten jarraitzen dute emakumezkoetan baino (16 irudia). Patroi hori berdintsu dago gure inguruko herrietako patroiarekin.

16 irudia. Hautemandako osasun txarraren prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialen arabera. EHAE. 1997.



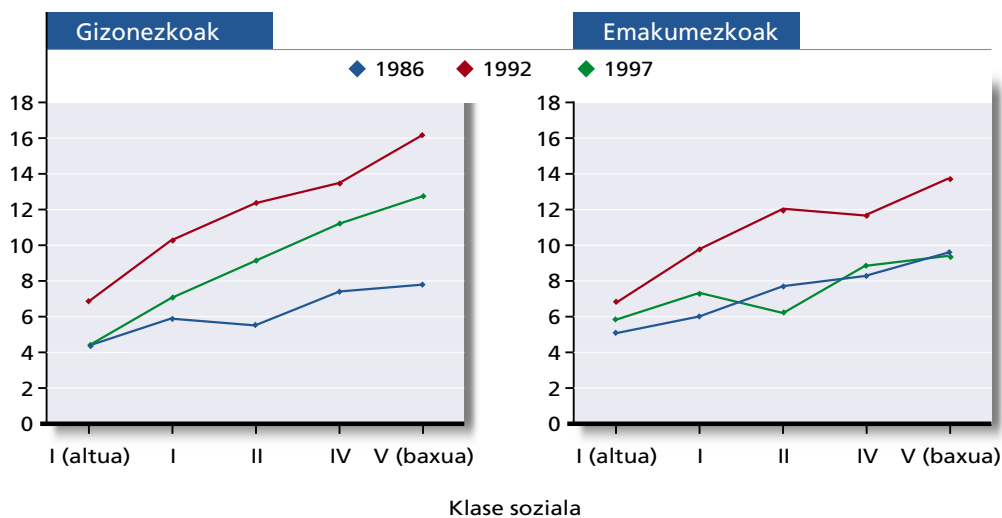
Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

◆ Ezintasun iraunkorra

Ezintasun funtzionalaren azterketan argi ikusten da ekonomiaren aldetik faboratuenak diren pertsonen taldean (I klase sozialean) ezintasun funtzionala izateko probabilitatea askoz txikiagoa dela (%50) gutxien faboratuenak diren taldean baino (V klase soziala), diferentzia sozialak nabaritasunez handiagoak direlarik gizonezkoetan emakumezkoetan baino.

EHAEn ezintasun iraunkorraren prebalentziak izan duen eboluzioan ikusten denez, sexu bietan ezberdintasun sozialak handitu egin dira 1986 eta 1992 urteen bitartean; baina 1992-1997 aldian badirudi diferentziak estabilizatu egin direla (17 irudia).

17 irudia. Ezintasun iraunkorraren prebalentzia, klase sozialaren arabera. (Adinaren arabera estandarizatuta). EHAEn. 1986, 1992 eta 1997.



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

2.2.2. Hilkortasuna eta bizitza-itxaropena¹

◆ Bizitza-itxaropena

EHAEn 1996-97 bi urtekoan bizitza-itxaropenak gradiente sozial argia erakutsi zuen sexu bietan eta adin-talde guztietan (24 taula).

¹ Hilkortasuna aztertzeko, 1996-97 urte bietako datuak erabili ziren, eta zergatiengatik hilkortasuna aztertzeko, 1993-98 aldiko datuak. Biztanleria-datuak eta kondizio sozialenak Biztanleria eta Etxebizitzetako 1996ko Estatistikatik atera ziren.

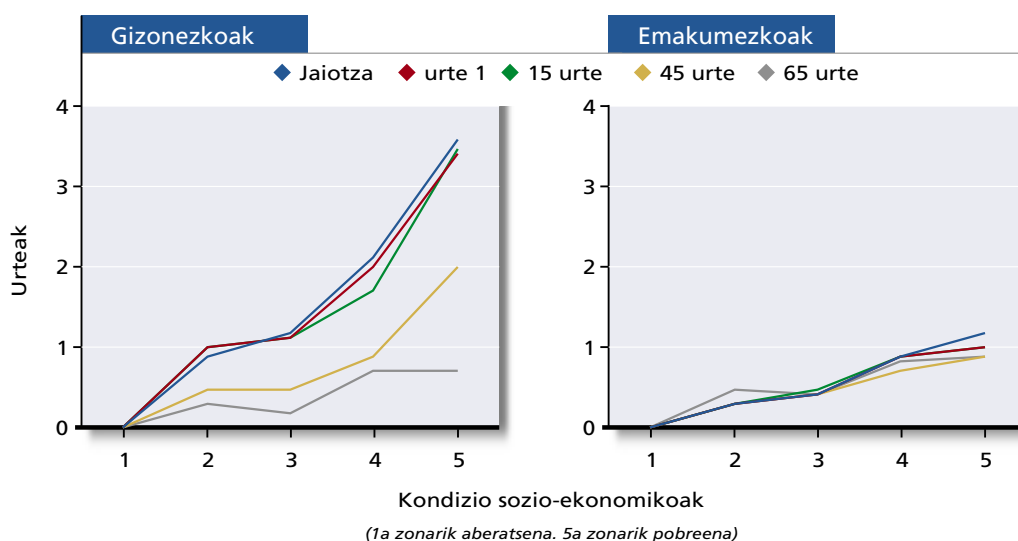
24 taula. Bizitza-itxaropenaren urteak, adin, sexu eta egoitza lekuko kondizio sozio-ekonomikoen arabera. EHAE. 1996-97.

	Emakumezkoak					Gizonezkoak				
Adina	Kondizio sozio-ekonomikoak*					Kondizio sozio-ekonomikoak*				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Jaiotzerakoan	83,3	83,0	82,9	82,4	82,1	76,2	75,3	75,0	74,1	72,6
Urte batera	82,7	82,4	82,3	81,8	81,7	75,6	74,6	74,5	73,6	72,2
15 urtera	68,9	68,6	68,4	68,0	67,9	61,8	60,8	60,7	60,1	58,3
45 urtera	39,8	39,5	39,4	39,1	38,9	33,3	32,8	32,8	32,4	31,3
65 urtera	21,5	21,0	21,1	20,7	20,6	16,4	16,1	16,2	15,7	15,3

* 1a zonarik aberatsena da. 5a zonarik pobreena.

Puntetako kintiloen artean bizitza-itxaropenean zeuden diferentziak hauek izan ziren: 3,6 urtekoa gizonezkoetan eta 1,2 urtekoa emakumezkoetan (18 irudia). Datuen arabera, gizonezkoetan bizitza-itxaropeneko diferentzia sozialak beren gaztaroko eta lan-adineko esperientziaren ondoriozkoak dira. Emakumezkoetan, ostera, jaiotzean dagoen bizitza-itxaropenaren diferentziak apur bat handiagoak baino ez dira gazteetan, nagusietan gertatzen diren diferentziekin konparatuz.

18 irudia. Bizitza-itxaropeneko diferentziak adinaren eta bizilekuaren kondizio sozio-ekonomikoen arabera. EHAE. 1996-1997.



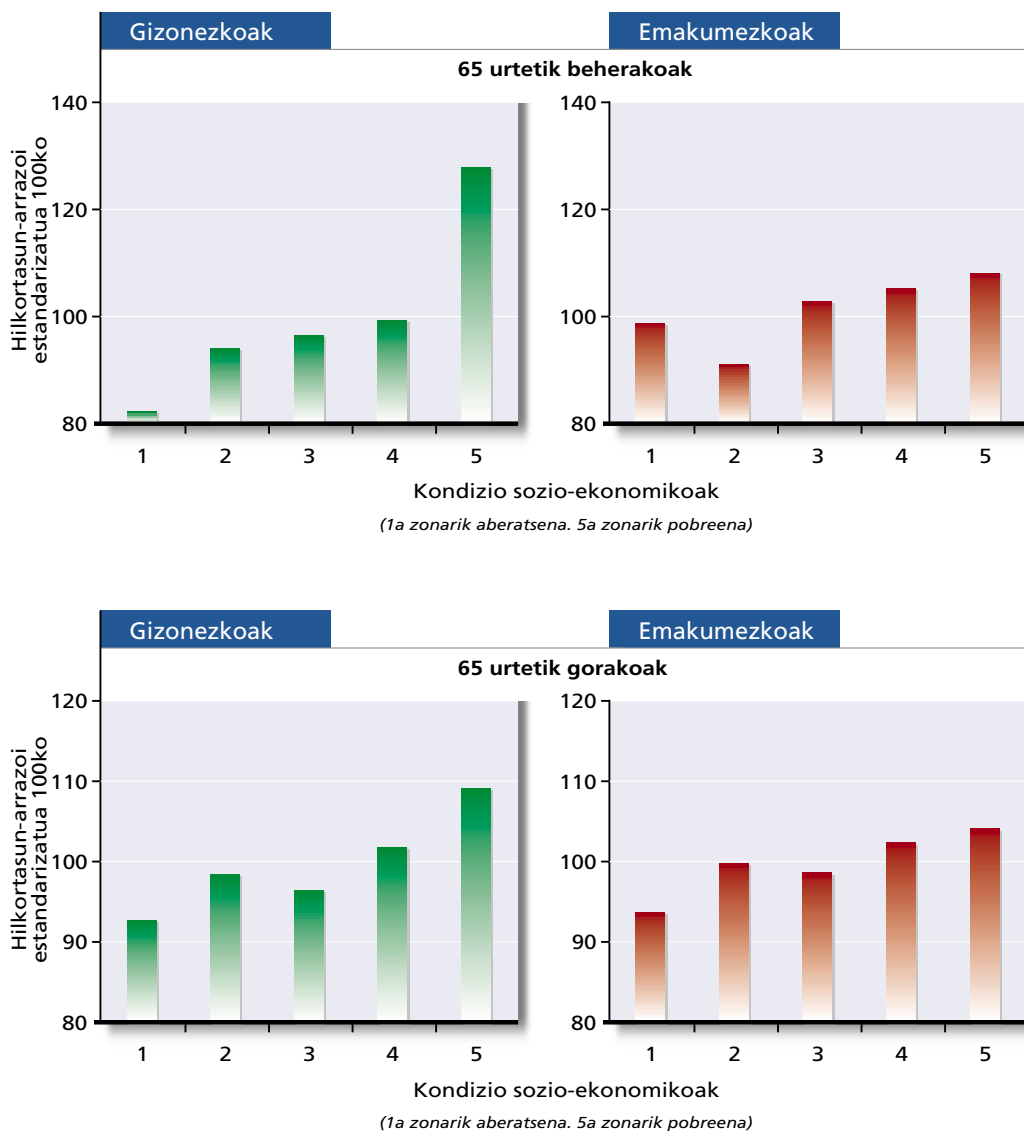
◆ Adin-talde eta sexuen arabera hilkortasuna

Diferentzia sozialak argi eta garbi ikusten dira hilkortasun-tasak aztertzen direnean ere.

65 urtetik beherako gizonezkoetan hilkortasunak gradiente sozialari argi jarraitzen dio. Horrela, talderik desfavoratuenean hilkortasuna %56an handiagoa da talde faboratuenean baino (19 irudia). 65 urtetik beherako emakumezkoetan, berriz, diferentziak txikiagoak dira gizonezkoetan ikusitakoak baino.

Bizitzako adin ertainean, 30-64 urteen bitartean, sexu bietan gradiente soziala ikusten da. Gizonezkoetan gradiente hori markatuagoa da, eta %55eraino heltzen da.

19 irudia. Zergati guztiengatiko hilkortasuna, bizilekuaren kondizio sozio-ekonomikoen arabera. EHA. 1996-1997.

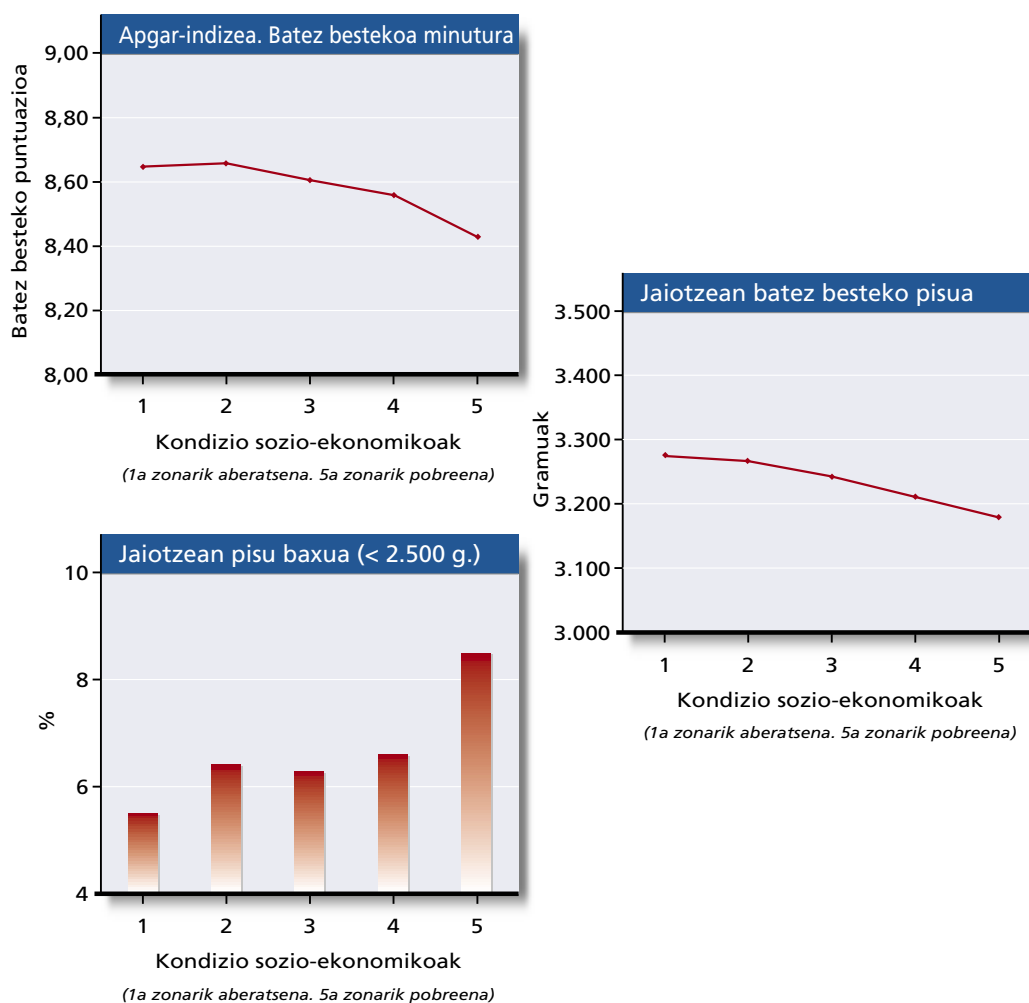


Urte batetik beherakoetan ere hilkortasunak gradiente sozialari jarraitzen dio. Horrela, atalik desfaboratuenetan hilkortasuna handiagoa da %53an atal aberatsenetan baino. 1-14 bitarteko gizonezkoetan, larregizko hilkortasuna ikusten da hauek konparatzen direnean: kintilo pobreenen atalak (3, 4 eta 5) eta aberatse-na den lehen atala. 15 urtetik 29ra, berriz, gradiente monotonikoa dago, eta gradiente horretan ikusten den larregizko hilkortasuna %77raino heltzen da, puntetako kintiloetako zentsu-atalak konparatzen direnean.

2.2.3. Jaiotzinguruko osasuna

Jaiotzinguruko osasunaren adierazleak amaren bizilekuaren kondizio sozialekin estatistikoki lotuta zeuden. 1997an, bai jaiotzetik minutu batera egindako Apgar-indizea baita jaiotzean haurrak zeukan pisua ere apur bat handiagoak izan ziren zona faboratuenetan, nahiz eta indize horien batez besteko balioak muga normalen barruan egon kasu guztietan (20 irudia). Hala ere, diferentzia txiki horien esangura, biztanleria-mailan, nabaria da; hori argi ikusten da hurrek, jaiotzean, duten pisu baxua (2.500 g-tik beherakoa) aztertzerakoan. Amaren adinaren arabera egokitu eta gero, zona pobreenetan bizi direnengandik jaio zirenen pisu baxua edukitzeko arriskua %62 altuagoa izan zen, zona faboratuenetan bizi direnengandik jaio zirenen baino (20 irudia).

20 irudia: Jaiotzinguruko osasuneko ezberdintasunak, bizilekuaren kondizio sozialen arabera. EHAE. 1997.



2.2.4. Bizitza-ohiturak eta bizimoduak

Alkoholaren kontsumoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Tabakoaren kontsumoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Hariketa fisikoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

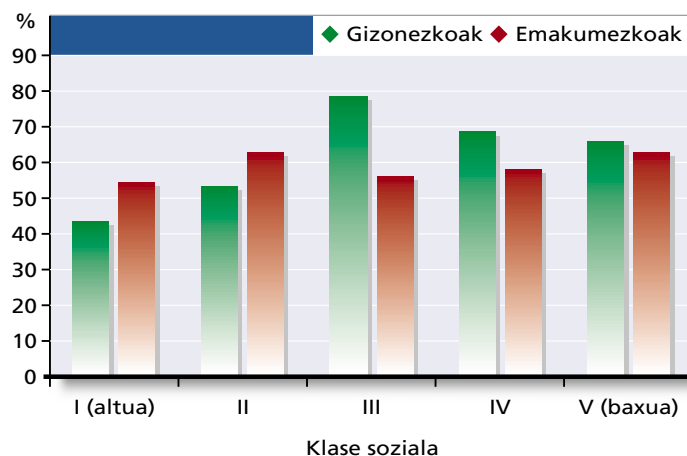
Nutrizio-ohiturak. Gorputz-pisua. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

◆ Prebentzio-praktikak

Ezberdintasun sozialen patroia diferentea da, aztertzen den prebentzioko praktika-motaren arabera. Badirudi klase sozial batekoa edo bestekoa izateak ez duela markatzen diferentziarik arteria-hipertentsioan. Eta gauza bera esan daiteke kolesterolaren prebentzio-analisiari edo hautemandako hiperkolesterolemia-aren prebentzio-analisiari dagokienez.

Patroi soziala apur bat markatuago agertzen da gripearen aurkako txertaketan. Gizonezkoen artean klaserik desfavoratuenetakoak dira txertaketa-porzentajerik handiena aurkezten dutenak (21 irudia).

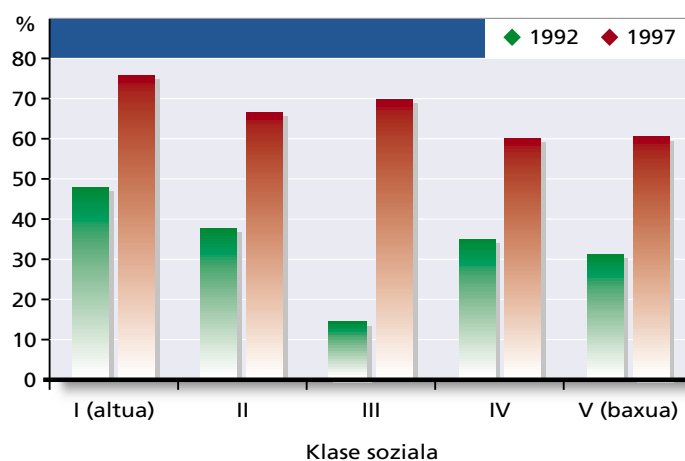
21 irudia. Gripearen aurka txertatzen diren pertsonak, klase sozialaren arabera. EHAe. 1997.



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

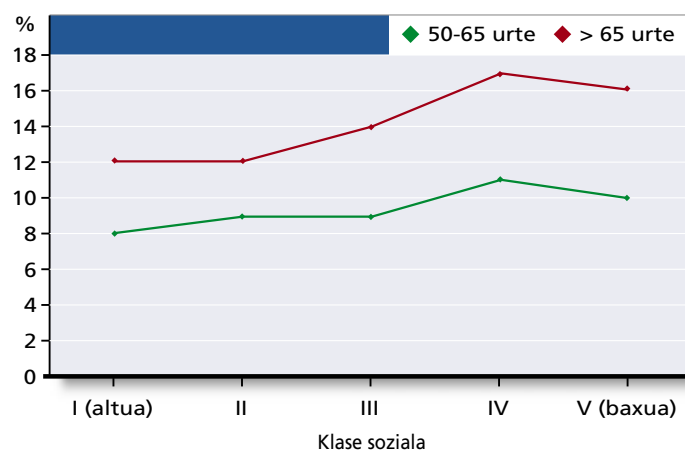
Bularreko minbizia goiz detektatzeko programari dagokionez, nahiz eta partaidetza-tasa bikaina den (%79,1), oraindik diferentzia sozial nabarmenak daude mamografia egiteari dagokionez: klaserik desfavoratuenetako emakumezkoek jarraitzen dute izaten programaren gainean gutxien dakitenak, eta esplorazio-maiztasun gutxien erakusten dutenak (22 eta 23 irudiak).

22 irudia. Mamografia egiteko bi urtetik beherako aldizkatasuna duten 50-65 urte bitarteko emakumezkoen portzentajearen eboluzioa, klase sozialaren arabera. EHAE. 1992 eta 1997.



Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

23 irudia. Inoiz ere mamografiarik egin ez duten 50-65 urte bitarteko emakumezkoen portzentajea, klase sozialaren arabera. EHAE. 1997.



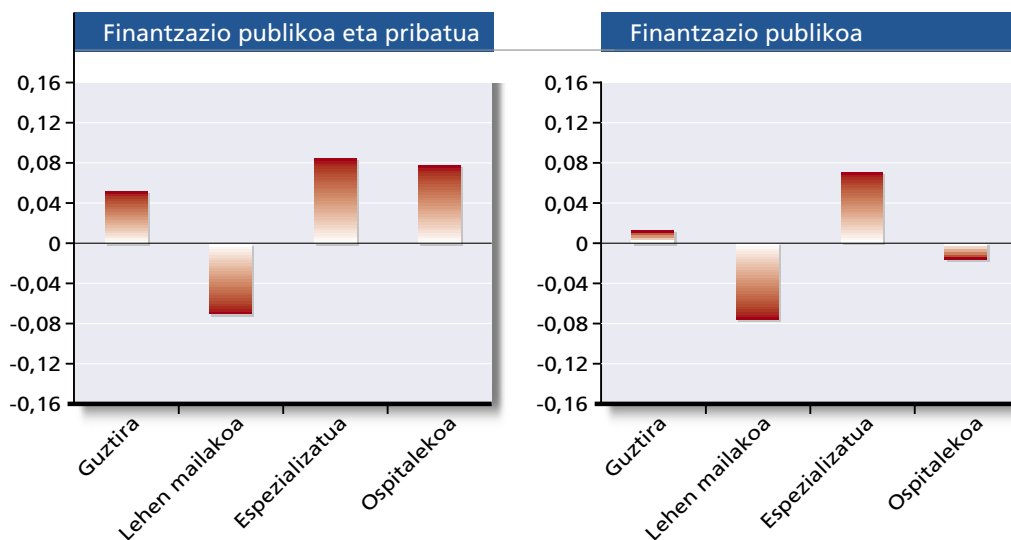
Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

2.3. Zerbitzuen banaketari buruzko ekitatea

97-EHAEOI-ko datuak erabiliz kalkulatu dira Wagstaff-ek, van Doorslaer-ek eta Paci-k proposatutako ekitate-indizeak. Indizeok eta gastuaren kontzentrazio-indizeak baliokideak dira, adin-sexu eta osasun-mailaren arabera estandarizatuta daudelarik. Indizeak izan ditzakeen balioak +1,0tik -1,0ra artekoak dira. Indizearen balio positiboek islatzen duten inekitatea baliabide ekonomiko gehieneko kolektiboen aldekoa da; eta balio negatiboek islatzen duten inekitatea, berriz, pobreen aldekoa.

Fondo publiko eta pribatuek finantzatutako osasun-gastua pertsona bakoitzerako estimatzerakoan, ekitate-indizeak gutxienezko balio positiboak erakusten ditu, horrek adierazten digu Euskadiko Osasun-Sistema gehienezko ekitate-egoeran dagoela, zerbitzuen hornidurari dagokionez (24 irudia). Atentzio-maila ezberdinei dagokionez, indizeak balio negatiboak erakutsi zituen lehen mailako atentzioan; baina atentzio espezializatuko indizeak balio positiboak erakutsi zituen; eta neurri gutxiagoan ospitale-atentzioko indizea ere balio positiboekin agertu zen.

24 irudia. Ekitate-indizea*, osasun-zerbitzuen horniduran. EHA.1997.



* Balio negatiboek zera adierazten dute, inekitateak pobreen aldera jotzen duela; eta balio positiboek adierazten dutenez, inekitateak aberatsenen aldera jotzen du.

2.4. Ezberdintasun ez-ekitatiboei aurre egiteko helburuak eta interbentzio-estrategiak

2.4.1. Helburu orokorra

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Diferentzia sozialak, gizonezkoen osasun-autobalorazioan	%25ean gutxitzea	%193	%144,8	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, emakumezkoen osasun-autobalorazioan	%25ean gutxitzea	%61,5	%46,1	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

2.4.2. Helburu espezifikoak (2010 urterako)

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Diferentzia sozialak, tabakoaren kontsumoari dagokionez**	%25ean gutxitzea	%43*	%32,3	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, 16 urtetik gorako pertsona obesoaren proportzioan	%25ean gutxitzea	%223*	%167,3	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasunean, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	%25ean gutxitzea	%39***	%30	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasunean, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%25ean gutxitzea	%45***	%34	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

** Kontsumoan hezkuntza-mailaren arabera gertatzen diren diferentziak 16-74 urte bitarteko gizonezkoetan eta 16-44 urte bitarteko emakumezkoetan. Talde horietan erretzaileak izateko arrisku gutxiago dago, beraietako pertsonen ikasketa-maila eskola-graduatutik gorakoa denean.

*** 1993-98ko aldia.

2.4.3. Interbentzio-estrategiak

1. Bai EHAE guztiko bai tokian-tokiko osasunean gertatzen diren ezberdintasunak monitorizatzea.
 - 1.1. Osasunari buruzko informazio-sistemak garatzea, ezberdintasunak nola banatzen diren hobeto jakiteko eta ezberdintasunok monitorizatzeko. Hori guztia posible egiteko, sistema horietan pertsonen klase soziala bilduta egon beharko da, bilketa zuzenean zein bestelako datu-baseekiko loturaren bidez egingo delarik.
 - 1.2. Klase sozialen araberrako osasun-mailaren, osasun-zerbitzuen erabileraren eta zerbitzuon kalitatearen aldizkako estatistikak sortzea.

- 1.3. Osasun-ezberdintasunei buruzko ikerkuntza- eta garapen-programa martxan jartzea; programa horrekin hobeto ezagutuko dira ezberdintasun horien sorkuntzan inplikaturako mekanismoak, eta posible izango da ezberdintasunok murrizteko interbentzioak proposatzea.
2. Jokabide intersektoriala.
 - 2.1. Ezberdintasun sozialek osasunean duten eraginari dagokionez Politika publiko sektorialak diseinatu eta ebaluatzea.
 - 2.2. Osasun-arloan zuzeneko zein zeharkako interbentzioko Sail, Udal, Institutio eta gizarte-agenten arteko lankidetzak eta koordinazioa bultzatzea, osasunean gertatzen diren ezberdintasun sozialak murrizteko helburuak batez ere.
3. Adin emankorrean eta haurdunaldian dauden emakumezkoen osasuna eta lehen haurtzaroko haurren osasuna hobetzeko eta ezberdintasun sozialak murrizteko politikak garatzea; politika horien oinarritzko helburua zera delarik, ezberdintasunak ez transmititzea.
 - 3.1. Kolektibo desfaboratuenetan haurdunaldiko zainketak eta jarraipen medikoa gehitzea, lehen mailako atentzioko zerbitzuen bidez eta obstetriziaz-konsulten bidez, gizarte-zerbitzuekin kolaboratuz.
 - 3.2. Pediatriako prebentzio-atentzioa gehitzea kolektibo desfaboratuenetan.
 - 3.3. Adin emankorreko emakumezkoen eta beren seme-alaben nutrizioa hobetzea, elikadura-pobrezia elimintzeari eta obesitatea murrizteari lehentasuna eman.
 - 3.4. Adin txikiko seme-alabak dituzten familien pobrezia murriztea, beharrezko laguntza-neurriak erabiliz.
 - 3.5. Adin txikiko seme-alabak dituzten aitei eta amei laguntza emozionala eta soziala ematea, profesionalek etxetara (jaio aurretiko eta jaio osteko) bisitak eginez. Bisita horietan hauek guztiak eskainiko dituzte: osasun-hezkuntza, erditzerako eta haurraren zainketarako laguntza praktikoa eta emozionala, bai eta gizarte- eta finantza-arazoei aurre egiteko laguntza ere.
4. Bizimodu osasungarriak promobitzeko politikak garatzea, bai prebalentzian bai ondorioetan gradiente soziala erakusten duten faktoreei dagokienez batez ere.
 - 4.1. Tabakoaren kontsumoa murrizteko politikak indartzea; politika horien helburu hauek izango dira batez ere: zaurgarrienak diren biztanleria-taldeak, bereziki adoleszenteak, emakumezkoak eta gizarte-kolektibo desfaboratuenak.
 - 4.2. Alkoholaren kontsumoa murrizteko politikak indartzea; politika horien helburu hauek izango dira batez ere: zaurgarrienak diren biztanleria-taldeak, bereziki adoleszenteak, emakumezkoak eta gizarte-kolektibo desfaboratuenak.
 - 4.3. Alkoholaren kontsumoarekin lotutako istripu-siniestralitatea murrizteko joerako interbentzio intersektorialak promobitzea.
 - 4.4. Atentzio medikoko eta gizarte-atentzioko programa espezifikoak bultzatzea, alkoholaren mendetasuna edo alkoholaren kontsumotik eratorritako osasun-arazoak dituzten pertsonak atentzitzeko, eta bereziki gizarte-talde desfaboratuak atentzitzeko.
5. Osasun-zainketen hornidurak izan behar duen ekitate-printzipioa (hots, beharrian berdinari tratamendu berdina) promozionatzea Euskadiko Osasun Sistemak garatutako politika eta programa guztietan eta barruti geografiko guztietan.
 - 5.1. Atentzio espezializatuko zerbitzuen eskuragarritasunean inekitatea determinatzen duten faktoreak identifikatzea eta aldatzea.
 - 5.2. Osasunaren prebentzio- eta promozio-programak talde desfaboratuengana espezifikoki orientatzea.
 - 5.3. Osasun-atentzioan ezberdintasun sozialak erabateko aspektutzat hartzea, osasun-zainketen kalitatea baloratzerakoan eta hobetu behar denean.

3. Gaixotasun ez-transmitigarriak

3.1. Minbizia

Kapitulu honetan minbizia orokorki aztertzen saiatuko gara. Lehentasunez tratatuko ditugu hilkortasun handiagoa aurkezten duten minbiziak eta ebidentziaren arabera interbentzio-posibilitateak dituztenak.

Gaurko egoera

Herrialde garatu guztietan minbizia osasun-arazo gero eta handiagoa da. EHAEan, tumore gaiztoengatiko hilkortasunaren garrantzi erlatiboa aldatu egin da azken urteotan; izan ere, 1993 urtetik hasita gizonezkoen artean lehen heriotza-zergatia izatera pasatu da, eta emakumezkoen artean, berriz, minbiziak jarraitzen du izaten heriotzaren bigarren zergati sarriena, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen atzetik doalarik.

EHAEan, beste herrialde industrializatueta bezala, minbiziagatiko hilkortasun-tasak gorantz joan ziren 90 hamarkadara arte, eta ordutik aurrera, ostera, egonkortu egin dira. Horrela, EHAEko biztanleria osorako minbiziagatiko hilkortasun-tasa, 100.000 biztanleko eta adinaren arabera egokitua, 1980 urteko 179tik 1990 urteko 190era, eta 1998ko 182ra pasatu da (25 irudia). Denboran zehar izan duen eboluzioa ezberdina izan da sexuaren arabera: izan ere, gizonezkoetan ez da ikusi denboran zehar inolako aldaketa esanguratsurik; emakumezkoetan, ostera, minbiziagatiko heriotzak gutxitu egin dira azken bi hamarkadetan (urteko 0,7). 1998 urtean, tumore gaiztoengatiko egokitutako tasa 100.000 gizonezko bakoitzeko 270ekoa izan zen, eta 100.000 emakumezko bakoitzeko 115ekoa.

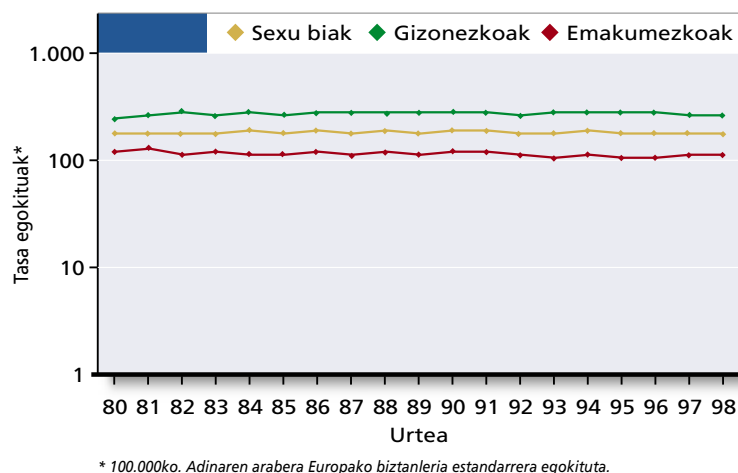
45-74 urte bitartean heriotza-zergatirik sarriena minbizia da. Emakumezkoek dagokienez ere, minbizia da lehen heriotza-zergatia 30-44 urte bitarteko taldean.

Maila sozialaren eta tumore gaiztoengatiko hilkortasunaren arteko erlazioa aztertzeak zera egiaztatzen digu: 65 urtetik beherako gizonezkoetan zergati horrengatiko hilkortasuna beheko estratu sozialetan handiagoa dela %38an estratu altuenetan baino. 65 urtetik gorako gizonezkoetan diferentzia hori murriztu egiten da %8ra arte. Emakumezkoetan, berriz, minbiziagatiko hilkortasunak ez du loturarik maila sozialarekin.

1986-1988 hirurtekoan, neoplasiak diagnostikatu eta handik 5 urtera bizirik jarraitzen zuten pazienteen biziraupen erlatiboa¹ %40koa izan zen gizonezkoentzat, eta %54koa emakumezkoentzat. Portzentaje horiek apur bat handiagoak izan ziren estatu espainolekoak baino (EHAEkoak %40 eta Estatuak %52), bai eta Europa osoan gertatutakoak baino (EHAEkoak %35 eta Europakoak %50).

¹ Ikusitako biziraupenaren eta itxarondako biziraupenaren arteko arrazoiak. Arrazoi horrekin konparazioak egin daitezke hilkortasun orokorrean diferentziak agertzen dituzten barrutien artean. Metodoak heriotza-zergati posible bakarra minbizia dela asumitzen du.

25 irudia. Minbiziagatiko hilkortasunaren eboluzioa denboran zehar. EHAE. 1980-1998.



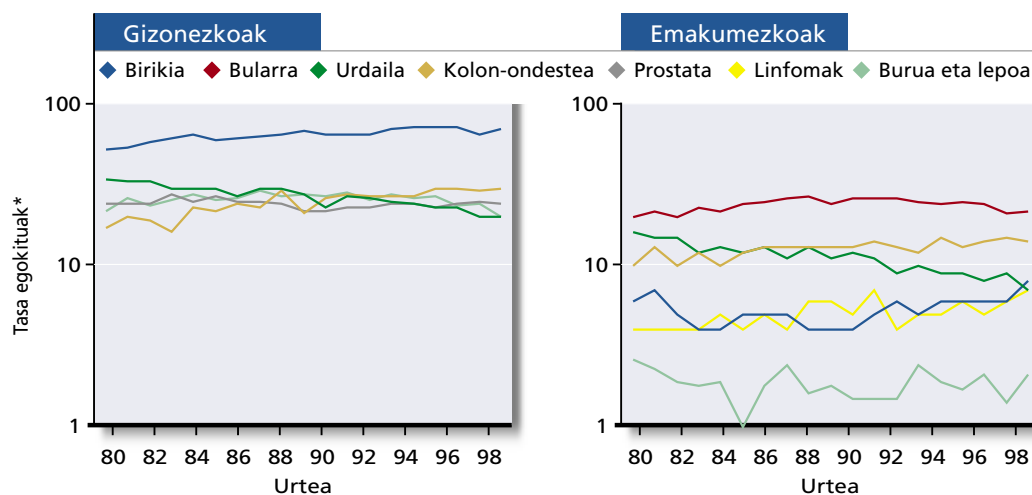
Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

3.1.1. Sarrien gertatzen diren tumore-kokapenak

Azken urteotan, birika-minbizia mantendu da nagusi gizonezkoetan minbiziagatiko lehen heriotza-zergati legez, azken bi hamarkadetan gehikuntza esanguratsua izan duelarik. Izan ere, 1980ko 100.000 gizonezko bakoitzeko 52ko tasatik 1998ko 100.000 gizonezko 71ko tasara pasatu da. Lehen, urdaileko minbizia zen bigarren tumore hilgarriena gizonezkoen artean, gero, 1998an laugarren postura pasatu da (1980an hilkortasun-tasa egokitua 100.000 gizonezko 34koa izan zen; 1998an, berriz, 20koa). Gaur egun, gizonezkoen artean, prostatako minbizia da neoplasia gaiztoengatiko hirugarren hilkortasun-zergatia (100.000 gizonezko 24). Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasunak gora egin du azken urteotan; izan ere, 1980-84 aldian tumore gaiztoengatiko bosgarren heriotza-zergatia izan zen, bere tasa egokitua 100.000 gizonezko 17koa zelarik, gero, 1998an, bigarren postuan jarri da, 100.000 gizonezko bakoitzeko 30eko tasarekin. Buruko eta lepoko minbizia izan da 1998an bosgarren hilkortasun-zergatia gizonezkoen artean (100.000 gizonezko 20).

Emakumezkoen artean bularreko minbiziak jarraitzen du lehenengo postuan (1998an, 100.000 emakumezko bakoitzeko 22ko hilkortasun-tasa estandarizatuarekin). Kolon-ondesteko minbizia bigarren postuan dago (100.000 emakumezko 14ko tasa); horren atzetik birika-minbizia (100.000 emakumezko 8ko tasa) dator; eta jarraian, laugarren eta bosgarren postuan daude linfomak (100.000 emakumezko 7ko tasa) eta urdaileko minbizia (100.000 emakumezko 6,5eko tasa). Buruko eta lepoko tumoreen eragina oso txikia da (100.000 emakumezko 2ko tasa) (26 irudia).

26 irudia. Birika, bular, urdail, kolon, prostata, buru eta lepoko minbiziengatiko eta linfomengatiko hilkortasunaren eboluzioa. EHAE. 1980-1998.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Patroi sozialaren eta hilkortasunaren arteko erlazioari dagokionez, birika-minbiziagatiko heriotza-kopuruan gehikuntza nabaria ikusi da klaserik desfaboratuenetan, eta batez ere 65 urtetik beherakoetan. Baina, zona aberatsenetan birika-minbiziagatiko hilkortasun handiagoa emakumezkoen artean gertatu da.

Bularreko minbiziari dagokionez, zona sozio-ekonomiko pobreenetan bizi diren 65 urtetik gorako emakumezkoen hilkortasuna txikiagoa da %25ean, zona aberatsenetan bizi diren emakumezkoena baino. 65 urtetik beherako emakumezkoetan, ez da ikusi maila sozialaren araberrako diferentzia-patroirik.

Azpimarragarriak dira tumore batzuegatiko (laringe-minbiziagatiko eta aho-faringeko minbiziagatiko) hilkortasunaren gertatzen diren diferentzia sozialak. Minbizi horien agerrera tabakoaren eta alkoholaren elkarrekin leporatu behar zaio. Talde sozial desfaboratuenetan 65 urtetik beherako gizonezkoen artean, tumore horienagatiko hilkortasuna bi bider handiagoa da, talde aberatsenetako gizonezkoen artean baino. 65 urtetik gorakoetan, berriz, aho eta faringeko tumoreetan %55eko diferentzia dago. Emakumezkoen diferentziak 65 urtetik gorakoetan ikusten dira bakarrik, eta adin horretan talde faboratuenetan gertatzen da hilkortasun handiagoa.

Helburuak

Minbiziaren arlorako helburuak bere eboluzioan ikusitako joeretan oinarriturik ezarri dira, eta aipatutako eboluzioa aldatzeko estrategia erabilgarriak kontuan harturik.

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	Beherako joera hastera	115,9	Beherako joera hastera	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%10ean gutxitzea	52,4	47,1	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarreara egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Asistentzia-arloko lehenengo prebentzioa: profesional sanitarioen aldetiko bizimodu osasungarrien promozioa.
2. Lehen mailako atentzio-arloko tumoreen diagnostiko goiztiarra, alerta-zeinu eta -sintomei buruzko protokolo klinikoan aplikazioan oinarritu behar da.
3. Gaixo onkologikoaren atentzioa indibidualki eman behar da, kontrastatutako eta balidatutako praktika klinikoko gidak erabiliz.
4. Gainera, atentzioa koordinazioz burutu behar da, edo Euskadiko Minbizia Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.
5. Diagnostiko eta tratamendu egokietarako zirkuituak ezarriko dira, bai eta, atentzio-maila ezberdinen arteko deribaziorako mekanismo efektiboak ere, itxaron-denborak ahalik gehien murrizteko helburuaz.
6. Zainketa aringarriak eta errehabilitazioa, gertatzen diren beharizanen arabera izango dira, zeren garrantzizkoak baitira gaixo onkologikoak atxikitzeko.

Jokabide komunitarioak

7. Jokabide komunitarioen helburua ere izango da bizimodu osasungarriak bultzatzea, batez ere tabakoa, alkohola eta dieta osasungarriari dagozkienak. Bultzapen hori hezkuntza-programak garatuz egingo da.
8. Detekzio goiztiarrari (prebentzio sekundarioari) dagokionez, gaur egun martxan dauden jokabideak mantenduko dira, eta gainera, gure arloan efektibitatea egiaztatu duten interbentzioak inkorporatzea baloratu beharko da.

Jokabide intersektorialak

9. Ingurugiroko eta lan-esparruko kutsatzaileak kontrolatzeko neurriak garatu behar dira (ikusi, "Ingurugiro-, Lan- eta Eskola-ingurua" kapitulua).

Beste jokabide batzuk

10. Tumoreen ospitale-erregistroak potentziatu behar dira, zeren ondoko hauek eskaintzen baitute: bate-tik, asistentzia-prozesua hobeto ezagutzeko posibilitatea, prozesuok kontrolatu ahal izateko eta emai-tzetan oinarritutako kalitate-adierazleak erabiltzeko; eta bestetik, osasun-zentro ezberdinen arteko konparazioa egitea.

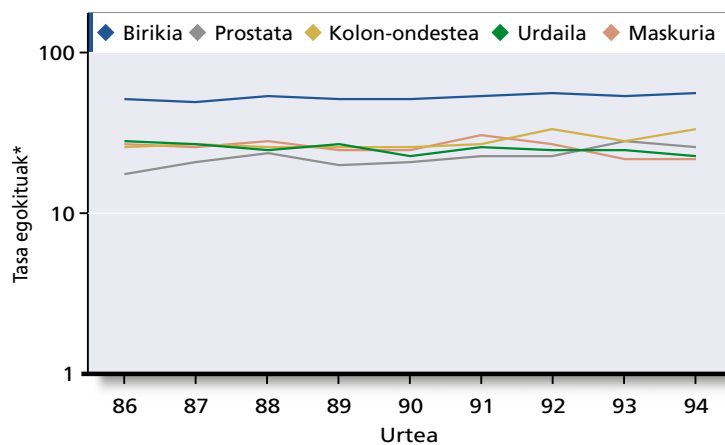
Ezberdintasunak

11. Beharrezkoa da informazio-sistema bat martxan jartzea, minbiziarekin erlazionatutako osasunean agertzen diren ezberdintasun sozialen eboluzioa monitorizatu ahal izateko.

3.1.2. Birikako minbizia

Bera da tumore gaiztoengatiko hilkortasun-zergatirik sarriena gizonezkoen artean; eta azken urteotan gorako joera aurkeztu du. Gainera, bera da intzidentziarik handiena aurkeztzen duena (27 irudia). Emakumezkoen artean tumore horrengatiko hilkortasunak apur bat gora egin badu ere, oraindik ez dira lortu tabako-kontsumoan gertatutako gehikuntzarekin espero ziren tasak.

27 irudia. Intzidentzia-tasen eboluzioa. Gizonezkoak. EHAE. 1986-1994.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Minbiziaren Erregistroa. Osasun Saila.

Bestetik, birikako minbizia gizonezkoen artean hilkortasun goiztiarraren laugarren zergatia izatera pasatu da, galdutako bizitza-urte potentzialei (GBUP-ei) dagokien tasa egokitua 1.000 biztanleko 5,1 urtekoa delarik.

Birikako minbiziaren arrisku-faktorerik behinena tabakoa da; tabakoaren kontsumoak behera egin du gizo-nezkoen artean, emakumezkoen artean mantentzen den bitartean (92 eta 97ko EHAEI-ak).

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Birikako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	Gorako joera alderantzizkatzea	32,3	Gorako joera alderantzizkatzea	Hilkortasun-erregistroa.Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Birikako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	Gorako joera galgatzea	3,9	Gorako joera galgatzea	Hilkortasun-erregistroa.Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

*100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Birikako minbiziaren prebentzio-jokabideak tabakismoaren prebentzioarekin eta kontrolarekin erlazionatutako estrategietan oinarritu behar dira, zeren gaur egun ez baitira ezagutzen minbizi hori goiz detektatzeko neurri efektiborik.
2. Lehen mailako atentzioan birikako minbiziaren susmopeko diagnostikoa egitea oso inportantea da tumore horiek pronostikatzeko; horregatik, protokolo egokiak ezarri beharko dira.
3. Birikako minbiziak jotako gaixoaren atentzio sanitarioa koordinazioz burutu behar da, edo Euskadiko Minbizi Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontrastatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.

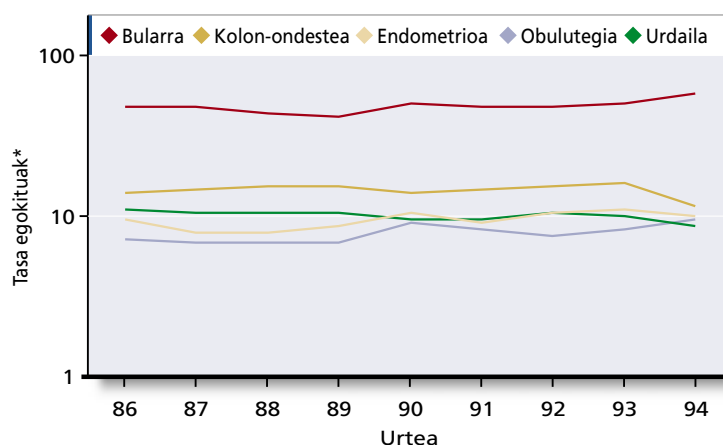
Jokabide intersektorialak

4. Jokabide intersektorialak tabakismoa kontrolatzeko jokabideak izango dira batez ere (ikus "bizimoduak" izeneko kapitulua).
5. Ingurugiroko kutsagarrien kontroleko eta okupazioko neurriak garatu behar dira. (Ikus "Ingurugiro-, lan- eta eskola-ingurua" kapitulua).

3.1.3. Bularreko minbizia

Bularreko minbiziak du hilkortasunik gehien emakumezkoen artean, azken urteotan joera egonkorra mantendu duelarik. Eta emakumezkoen artean intzidentziarik handiena aurkezten duen tumorea da (28 irudia).

28 irudia. Intzidentzia-tasen* eboluzioa emakumezkoen minbizian. EHAE. 1986-1994.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Minbiziaren Erregistroa. Osasun Saila.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Bularreko minbiziagatiko hilkortasuna emakumezkoetan	%17,5ean gutxitzea	22,3	18,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Bularreko minbizia goiz detektatzeko programa 1995ean ezarri zen EHAEan. Programa hori mantendu behar da, egokituz jotako aldaketak eginez, momentu bakoitzean dagoen ebidentzia zientifikora egokitzen dela.
2. Bularreko minbiziak jotako gaixoaren atentzio sanitarioa zerean burutu behar da, Euskadiko Minbizia Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontratatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoak garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.

Ezberdintasunak

3. EHAEko emakumezkoen bularreko minbizia goiz detektatzeko programan partaidetza hobetzeko estrategiak garatu behar dira, batez ere beheragoko maila sozialeko emakumezkoen artean, horietan baitago programa horrekiko atxikidurarik txikiena.

3.1.4. Kolon-ondesteko minbizia

EHAEan kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasunak gora egin du azken urteotan, 1998ko tasa estandarizatu 100.000 biztanleko 21ekoa delarik. Bere intzidentziari dagokionez, lehenengo postuetan dago bai gizonezkoetan eta bai emakumezkoetan (ikusi 27 eta 28 irudiak). Dieta desegokia da arrisku-faktore-rik printzipalena holako tumore-mota izateko.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna gizonezkoetan	Tasak egonkortzea	29,5	Tasak egonkortzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna emakumezkoetan	Tasak egonkortzea	14,5	Tasak egonkortzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

*100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Lehen mailako atentzioko arloan kolon-ondesteko minbiziaren susmopeko diagnostikoa oso inportantea da, tumore horien pronostikorako. Horregatik, protokolo egokiak ezarri beharko dira susmopeko diagnostiko horiek egin ahal izateko.
2. Kolon-ondesteko minbiziak jotako gaixoaren atentzio sanitarioa zerean burutu behar da, Euskadiko Minbizia Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontrastatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.

Jokabide komunitarioak

3. Lehen mailako prebentzioa bizimodu osasungarriak, batez ere dietari dagozkionak, bultzatzean oinarrituko da (ikusi "bizimoduak" kapitulua).
4. Detekzio goiztiarraren zenbait probak erakutsi dute efikazak direla. Detekzio goiztiarra egiteko programak ezartzeko, gure inguruan beren efektibitatea eta efizientzia egiaztatuta egon beharko dira.

3.1.5. Buruko eta lepoko minbiziak

Buru-lepoko tumore gaiztoetan neoplasia hauek daude: ezpainetakoa, ahokoa, faringekoa eta laringekoa. Guztiok multzo batean aztertuta, hirugarren tumore-kokapena dute EHAEko gizonezkoetan azken lau

urteotan. Azken bi hamarkadetan hilkortasunak izan duen eboluzioan ez dira aurkeztu aldaketa esanguratsurik. Hala ere, banan-banan aztertzen badira hauek ikus daitezke: laringe-minbiziagatiko hilkortasun-tasak batez beste 0,23 unitatetan gutxitu direla; ahoko eta faringeko minbiziagatiko hilkortasun-tasek, ostera, denboran zehar gorako joera txikia aurkeztu dute.

Kokapen horietako minbiziengatiko urteko hilkortasun-tasa gizonezkoetan 100.000ko 20,2koa da (ahokoan 100.000ko 10,8koa; laringekoan 100.000ko 9,4koa). Emakumezkoen tasa 100.000ko 2,0koa da (ahokoan 100.000ko 1,9koa; laringekoan 100.000ko 0,18koa); Hala ere, emakumezkoetan ahoko minbi-ziaren tasetan gehikuntza lineal txiki bat ikusten da (urtean 0,0001koa).

Tumore-mota horiekin erlazioatutako faktore etiologikoak dira batez ere tabakismoa eta alkohola larregi kontsumitzea. Arrisku-faktore bion efektu sinergikoa biderkatzaile egiten da ahoko minbiziari dagokionez, eta gehigarri laringeko minbiziari dagokionez.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Buru-lepoko minbiziagatiko hilkortasuna, gizonezkoetan	%10ean gutxitzea	22,6	20,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Buru-lepoko minbiziaren prebentzio-jokabideak tabakismoaren eta alkoholaren larregizko kontsumoaren prebentzioarekin eta kontrolarekin erlazioatutako estrategietan oinarritu behar dira.
2. Beste minbizi-kokapenetan esan dugun bezala, minbizi horien atentzio sanitarioa koordinazioz burutu behar da, edo Euskadiko Minbizi Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontrastatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.
3. Ez dago behar besteko ebidentzia zientifikorik, biztanlerian detekzio goiztiarra egiteko programen efektibitateari dagokionez. Hala ere, lesio pre-gaiztoak detektatzeko, aho-azterketak arrisku handiko pertsonen egingo zaizkie batez ere; eta egin, lehen mailako atentzioko pertsonal medikoak, espezialistek eta odontologoek egingo dituzte.

Jokabide komunitarioak

4. Osasunaren Hezkuntza-arloan arrisku-faktoreak prebenitzeko jokabideak garatu behar dira; gainera, lesio gaiztoen susmopeko zeinu eta sintomei buruzko informazioa hedatzeko ekintzak ezarri behar dira (sintoma horien artean daude besteak beste: erlatura, afonia, justifikaziorik gabeko eztul iraunkorra, irensteko edo digeritzeko zailtasun iraunkorra eta orbantzen ez diren ultzerak), zeren guztion detekzio goiztiarrak tumore horien pronostikoa hobetzen baitu.

Jokabide intersektorialak

5. Planteatu behar diren jokabide intersektorialak, batez ere tabakismoa eta alkoholismoa kontrolatzeko jokabideak dira (ikusi "bizimoduen" kapitulua).

3.2. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak

Gaurko egoera

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak dira gaur egun emakumezkoen hilkortasunaren lehenengo zergatia, eta laugarrena gizonezkoei dagokienez, emakumezkoen heriotzen %40a eta gizonezkoen %30a gaixotasun horiengatik gertatzen direlarik. Hala eta guztiz, patologia-talde horrengatik hilkortasun-tasak garrantzizko jaitsiera izan du azken bi hamarkadetan: urtean-urtean zergati horrengatik hilkortasun-tasak behera egin du 8,7 batez besteko puntutan, jaitsiera hori gizonezkoetan handiagoa izan delarik emakumezkoetan baino.

Hilkortasun-tasa gordinak erakusten diguten arabera, urtean zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hiltzen diren pertsona-kopurua handiagoa da emakumezkoen artean (25 taula). Halaber, erakusten digute gaixotasun zerebro-baskularra gehiago gertatzen dela emakumezkoen artean, eta bihotzeko gaixotasun iskemikoak, berriz, gizonezkoak gehiago jotzen dituela.

Sexuaren arabera banaketa-patroia aldatu egiten da adinaren arabera estandarizatutako tasak erabiltzen direnean, tasa gordinak erabili beharrean. Egokitze hori eginda esan dezakegu, zirkulazio-aparatuko gaixotasun batengatik hiltzeko arriskua ez dela emakumezkoetan handiagoa gizonezkoetan baino (100.000 emakumezko 155 eta 100.000 gizonezko 255,2), eta, emakumezkoetan kasu gehiago gertatzen bada, haiek urte gehiago bizi direlako gertatzen dela.

25 taula. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasunaren tasak*.
EHA. 1998.

	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Sexu biak
Zirkulazio-aparatua guztira	280,8	316,4	299,1
Bihotzeko gaix. iskemikoa	68,6	93,8	81,5
Gaix. zerebro-baskularrak	96,4	63,8	79,7

* Gordinak 100.000 biztanleko.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunek hilkortasunean duten eraginaz gain, Osakidetza/SVSeko ospitaleetan ingresatzeko arrazoi printzipalenetako bat dira: 1993tik 1999ra ingresuko tasa gordinak gehitu egin dira, 100.000 biztanleko 909 ospitale-altatik 1.202 altara pasatu baitira. Paziente ingresatuen proportzio handiagoa gizonezkoetan gertatu zen (100.000 gizonezko 1.457 alta, 100.000 emakumezko 958 alten aldean).

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasuna maila sozialaren arabera aztertzen badugu, hilkortasunaren eta maila sozioekonomikoaren arteko erlazioa ikusten da: zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasuna handiagoa da zentsatutako atal pobreenetan bizi den 65 urtetik beherako biztanlerian.

zona aberatsenetan bizi den biztanlerian baino, gizonezkoak izan zein emakumezkoak izan (%39 eta %45 hurrenez hurren); 65 urtetik gorakoetan ez dago diferentzia argirik gizonezkoen artean; emakumezkoen artean, ostera, atal faboratuenetan hilkortasuna handiagoa da %10ean.

3.2.1. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku-faktoreak

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku faktoreak hauek dira batez ere: tabakoa, arteria-hipertentsioa, hiperkolesterolemia, obesitatea, diabetes mellitusa eta bizimodu geldikorra edo sedentarisinoa.

97-EHAEOIren arabera, gizonezkoen %35a eta emakumezkoen %23,5a erretzaileak ziren; bestalde, eta hurrenez hurren %16a eta %17a hipertentsoak. Kolesterolu altu zuela aitortu zuen pertsona-proportzioa %16koa izan zen, sexu bien artean diferentziarik ez zegoelarik. Obesitatea gehiago gertatu zen gizonezkoetan (%10,4) emakumezkoetan baino (%9,6). Baina azken horiek bizimodu egonkorragoa (%60,5) zuten gizonezkoek baino (%52,9).

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	57,1*	45,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	16,1*	12,9	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuneko diferentzia sozialak, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	%39**	%30	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuneko diferentzia sozialak, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	%45**	%34	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

** 1993-98.

Interbentzio-estrategiak

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen intzidentzia eta hilkortasuna gutxitzea lortzeko, behar-beharrezkoa da arrisku-faktore guztietan aritzea. "Bizimoduak" eta "Diabetes mellitusa" kapituluetan proposatutako interbentzioak ez ezik, jarraian adieraziko diren interbentzioak ere kontuan hartu behar dira.

Jokabide indibidualak

1. Funtsezkoa da arteria-hipertentsioa eta dislipemiak goiz detektatzea lehen mailako atentzioko kontsultetan.

2. Bizitza-ohitura osasungarriak izateko gomendioak dira gaur egun arteria-hipertentsioaren eta dislipemien lehen tratamendua. Bigarrena, tratamendu farmakologikoa da.
3. Diabetes mellitusa goiz detektatzea eta diabetesa kontrolatzeko beharrezko jokabideak ezartzea ere lehen mailako atentzioko kontsultetako zereginak dira (ikusi "diabetes mellitusa" kapitulua).
4. Halaber, inportantea da lehen mailako atentzio-esparruan obesitatea goiz detektatzea; horretarako, pisua eta altuera sistematikoki ebaluatu behar dira.
5. Lehen mailako atentzio-esparruan egitekoak dira erretzaile bakoitzari bere diagnostikoa egitea eta jokabide egokiak ezartzea (ikusi "bizimoduak" kapitulua).
6. Laburbilduz, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku globala indibidualki baloratu behar da, eta kasu bakoitzean egokienak diren jokabide-estrategiak ezarriko dira.

Jokabide komunitarioak

7. Dibulgazio-kanpainak beharrezkoak dira, biztanleriak jakin dezan arteria-presioaren kontrol egokiak duen garrantzia.
8. Emakumezkoei dagokienez, arrisku baskularreko faktore ezberdinak bereziki azpimarratu behar ditugu; izan ere, emakumezkoak beraiek eta osasun-profesionalak ez dira jabetzen arrisku-faktore horietaz gizonezkoak jabetzen diren beste.

Jokabide intersektorialak

9. Beharrezkoa da eskola-inguruan eta lan-inguruan zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku-faktoreen kontrolak duen garrantzia azpimarratzea, bizitza-ohitura osasungarrien promozioan saiatuz.

Beste jokabide batzuk

10. Gaixotasun zerebro-kardio-baskularrei buruzko informazio-sistema bat garatu beharko da, arazoaren gainean gehiago jakiteko, ikuspuntu epidemiologikoa eta asistentziala kontuan hartzen direla.
11. Beharrezkoa da estrategiak garatzea, bat-bateko heriotza-zergatien gainean ezagutza hobea izateko.

3.2.2. Gaixotasun zerebro-baskularrak

Gaurko egoera

1995-98 aldian gaixotasun zerebro-baskularrek 100.000 biztanleko 80 heriotza eragin zituzten EHAEan. Eta gaixotasunok dira emakumezkoen heriotza-zergatirik sarriena.

Gaixotasun zerebro-baskularragatiko hilkortasun-tasak garrantzizko jaitsiera izan du gizonezkoen artean azken bi hamarkadetan (urtean 3,7 puntuko jaitsiera): 80 hamarkadaren hasieran, tasa hori antzekoa edo handiagoa zen bihotzeko gaixotasun iskemikoarena baino, eta 1998an 100.000 gizonezko 62 heriotzetan jarri zen. Emakumezkoetan ere esanguratsuki jaitsi da (urtean urtean 3 puntutan), eta tasen eboluzioa gizonezkoetan gertatutakoaren antzekoa da, hau da, tasarik altuenak 80 hamarkadaren hasieran gertatu ziren; geroztik, apurka-apurka beherantz joan dira, 1998an 100.000 emakumezko 46,9 heriotzaraino jaitsi arte (26 taula).

26 taula. Gaixotasun zerebro-baskularragatiko hilkortasun-tasak*, sexu eta Lurralde Historikoen arabera banatuta. EHAE. 1995-98.

Gaixotasun zerebro-baskularra		
Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak
Araba	52,5	38,8
Bizkaia	65,7	52,2
Gipuzkoa	67,0	48,1
EHAE	64,4	49,2

* 100.000 tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-Erregistroa. Osasun Saila.

Morbilitateari dagokionez, arteria zerebralen oklusioagatiko ospitale-altak asko gehitu ziren 1993 eta 1999 urte bitartean. Gehikuntza hori homogeneoa izan da sexu bietan. Gizonezkoetan, 1993an diagnostiko horrenkatiko alden tasa 100.000ko 71koa izan zen, eta 1999an 114koa. Emakumezkoetan, berriz, tasa hori 1993ko 100.000ko 61eko tasatik 1999ko 95ekora pasatu da.

Gaixotasun zerebro-baskularragatiko hilkortasunean faktore sozialak duen eraginari dagokionez, ezberdintasun handienak 65 urtetik beherako emakumezkoetan ikusi ziren.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Gaix. zerebro-baskularragatiko hilkortasuna, 75 urtetik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	23,0	18,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Gaix. zerebro-baskularragatiko hilkortasuna, 85 urtetik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	25,5	20,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Istripu zerebro-baskular akutua (IZBA) asistitu eta goiz tratatu behar da, atentzio integrala eta espezializatua emanez, metodo horrek bakarrik erakutsi baitu ondorioak prebenitzeko eta murrizteko efektiboak dela. Helburu horrekin, IZBAren dispositibo asistentziala egokitu eta bere atentzioa protokolizatu egin behar da. Garuneko infartuaren tratamendu fibrinolitiko endobenosoa eskuragarri izan beharko dute EHAEko biztanleek, gure inguruan tratamendu horren efektibitatea egiaztatuta geratzen denean.

2. Biztanleei informazioa eman behar zaie, IZBA baten sintoma goiztiarrak zeintzuk diren eta kasuan-kasuko nola jokatu behar den jakin ditzaten.
3. Etiologia kardio-enbolikoko IZBAak gehitzen doaz, biztanleria zahartzearekin asoziatuta baitaude. Horregatik, beharrezkoa da kardiopatia enboligenoak, batez ere fibrilazio aurikularra; goiz detektatzea eta kontrolatzea, 60 urtetik gorako pertsonetan.
4. IZBAren bat izan duten pazienteetan oso inportantea da prebentzio sekundarioa egitea, arrisku baskularreko faktoreak kontrolatuz (arteria-hipertentsioa, hiperlipidemia, diabetes mellitusa, tabakismoa); baita ere tratamendu farmakologiko egokia jarritz (antiagreganteak edota antikoagulazioa).
5. Prebentzio sekundarioa egokia izan dadin, ezinbestekoa da lehen mailako atentzioaren eta espezializatuaren arteko koordinazio-estrategiak ezartzea.
6. Terapia antikoagulantearen kontrola lehen mailako zerbitzuetan integratu ahal den aztertu behar da, terapia horren eskuragarritasuna hobetzeko helburuaz.
7. IZBAren ondoriozko ezgaitasun sekundarioa neurtzeko, asistentzia-maila guztietan balidatutako eskala berdinak erabiltzea promobituko da.
8. IZBA batek jotako pazienteen errehabilitazioa indartu behar da (errehabilitazioaren barruan daude: ariketa fisikoa, laguntza psikologikoa eta lan- eta gizarte-integrazioa); izan ere, egiaztatuta dago errehabilitazioa efektiboa dela bizitza-kalitatea hobetzeko.

Jokabide intersektorialak

9. Eskola- eta lan-inguruek aukera ona eskaintzen dute bizimodu osasungarriak fomentatzeko, bai eta, arrisku baskularreko faktoreak goiz detektatzeko (obesitatea, arteria-hipertentsioa, hiperlipidemia).
10. IZBA baten ondorioz ezgaitasun-motaren bat duten pertsonentzat laguntza sozio-sanitarioko sarea indartu behar da.

Beste jokabide batzuk

11. EHAErako praktika klinikoko gidak garatu edo egokitu egin behar dira, tratamenduak behar den beza-lan aplikatu ahal izateko.
12. Beharrezkoa da gaixotasun zerebro-baskularrari buruzko informazio-sistema sanitarioa garatzea, arazoa bai epidemiologiaren aldetik eta bai asistentziaren aldetik hobeto ezagutzeko.

Ezberdintasunak

13. Emakumezkoetan gaixotasun zerebro-baskularraren lehen mailako prebentzioa egiteko, beharrezkoak dira informazio-kanpainak garatzea, emakumezkoetan gaixotasun zerebro-baskularra lehen heriotza-zergatia baita. Are gehiago, beraien artean arrisku-faktoreen prebalentziak gora egin duela ikusita.

3.2.3. Kardiopatia iskemikoa

1995-98 aldian, kardiopatia iskemikoak EHAeko 100.000 biztanleko 60 heriotza sortu zituen sexu bietan. Tasa hori adinaren arabera estandarizatuta dago, eta munduko tasa baxuenetarikoa bat da. Argitaratutako datuen arabera, Frantzia bakarrik gertatu dira tasa txikiagoak (1995ean 100.000ko 51), Erresuma Batuan tasarik altuena gertatu delarik (1997an 100.000ko 157).

27 taulan ikus daiteke EHAean kardiopatia iskemikoagatik hiltzeko arrisku handiagoa dutela gizonezkoek, emakumezkoek baino. Gizonezkoen artean, 1998an kardiopatia iskemikoagatik hilkortasun-tasa, adinaren arabera egokitutakoa, 100.000 gizonezko 85,6koa izan zen. Tasa horrek behera egin du azken bi hamarkadetan urtean batez besteko 1,26 puntutan. Euskal emakumezkoen artean kardiopatia iskemikoa-

gatico hilkortasuna txikiagoa da gizonezkoen artean baino (100.000 emakumezko 32,2); baina gutxiago jaitsi da azken bi hamarkadetan (urtean 0,44 heriotza).

27 taula. Kardiopatia iskemikoagatiko hilkortasun-tasak*, sexu eta Lurralde Historikoen arabera banatuta. EHAE. 1995-1998.

Kardiopatia iskemikoa		
Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak
Araba	83,6	33,8
Bizkaia	89,2	37,0
Gipuzkoa	93,8	38,8
EHAE	89,9	37,2

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandararekin egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Kardiopatia iskemikoagatiko hilkortasunean ikusten diren diferentzia sozial handienak, 65 urtetik beherako emakumezkoetan agertu dira.

Kardiopatia iskemikoaren intzidentziari dagokionez, erabilgarri dauden datu bakarrak IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda) delakoaren azterlanekoak dira. Bertan bilduta daude Miokardioko Infartu Akutuko (MIA) kasu berriak, 25-74 urte bitarteko pertsonetan, Araba eta Gipuzkoako osasun-barrutietan eta Bilbo eta Bizkaia Barneko eskualdeetan gertatutakoak.

1998 urtean, erregistratutako MIAko kasu-kopuru totaletik (1.357 kasutik) %82 gizonezkoen artean gertatu ziren eta %18 emakumezkoen artean. Frekuentziak horrela banatuta egotea behar bada izan daiteke infartuak gizonezkoetan baino emakumezkoetan beranduago gertatzen direlako izatea; gizonezkoetan batez besteko adina 63 urte, eta emakumezkoetan 68 izan zen.

Urteko eraso-tasa (MIAren intzidentzia-tasa edo episodio-tasa metatua) 100.000 biztanleko 127 kasukoa izan zen, eta kasu berrien tasa 100.000 biztanleko 103koa.

MIAren intzidentziari dagokionez, EHAE gutxieneko zonen artean kokatuta dago, bai gizonezkoei bai emakumezkoei dagokienez.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Kardiopatia iskemikoagatiko hilkortasuna, 25-74 urte bitarteko gizonezkoetan	%15ean gutxitzea	83,1	70,6	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kardiopatia iskemikoagatiko hilkortasuna, 25-74 urte bitarteko emakumezkoetan	%15ean gutxitzea	17,2	14,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Lehen mailako prebentzioko estrategien norabidea arrisku-faktoreak kontrolatzea izango da; faktoreok dira: tabakoa, arteria-hipertentsioa, hiperlipidemia, eta diabetes mellitusa. Bestalde, estrategien helburua bizimodu osasungarriak fomentatzea ere izango da (ikusi "bizimoduak" kapitulua).
2. Profesional sanitarioek bizimodu osasungarriak sistematikoki aholkatu behar dituzte.
3. Arrisku handiko biztanleria-taldee zuzenduriko estrategiak ezarri behar dira; talde horietan daude ondoko aurrekariak dituzten pertsonak: bularreko angina, miokardioko infartua, arteria-gaixotasun periferikoa, arteria-hipertentsioa, diabetes mellitusa, arrisku kardiobaskular handia izatea (% 20tik gorakoa), edo zirkulazio-aparatuko gaixotasunak dituzten lehen graduko familiarrak izatea.
4. Tabakismoaren aurkako prebentzio-neurriak hartuz gain (ikusi "bizimoduak" kapitulua), desohitze tabakikoari eutsi behar zaio, batez ere lehen mailako atentzioan, efektibitatea egiaztatu duten metodoak erabiliz.
5. Kardiopatia iskemikoaren prebentzio sekundarioari dagokionez, efektibitatea egiaztatu duten estrategiak indartuko dira: arteria-hipertentsioa, diabetes mellitusa eta dislipemiak kontrolatzea, bizitza-ohitura osasungarrien bidez eta tratamendu farmakologiko egokiaren bidez.
6. Errebaskularizazio goiztiarrak, bai farmakologikoak bai mekanikoak, miokardioko infartu akutuek (MIak) jotako pertsonen pronostikoa hobetzen dute, horregatik, EHAEan erabilgarri egon behar du behar duten pazienteentzat.

Jokabide komunitarioak

7. Biztanleria, oro har, bideratu egin behar da kardiopatia iskemikoaren episodioak arin identifika ditzan. Osun-sistemeekin zenbat eta arinen kontaktatu eta tratamendu egokia zenbat eta arinen jarri, hainbat eta hobe izango da iskemia koronario akutuek jotako pazientearen bizi- eta funtzio-pronostikoa.
8. Osun-profesionalak bihotz-birikako oinarritzko erreanimazioaren prestakuntza arituko dira, beraien zeregina baita biztanleria babestea. Baina, etorkizunean, prestakuntza hori biztanleria afektatuaren familiakoei ere ematea ondo letorke, osun-zentroetatik kanpo gertatzen diren heriotzetatik zenbait ez litzateke gertatuko-eta.
9. Garraio sanitario urgenteko sarea arlo horretan dauden beharrianetara egokitu behar da, zeren egokitasun horren menpe baitago aurrean aipatutako helburu askoren lorpena.

Jokabide intersektorialak

10. Inportantea da azpimarratzea tabakismoa murrizteko jokabideak indartu behar direla, tabakoaren publizitate, salmenta eta kontsumoari buruzko araudia aplikatuz, eskola-inguruan heziketan arituz eta "Tabakorik Gabeko Guneak" bultzatuz.
11. Bihotz-birikako oinarritzko erreanimazio-prestakuntza eta bihotz-desfibrilatzaile semiautomatikoaren erabilera-prestakuntza orokortu egin behar dira, garraio sanitarioa destinatutako anbulantziatako pertsonalaren artean, eta biztanleria babesteko diren gorputzetako zenbait talderen artean.

Beste jokabide batzuk

12. Praktika klinikoko gidak, batez ere kardiopatia iskemikoaren prebentzio sekundarioko interbentzioei dagozkienak, garatu behar dira, eta beren ezarpena promobitu.

3.3. Diabetes mellitusa

Gaurko egoera

Diabetes mellitusaren ezaugarri klinikoak eta epidemiologikoak kontuan hartuta, gaixotasun hori hazten doan osasun-arazoa da, eta lehentasuna emateko moduko osasun-arazoa. Bere prebalentzia biztanleria zahartu ahala gorantz doanez gero, osasunean duen eraginak oso inportantea izaten jarraitzen du. Funtsezko helburutzat hartu behar da, pertsona diabetikoen eta gaixotasun horrek ez jotakoen bizitzaren kalitate-itxaropenak berdinak izatea.

Bai EHAEan bai gure inguruko herrialdeetan egindako azterketa epidemiologikoen arabera, gaixotasun horren prebalentzia-portzentajeak biztanleriaren %3 eta %5aren bitartean daude. Bere arrisku-faktore printzipalak dira: adina, obesitatea eta familia-aurrekariak.

1997ko EHAEOk adierazi zuenez, biztanleriaren %2,3ak osasun-arazo kronikotzat jotzen du gaixotasun hori (28 taula).

28 taula. Diabetes mellitusaren prebalentzia (%). EHAE. 1997.

	<17	18-44	45-64	>65	Guztira
Gizonezkoak	0,1	0,3	3,7	10	2,3
Emakumezkoak	—	0,3	3	8,6	2,3

Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

Bestalde, Bizkaian 30 urtetik gorako biztanlerian egindako prospekzio-azterketa batek (1985-1995) estimatu zuen II motako diabetes mellitusaren intzidentzia-dentsitatea 8 kasukoa izan zela urteko eta 1.000 pertsonako.

1998an, EHAEan 436 pertsona hil ziren diabetes mellitusagatik (gizonezkoetan 15,1eko hilkortasun-tasa 100.000ko, eta emakumezkoetan 12,3koa). Baina gauza ziurra da diagnostiko sekundariotzat jotzen dela diabetes mellitusa beste heriotza askotan, arrisku baskularreko faktorea baita.

Biztanlerian banatzeko duen moduari dagokionez, badirudi ez daudela ezberdintasun sozialik, obesitatea-rekin erlazionatutakoak salbuetsiz, eta obesitatea sarriago gertatzen da klase sozial baxuetan.

29 taulan zehaztuta dago diabetes mellitusari asoziatutako morbiditatea, 1997an Euskadiko Diabetesaren Kontseilu Aholkulariak egindako azterketaren arabera.

29 taula. Diabetes mellitusarekin lotutako arazoen prebalentzia, intzidentzia eta deskribapena.

	Kasuen kopurua (%)
PREBALENTZIA	64.718 (100)
2 motako Diabetes mellitusa	58.834 (90,9)
1 motako Diabetes mellitusa	5.884 (9,1)
URTEKO INTZIDENTZIA	
1 motako Diabetes mellitusa	93 (4,5 x 100.000 h.)
ERRETINOPATIA	25.889 (40)
Erretinopatia proliferatiboa	6.470 (10)
NEFROPATIA	
Mikro-albuminuria	12.944 (20)
Makro-albuminuria	6.470 (10)
NEUROPATIA	12.944 (20)
OIN DIABETIKOA	5.823 (9)
OINAREN ANPUTAZIOA	1.293 (2)
KARDIOPATIA ISKEMIKOA	5.823 (9)
ISTRIPU ZEREBRO-BASKULAR AKUTUA	4.529 (7)

Iturria: Diabetesaren Kontseilu Aholkularia.

Aurreko guztiak esaten digu nolako garrantzia duen diabetes mellitusak osasun-arazo legez; izan ere, altua da bai bere prebalentzia, bai eta arrisku kardiobaskular faktore gisa duen eragina ere.

Diabetes mellitusarekin asoziatutako giltzurrun-gutxiegitasunari buruz erabilgarri dagoen informazioa, eskasa eta okerra da. Euskadiko giltzurruneko pazientei buruzko informazio-unitatean diabetes mellitusarekin asoziatutako kasuak sartzen dira. Kasu asoziatu horiek 30 taulan agertzen dira:

30 taula. Giltzurrun-gutxiegitasun kronikoaren intzidentzia, dialisi-tratamenduan. Kasuak guztira, eta diabetes mellitusarekin asoziatutako kasuak. EHAE. 1991-1998.

	91	92	93	94	95	96	97	98
Pazienteak guztira	128	125	152	159	145	175	200	216
Diabetes mellitusarekin asoziatuta	17 (%13)	9 (%7)	13 (%9)	19 (%12)	17 (%12)	24 (%14)	34 (%17)	31 (%14)

Iturria: Euskadiko giltzurruneko pazientei buruzko informazio unitatea.

Itsutasunari dagokionez, erabilgarri dagoen egituratutako informazio bakarra ONCEk ematen digu, diabetes mellitusarekin lotutako itsutasunarekin bertan afiliatzen diren kasu berriei dagokienez. (31 taula).

31 taula. Diabetes mellitusarekin lotutako itsutasunarekin ONCEn afiliatutako itsu berrien kopurua. 1991-1999.

Urtea	Kasu-kopurua
1991	34
1992	37
1993	34
1994	24
1995	38
1996	43
1997	39
1998	32
1999	31

Iturria: ONCE.

Diabetes mellitusaren ohiko konplikazioetako bat anputazioa da: anputazio-kopuruari buruzko informazioa 32 taulan dago zehaztuta.

32 taula. Diabetes mellitusa duten pazienteei egindako anputazio-kopurua, DETen arabera. Osakidetza/SVSeko akutuen ospitaleak. EHAE. 1996-1999.

DET*	1996	1997	1998	1999
Behatzaren anputazioa	132	139	149	151
Oinaren zati baten anputazioa	27	38	29	35
Belaunaren azpiko anputazioa	15	16	33	27
Guztira	174	193	211	213

* Diagnostikotik Erlazionatutako Taldeak.

Iturria: Osakidetza/SVS.

Bestalde, asistentzia-prozesuen kalitateari dagokionez, asistentzia-arloan egindako azterketek adierazi dute hobetu daitezkeen aspektuak badaudela, ezarritako gomendioak betetzeari dagozkionak hain zuzen.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Diabetesarekin asoziatutako itsutasunaren intzidentzia	1/3an murriztea	*		
Diabetesarekin asoziatutako giltzurrun-gutxiegitasunaren intzidentzia	1/3an murriztea	*		
Diabetes mellitusaren ondoriozko anputazioak	1/3an murriztea	*		

* Ez dago behar besteko informaziorik.

Saint Vincent deklarazioko helburuak, hots, European gehienak onartutako helburuak ("XXI mendean denontzako osasuna"), mantendu egiten dira, nahiz eta zailtasunak dauden, helburuok ebaluatzen ez baitago behar besteko informazio-sistematik.

Interbentzio-estrategiak

Diabetesaren arloko interbentzio-estrategiak bizimodu osasungarriak promozionatzeko eta pertsona diabetikoen atentzio integrala egiteko izango dira.

Jokabide indibidualak

1. Beste patologietan egiten den bezala, hemen ere bizimodu osasungarriak fomentatuko dira.
2. Jokatibide indibidualak ezarriko dira, bai diabetes mellitusa bai glukosarekiko tolerantzia anormala goiz detektatzeko ondoko arrisku-taldeetan:
 - Haurdun daudenetan.
 - Oro har biztanlerian 3 urterik 3 urtera: 45 urtetik gorakoetan (detekzio oportunistak), eta adin horretatik beherakoetan diabetes mellitusaren arrisku-faktorarik agertuz gero.
3. Diabetes mellitusaren konplikazioak goiz detektatu behar dira, eta ondokook lehentasunak:
 - giltzurrun-gutxiegitasuna, mikroalbumina detektatuz.
 - itsutasuna, begi-barrua miatuz.
 - anputazioa, pultsu periferikoa eta sentikortasuna kontrolatuz.
4. Azterlan ezberdinek kreditatzen dutenez, gluzemia-mailak normaltasunetik ahalik eta hurbilen egotea lortu behar da. Horretarako, gluzemia hertsiki kontrolatu behar da, eta pazientearen auto-kontrola fomentatu.
5. Hezkuntza diabetologikoa fomentatuko da. Hezkuntza horretan nahitaez sartuko dira gutxienez: auto-kontrolari buruzko informazioa, konplikazio akutuak, dieta, higie-ne orokorra eta oinen zainketa.
6. Paziente diabetikoaren atentzioak zera eskatzen ditu: atentzio iraunkorra eta asistentzia-maila ezberdinen arteko koordinazioa.
7. Paziente horietan zehatz-mehatz kontrolatuko dira arrisku baskularreko beste faktore guztiak.
8. Lehen mailako atentzioko arloan diabetes mellitusaren prestakuntza iraunkorra fomentatuko da.

Jokabide komunitarioak

9. Bizitza-ohitura osasungarriak promozionatuko dira, batez ere obesitateari eta ariketa fisikoari dagozkienak.

Jokabide intersektorialak

10. Sektore-arloa oinarritzeko da bizimodu osasungarriak promozionatzeko.
11. Pertsona diabetikoen integrazio sozio-laborala erraztu behar da, batetik, beren autonomia eta autoestima gehituz, eta bestetik, eskola-, lan- eta gizarte-mailetan diabetesak sortzen dituen mugak gutxituz.
12. Halaber, beharrezkoa da diabetikoen elkarrekin kolaborazioa mantentzea.

Beste jokabide batzuk

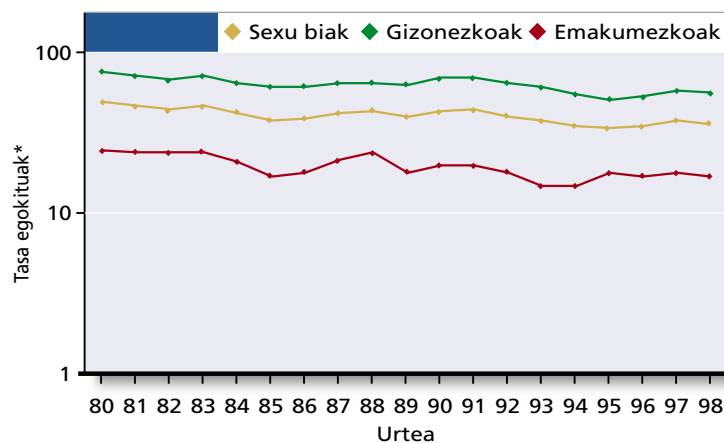
13. Behar besteko informazio-sistemak garatzeari ekin behar zaio. Izan ere, sistemok beharrezkoak dira bai konplikazio larriei jarraipena egiteko, eta bai paziente diabetikoen asistentziaren kalitatea ebaluatzen.

3.4. Istripu-lesioak

Gaurko egoera

Gaur egun kanpo-zergatiak dira¹ laugarren hilkortasun-zergatia EHAeko biztanleriaren artean. 1998 urtean, kanpo-zergatiengatik hilkortasun-tasa gordina 100.000 heriotzako 64koa izan zen gizonezkoetan, eta 22koa emakumezkoetan. Adinaren arabera egokitutako tasa ere altuagoa izan zen gizonezkoetan (100.000 gizonezko 56,8) emakumezkoetan baino (100.000 emakumezko 16,8); sexu bietan, berriz, 36koa izan zen. Azken 20 urteetan kanpo-zergatiengatik hilkortasun-tasak nabari jaitsi dira (urtean 0,6 puntutan); gainera, jaitsiera hori gizonezkoetan handiagoa izan da (0,9) emakumezkoetan baino (0,4). (29 irudia).

29 irudia. Kanpo-zergatiengatik hilkortasun-tasen eboluzioa, sexuaren arabera. EHAe. 1980-1998.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Kanpo-zergatiak sarriago gertatzen dira gazteen artean; sexu bietarako bizitzako urte batetik 19 urtetara arteko gazteetan lehen hilkortasun-zergatia dira, eta 30-44 urte bitarteko gizonezkoetan ere bai.

Kondizio sozialekin duten loturari dagokionez, gradiente nabaria dago 65 urtetik beherako gizonezkoen artean: klase desfavoratuenetan hilkortasuna handiagoa da %55ean.

¹ Lesio-zergatitzat sartzen dira: gertakizunak, zirkunstantziak, inguru-kondizioak, pozoadurak eta bestelako kontrako efektuak. Adib.: istripuak, erorketak, suizidioak eta homizidioak.

3.4.1. Trafiko-istripuak

Gaurko egoera

Istripu-lesioen artean inportanteenak motordun ibilgailuekin gertatutakoak dira. Izan ere, 1998an, EHAEan zergati horrek 100.000 biztanleko 13,3 heriotza eragin zituen (100.000 gizonezko 19,9 , eta 100.000 emakumezko 6,9).

EHAEan trafiko-istripuengatik hilkortasunak denboran zehar izan duen eboluzioari dagokionez, (Osasun Saileko Hilkortasun-erregistroaren arabera¹) ez da gertatu aldaketa nabaririk azken 20 urteetan. Hala ere, tasarik altuenak 80 hamarkadako azkenentzat eta 90ko hasieran ikusi ziren; hortik aurrera jaisten hasi ziren 1997 urtera arte, hor ikusten baita berriro gehikuntza apur bat. Gaur egun gure tasa txikiagoa da Espainiakoa, Frantziakoa eta Estatu Batuetakoa baino; baina handiagoa Erresuma Batuko eta Alemaniako tasak baino.

Trafiko-istripuei leporatzekoa ere bada hilkortasun goiztiarraren zati esanguratsu bat. Oro har EHAEko biztanlerian trafiko-istripuak bigarren hilkortasun-zergatia izan ziren 1995-98 aldian; aldi horretan galdutako bizitza-urte potentzialen (GBUPen) tasa 1.000 biztanleko 4,0koa izan zen. Gizonezkoen artean trafiko-istripuak izan dira GBUPen bigarren zergatia, HIESaren atzetik: 70 urtetik beherako mila gizonezko bakoitzeko 6,1 GBUP galdu dira. Emakumezkoen artean, berriz, hilkortasun goiztiarraren hirugarren zergati dira, bularreko minbiziaren eta HIESaren atzetik, eta 1.000 emakumezko 1,9 GBUP sortzen ditu.

Europar Batasunak trafiko-istripuengatik hildakotzat hartzen ditu istripua izan eta 30 egun barruan hiltzen direnak. Definizio horrekin bat etorriz, EHAerako² estimatu diren datuen arabera, 1999an tasa hori 100.000 biztanleko 12,3koa izan zen, hau da, Europar Batasuneko tasarik altuenetako bat, Erresuma Batuko, Suediako, Finlandiako eta Alemaniako tasen goitik egonik eta Greziako eta Portugalako tasen azpitik.

Trafiko-istripuengatik hilkortasunean apenas dago diferentzia sozialik.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Trafiko-istripuengatik hilkortasuna	%20an gutxitzea	12,9	10,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000 biztanleko tasa. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurtekoa.

¹ EHAEko egoiliarren istripuengatik heriotza-kasu guztiak hartzen ditu kontuan, Erkidegoaren barruan zein kanpoan istripua izan eta handik edozein momentutara heriotza gertatzen denean.

² Eusko Jaurlaritzako Barne Saileko datuak.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Urgentzia-garraio sanitarioko sareak momentu guztietan izan behar du trafiko-istripuetan lesionatutakoek behar duten atentzioa emateko modukoa.

Jokabide komunitarioak

2. Sentiberatzeko eta informatzeko kanpainak promobituko dira, bertan azalduko direlarik zeintzuk diren alkohol-kontsumoaren ondorio kaltegarriak eta zeintzuk diren abinentziaren ondorio onuragarriak, ibilgailuak gidatzerakoan. Kanpainok biztanleria heldu-gaztearentzat izango dira batez ere.
3. Sentiberatzeko eta informatzeko kanpainak garatuko dira, segurtasun-uhalaren erabileraren alde eta hurrei eusteko sistemen alde.

Jokabide intersektorialak

4. Bide-segurtasuneko Plana eta helburu horretarako sortutako Institutuzioen arteko Batzordea dira, izan, interbentzio multisektorialen neurriak koordinatzen dituen markoa.
5. Errepide-profesionalak kontzientziatu egin behar dira, nekatuta gidatzeak duen arriskuari dagokionez, eta hori ekiditzeko gidatze-denbora norberaren kabuz gestionatzeak duen garrantziari dagokionez.

Beste jokabide batzuk

6. Gidarien azterketa medikoen emaitzak, lehen mailako atentzioan erabilgarri dauden informazio-sistematan inkorporatzea.

3.4.2. Lan-istripuak

Gaurko egoera

Azken hamar urteetan, lan-istripuak gutxitu egin dira 1997 urtera arte, eta hortik aurrera berriro ere gehitzen joan dira. Horrela, OSALAN-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea delakoaren arabera, 1999an intzidentzia-indizea 75,23koa izan da 1.000 langileko; indize horrek erlazionatzen du lan-istripuen kopurua lan-arriskuaren esposizioan dauden pertsona kopuruarekin. Lurralde historikoen artean diferentzia txikiak daude; Gipuzkoak eta Arabak indize txikiagoak dituzte (74,0) Bizkaia baino (76,4).

Frekuentzia-indizeak istripu-kopurua esposizio-orduen kopuruarekin erlazionatzen du. 1997ra arte betiko beheranzko eboluzioa aurkeztu ondoren, berriro gorantz egin du, 1999an milioi lanorduko 44an jarri delarik. Lurralde historikoen arabera banaketa ere intzidentzia-indizearen banaketaren antzekoa izan da: Gipuzkoan eta Araban 43, eta Bizkaian 45.

Komunitate autonomoen artean ere badaude diferentziak adierazle horietan. Esaterako, EHAEko frekuentzia-indizea Kataluniakoaren antzekoa da, eta Balearrak, Asturias, Valentzia, Murtzia eta Nafarroa komunitateetako indizearen azpitik dago. EHAEan, heriotza-istripuen frekuentzia-indizea 8,1ekoa da, milioi bat lanorduko; estatuko batez bestekoaren goitik dago eta Errioxa, Asturias, Kantabria eta Galizia komunitateetako indizeen azpitik.

1999an EHAEko lan-istripuen larritasun-indizea (lan egindako orduak/galdutako lan-egunak) 1,2 galdutako egunekoa izan zen, lan egindako mila ordutako. Zifra hori handiagoa da Komunitate Autonomo guztietako totalaren batez bestekoa baino, baina txikiagoa Murtzia, Asturias eta Valentzia komunitateetan erregistratutakoak baino. 1995-97 hirurtekoan, lan-istripuengatikoko hilkortasun-tasa 14koa izan zen 100.000 langileko.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Lan-istripuengatikoko hilkortasuna	%40an gutxitzea	14	8,4	OSALAN - Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

* 1995-97 hirurteko batez bestekoa. 100.000 langileko tasa.

Interbentzio-estrategiak

Lan-arloan, lege gintza nazionalen harmonizazio komunitarioa dago, lan-arriskuak prebenitzeari dagokionez. Gure arlora oraintsu aldatu edo ekarri denez, oraindik ez ditugu ikusi bere ondorio guztiak. Metodologiaren oinarri dira: lehenengo, osasunerako arriskutsuak izan daitezkeen lan-arrisku guztiak identifikatzea; bigarren, eliminatu ezin daitezkeen arriskuen kalte posiblea ebaluatzea; eta azkenik, langileen osasunean arrisku horien eragina ahalik eta gehien gutxitzeko neurriak hartzea. Guzti horiekin batera aldizkako ebaluazioak eta auditoriak egin behar dira. Arautegi horrek efektibitate osoa izan dezan gaur egun EHAEan dauden zailtasunak dira: lehenengo, aplikatu beharreko metodologian esperientzia eskasa izatea; bigarren, EHAEan dagoen enpresa-atomizazioa; eta azkenik, arautegi hori ezartzea azeleratzeko behar diren estimulu positiboak edo intzertiboak eskasak izatea. Hala ere, hobekuntza nabaria egoten hasiko dela espero da, baldin eta erabakitasunez eta baliabide egokiak ipinita jokatzen bada.

Jokabide komunitarioak

1. Prebentzio-zerbitzuen garapena eta ezarpena monitorizatuko dira; eta zerbitzuon informazioa eta nola erabil daitezkeen hedatuko da, langile guztien zerbitzu horiekiko eskuragarritasuna erraza izan dadin.
2. OSALANeko Kontseilu Nagusitik bultzaturiko kanpainak bultzatuko dira, lan-istripuen ondorioak azaltzeko, bai osasunari dagokionez, bai istripu-ondorioekin lotutako diru-kosteei dagokienez.

Jokabide intersektorialak

3. OSALANaren Lan-ezbeharraren aurkako Borroka-plana batez ere prebentziokoa da; eta bera da marko egokia neurri intersektorialak koordinatzeko.

Beste jokabide batzuk

4. Prebentzioko Zerbitzuen Oinarrizko Unitateen informazioa, lehen mailako atentzioko eta ospitale atentzioko zerbitzuen informazioarekin integratuko da.
5. Beharrezkoa da, EHAEko lan-istripuen jatorrian intzidentzia nabaria duten faktore medikoei buruzko ikasketak bultzatzea.

3.4.3. Etxe-, aisia- eta kirol-istripuak

Gaurko egoera

Gaur eguneko informazio-sistemek ez dute uzten hilkortasun-arazoaren tamaina erreala jakiten. EHAEan, oro har biztanlerian adinaren arabera istripu-erortzeagatik gertatutako heriotza-tasa ez da asko aldatu, azken bi hamarkadetan. 1998an, tasa hori 3,8koa izan zen 100.000 biztanleko. Gizonezkoetan heriotzen eboluzioak ez du agertu aldaketa esanguratsurik, 1998an adinaren araberrako tasa estandarizatua 6,5 heriotzakoa izan zelarik 100.000 gizonezko. Emakumezkoetan, oster, urteko jaitsiera esanguratsua ikusi da, 0,2 puntutakoa hain zuzen. 1998ko tasa 1,7 heriotzakoa izan zen 100.000 emakumezko.

97-EHAEOlaren arabera, biztanleriaren %5ak izan zuen istripuren bat etxean edo aisialdi- eta jolas-lekuetan.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Etxe-, aisia- eta kirol-istripuengatik morbiditatea	%20an gutxitzea	%5	%4	EHAEOI. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 1997ko urtea. Biztanleriaren totalaren portentajea.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide komunitarioak

1. Aldizka sentikortasuna eragiteko kanpainak egin behar dira eta informazioa erregularki hedatu behar da, biztanleriak istripu-lesioak eta beren ondorioak hobeto ezagututa, atentzio gehiago ipini dezan.
2. Osasun-hezkuntzaren helburuetako bat izango da: edozein arlotako istripu-arriskuen aurrean, biztanleriak izan behar duen kultura eta prebentzio-ohiturak lor ditzala.

Jokabide intersektorialak

3. Ezbehar-mota hori murrizteko ekintza intersektorialak efektiboak diren aztertuko da.
4. Beharrezkoa da promozionatzea: batetik, EHAEan istripu-mota hori prebenitzeko gako-faktoreen azterketa, eta bestetik, istripuok portaera osasungarriekin duten erlazioaren azterketa, batez ere faktore kulturalak kontuan hartzen direla.
5. Eskola-inguru fisikoko segurtasuna fomentatuko da, bai eta haize-agerian egiten diren jardueren garapenerako segurtasuna ere.

Beste jokabide batzuk

6. Arazo horren gainean gehiago jakiteko, beharrezkoa da ahalegintzea ospitaleetako larrialdietan atenditutako episodioen kodifikazioa hobetzen.
7. Inportantea da istripu horien informazio- edota erregistro-sistema sortzea, istripuen epidemiologia aztertu ahal izateko, eta azterketa hori datuen bilketa-sistema komunitarioarekin homologatu ahal izateko.

3.5. Osasun mentala

Gaurko egoera

Europar arloko datuen arabera, arazo psikiatriko larriak dituen biztanleria-proportzioa %1 eta %6 bitartean kokatzen da, nahiz eta herrialde gehienetan portzentaje hori %1 eta %3 bitartean dagoen. 1997-EHAEOlan biztanleriaren %3,9ak esan zuen "nerbio-arazo" kronikoak zituela.

Mundu-Bankuko eta Osasunaren Mundu Erakundeko datuekin bat etorriz, 1990ean europar herrialdeetan, hiru desordena psikiatriko printzipalak (depresioa, trastorno bipolarra eta eskizofrenia) gaixotasun- eta ezgaitasun-intzidentzia totalaren %9,5a izan ziren.

EHAeko zerbitzuen erabilerari dagokionez, 1999an Osakidetza/SVSeko sareko psikiatria-zerbitzuetan, ospitaleetakoetan edo ospitaletik kanpokoetan, 63.804 paziente diferente atenditu ziren (euskal biztanleriaren %3,1).

3.5.1. Haur eta gazteen osasun mentala

Gaurko egoera

Osakidetza/SVSek ospitaletik kanpoko osasun mentala asistitzeko duen sarean, 1999an 2.199 kasu berri atenditu ziren guztira (urteko 0,6ko intzidentzia, 0-19 urte bitarteko biztanleriari dagokionez); eta 5.286 paziente diferente (urteko %1,45eko prebalentzia, 0-19 urte bitarteko biztanleriari dagokionez).

Haur-gazteen ekipoetan sarrien gertatu diren diagnostikoak hauek izan dira: trastorno disozialak, hunkipenen eta portaeraren trastornoak, eta estresarekiko erreakzioa.

Interbentzio-estrategiak

Haur-gazteen osasun mentaleko arloko interbentzioak atentzio goiztiarra hobetzeko egin behar dira, bai eta ospitale-baliabide egokiak garatzeko ere, ospitale nagusietan eta ertaineko egituretakoetan (ospitalizazioaren aukerakoetan). Era berean, hezkuntza- eta gizarte-zerbitzuekin harremanak indartu egin behar dira, guneak eta funtzioak hobeto definituta, eskaintzen den asistentzia-kalitateak onera egin dezake-eta, eta ondorioz, interbentzioaren emaitzak ere hobeak izango baitira.

Jokabide indibidualak

1. Ospitale nagusietan haur-gazteentzako ospitalizazio-unitateak sortu behar dira, beharrezkoak baitira paziente horiek behar bezala atenditzeko.
2. Arrisku-familetan interbentzio goiztiarra egiteko programa garatuko da, lan psikoedukatiboa egin ahal izateko eta alarma-zeinuen identifikazioa errazteko.
3. Arrisku-familetan interbentzio goiztiarra egingo da. Horretarako, beharrezkoa da ondoko zerbitzuak koordinatzea: lehen mailako atentziokoak, obstetrizia-ginekologiakoak, pediatriakoak eta psikiatriakoak.

4. Familiei tratamenduaren eskuragarritasuna eta atxikidura erraztu behar zaie, holako arazoetan haurrekin eta beren familiarekin batera lan egitea funtsezkoa baita.

Jokabide intersektorialak

5. Egitura ertainak garatuko dira (eguneko zentroak edota hezkuntza-tailerrak nahiz ohiko ospitalizazioaren bestelako aukerak), Gizarte-zerbitzuekin eta Hezkuntza Sailarekin batera.
6. Familia-hezkuntza eta eskola-hezkuntza koordinatzeko planak ezarriko dira inplikaturako sektoreen artean, norabide pedagogikoko egiturak barne daudelarik.
7. Osasun-zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen sistema judizialarekin batera jokatzeari ezarri eta indartuko da, batez ere haurraren tratu txarrarekin zerikusia duen guztiari dagokionez.

Beste jokabide batzuk

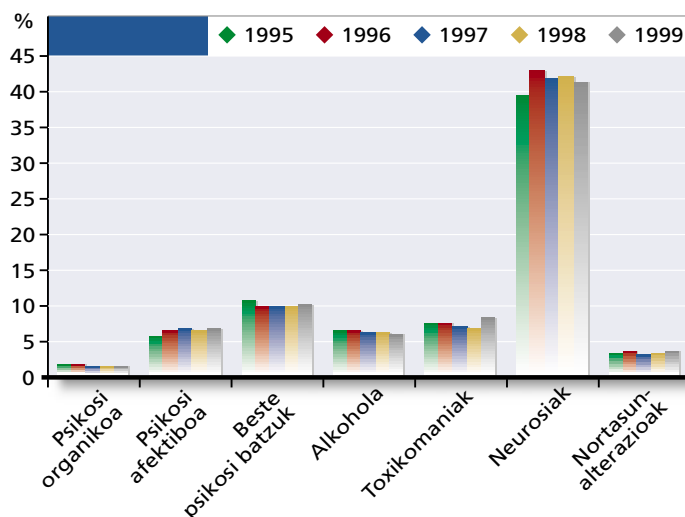
8. Inplikaturako profesional sanitarioek informazioa jaso behar dute, haur-gazteen osasun mentala afektatzen duten arazoak goiz detektatzeko.

3.5.2. Pertsona helduak eta osasun mentala

Estatu Batuetan 18-54 urte bitarteko biztanlerian patologia mentalaren prebalentzia aztertu zen (Epidemiological Catchment Area Study, 1994); azterketa horretan zifra hauek ezarri ziren: %1,3 eskizofreniarentzat, %7,1 humorearen trastornoentzat eta %13,1 antsietate-trastornoentzat.

Helduentzako Osakidetza/SVSen ospitaletik kanpoko asistentzia psikiatrikoko sarean, pazienteen %20aren diagnostikoa "eskizofrenia eta bestelako psikosiak" da; %40arena, berriz, "neurosiak" taldean sartzen dena; azken diagnostiko horrek biltzen ditu antsietate-trastorno ezberdinak, trastorno depresibo ez-psikotikoak eta elikadura-portaeraren trastornoak. Azken atal horrek (elikadura-portaeraren trastornoak izenekoak) oihartzun handia du gizartearen artean, nahiz eta atenditutako biztanleriaren %3a baino ez den. Baina, oihartzun hori dela eta, 1998an hiru Lurralde Historikoetan programa espezifikoak ezartzeko beharrrizana sortu zen. Programa horien bidez, trastorno-mota horrengatik sare espezializatuan tratatzeko onartutako kasuen %66a asistitu da. Bestalde, patologia horietarako etorkizuneko interbentzio-bideei dagokienez, bai eta beste patologiei dagokienez ere, berriz ere esan beharra dago lehen mailako atentzioko detekzio goiztiarrak duen garrantzia; beraz, 1998an hasitako bideari jarraitu behar zaio, ekipo multidisziplinarrak sortuz; izan ere, bide hori abalatuta dago bai lortu diren emaitzengatik bai dagoen bibliografiagatik ere. Azkenik, atenditutako patologiaren %15a gutxi gora behera, alkoholarekin eta bestelako toxikomaniekin erlazionatuta dago. Azken 5 urteetan, atenditutako patologia ezberdinen prebalentziaren finkotasun kontsideragarria konstatatu da (30 irudia).

30 irudia. Osakidetza/SVSeko ospitaletik kanpoko asistentzia-sarean atenditutako patologia mentalen diagnostiko-taldeak. EHAE. 1995-1999.



Iturria: Osakidetza/SVS.

3.5.2.1. Eskizofrenia eta beste psikosi batzuk

Gaurko egoera

1999an Osakidetza/SVSeko Osasun Mentaleko sarean 11.459 paziente psikotiko atenditu ziren guztira.

Eskizofreniaren eta oro har koadro psikotikoen jokabide terapeutikoaren helburua da pertsona bere ohiko inguruan berriz txertatzea. Ahalik eta onura terapeutiko handienera heltzeko zenbait arazok eragin determinatzailea jartzen dute bidean. Arazoak dira: lehenengoa, terapia farmakologikoa behar bezala ez-betetzea; bigarrena, ospitale-zerbitzuetatik eta osasun mentaleko zentroetatik aparte, behar besteko asistentzia-egitura ertainik ez izatea; eta azkenik, errehabilitazio psikiatrikoko zerbitzuak gutxiegi garatuta egotea.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Asistentzia psikiatriko espezializatuaren erabilgarritasuna gehitu behar da, trastorno mental zorrotzak dituzten pazienteen tratamendua areagotzeko.
2. Tratamendu intentsiboko eta espezifikoko programak garatu behar dira, prozesu larriagoak dituzten pazienteentzat.
3. Programa psiko-erdiak indartu behar dira pazienteentzat eta familiakoentzat.
4. Eskizofreniarekin asoziatutako gaixotasun fisikoen (diabetes mellitusaren, arteria-hipertentsioaren, begi-arazoaren, eta sexu-bidezko gaixotasun transmitigarrien) prebalentzia handiagoa dagoela kontuan harturik, lehen mailako atentzioak beharrezko neurriak hartuko ditu, gaixotasun guzti horiek goiz detektatzeko eta modu egokian kontrolatzeko.

5. Dauden egitura ertainak (eguneko zentroak edota tailerrak eta ohiko ospitalizazioaren bestelako aukerak) modu egokian erabiltzea promozionatuko da, egiturok behar diren lekuetan ezartzea indartuko delarik.
6. Pazienteentzako errehabilitazio psiko-sozialeko programak garatu behar dira.

Jokabide komunitarioak

7. Informazio-bide bat garatu beharra dago, biztanleriari gaixotasunak dituen fase eta forma diferenteen informazioa emateko, eta guztiok nola detekta daitezkeen jakinarazteko.
8. Arrisku-familiak definitzea oso inportantea da, arazo horiek goiz detektatzeko eta tratatzeko. Horretarako mekanismo egokiak ezarriko dira, aspektu horri buruz erakunde publiko ezberdinetan dagoen informazioa konpartitu ahal izateko.
9. Medikazio anti-psikotikoaren erabilera egokia, eta bestelako patologien tratamenduko farmakoen erabilera egokia promozionatzeko kanpainak egingo dira, psikiatrian espezializatuta ez dauden medikuen artean.

Jokabide intersektorialak

10. Elkarrekin eta profesional sanitarioekin batera hezkuntza-programak garatuko dira, gaixotasunaren estigma soziala murrizteko.
11. Auto-laguntzako jarduerak garatzeko Sail, Udal eta Institutio ezberdinen eta afektatuen elkarte eta familiakoen elkarrekiko kolaborazioa bultzatuko da.
12. Gaixo mentalen eskubideak bermatuta egongo dira, eta eskubideok gizarte-kolektibo guztiei jakinarratzeko zaizkie.
13. Arlo sozio-sanitarioa indartuko da, trastorno horiekin erlazionatutako guztiari dagokionez; izan ere, trastorno horietan inon baino hobeto lor daiteke haien tratamenduan inplikaturako zerbitzu guztien integrazio erreala.
14. Paziente horien lan-erreinsertzioaren alde egingo da, beren ingurutik hurbil mantentzeko laguntza baita.
15. Beharrezkoa da mini-egoitzak sortzea, ospitaleratzeko barik beste aukera baterako kandidatuak diren pazienteentzat.
16. Psikiatria-zerbitzuak sistema judizialarekin lanean aritzea indartuko da, tratamenduaren jarraipena errazteko, bai ospitalean bai anbulatorioan, ingresuaren judizializazioa ekidinez.

Beste jokabide batzuk

17. Beharrezkoa da gaur egun dauden informazio-sistemak indartzea, zehatz-mehatz jakiteko paziente kronikoen eta paziente zorrotzen kopurua eta egoera, batez ere eskizofreniak eta psikosi larriek jotakoena.

3.5.2.2. Trastorno depresibo ez-psikotikoak eta antsietate-trastornoak

Patologia horiek pisu handia dute bai lehen mailako atentzioan bai Osakidetza/SVSen sareko ospitaletik kanpoko asistentzia psikiatrikoan (atenditutako pazienteen %40). Gainera berrerortzeko arrisku altua aurkeztzen dute (bi urtera %70 berrerortzen dira, antsietate-trastornoei buruz Amerikar Psikiatria-elkarteak argitaratutako azken gidaren arabera). Hori guztia dela-eta, funtsezkoa da estrategia zehaztuak planteatzea, hots, denbora mugaturako plan terapeutikoen aplikaziora zuzenduriko estrategiak; horrela premiazko kronifikazioak ekidindo baitira.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Patologia horien arrisku-familietan gerta daitezkeen alarma-zeinuak goiz detektatzeari buruzko prestakuntza-kanpainak indartuko dira.
2. Psikiatria-zerbitzuen eta lehen mailako atentzioko zerbitzuen arteko koordinazioa oinarritzkoa da, arrisku-egoerako pertsonak goiz detektatzeko eta orientatzeko; horregatik, kooperazio hori sistematizatu-ko da, bateratutako jokabide-protokoloen bidez.
3. Gainera, lehen mailako atentzioarekin koordinazio-programa ezarriko da, suizidio-arriskua duten pazienteak espezifiki detektatzeko, eta suposamendu horretarako jokabideak ezartzeko.
4. Plan terapeutikoak beti oinarritu behar dira erabilgarri dagoen ebidentzia zientifikorik onenean; plan horiek farmakologia noiz erretiratzeko den bilduko dute, eta errekurrentziak ekiditea bilatuko dute.

Jokabide komunitarioak

5. Oro har, biztanleriari informazioa eman behar zaio hauek guztiak jakin ditzan: gaixotasun horien fase ezberdinak zeintzuk diren, gaixotasunok nola detektatu, eta normala edo adaptatiboa dena eta patologikoa dena nola bereiztu, eta azkenik, kasu horietariko askok tratamendu egokiari zein ondo erantzuten dioten.
6. Gainera, oro har, biztanleriari destinatutako interbentzio-programak garatuko dira, estresaren aurkako trebetasunak eta teknikak hobetzeko.

Jokabide intersektorialak

7. Arrisku-egoerako pertsonak detektatzerakoan, prebentzio-jokabideak ezarriko dira, bai lan-inguruan eta bai eskola-inguruan.

3.5.2.3. Alkohola

Alkoholaren abusuak eragindako arazoek gaur egun EHAEAn duten prebalentzia biztanleriaren %5ekoa dela estimatu da, Osakidetza/SVSeko osasun mentaleko sarean atenditutako pertsonen datuen arabera (ospitaleki kanpoko kontsulten %15; ospitaleetako ingresuen %12). Bestalde, badirudi argi dagoela, gazteen artean adikzio-portaeren eta kontsumoko pauta-aldaketen oinarri direla nortasunaren trastornoak.

97-EHAEolak detektatu zituen larregizko edaleak gizonezkoetatik %6,3 izan ziren eta emakumezkoetatik %1,2. Portzentaje horiek handiagoak izan ziren klase sozial desfavoratuenetan.

Interbentzio-estrategiak

Alkoholaren esparruko estrategien helburuak dira: kontsumitzen hasteko adina atzeratzea; zentzuzko kontsumoaren alde egitea; seinale komorbidoak goiz detektatzea eta tratatzea; eta ospitalizazio-kasuetan abinentzia akutuko episodioak murriztea (ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Jokabide indibidualak

1. Alkohol-mendetasuna duten pertsonak atenditzeko edo alkohol-kontsumoagatik osasun arazoak dituzten pertsonak atenditzeko programa espezifikoak bultzatuko dira.
2. Tratamendu- eta errehabilitazio-zerbitzuen eskuragarritasuna aseguratu da. Zerbitzuok efikazak izateko behar besteko prestakuntzako pertsonala edukiko dute.

3. Patologia psikiatriko asoziatuak goiz aztertea eta tratatzea eskatzen du, horrela egitea badagokio.
4. Lehen mailako atentzioko esparruari dagokio patologia fisiko asoziatua goiz detektatzea eta tratatzea.
5. Ohitura alkoholikoaren balorazioa sistematikoki egin behar da paziente guztietan, bai ospitaletik kanpo atenditzen direnean, bai ospitalean atenditzen direnean.

Jokabide komunitarioak

6. Arazo horiek prebenitzeko beharrezkoa da familietan alkoholaren gaiei buruzko hezkuntza fomentatzea.
7. Auto-laguntzako elkarteek zeregin inportantea dute paziente horien errehabilitazioan; horrexegatik, osasun mentalaren sarea eta elkarte horiek batera aritzea potentziatuko da.

Beste jokabide batzuk

8. Kasu konplexuak eta gizartearen aldetik defizitarioak direnak Osasun Sailak toxikomanoei laguntzeko duen programan sar daitezkeen aztertuko da.

Ezberdintasunak

9. Alkohol-mendetasuna duten pertsonak edo alkohol-kontsumoagatiko osasun-arazoak dituztenak atenditzeko programa espezifikoak bultzatuko dira, talde sozial defaboratuenetan atentzio berezia jarritz.
10. Gainera, alkohola kontsumitzeagatik tratamenduan dauden pertsonen eskaintza terapeutikoa osatuko da, gizarte-inkorporazioa errazten duten gizarte-sareen garapena promobituz.

3.5.2.4. Toxikomaniak

Gaurko egoera

Heroina-kontsumoak behera egin du, baina substantzia berriak agertu dira, bai eta kontsumitzeko modu berriak ere. Horiek guztiok gogoan hartzeko moduko aldaketa eragin dute EHAEko paziente toxikomanoaren perfilean. Gaur egun bi motatako biztanleria-talde bereizten dira:

- Politoxikomanoak; heroina-kontsumoaren antzinako historia dute, 35-44 urte bitartekoak dira, eta narriadura organikoa eta gizarte-egitura ahuldua aurkezten dituzte.
- Kontsumitzaile berriak; euren batez besteko adina gazteagoa da, ez dute narriadura organikorik, euren egitura sozio-laborala nahikoa da eta kontsumitzeko moduak diferenteak dira, substantziei eta administrazio-bideei dagokienez.

Diferentzia horiek eskatzen dute, argi dago, interbentzio-estrategiak horietako biztanleria-talde bakoitzaren ezaugarri espezifikoetara egokitzea. Badago, hala ere, guztion den helburu bat: kontsumoa murriztea eta inguru sanitariora hurbiltzeko erraztasuna izatea, beren toxikomania eta patologia organiko asoziatuak kontrolatzeko.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Paziente toxikomanoen asistentzia-eskaintza dibertsifikatu egin behar da.
2. Toxikoen kontsumoari asoziatutako patologia psikiatrikoa goiz tratatzeko estrategiak garatuko dira.

3. Pertsona horiek errehabilitatzeko, familiekin lan egitea potentziatuko da.
4. Toxikomaniekin erlazionatutako konplikazio organikoak (tuberkulosia, HIESa eta abar) prebenitzeko eta goiz detektatzeko estrategiak garatuko dira.

Jokabide komunitarioak

5. Komunitatea zerbitzu sozio-sanitarioez hornituko da; zerbitzu horiek bakoitzaren beharrianetara moldatuko dira, bai kontsumitzaileei bai familiei dagokienez.
6. Zaletasun edo adikzio-aldian osasuna babesteko programak promozionatuko dira (esaterako, xiringak elkartrukatzeari buruzkoak edo preserbatiboen erabilgarritasunari buruzkoak).

Jokabide intersektorialak

7. Egitura ertainak ezarriko dira, lan iraunkorra errazteko; lan horren helburua pertsona horien gizarte- eta lan-errekuperazioa denez gero, instituzioarteko lana potentziatuko da.

Ezberdintasunak

8. Talde desfaboratuenean eskuragarri izango dituzte xiringen elkartrukeari, preserbatiboak erabiltzeko eta ordezeko tratamenduei buruzko programak, bai eta efektiboak direla erakusten duten etorkizuneko programak ere.

3.5.3. Osasun mentala eta hirugarren adina

Gaurko egoera

EHAean, azken 5 urteotan Osakidetza/SVSeko ospitaletik kanpoko sarean atenditutako 65 urtetik goragoen biztanlerian %25eko gehikuntza gertatu da. Gehikuntza horren arrazoiak dira, batetik, biztanleriaren bizitza-itxaropenaren gehikuntza iraunkorra, eta bestetik, psiko-patologiaren ikuspuntutik arriskutsua den talde horrek duen garrantzia. Gaixotasun depresiboa da zergatirik printzipalena biztanleria zaharren ingresu psikiatrikoa egiteko, bere prebalentzia %10 eta %30 bitartean dagoelarik, aztertutako esparruaren arabera. Bestalde, gizonezkoa izatea, 65 urtetik gorakoa, eta bestelako patologia psikiko zein fisiko asoziatuak izatea, suizidio-arriskuko-faktoreak dira. Horregatik beharrezkoa da kolektibo horrentzako helburuak eta jokabideak ezartzea.

Dementzia arazo sozio-sanitario larria da, eta gehitzen doan arazoa gainera. Osasuneko ikuspuntutik heretsiki hartuta, interbentzioak batez ere diagnostiko zehatza eta goiztiarra garantizatzeko egingo dira, eta diagnostiko horren arabera tratamendua jarriko da. Izan ere, gaur arte ezin da lehen mailako prebentziorik egin, eta ez dago inolako tratamendu sendagarriarik. Etorkizuneko Euskadiko Plan Sozio-sanitarioan dementziaren arazoak lehenengo lekuetan egongo dira, dudarik gabe.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Behin eta berriz esan behar dugu patologia psikiatrikoa goiz detektatzeak duen garrantzia.
2. Lehen mailako atentzioko esparruan suizidio-asmoa detektatzeko eta jokabide-pautak ezartzeko protokoloa garatuko da.

3. Neurologia-zerbitzuaren eta Psikiatria zerbitzuaren arteko koordinazioa gehituko da, dementzia senilen diagnostiko etiologikoa ahalik arinen eta ahalik zehatzen ezartzeko eta tratamendua hasteko, posible denean.

Jokabide intersektorialak

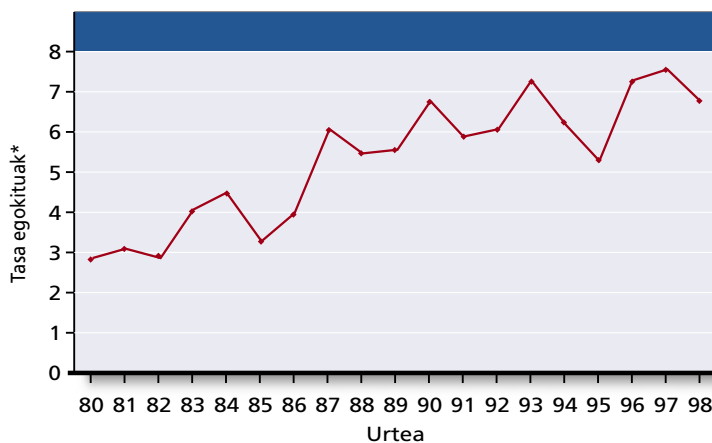
4. Esparru sozio-sanitarioan, zaintzaileekin, batez ere familiakoekin kolaboratzeko programak ezarriko dira, paziente horien instituzionalizazioa atzeratzeko; bestalde, zaintzaileei laguntzeko programak, hots, beren bizitza-kalitatea hobetzeko programak ere ezarriko dira.
5. Mahai soziosanitarioek eztabaidako foro orokorrak izaten jarraituko dute, gaur egun lantzen dagoen Euskadiko Plan Sozio-sanitarioa garatu arte.
6. Ospitale psikiatrikoetan luzaro ingresatuta dauden paziente zaharren egoera aztertuko da, hirugarren adineko egoitzetara alda daitezkeen baloratzeko.
7. Errehabilitaziorako eta ospitalizaziorako ertaineko egiturak garatzea bultzatuko da.
8. Etxerako laguntzak potentziatuko dira, bizitza-kalitatea hobetzeko, horrela prebenituko baita suizidioa adin-talde horretan.

3.5.4. Suizidioa

Gaurko egoera

Suizidioari dagokionez, erabilgarri dauden datu bakarrak suizidioagatiko hilkortasun-tasarenak dira, baina suizidio-saioei buruz ez dago balioko informaziorik. Suizidioagatiko hilkortasun-tasaren eboluzioa 31 irudian agertzen da.

31 irudia. Suizidioagatiko aitortutako hilkortasun-tasa. EHAE. 1980-1998.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

1998an, gizonezkoen suizidio-tasa (100.000 gizonezko 11,1) handiagoa izan da emakumezkoena baino (100.000 emakumezko 3,4). Azken hogeitaz urteetan, zergati horrengatik adinaren arabera egokitutako hilkortasun-tasek apurka-apurka gora egin dute (urteko batez besteko 0,25 puntutan): 1980an, 2,9koa zen eta 1998an, 7,0koa sexu bietan. Gorakada gizonezkoetan handiagoa izan da emakumezkoetan baino.

Maila sozialen puntako kintiloak konparatuz gero, diferentzia nabarmenak ikusten dira 65 urtetik beherako gizonezkoetan: klase desfavoratuenetan suizidio-tasa handiagoa da.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Suizidioagatik hilkortasuna	100.000ko 7tik behera mantentzea	7,0**	100.000ko 7tik behera mantentzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasa. Adinaren arabera Europako biztanleria estandararera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

** Suizidioagatik hilkortasun-erregistroak dituen arazoak direla-eta, eta zentzu horretan informazio-sistemak hobetu behar direla kontuan izanik, helburu hori ez betetzea sistema horiek hobetu direlako izan daiteke, ez helburuaren prebentzioan jokabiderik eza-gatik.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Lehen mailako atentzioan jokabide-protokoloak ezarriko dira, patologia depresiboaren despistajea egiteko, patologia hori baita suizidio-zerigati printzipala, batez ere hirugarren adinean.
2. Suizidio-saioko kasu guztien jarraipen indibiduala eta familiarra egingo da, EHAra egokitutako praktika klinikoko giden arabera.
3. Lehen mailako atentzioko arloan medikazio psikiatrikoen erabilera egokiari buruzko prestakuntza-programak bultzatuko dira.

Jokabide komunitarioak

4. Dibulgazio-kanpainak egingo dira, oro har gizarteak gehiago jakin dezan nola jokatu behar den, hots, zein jokabide-pautari jarraitu behar dion, hurbileko pertsonen baten suizidio-asmoaren aurrean.
5. Eskola-sasoiko nortasunaren trastornoak edota garapen emozionaleko trastornoak goiz detektatzeko plana ezartzea bultzatuko da.

Beste jokabide batzuk

6. Aurrekari psikiatrikoak aztertu ahal izateko, suizidioen erregistro zentralizatuaren bideragarritasuna baloratuko da.

4. Gaixotasun transmitigarriak

Gaurko egoera

Gaixotasun transmitigarriak garrantzi handiko arazoa ziren, antibiotikoak agertu arte; eta azken urteotan berriz ere arazo garrantzitsua izatera heldu dira. Azken urteetan gaixotasun infekziosoen erlazioetatik gertakizun nabariak ondokoa izan dira: herrialde garatuetan ezabatutak ematen ziren hainbat gaixotasunen intzidentziaren gehikuntza (tuberkulosia kasu); mikroorganismo batzuk eraginkor agertzea (*E. coli* O157, B taldeko estreptokokoarengatik gaixotasun inbasiboa); gaixotasun berriak agertzea (HIESa, Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasunaren bariante berria); eta mikroorganismo batzuen antibiotikoekiko erresistentzia gehitzea.

Bestalde, biologia molekularren esparruan ezagutza zientifikoek aurrera egin dute, ekosistemak eta epidemiologia hobeto ezagutzen dira, eta haur-txertaketaren programak estaldura zabala lortu du. Guzti horiek etorkizun itxaropentsua planteatzen digute, gaixotasun askoren larritasun edo intzidentziaren eliminazioari edo murrizteari dagokienez.

Gaixotasun infekziosoak, HIESa izan ezik, EHAEko hilkortasun-zergatien artean hamargarren postuan zeuden 1998an, 281 heriotzarekin eta 100.000 biztanleko ia 10 heriotzako tasa estandarizatuarekin. Talde horren barruan nagusi ziren: septicemia, tuberkulosia eta bere ondorio berantiarak, eta hepatitis. HIESak 99 heriotza sortu zituen EHAEan 1998an, 100.000 biztanleko 4,24ko tasa globalarekin (7,18 gizonezkoetan).

4.1. Txertaketaren bidez prebeni daitezkeen gaixotasunak

Txertaketaren bidez prebenigarritzat jo daitezkeen gaixotasunak pritzipalak, gaur egun, hauexek dira: gripea, poliomielitisa, difteria, tetanosa, kukutxeztula, C serotaldeagatik gaixotasun meningokozikoa, B hepatitis, *Haemophilus Influenza*, elgorria, errubeola eta parotiditisa.

33 taulan agertzen dira EHAEan gaixotasun horien kasu aitortuak, eta bakoitzean lortu den txertaketa-estaldura.

33 taula. EHAEko kasu-kopurua eta txertaketa-estaldurak. EHAE. 1999.

	Kasu-kopurua*	Komentarioa	Txertaketa-Estaldura* (%)
Poliomielitisa	0	Azken kasua 1985ean	94
Difteria	0	Azken kasua 1981 urtea baino lehen	
Tetanosa	2	21 kasu, 90-99 aldian	
kukutxeztula	87	113 kasu, 97-99 aldian	93
<i>Haemophilus influenza</i> (gaixotasun inbasiboa)	-	-	
C Meningitisa		175 kasu, 96-99 aldian	95
B Hepatitisa	32	591 kasu, 96-99 aldian	
Elgorria	3	16 kasu, 97-99 aldian (14 < 20 urte)	91
Errubeola	7	23 kasu, 97-99 aldian (17 < 20 urte)	
Parotiditisa	57	182 kasu, 97-99 aldian (144 < 20 urte)	58
Gripe	170.066		

* Urtea: 1999.

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

EHAEan, 1985 eta 2000 urteen bitartean, ez da erregistratu poliomielitisaren kasu bat ere. Hala ere, oraindik ez da lortu gaixotasun horren erradikazioa. Osasunaren Mundu Erakundearen helburuetariko bat erradikazio hori lortzea da, eta EHAE helburu horrekin konprometatuta dago.

Difteriaren egoera antzekoa da. Azken hamarkadetan kasu bat ere ez da erregistratu. Baina, Europako ekialdeko herrialde batzuetan gertatu diren pujak eta nazioarteko bidaiak gero eta gehiago egiten direla kontuan harturik, beharrezkoa da txertaketa-zainketa eta -mailak mantentzea.

Tetanosari dagokionez, ez da posible gaixotasunaren erradikazioa helburutzat planteatzea, zeren *Clostridium tetani* natur ingurunean oso hedatuta baitago, eta talde-inmunitaterik ez baitago. Hala ere, 1990-99 aldian aitortutako 21 tetanos-kasuetatik bat ere ez zen izan 25 urtetik beherakoa; horrek adierazten digu haur-txertaketaren efektibitatea.

1997-99 aldiko kukutxeztularen kasuen %95a 15 urtetik beherakoetan gertatu zen; tasarik altuena urte 1etik beherakoetan ikusi zen (EHAEko urte 1etik beherako 100.000 haur bakoitzeko 59,08). *Bordetella pertussis*aren zirkulazioa ebitatzea posible ez bada ere, txertaketa-estaldura altuei esker ez dira gertatuko puja handiak, ezta gaixotasunaren formarik larrienak ere.

1996an b motako *Haemophilus influenza*ren aurkako txertaketa sartu zen. Txerto horrek *haemophilus*-agatiko gaixotasun inbasiboaren intzidentzia murriztu du 5 urtetik beherakoetan, 1993ko 29 kasutik 1997ko 2 kasura pasatu delarik. Antzeko gauza gertatu da C serotaldeko meningokokoagatiko meningitisari dagokionez; izan ere, azken urteetan kasuak gehitu zirenez, 1997an beharrezkotzat jo zen txertaketa-kanpaina bat egitea, eta kanpaina horren ondorioz, intzidentziak behera egin zuen, 1996ko 68 kasutik 1999ko 6 kasura pasatu zelarik. 2000ko urrian EHAEko txertaketa-egutegira C motako meningokokoaren aurkako txerto konjokatu berria inkorporatu da. B serotaldeko meningokokoagatiko meningitisari dagokionez, 96-99 aldiko kasuetatik %70a, 15 urtetik beherako gaixoak izan ziren; nahiz eta gaixotasun horren pronostikoa oso larria den, oraindik ez dago komertzializatutako txerto efikazik.

B Hepatitisaren txertaketa 1993-94 ikasturtean hasi zen egiten orokor adoleszenteen artean. 2000ko urtarilean sartu zen EHAEko haur-txertaketaren egutegiaren barruan 2 hilabetetik gorako haurrentzat. Dena dela, 1990-99 aldian erregistratutako 591 kasuetatik, bat ere ez zen 1 urtetik beherakoa; 49 kasu 1-19 urte bitartean gertatu zirelarik.

Elgorriari dagokionez, Osasunaren Mundu Erakundeak programa bat hasi du, datozen urteotan Europan bere erradikazioa lortzeko. Helburu horrekin, 2000 urtetik aurrera aldaketa bat egin zen EHAEko haur-txertaketaren egutegian, txerto hirukoitz birikoaren bigarren dosia 4 urteko haurrari errutinazko administrazioa aurreratzea gomendatuz, ordura arte 11 urtekoei ipitzen zitzairen eta. Halaber, ikastetxeetan aparteko txertaketa-kanpaina bat egin zen, 5-11 urte bitarteko haur guztiei txerto hirukoitz birikoa administratzeko, kanpaina horren helburua adin guztien estaldura lortzea izan zelarik.

Gripea osasun-arazoa da; gripearen eraginik handiena biztanleria-talde ahulenetan gertatzen da: pertsona zaharretan eta gaixo kronikoetan. Bi horietan konplikazio asko eta asko sortzen ditu. Orain dela hamarkada bat baino aurretik, txertaketa-kanpainak egiten dira EHAEan arrisku-taldearen artean. 1999ko estaldura %58ra heldu zen.

Helburuak

Osasunean emaitzak lortzeko diren helburuak bakarrik planteatu dira. Ez da sartu gripearekin erlazioatutako helbururik, zeren gaixotasun horretarako txertaketa-estaldura hobetzeko diren estrategiak planteatu egin behar dira.

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Polio autoktonoa	0 kasu	0	0 kasu	ABG, PFA Programa. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Difteria	0 kasu	0	0 kasu	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tetanosa	0 kasu (35 urtetik beherakoetan)	0	0 kasu (35 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
<i>Haemophilus influenzae</i> (gaixotasun inbasiboa)	0 casos (5 urtetik beherakoetan)	1	0 casos (5 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
C Meningitisa	0 kasu (15 urtetik beherakoetan)	6	0 kasu (15 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
B hepatitis	0 kasu (urte1etik beherakoetan)	0	0 kasu (urte1etik beherakoetan)	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Elgorria	0 kasu autoktono	3	0 kasu autoktono	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Errubeola	0 kasu autoktono	7	0 kasu autoktono	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Parotiditisa	0 kasu autoktono	57	0 kasu autoktono	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1999.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Txertaketa-estaldua hobetzea lor daiteke, haur sanoaren kontrol medikoan txertaketa fomentatuz.
2. Pertsona helduetan tetanosaren txertaketa promobituko da, lehen mailako atentzioko esparruan interbentzioak eginez.
3. Profesional sanitarioen artean B hepatitisaren aurkako txertaketa promobituko da.
4. B serotaldeko meningokokoaren aurkako kimioprofilaxia behar duten guztiei egiteko estrategiak bul-tzatuko dira, gaur egun ez baitago inolako txertorik.
5. Elgorriaren %100aren aitopen urgentea eta baieztapen serologikoa lortu behar da, bai eta puja guz-tien ikerkuntza eta kontaktu minberakor guztien txertaketa ere; gainera, txerto hirukoitz birikoarekin estaldura-tasak altu mantentzea lortu behar da.

Jokabide komunitarioak

6. Planteatutako helburuak lortzeko, zainketa epidemiologikoko jarduerekin jarraitu beharko da, oinarritz-kotzat jotzen baitira mota horretako gaixotasunak kontrolatzeko.
7. Era berean, txertaketa-mailak %95etik gora mantentzeko, txertaketa-zentroekiko eskuragarritasuna hobetu egin beharko da.
8. Txertaketa-programekiko atxekidura faboratzeko, komunikabideen bidez informazio-kanpainak egin beharko dira.
9. Gure inguruan efektibitatea erakutsi duten txerto berriak inkorporatu egin behar dira txertaketa-pro-grametara.

Jokabide intersektorialak

10. Eskolako osasun-programetan txertaketa fomentatu behar da, haurren txertaketa-programek gaur dituzten estaldurak hobetzeko helburuaz.

Beste jokabide batzuk

11. Txertatuen izen-erregistro informatizatua ezar daiteke. Horrelako erregistroaren erabilerak asko dira: txertaketa-datak jakinaraztea, txertaketa-historia osoa eskura izatea, txertaketa-efikazia monitoriza-tzea eta abar.

4.2. Tuberkulosia

Patologia horren intzidentzia EHAEan handiagoa da gure inguruko herrialdeetan baino. Hala ere, Estatu-mailan, bitarteko posizio bat dauka, beste autonomia erkidegoekiko. 1997-99 aldian 2.184 kasu erregis-tratu ziren, urteko batez bestekoa 728 kasutakoa zelarik, eta batez besteko tasa 100.000 biztanleko 34,74koa.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
TBKaren intzidentzia	%70ean gutxitzea	34,7*	10,4	ABG, TBK Erregistroa.Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tuberkulosi miliar eta meningitis tuberkulosoaren kasuak urte1etik beherakoetan	0	0**	0	ABG, TBK Erregistroa.Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasa gordina. 1997-99 hirurteko batez bestekoa.

** 1997-99 hirurtekoa.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Pazienteen %90ean tuberkulosiaren aurkako tratamendua betetzen dela aseguratzeko behar diren jokabideak garatuko dira.
2. TBKaren tratamendu gainbegiratu erraztu behar zaie tratamendu hori behar duten pertsonei, pertsonek duten bizitza-kondizioagatik.
3. TBK ezkutuariengatik infekzioak dituzten pertsonei kimioprofilaxiaren tratamendu egokia eman behar zaie. Interbentzio horren efektibitatea gehitzeko %70etik gorako estaldurak lortu behar dira.

Jokabide komunitarioak

4. BCG txertoa %95 jaioberri edo gehiagori ematea lortu behar da, batetik, gaixotasunaren intzidentzia murrizteko, eta bestetik, haurtzaroan tuberkulosiaren formarik larrienak ebitatzeko, meningitis tuberkuloso eta tuberkulosi miliarra kasu. Tuberkulosiaren programak ondo funtzionatzeko badu, etorkizunean txertaketa-irritziak aldatzea posible izango da.

Ezberdintasunak

5. Aurreikus daitekeenez, biztanleria inmigraentea gehitu egingo da. Beraz, pertsona horiek dituzten osasun-arazoekin lotutako jokabide-estrategia berriak planteatu behar dira. TBK-aren kasuan, baloratu egin behar dira beren egoera orokorra, eta beren egoera infekzio tuberkulosoarekiko, Mantoux-en proba eginda.

4.3. Infekzio nosokomiala

Herrialde garatueta infekzio nosokomialak (IN) osatzen dute sarrienak, karuenak eta larrienak diren infekzio-taldeetako bat. 1999ko EPINE (estudio de prevalencia de la infección nosocomial en España) delako azterlanak erakutsi zuenez, Osakidetza/SVSeko ospitaleetan ingresatzen diren pazienteetatik %6,7k infekzio nosokomial bat gutxienez hartzen dute ospitalean dauden bitartean. Guztira, 100 paziente ingesatu bakoitzeko 7,4 infekzio erregistratu dira. Zifra horiek berdintsu daude azterlanean parte hartu zuten beste

osasun-zerbitzuetan erregistratutakoekin. Prozesu kirurgikoetako INen intzidentziari buruzko azterlanen arabera, oster, gure zentroetan erregistratutako zifrak gorago daude Estatu Batuetako NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance) delakoak argitaratu dituenak baino.

1990 urtean, Osakidetza/SVSeko ospitaleetako INen prebalentzia paziente ingresatuen %10,4koa izan zen. Hala ere, orduan egiaztatu zen zentroetan zenbat eta zainketa-, prebentzio- eta kontrol-planak garatuagoak izan hainbat eta intzidentzia txikiagoa zegoela, IN kirurgikoari dagokionez. Emaita horiek bat zetozen beste nazioarteko lanetan lortutakoekin. Azken horietan ere IN-ren tasek eta aipatutako motako planen garapen-mailak erlazio alderantziz proportzionala gordetzen dute.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Ospitalean daudela, infekzio nosokomialen bat harrapatzen duten pazienteen proportzioa	%6,5etik behera mantendu behar da**	6,7	%6,5etik behera mantendu behar da**	INOZ. Osakidetza/SVS

* Urtea: 1999.

** Ospitalizazio-aukeren garapena eta batez besteko egonaldien beherakada kontuan harturik, zera aurrerik daiteke, ospitale-pazienteak, batez beste, konplexuagoak izango direla, eta horren ondorioz, infekzio nosokomialen bat harrapatzeko probabilitatea handiagoa izango dela.

Interbentzio-estrategiak

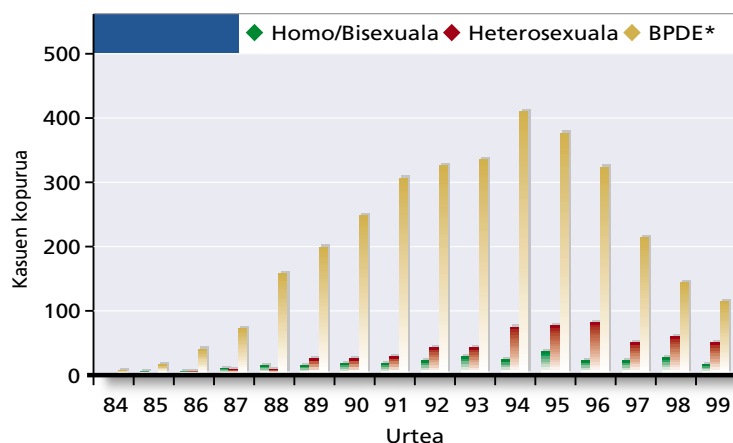
Beste jokabide batzuk

1. Ospitale guztietan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planak ezartzea; plan horietan, infekzioaren kontrolean efikazia eta efizientzia erakutsi duten elementuak inorporatuko dira.
2. EHAEko ospitale guztietan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planak kreditatzea.

4.4. GIB-HIESa eta sexu bidez transmititutako beste gaixotasun batzuk

HIESaren kasu-kopuruak behera egin du EHAEan azken 5 urteotan. Beherakada hori 80 hamarkada erditik aurrera martxan jarritako programen ondorioz gertatu da, bai eta farmako antirretrobiralekin egindako tratamenduak asko aurreratu direlako ere. Bide parenteraletiko drogen kontsumitzaileen taldeak jarraitzen du izaten HIES-kasu berrien agerrera-talderik printzipalena (32 irudia).

32 irudia. HIES-kasuak, transmititzeko bidearen eta diagnostiko-urtearen arabera. EHAE. 1984-1999.



*Bide Parenteraletiko Drogen Erabiltzaileak.

Iturria: HIESa Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana. Osakidetza/SVS.

Tratamendu antirretobiral berriei esker batez ere murriztu da HIESagatiko hilkortasuna: 1995ean HIESak jotako 100 pertsonetatik 13 hil ziren; 1999an, berriz, 3.

Datozen urteetan Giza Inmunoeskasiaren Birusarentzat (GIBarentzat) txertoa garatzeko posibilitateak badaude. Seguraski, farmako antirretobiralek efikazak izaten jarraiko dute, nahiz eta zenbait paziente infektatu hilko diren bai infekzio-koexistentiak bai erresistentziak agertzearren.

Sexu bidez transmititzen diren gaixotasunei (STGei) dagokienez, azpimarratzekoa da aitortu beharreko gaixotasunen (ABGen) informazio-sistemari azken urteotan ez zaiola aitortu sortzetiko sifiliaren kasurik.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Sortzetiko sifiliaren kasu berriak (jaioberrien kasuak)	0	0	0	ABG. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
GIB+ duten jaioberrien kasuak	0	1	0	HIESaren Erregistroa. Osakidetza/SVS
GIB+ aren kasu berrien kopurua	Urteko 100etik beherakoa	Momentuz ez dago informazio-sistematik adierazle horren egoera ezagutzeko.	Urteko 100etik beherakoa	Proposatutako jokabideen garapena ikusita ebaluatuko da helburu horren lorpena
HIESaren kasu berrien kopurua	Urteko 100etik beherakoa	186	Urteko 100etik beherakoa	HIESaren Erregistroa. Osakidetza/SVS
HIESagatiko hilkortasuna	< urteko 50 kasu	91	< urteko 50 kasu	Hilkortasun-Erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1999.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide-estrategien helburua GIBaren transmisioa prebenitzea da, bai eta pertsona seropositiboan bizi-iraupen eta bizitza-kalitatea hobetzea ere.

GIB-HIESarentzako planteatutako estrategiek beste STG batzuk ere prebenitzeko balio dute.

Jokabide indibidualak

1. Tratamendu antirretobiralarekiko pazienteen atxekidura hobetzeko estrategiak garatu beharko dira, horrela murriztuko baita farmako horiekiko erresistentzien agerrera.

Jokabide komunitarioak

2. Inportantea da exigentzia baxuko zentroak martxan jartzea toxikomano marginalen kolektiboarentzako (zentro horietan ez da exigitzen mendetasunari guztiz utzita egotea zenbait zerbitzu sozio-sanitario hartzeko); izan ere, pertsona horien beharrianak ezin dira estali gaur egun dauden dispositibo bidez. Zentrook martxan jarri aurretik, egon daitezkeen aukera berriei buruzko azterlan aitzindariak egin beharko dira.
3. Beharrezkoa da hezkuntza afektibo-sexualaren programa garatzea, lehen eta bigarren mailako irakas-kuntzan.
4. Euskal Herriko presondegi guztietan Xiringak Trukatze Programak sartuta egon behar du exigentzia baxuko programen barruan.

Beste jokabide batzuk

5. GIBagatiko infekzioak zaintzeko sistema bat jartzea. Gaur egun, GIB/HIESaren izurria ebaluatzeko HIES-kasu berriak hartzen dira kontuan bakarrik; horrek informazio ez-oso ematen digunez, ezin da jakin, esaterako, zenbat pertsona ari diren infektatzen GIBa dela-eta, edo zein bidetatik infektatzen diren.
6. Informazio-sistema bat garatu behar da, sexu-bidezko gaixotasun transmitigarrien monitarizazioa egin ahal izateko.
7. Biztanleria orokorraren eta kolektibo berezien (adoleszenteen, gizonezko homosexualen eta abarren) portaera sexualak monitorizatu egin behar dira, ohitura sexualei buruzko azterlanak eginda, geroago konparazioak egin ahal izateko.

Ezberdintasunak

8. Beharrezkoa da dispositibo egokiak garatzea, HIESak jotako pazienteen kolektiboa hobeto bizi dadin; izan ere, gizarte-arazoek elkarrekintza dela-eta paziente horiek ez dira lotzen tratamendura eta jarraipen medikora.
9. Inmigrantei zuzendurik GIBa prebenitzeko programak promobitu behar dira, zeren, marginalitate sozialaren ondorioz, kolektibo horren zati bat birusa transmititzeko arrisku altuko praktketan ari baita.

5. Jokabide bereziko taldeak

Kapitulu honetan arituko gara kolektibo batzuen osasun-arazo espezifikoek erantzuteko beharrezkoak diren jokabideak aztertzen; izan ere, kolektibo horiek atentzio berezia merezi dute bakoitzak bere berezitasunak baititu. Honela bildu ditugu: haurtzaroa, gaztearoa, zahartzaroa eta emakumezkoak.

5.1. Bizitzaren hasiera

Gaurko egoera

Bizitzaren lehen aldietako osasun-maila hertsiki lotuta dago bizitza helduko osasunarekin. Horregatik erabakitasunez jokatu behar da EHAEko haur guztiei ahalik eta osasunik onena garantizatzeko, eta ez-ekitateak ebitatzeko.

Haurren hilkortasun-tasak (ikusi "Gaurko egoera" kapitulua) apurka-apurka behera egin du azken hamarkadetan; 1998an, tasa hori 6,1ekoa izan zen, 1.000 bizirik jaioetako. Hilkortasunaren lehen zergatiak jaio-tinguruko afekzioak izan ziren.

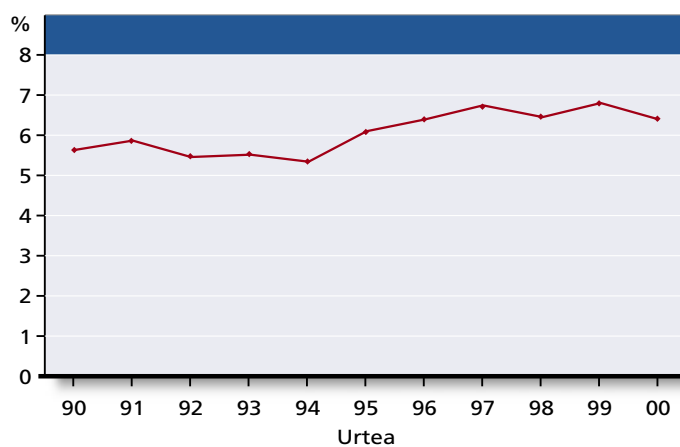
Haur-hilkortasunak gradiente sozio-sanitario argia izaten jarraitzen du, atal desfaboratuenetan handiagoa delarik.

Jaiottinguruko hilkortasunak haur-hilkortasunaren joera berbera izan du, 1998an, 5,9koa izan zelarik, 1.000 jaiotako.

Jaiottinguruko osasunaren eta bizitza helduko osasunaren artean erlazio bat dago. Jaiotzean pisu baxua izatea jaiottinguruko hilkortasunarekin erlazioatutako faktoreetako bat da, eta aurreragoko adinetan gaixotasun asoziatu hauek gerta daitezke: gaixotasun koronarioa, diabetes mellitusa eta arteria-hipertentsioa. Erabilgarri dauden datuen arabera (33 irudia), EHAEan pisu baxuko jaioberrien kopuruak apur bat gora egin du; era berean, erditze anizkoitzetako jaioberrien kopuruak ere gora egin du (1995eko %2,1etik 2000ko %3,2ra arte), eta jaioberri horiek pisu-eskasa izaten dute. Jaiotzean pisu baxuaren alde egiten duen beste faktore bat da haurduntzako amaren tabakismoa. Amaren ohitura tabakikoak, gainera, bularreko haurraren bat-bateko heriotza-arriskua gehitzearekin asoziatuta dago.

Bestalde, pisu baxuarekin jaiotakoen proportzioak amen maila sozialarekin erlazio inbertsoa gordetzen du.

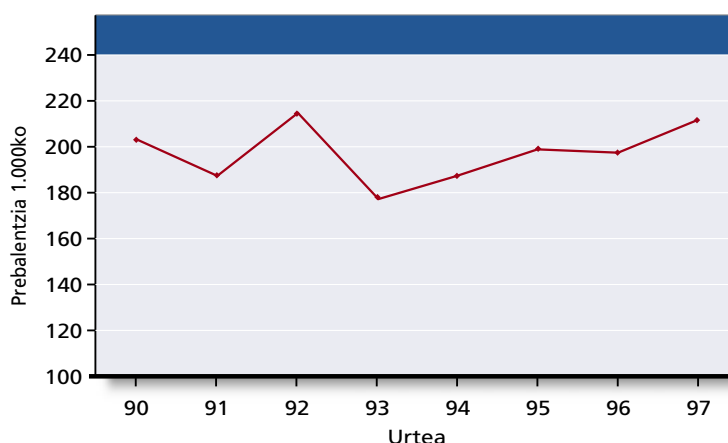
33 irudia. Jaiotzerakoan pisu baxua izan zuten jaioberri bizen proportzioa. EHAE. 1999-2000.



Iturria: Metabolopatiaren Erregistroa. Osasun Saila.

Sortzetiko anomaliak haur-hilkortasunaren zergati printzipalenetako bat dira. Gaur egun erabilgarri dauden datuak 1989an helburu horretarako sortu zen erregistrotik datoz; datuok ez dute inolako joerarik erakutsi (34 irudia).

34 irudia. Sortzetiko anomalien prebalentziaren eboluzioa. EHAE. 1990-1997.



Iturria: Sortzetiko Anomalien Erregistroa. Osasun Saila.

Bestalde, istripuak dira haurtzaroko hilkortasun-zergati printzipalena (urte 1etik 14 urtera arte); nahiz eta azken bi hamarkadetan jaitsiera inportantea gertatu den. Istripuei dagokienez, Osasun Sailaren Zainbide proiektuaren barruan pediatria-konsultetan 5 urtetik beherakoen istripuak erregistratzen dira. Erregistro horretako datuen arabera, 2000n, 1.306 lesio erregistratu ziren; kopuru horren tasa 97,5koa da 1.000 haurreko; tasa horrek ez du erakutsi joera esanguratsurik azken hiru urteetan. Istripuen %80a erorketak eta kolpeak izan ziren, eta gehienak etxean gertatutakoak.

Aho-hortzetako osasunari dagokionez, 1988 eta 1998an egindako azterketa epidemiologikoen arabera, eboluzioak onera egin du kariesaren kasuan: lehen hortzaldia kariesik gabe duten 7 urteko eskola-haurren prebalentzia %37,2tik %70era pasatu da; 12 urtekoetan, berriz, behin betiko hortzaldia kariesik gabe dutenena %31,2tik 57,2ra pasatu da; eta 14 urtekoetan %17,7tik %41,7ra.

1999an, Haurren Hortzak Zaintzeko Programaren (PADlren) hasieran aurreikusitako kohorte guztiak programaren barruan zeuden, hau da, 7-15 urte bitarteko haur guztiak. 1999ko diana-biztanleriaren kopurua 155.046 haur izan ziren, horietatik %63 dentistarengana joan ziren. Guzti horrek erakusten du PADIk izan duen arrakasta eta, ondorioz, PADI mantendu egin behar dela.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Haur-hilkortasuna	Gaurko tasen azpitik mantentzea	4,8*	Gaurko tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Jaiotginguruko hilkortasuna	Gaurko tasen azpitik mantentzea	6,1**	Gaurko tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 1.000 bizirik jaiotako tasa. 1999ko urtea.

** 1.000 jaiotako tasa. 1999ko urtea.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Jaio aurreko eta jaiotzinguruko atentzioa ebidentzia zientifikoek abalatzten dituzten teknologia esentzietan oinarrituko da; teknologia sofistikatuagoak egoera espezifikoetan erabiliko dira bakarrik, hau da teknologia horiek erabiltzea argi eskatzen duten egoeretan.
2. Emakumezkoek haurduntzan erretzeari utzi diezaioten interbentzio efektiboak bilatu eta ezarriko dira.
3. Ama-edoskitzearekin hastea eta jarraitzea promozionatuko da; izan ere, ama-edoskitzeak nutriziorik onena ematen du, amaren eta haurraren arteko lotura sortzen du, eta babes gehigarria da haurtzaro guztian gaixotasun infekziosoen eta alergien aurrean.

Jokabide komunitarioak

4. Etxean bizimodu osasungarriak izatearen alde egingo da, bai eta, guraso bien eta etxeko guztien ongizate psikologikoaren alde ere. Horretarako promozio-kanpainak egingo dira, tabakismoa uzteari, edari alkoholadunen ingestaren abusuari, edo drogen kontsumoari buruzkoak hain zuzen.
5. Haur guztiek txertaketa egokia izan dezatela garantizatuko da, txertaketa delako gaixotasunak prebenitzeko oinarritzko mekanismoa.
6. Gaur eguneko hortz-asistentzia garantizatuko da, ahal den neurrian orain arte lortutako estaldurak hobetzeko helburuaz.

Jokabide intersektorialak

7. Beharrezkoa da etxe-inguru segurua sortzea, zeren, bularreko haurrek eta haur txikiek denbora asko ematen baitute etxean eta etxe-inguruetan, eta bereziki zaugarriak baitira inguruarekin erlazionatutako osasun-arriskuen aurrean (arriskuok dira: uraren bidez transmititzen diren infekzioak; janariak eta animaliak; lur-zoru, ur eta airetiko kutsaduraren deribatu kimikoak; eta baita ere etxe-barruan dauden arrisku fisikoak eta trafikoaren ondoriozkoak).
8. Aipatutako inguru horrek ez du kerik eduki behar, zeren pasiboki erretzeak haurraren osasunean eztabaidarik gabeko eragin kaltegarria baitu.
9. Haurraren tratua txarra prebenitzeari dagokionez, arazo horretan ahalik eta Instituzio eta gizarte-agente gehien inplikatzten dituzten jokabideak sustatuko dira.
10. Frogatuta dago gizarte-harreman egonkorak laguntza handia direla, bai pertsonaren haziera psikologikoari dagokionez, eta bai bere bizitzan izango dituen arazo-gertakizunei aurre emateko gaitasunari dagokionez. Gurasoak banatzea gertatuz gero, familia-kideentzako aspektu horiei buruzko aholku-kontsultek eta eskola-hezkuntzako programek ondorio positiboak izan ditzakete haurren osasunean.
11. Beharrezkoa da, haurren oinarritzko osasun-balioak transmititzen eta gizarte-gaitasunak garatzen haur-hezkuntzako zentroek duten zeregina indartzea.
12. Arrisku handiko haur zaugarrientzat destinatutako asistentzia-zerbitzuak indartuko dira. Inportantea da haur-abusua prebenitzeko programak garatzea, bai eta, abusua jasan duten haurrak errehabilitatzeko programak garatzea ere.

Ezberdintasunak

13. Kolektibo desfaboratuenetan, adinez txikiko seme-alabak dituzten gurasoei laguntza emozionala eta soziala emango zaie, profesionalek haien etxera joanda (erditze aurretik eta ostean) hauek guztiak

eskainiz: osasun-hezkuntza, erditze-prestakuntzarako eta haurra zaintzeko laguntza praktikoa eta emozionala, eta gizarte- nahiz diru-arazoei aurre emateko laguntza.

14. Diferentzia sozialek haur-osasunean duten eragina kontuan harturik, emakumezko desfaboratuenak bereziki atenditu behar dira, erditzeko eta bularra emateko prestakuntza erraz-erraz eskuragarri izan ditzaten; bestalde, tabakismoa uzteko programak kolektibo horri bereziki zuzendurikoak izango dira.
15. Kolektibo desfaboratuenetan prebentzioko pediatria-atentzioa, txertaketak eta haginaren azterketa gehituko dira.

5.2. Gaztaroa

Gaurko egoera

15-29 urte bitartean lehen hilkortasun-zerbatia kanpo-zerbatiak dira, eta bigarren postuan HIESa dago, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan.

Istripuen artean, trafiko-istripuek garrantzizko lekua dute, kasu askotan alkoholaren kontsumoarekin asoziatuta daudelarik.

Morbilitateari dagokionez, 97-EHAEOIko datuen arabera, 16-24 bitarteko gazteetan erretzaileen proportzioa antzekoa da gizonezkoetan eta emakumezkoetan (%33,2 eta %32,6 hurrenez hurren). Bestalde, azpimarragarria da emakumezko gazteen artean ikusten dena: V klase sozialeko emakumezkoetan (klase baxuenekoetan) erretzeko probabilitatea bi bider handiagoa da I eta II klaseetako emakumezkoetan baino (klase altuenetakoetan).

Alkohola larregi kontsumitzeari dagokionez, 16-24 urte bitarteko biztanlerian 1997an larregizko edaleen proportzioa %1,7koa izan zen, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan; eta tabakoarekin gertatzen zen bezala, 1992 urtearekin konparatuz alkoholaren joera ere gorantz doa emakumezkoetan, eta beherantz gizonezkoetan.

Aisialdiko ariketa fisikoari dagokionez, 1992tik aurrera aldeko eboluzioa egon da; 97-EHAEOIn aisialdiko ariketa fisikoren bat egiten zuten gazteen proportzioa %19,1koa izan zen emakumezkoen artean, eta %40,4koa gizonezkoetan.

Obesitateari dagokionez, 1992 eta 1997 urteen bitartean EHAeko 16-24 urte bitarteko gazte obesoaren portzentajeak gora egin du, bai emakumezkoetan (%0,9tik %3,0ra) bai gizonezkoetan (%1,7tik %2,9ra).

16-24 urte bitarteko biztanlerian, bere buruaz beste egitea inoiz pentsatu dutenen portzentajea emakumezkoetan handiagoa da (%7,9) gizonezkoetan baino (%4,6) (97-EHAEOI).

Azkenik, adolezenteen arteko jaiotzei dagokienez, ama goiz izateak arazo sozio-sanitario serioa dakar. Zorionez, jaiotze horiek behera egin dute EHAEan, bai kopuruan eta bai portzentajeetan, jaiotze-kopuru

totalari dagokionez (34 taula). Bestalde, 15-19 urte bitartekoen abortu-tasa aldatzen joan da, 35 taulan ikusten den bezala. Hori guztia kontuan harturik, beharrezkoa da arlo horretako interbentzioei lehentasuna ematea, gaurko joera inbertitu ez dadin.

34 taula. Bizirik jaiotakoak, amak betetako adinaren arabera. EHAE. 1987-1999.

Urteak	Guztira	Adina ≤14		Adina ≥ 15 - 19	
		Kop.	%	Kop.	%
1987	18.593	5	0,03	590	3,17
1988	18.021	5	0,03	545	3,02
1989	17.024	2	0,01	499	2,93
1990	16.361	2	0,01	404	2,47
1991	16.228	3	0,02	345	2,13
1992	16.250	3	0,02	291	1,79
1993	15.801	2	0,01	269	1,70
1994	15.284	2	0,01	236	1,54
1995	15.322	1	0,01	213	1,39
1996	15.987	4	0,03	186	1,16
1997	16.235	2	0,01	201	1,24
1998	16.113	4	0,02	194	1,20
1999	16.787	0	0	140	0,83

Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (Eustat).

35 taula. 15-19 urte bitarteko emakumezkoen abortu-tasa. EHAE. 1995-1999.

Urteak	1.000ko tasa
1995	2,1
1996	2,0
1997	2,3
1998	2,1
1999	2,6

Iturria: Haurdunaldiaren borondatezko etenduren erregistroa. Osasun Saila.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Kanpo-zergatiengatikoko hilkortasuna, 15-29 urte bitartean	%15ean gutxitzea	36,5	31,0	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasa. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Asistentzia-mailan, bizimodu osasungarriak bultzatu behar dira, eta elikadura-trastornoekin erlazionatutako arrisku-faktoreak goiz detektatu.
2. Haurren eta gazteen osasuna hobetu daiteke politika globalagoak egiten badira; hau da, politika horietan osasun-asistentzia ez ezik, atentzio integrala ere sartu behar da, eta haurtzaroan hasita aplikatu.

Jokabide intersektorialak

3. Hezkuntza-arloan osasuna babesteko eta sustatzeko ekintzak bultzatuko dira; babes eta promozio hori, besteak beste, ikasketa-edukietan sartuz egin daiteke.
4. Gaixotasun kronikoak, manifestazio fisikodun desoreka funtzionalak, arazo somatikoak eta trastorno mentalak modu efikazagoan konpon daitezke, baldin eta atentzio medikoa hezkuntza-, gizarte- eta psikologia-zerbitzuekin konbinatzen bada.
5. Gazteentzako interbentzio- eta prebentzio-programa espezifikoak garatuko dira, osasunarekin erlazionatutako gaiak tratatzeko; gai horien artean daude: drogen kontsumoa, suizidioa, alkoholaren kontsumoa eta istripuak. Programa horiek gizarte-zerbitzuekin, hezkuntza-sektorearekin eta beste sektore inplikatuarekin kolaboratuz egingo dira.
6. Adoleszente eta gazteen osasunak onera egin dezake, baldin eta osasun-zerbitzuak eskuragarri izateko ahalik eta barrera gehien kentzen badira: esaterako, jendea atenditzeko ordutegiak gazteen beharriaz arduratzen badira; edo, txarto babestutako taldeentzako zerbitzuak antolatzen badira, eta medikuen, gazteen eta abarren arteko konfidentzialtasunaren bermei buruzko informazio-kanpainak egiten badira.
7. Ariketa fisiko moderatua eta aisialdi aktiboa onak dira ongizate fisikoa, mentala eta soziala hobetzeko. Kirol-elkarteek inguru ona eskaintzen dute gizarte- eta osasun-elkarrekintzetarako; horregatik, laguntza eman behar zaie, batez ere gizarte- desfavoratuenak diren komunitateetan.
8. Haurrek eta gazteek zaurgarritasun berezia dute publizitate, marketing eta produktu berrien aurrean. Horregatik, kolektibo horren osasuna babesteko kontrol egokiak eta industriarekin kolaboratzeko mekanismoak ezarriko dira.
9. Komunikabideen erabilera arautzeko politikak ezarriko dira, gazteak bortizkeriaren eta bestelako arrisku-portaeren espasiotik babesteko.
10. Tabakoaren eta alkoholaren kontsumoa murrizteko, gazteei zuzenduriko politikak indartuko dira.
11. Gazteen artean, sexu-harreman seguruaren alde egingo da, preserbatiboak eskuragarri izatea erraztuko zaie, eta preserbatiboaren erabilera promozionatuko da.

5.3. Hirugarren adina

Gaurko egoera

Badira urte batzuk 65 urtetik gorakoen kolektiboa apurka-apurka hazten doala EHAEan. 1998an biztanleriaren %16,8a zen, eta 2010ean %20,7a izatera pasatuko dela estimatu da (36 taula, 35 irudia). Estimazio horren arabera beharrian sozio-sanitarioak aurreikus daitezke. Beharrianok EHAEko Plan Sozio-Sanitarioan konkretatuko dira.

36 taula. Biztanleria totalaren proiektzioa (1.000ko) betetako adinaren eta urtearen arabera. EHAE. 1998-2010.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Guztira	2.081,4	2.075,3	2.069,4	2.064,8	2.060,4	2.056,2	2.052,3	2.048,7	2.046,2	2.044,0	2.042,1	2.040,5	2.039,1
0 - 4	76,8	77,3	77,9	78,5	79,4	80,7	82,2	83,9	85,8	87,8	90,0	92,1	94,1
5 - 9	80,0	78,4	77,5	77,1	76,7	76,6	77,2	77,8	78,4	79,4	80,6	82,1	83,8
10 - 14	95,7	91,1	87,0	83,6	81,7	80,1	78,6	77,7	77,5	77,1	77,0	77,7	78,3
15 - 19	130,4	122,0	114,9	108,2	102,0	97,0	92,7	88,7	85,5	83,8	82,2	80,8	80,1
20 - 24	173,4	167,2	159,1	149,9	140,8	131,9	124,1	117,4	111,2	105,5	100,8	96,8	93,1
25 - 29	173,8	174,8	175,8	176,1	174,3	171,4	165,9	158,5	150,1	141,7	133,6	126,4	120,3
30 - 34	171,9	169,5	168,3	168,5	169,3	170,2	171,2	172,3	172,6	171,1	168,5	163,4	156,6
35 - 39	166,8	167,9	168,1	168,9	168,9	167,7	165,6	164,5	164,7	165,5	166,3	167,4	168,5
40 - 44	154,4	158,3	161,0	162,0	162,2	162,9	164,0	164,3	165,0	165,1	164,0	162,0	161,0
45 - 49	143,1	142,1	143,2	145,9	148,4	151,0	154,8	157,5	158,5	158,7	159,5	160,5	160,9
50 - 54	140,8	142,2	141,0	140,4	140,8	139,5	138,7	139,7	142,4	144,9	147,4	151,1	153,8
55 - 59	111,8	119,8	123,6	128,7	133,3	136,2	137,6	136,5	136,0	136,5	135,3	134,6	135,7
60 - 64	113,3	106,2	105,3	101,3	101,4	107,0	114,7	118,4	123,3	127,7	130,5	131,9	131,1
65 - 69	115,2	116,4	115,8	116,0	112,2	106,5	100,0	99,4	95,8	96,1	101,4	108,7	112,3
70 - 74	94,1	96,1	98,9	100,9	103,8	105,3	106,7	106,3	106,7	103,4	98,4	92,7	92,3
75 - 79	65,7	69,8	72,9	76,1	78,5	81,5	83,4	86,0	87,9	90,6	92,2	93,5	93,4
80 - 84	40,5	41,0	43,1	45,6	48,5	51,5	54,8	57,4	60,1	62,2	64,7	66,4	68,7
85 - 89	23,5	24,2	24,6	25,1	25,7	26,2	26,8	28,3	30,2	32,3	34,4	36,7	38,6
90 - 94	8,4	8,9	9,4	9,7	10,2	10,6	11,0	11,3	11,6	11,9	12,3	12,6	13,5
95 - 99	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9
100	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3

Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

35 irudia. 65 urtetik gorakoen biztanleria eta biztanleria totalarekiko portzentajea. EHA. 1998-2000.



Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

Osasun Egoerari buruzko kapituluak komentatu denez, adin-talde horretan hilkortasun zergati printzipaleak zirkulazio-aparatuko gaixotasunak eta tumoreak dira, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan. Bestalde, kolektibo hori arrisku-talde bat da, psiko-patologiari dagokionez; horrek behartzen gaitu jokabide-estrategia espezifikoak planteatzera.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
65 urteko gizonezkoen bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	16,1	17,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
65 urteko emakumezkoen bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	21,4	23,5	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
65 urteko gizonezkoen ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	11,3	12,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
65 urteko emakumezkoen ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	13,1	14,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Año 1997.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Egoitza geriatrikoetan, lehentasunezko helburutzat izan behar dute: ingresatuen autonomia eta autoestima promozionatzea; horrez gain, sexuaren perspektiba ere izan behar dute, zentro horietan gehienak emakumezkoak dira-eta.
2. Pertsona horiek autonomia- eta jarduera-maila altuarekin mantentzeko efizientzia erakutsi duten zenbait baliabide tekniko erabilgarri izateari ere lehentasuna emango zaio. Izan ere, baliabide horiekin hauek guztiak hobetu daitezke: entzuteko gaitasuna, mugikortasuna (aldaka-protesia), ikusmena, mastekatzeko gaitasuna (hortzak) eta abar
3. Etxean jarraitu nahi duten nagusiei dagokienez, etxea beren beharrianetara moldatzeko laguntza-politikak ezarri behar dira. Etxeko asistentzia sozio-sanitarioak lagundu egin behar die zaharrei beren autonomia mantentzen.
4. Pertsona nagusiek askotan gaixotasun anizkoitzak izaten dituzte eta horregatik poli-medikatuta egoten dira. Garantia-mekanismo batzuk ezarriko dira, batetik, premiagabeko farmakorik, edo bikoiztutakorik edo kontraindikaziorik ez diezaieten preskribatu, eta bestetik, ondorio ez-desiragarriak ondo kontrolatzeko. Preskribatutako tratamenduak ahal den neurrian ondo betetzea garantizatzeko estrategiak ere ezarriko dira
5. Lehen mailako atentzioko prestakuntza-programetan pertsona nagusien arazoak jakitea sartuko da; gainera, programon helburu printzipala pertsona nagusien autonomia gehitzea izango da.

Jokabide intersektorialak

6. Pertsona nagusien eta beren familien bizitza-kalitatea hobetzea posible da, atentzio globala kolektibo horien beharrianetara egokitzen bada, eta komunitateko zahar guztiengana heltzen bada. Interbentzio honen gakoa da, pertsona nagusien eta beren inguruaren atentzio sozio-sanitarioa.
7. Komunitateko osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzuak ondo koordinatuko dira, pertsonen euren etxe-inguruan, ahal den neurrian, osasun-asistentzia emateko. Hori horrela izanda, ospitaleak benetan behar direnean baino ez dira erabiliko.
8. Gizarte-jardueretan eta komunitateko jardueretan pertsona nagusien partaidetza-estrategiak bultzatuko dira, beren autoestima eta bizitza-kalitatea hobetzeko.
9. Aurreko puntuarekin lotuta dago inguru fisikoari dagokiona: inguru fisikoak lagundu egin behar die pertsona nagusiei gizarte-sareetan parte hartzen, eta beste pertsonekin egunero harremanak izaten. Nagusien osasunak onera egin dezake, baldin eta hiri-antolamenduaren, seinalizazioaren eta garraio-sistemen diseinua nagusiak erabiltzaile potentzial gisa kontuan hartuta egiten bada.
10. Gizarte-politikek pertsona nagusien autonomia mantentzea eta belaunaldien arteko solidaritatea bultzatzea hartu behar dute helburutzat. Beharrezkoa da pertsona nagusiek oinarritzko ondasunen kostak estali ditzatela; hori posible egiteko, ezartzen diren politikek baliabide egokiak garantizatu behar dituzte.

5.4. Emakumezkoa

Emakumezkoen osasun-beharrizanen determinatzaileak hauek izan daitezke: lehenengoa, emakumezkoa izateagatik espezifikoki izan ditzakeen osasun-arazoak (birsorkuntza-osasunarekin erlazionatutako arazoak barne); bigarrena, frekuentzia handiagoko arazoak (esaterako, bularreko minbizia, gaixotasun zerebro-baskularrak); eta azkenik, gizonezkoenak badira ere, sexuaren arabera bereiztutako atentzioa behar duten gaixotasunak. Horregatik, atal honetan planteatuko dira beste kapituluetan ikusi ez diren eta emakumezkoen osasun-beharrizanetarako oinarritzkoak diren estrategiak.

Gaurko egoera

Bizimoduak dagokionez, 97-EHAEOko datuen arabera, emakumezkoen %23,5ak erretzen du; gainera, azken urteotan ohitura horrek gora egin du 16-24 urte bitartekoetan. Alkoholari dagokionez, nesken asteburuetakoa kontsumoaren gehikuntza ere azpimarratzekoa da.

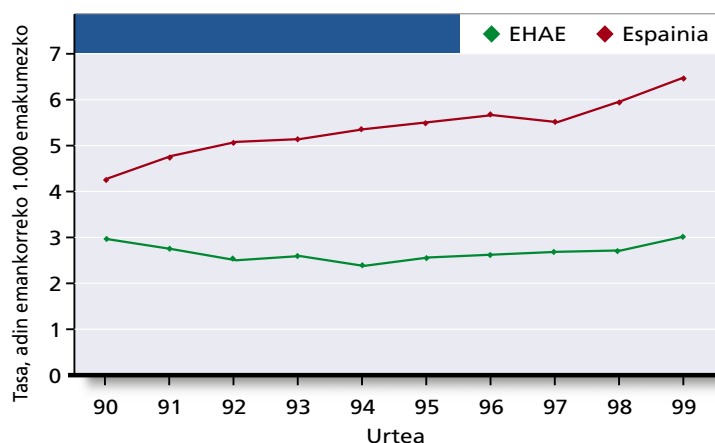
Azken urteotan aisialdiko ariketa fisikoa egiten duten emakumezko-kopuruak gora egin du, nahiz eta proportzioak txikiagoa izaten jarraitzen duen gizonezkoetan baino (%20 eta %29 hurrenez hurren). Bestalde, emakumezko obesoen proportzioa gehitu egin da, eta adinarekin nabari gero eta handiagoa da.

Hilkortasunari dagokionez, aurrean adierazi denez, hilkortasun-zergati printzipala zirkulazio-aparatuko gaixotasunak dira, batez ere gaixotasun zerebro-baskularrak (ikusi "Gaurko egoera" eta "Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak" kapituluak). Erditzearekin erlazionatutako ama-hilkortasunari dagokionez, EHAEan 1995etik aurrera ez da gertatu heriotzarik.

Morbilitateari dagokionez, EHAEko ospitale-alten multzoan ingresu-kopururik handiena zirkulazio-aparatuko gaixotasunek sortu zuten; horien aurretik haurduntza, erditze eta puerperioarekin erlazionatutako taldea zegoen.

Nahigabeko haurduntzei dagokionez, 1999an, EHAEko adin emankorreko emakumezkoen (14-44 urte bitartekoak) abortu-tasa 1.000ko 2,9koa izan zen; tasa hori gelditu egon da 1990etik aurrera (36 irudia) eta txikiagoa da beste Komunitate Autonomoetakoak baino, Nafarroakoa, Ceutakoa eta Melilakoa izan ezik. Haurduntza eten aurretiko bi urtetan metodo antikonzeptiboak kontrolatzeko osasun-zerbitzuak erabiltzeari dagokionez, emakumezkoen kopuru-erdia baino gehiago ez zen inoiz joan zerbitzuotara; adolezenteetan, berriz, portzentaje hori %75ekoa izan zen.

36 irudia. Abortu-tasa. EHAE. 1990-1999.



Iturria: Haurdunaldiaren borondatezko etenduren erregistroa. Osasun Saila.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Osasun-sektoreko politika guztiek sexuaren perspektiba kontuan izango dute, gizonen eta emakumeen arteko ekitatea sustatzeko.
2. Familia-antolamenduko zerbitzuak erabilgarri egon behar dira biztanleria guztiarentzat, beraz, zerbitzuon eskuragarritasuna indartuko da.
3. Adoleszenteentzako orientazio pertsonalizatua eta antikontzeptibo-erabilpenaren eskuragarritasuna mantendu eta hobetuko da, bai ereduak bai zita-motak egokituz (azkertasuna eta malgutasuna), eta pribazitatea garantizatzeko mekanismoak berrindartuz.
4. "Koitoaren osteko interbentzioari" buruzko informazioa egokia izatea eta eskuragarri izatea aseguratuko da. Koitoaren osteko interbentzioari buruzko kontzientzuzko jokabide-protokoloa kolektibo medikoaren artean elaboratu, eta hedatuko da.
5. Toko-ginekologiako atentzian lehen mailako atentzioko profesionalak eta atentzio espezializatutako profesionalak koordinaturik jardutea garantizatuko da. Emakumezkoari alde aurretik informazioa emango zaio, ohiko toko-ginekologiako azterketetan egiten diren praktiken hain zuzen.
6. Haurduntza, erditze eta jaioberriari dagokionez, inportantea da biztanleriari jakinaraztea batetik, erabilgarri dauden asistentzia-baliabideak, horien artean daude jaiotze aurreko diagnostiko-zerbitzuak eta birsorkuntza-teknologia berriak; eta bestetik, erditze-egonaldiko ospitale-errutinak, eta prozedura bakoitzaren abantailak eta arriskuak.
7. Beharrezkoa da, haurduntza, erditze eta jaioberriaren errutinako praktikan interbentzio batzuk egin behar diren ala ez berrikustea. Interbentzio horiek dira: fetuaren monitorizazio elektronikoa, mozketa, enema eta episiotomia. Bestalde, beharrezkoa da, erditzearen kondizioak eta prozedurak malgutzeko, erabakiak hartzerakoan amaren iritzia kontuan hartzea.
8. Zesarean tasak EHAEan izan duen eboluzioa aztertuko da, tasan errepikatzen diren aldagaiak identifikatuz, eta praktika klinikoan egon daitezkeen aldakortasunaren zergatiak identifikatuz.
9. Emakumezkoentzako, tabakotik deshoitzeko programa espezifikoak ezarriko dira. Programa horiek batez ere adin emankorren dauden emakumezkoen zuzenduko zaizkie, haurdunaldian tabakismoaren ondorioak gehitzen baitira.

Jokabide intersektorialak

10. Portaera sexual autonomoa eta arduratua lortzeari orientatutako informazio- eta hezkuntza-programak garatuko dira. Programa horiek oro har biztanleriari zuzenduko zaizkie, adoleszenteetan eta batez ere eskolarizatu gabe dagoen sektorean lehentasuna jarritz.

Ezberdintasunak

11. Kolektibo desfaboratuenetako emakumezkoen familia-antolamenduko zerbitzuen eskuragarritasuna erraztuko zaie.
12. Behar-beharrezkoa da osasuneko profesionalen prestakuntza egitea, praktika sanitarioan sexuaren perspektiba inkorporatzeko dagoen beharrianari dagokionez; prestakuntza horren helburua izango da gizonezkoen eta emakumezkoen singularitasunak kontuan hartzen dituen asistentzia ematea, singular-tasun horietara asistentzia moldatzeko gaur egun dauden zenbait estereotipo ebitatuko direlarik.
13. Osasun-asistentzian, kontuan hartu beharrekoak ere badira osasunean eragina duten faktoreak: bate-tik, biologia-faktoreak, eta bestetik, familia-, lan- eta gizarte-arloetan emakumezkoek eta gizonezkoek dituzten kondizio ezberdinetatik eratorritako faktoreak .
14. Bizimodu osasungarriak izateari zuzenduriko programetan eta jardueretan sistematikoki hartu behar dira kontuan gizonezkoen eta emakumezkoen portaera diferentak.

6. Ingurugiro-, lan- eta eskola-ingurua

6.1. Ingurugiroa

Ingurugiroak erabakitasunez eragiten du biztanleriaren osasunean. Horregatik beharrezkoa da puntualki estrategia egokiak planteatzea, komunitatearen osasunean eragina duten arrisku-faktoreak identifikatze-ko, faktore horietan jokatzeko eta giro osasungarriagoak lortzeko.

Gaurko egoera

Ura

1987an sortu zen EHAEan kontsumo publikorako ura Kontrolatzeko eta Zaintzeko Sarea. Ordutik hona kalitate-mailak nabari handiagotu dira, batez ere aspektu mikrobiologikoetan, tratamendu-sistemak hobetu direlako. Gaur egun EHAEko biztanleriaren %90ak baino gehiagok jasotzen du bere etxean edateko ura (37 taula).

37 taula. Biztanleriaren portzentajea, biztanleen egoitza-udalerrietako kontsumoko uren kalitateari dagokionez. EHAE. 1991-2000.

EGOERA	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ona*	75,1	69,0	79,1	82,7	80,0	81,7	91,5	92,2	90,6	88,8
Toleragarria**	17,3	19,0	14,3	7,6	16,4	16,1	5,5	5,6	8,5	8,6
Akasduna [#]	7,6	12,0	6,6	9,7	3,6	2,2	3,0	2,2	0,9	2,6

* Edangarritzat jotako ura, gutxienez analisien %95ean.

** Ez-edangarritzat jotako ura % 5 eta 10 analisien bitartean.

[#] Ez-edangarritzat jotako ura analisien %10 baino gehiagotan.

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

Uren kalitatearen hobekuntzarekin batera eboluzio positiboa ikusi da tradizioz jatorri hidrikotzat jotako digestio-patologietan (Shigellosian, sukar tifo-paratifikoan, A hepatitisen), eboluzio horretan patologioak maila oso baxuetara heldu baitira (38 taula). Gaur egun, EHAEko horniduren garapen- eta kontrol-mailekin adierazle horiek ez dira ez sentikorrek ez espezifikokoak, zeren erregistratutako kasu eskasak normalean ezin zaizkio leporatu uraren kontsumoari.

Kalitate fisiko-kimikoari dagokionez, EHAEan banatutako urak 98/93/EE zuzentarauan eta 1138/90. ED arauketa tekniko sanitarioan ezarritako parametro-balioen barruan daude. Hala ere, egoera beti hobe daiteke berun eta trihalometanoen parametroetan. Berunaren jatorri printzipala etxe-instalazioetako materialtan dago; bestearena, berriz, uraren tratamenduan erabiltzen den kloroan.

38 taula. Aitortu beharreko gaixotasunak: Tasak* eta puja hidrikoen eta pertsona afektatuen kopurua. EHAE. 1990-2000.

Urtea	Beste beherako prozesuak	A Hepatitis	Disenteria	Sukar tifo-paratifikoak	Puja hidrikoak	
					Kop.	Kasu-kop.
1990	4.827,81	22,0	4,7	3,2	16	1.642
1991	4.610,96	22,1	2,9	0,9	6	1.288
1992	4.260,65	18,0	0,4	0,6	2	126
1993	3.953,10	10,5	0,1	0,9	6	1.761
1994	4.003,90	12,1	0,7	0,5	12	513
1995	3.974,47	5,2	0,5	0,43	13	305
1996	3.873,66	3,2	0,3	0,2	11	214
1997	(**)	3,3	0,2	0,5	3	128
1998	(**)	4,16	0,4	0,43	3	101
1999	(**)	2,14	0,1	0,33	4	3.298
2000	(**)	5,0	0,4	0,43	5	195

* 100.000 biztanleko.

** 1997tik aurrera aitortzeko beharizanetik kanpo geratu diren gaixotasunak.

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Horniduretatik ontzat jotako ura hartzen duen biztanleriaren %a	%95	%89	%95	Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 1996-00 laurteko batez bestekoa.

Airea

90 hamarkadan egin ziren hainbat eta hainbat azterlanen arabera, Europako hiri askotan dauden kutsagarri atmosferikoak eta kutsadura-mailak lotuta daude osasunean epe laburrean aipatutakook duten ondorioekin. Izan ere, aurkikuntza tinko hauxe egin da: suspentsio-partikulen gorakada eta ozonoaren mailen gorakada lotuta daude hilkortasunaren gorakadarekin eta ospitaleko larrialdi- eta ingresu-kopuruekin. Partikula txikiak nagusi dira arnas sisteman sartzeko, horregatik beraiek sortzen dute afekzio-kopururik handiena. EMECAM (Estudio Multicéntrico Español sobre la relación entre la Contaminación Atmosférica y la Mortalidad) delako azterlanaren arabera, lotuta daude eguneroko hilkortasunaren gorakada eta suspentsio-partikulen mailak, bai Bilbo Handiko bai Gasteizko barrutietan.

Hasieran industria zen suspentsio-partikulen lehen iturria; baina gero partikula horien iturriak printzipalea trafikoa hasi zen izaten eta da, batetik erregai edo konbustible garbiagoak sartzegatik edo teknologia berriak erabiltzeagatik, eta bestetik, automobilak eta beren erabilera gehitzeagatik. Horregatik oso inportantea da hiri-guneetan kutsadura-mota hori kontrolatzea.

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Suspentsio-partikulen urteko/eguneko batez bestekoa (PM 10)	< 20 µg/m ³	44 µg/m ³	< 20 µg/m ³	Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 2000.

Legionelosiarek transmititzen den gaixotasuna da, gizartean gero eta garrantzi handiagoa hartzen doana. Gaixotasun horretan lan-prebentzioa egin daiteke, pertsona asko dabilzan edo kontzentratzen diren lekuetako instalazioak kontrolatuz.

Lur-zorua

Kontrolik gabeko hondakinen isurketek eta beste zenbait industria-jarduerak lur-zorua kutsatu dute kokaleku batzuetan. Kutsagarri horiek biztanleriarengana zuzenean hel daitezke ingestioaren, inhalazioaren edo dermisaren bidez; modu ez-zuzenean ere hel daitezke, ur edota janari kutsatuen bidez. EHAEan lehen-tasunezko jokabide-puntuak dira Osasunari eta Ingurugiroari buruzko politiketan.

Janariak

Elikaduragatiko infekzioei eta intoxikazioei dagokienez, egonkor mantendu dira azken urteotan, bai beren kopuruan bai pertsona afektatuen kopuruan, EHAEko zainketa epidemiologikoko sarearen Aitortu Beharreko Gaixotasunen informazio-sistemaren arabera. (39 taula).

Elikaduragatiko toxi-infekzioak gehien gertatzen diren lekuak jantoki kolektiboak dira, eta horien artean tabernak eta jatetxeak (96-98 aldian totalaren %44). Desegoki manipulatzeko eta hotza ondo ez erabiltzea agertzen dira gehien toxi-infekzioen zergati gisa, horietatik %60 baino gehiagotan agertzen baitira.

39 taula. Elikaduragatiko toxi-infekzioak, kausazko agenteen eta urtearen arabera sailkatuta. EHAE. 1996-2000.

Kausazko agentea	Urteetan jakinarazitako puja-kopurua eta afektatuen kopurua										Pujak guztira		Afektatuak guztira	
	1996		1997		1998		1999		2000		K.	%	K.	%
<i>E. coli</i>	-	-	-	60	4	205	1	2	0	0	5	3,5	267	13,7
Birusa	1	19	4	34	1	18	1	11	1	22	7	4,9	82	4,2
<i>Salmonella spp</i>	15	182	12	103	20	230	19	160	23	232	66	46,2	675	34,8
Beste batzuk / Identifikatu gabe	14	247	17	249	16	196	18	227	24	343	65	45,4	919	47,3
Guztira	30	448	33	446	41	649	39	400	48	597	143	100	1.943	100

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide komunitarioak

1. Kontsumoko urak zaintzeko sistema egokia eta efikaza ezartzea eta mantentzea, uretiko arriskuak ebaluatzeko eta ur-kontrolerako interbentzioak bideratzeko.
2. Informazioa hedatzea sektore inplikatuaren eta oro har biztanleriaren artean. Uraren kalitate-datuak erraz eskuratzeko moduan izan behar dituzte biztanleek.
3. Kontsumitzaileei informazioa ematea, etxeko berun-instalazioetatik eratorritako arriskuen gainean, eta instalazioen kontrolerako gomendioen gainean.
4. Tratamendu-planta konbentzionaletan promobituko diren tratamenduek ez dute sortu behar gomen-datutakoetatik gorako trihalometano-kontzentrazioarik, banaketa-sareko puntu batean ere ez.
5. Informazio-kanpainak egingo dira kutsadura atmosferikoarekiko sentikorrenak diren kolektiboaren artean, gomendio espezifikoak emanez.
6. Jantoki kolektiboek instalazio egokiak izan behar dituzte, janariaren manipulazio zuzena egin ahal izateko.
7. Zainketa-sistemak mantendu edo ezarriko dira, EHAEko biztanleriaren egoera eta eboluzioa jakiteko, ingurugiroko arrisku-faktoreei dagokienez.

Jokabide intersektorialak

8. Kontsumo publikoko urak babesteko, tratatzeko, banatzeko eta zaintzeko sistema egokiak ezartzea eta mantentzea.
9. Informaziorako sistema integratua ezartzea eta mantentzea, zainketa-emaizak erabili ahal izateko, urak eta azpiegiturak antolatzerakoan.
10. Aireko suspentsio-partikulen kontrola hobetzea, partikula txikien frakzioa zehaztuz (osasunean horiek ondorio gehiago baitute); eta aireko metal astunei kontrol gehiago egitea, bai eta bestelako kutsadura atmosferikoei ere.
11. Kutsagarrien emisioak murrizteko jokabide-neurriak proposatuko dira. Emisio horiek industrietan, etxe-ko errekontza-sistemetan eta trafikoan gertatzen dira. Hiriguneetan bereziki jokatuko da, beraietan baitago kutsadura-indize handiena.
12. Legionella transmititzeko arriskudun instalazioak kontrolatzeko programak garatuko dira, pujen arriskuak gutxitzeko helburuaz.
13. Dauden isurtegiak ingurugiroko eta sanitateko exijentzia berrietara egokituko dira, isurtegiok osasun publikoan duten eragina gutxitzeko helburuaz.
14. Lur-zoru kutsatuak erreperatzeko eta berrerrabiltzeko programak garatuko dira, EHAEko finkatutako zoruaren kalitate-mailekin bat etorritik.
15. Programak garatuko dira zoru kutsatu gisa inbentariatutako puntuen arrisku-ebaluazioa eta jarraipena egiteko, puntu bakoitzean dagoen kutsadura-mota eta honen jatorria identifikatuko direlarik.
16. Informazio- eta prestakuntza-kanpainak berrindartuko dira, plagizida-produktuen behar den bezalako erabilera eta aplikazioa lortzeko.
17. Indarrean dagoen legeria eguneratuko da, kutsagarri berriak ezagutzen diren neurrian.
18. Janarien manipulazileak beren lan-jardueraren arabera prestakuntza-programetan integratuta egon beharko dira.

6.2. Lan-ingurua

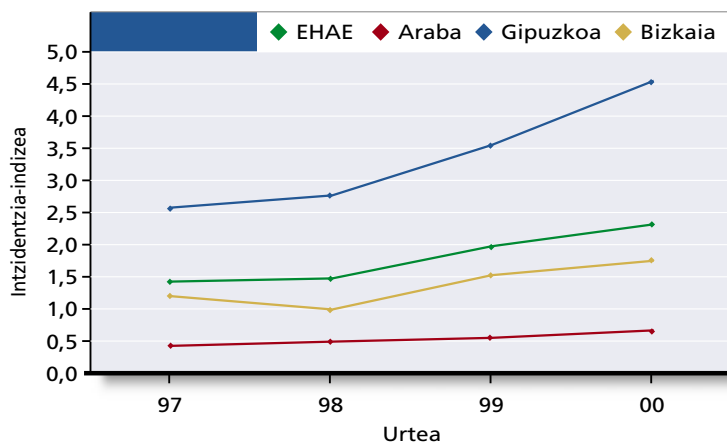
Lan-ingurua interes handiko esparrua da, ez bakarrik inguru horretatik etor daitezkeen osasun-arazoak direla-eta (lan-istripuak nahiz lan-gaixotasunak), baizik eta inguru hori delako lekuri onena, garrantzizko kolektibo horrentzat osasunaren promozio-jarduerak egiteko; izan ere, bertan biltzen da biztanleria helduaren zati handi bat.

Gaurko egoera

Lan-istripuen gaurko egoera deskribatuta dago lesioen kapituluan.

Gaixotasun profesionalei (GPei) dagokienez, azken zortzi urteetan EHAEan asko gehitu da aitorten-kopurua (1992an GPei 360 kasu aitortu ziren; 2000n, berriz, 2.028 kasu berri). Bestalde, 1997-2000 aldian, enpresen jarduera ekonomiko motaren arabera estandarizatutako intzidentzia-indizeak urtero egin du gora, 1997ko 1.000 biztanleko 1,4 GPtik 2000ko 2,3ra pasatu baita. (Aipatutako intzidentzia-indize hori GP-kasu berrien kopuruaren eta arriskudun biztanleriaren arteko erlazioa da) (37 irudia).

37 irudia. Gaixotasun profesionalen intzidentzia-indizearen* denbora-eboluzioa, Lurralde Historikoen arabera. EHAe. 1997-2000.

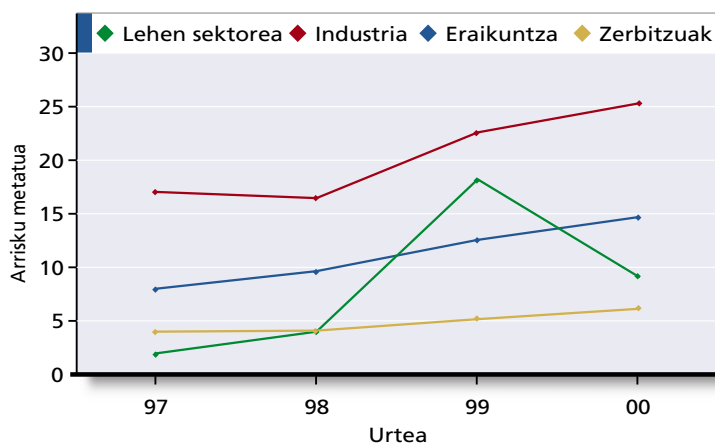


* Intzidentzia-indize estandariztua, enpresen ekonomia-jarduera motaren arabera 1.000 langileko.

37 irudian ikusten denez, badaude ezberdintasunak EHAeko hiru Lurralde Historikoetako intzidentzia-indizean. 2000n Gipuzkoako tasa (1000 biztanleko 4,5) askoz gorago dago Bizkaikoa (1,8) eta Arabakoa (0,7) baino. Ezberdintasun horrek ez du islatzen Gipuzkoako enpresetako arrisku-ezberdintasun erreala Arabakoarekin edo Bizkaikoarekin konparatuz, baizik eta aitortpena egiteko modu ezberdina.

EHAeko langileen biztanlerian, 16-65 urte bitartekoan, gaixotasun profesionala izateko arriskua, 1997ko 100 langileko 8tik 2000ko 100ko 14ra pasatu da. Arrisku hori ez da berdina jardura ekonomikoko lau sektoreetan (38 irudia), ez eta gizonezkoen eta emakumezkoen artean ere.

38 irudia. Gaixotasun profesionalen arrisku metatua*, jardura ekonomikoko sektoreen arabera. EHAe. 1997-2000.



* 16-65 urte bitartean gertatzen diren gaixotasun profesionalen kopurua 100 langileko.

Arriskurik handiena industria sektoreko enpresetan gertatzen da (100ko 25), eta gainera, sektore horretan azken 3 urteetan askoz gehiago handitu da beste sektoreetan baino.

Oro har, GPeo arrisku metatua gorago dago gizonezko langileen artean emakumezko langileen artean baino: Baina industria sektorean, emakumezkoen kolektiboak gizonezkoenak baino arrisku handiagoa du: 2000 urtean, 100 emakumezko bakoitzeko 42k izan zuten GPe bat; 100 gizonezko bakoitzeko, berriz, 22k.

Gaixotasun osteomuskularrak eta nerbio periferikoen konpresioagatiko neuropatiak izan dira, berriz ere, gehien aitortu diren patologia profesionalak: 2000an notifikatutako GPe %77a. Badirudi datu horrek baieztatzen duela morbiditate profesionaleko patroia aldaketa; aldaketa hori arrisku-faktore kausalak aldatu direlako gertatu da, faktoreok inguru fisiko-kimikotik inguru ergonomikora mugitu baitira.

Helburua

(Ikusi "Istripu-lesioak" kapitulua ere)

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Gaixotasun profesionalaren intzidentzia	%20an gutxitzea	2,3	1,8	OSALAN-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

* 1.000 langileko tasa, enpresen jardueraren arabera estandarizatuta. Urtea: 2000.

Gaurko intzidentzia-indizea txikiagoa da intzidentzia errearen indizea baino, gaixotasun profesionalen azpi-aitorpen inportantea dagoelako. Horregatik, indize horren balioa jokabide-planaren emaitzen ebaluazio-irritzi gisa mugatuta dago.

Interbentzio-estrategiak

(Ikusi "Istripu-lesioak" kapitulua ere)

Jokabide indibidualak

1. Lanarekin erlazionaturako gaixotasun larrien eta sarrien gertatzen diren ikerkuntza puntuala, erre-aktiboa, egingo da, bakoitzaren zergati zuzenak ezagutzeko, eta enpresek beharrezko kontrol-neurriak eta neurri zuzentzaileak har ditzatela promobitzeko.

Jokabide komunitarioak

2. EHAEko enpresa guztiek prebentzio-zerbitzuak estalita izatea bultzatuko da.
3. Enpresetan prebentzio-estrategia indartuko da; estrategia horren oinarriak dira: a) arriskuak identifikatu eta ebaluatzea; b) arrisku ez-ebitagarrii zuzenduriko prebentzio-planak egitea; c) prebentzioko interbentzioen egokitasuna eta erabilgarritasuna zaintzea eta ebaluatzea.

Jokabide intersektorialak

4. Inguru egokia indartu behar da, lan-arriskuaren prebentzioan inplikaturik dauden agenteen eta organismoen (OSALANeko Kontseilu Nagusiaren eta OSALANeko Lurraldeetako Batzordeen) konpromisoko jokabideak erabaki ahal izateko.

5. Gaixotasun profesionalari buruzko eta enpresetako prebentzio-jardueren gestio eta kalitateari buruzko informazio-sistema hobetu egin behar da.
6. OSALANen eta Osasun Sailaren informazio-sistemak batera erabiltzea erraztu behar da, lan-jarduerarekin erlazionatutako osasun-kalteen zainketa hobetzeko.
7. Lan-praktika osasungarriak ezarri behar dira. Lan-esparruan derrigorrez mugatuko dira tabakorik gabeko guneak eta erretzeko guneak; eta enpresetako jantokietan dieta osasungarriak promobitzeko politikak garatuko dira.
8. Beharrezkoa da osasuna promobitzeko programak ezartzea; izan ere, lan-ingurua aukera ona da bizi-modu osasungarriak fomentatzeko, bai eta, arrisku baskularreko faktoreak (obesitatea, arterietako hipertentsioa, hiperlipidemia eta abar) goiz detektatzeko ere.

6.3. Eskola-ingurua

Eskola-inguruan oinarrizko ezagutzak transmititzen dira; gainera, inguru horretan oinarrizko jarrerak ezar daitezke, osasunari dagokionez. Horregatik, eta Planean zehar planteatu den bezala, interbentzio-estrategia oinarrizkoak ezarri behar dira.

Interbentzio-estrategiak

1. Bizimodu osasungarriak fomentatu behar dira, hezkuntza-programak garatuz, batez ere tabakoari, alkoholari eta dieta osasungarriari dagokienez, bai eta prestakuntza afektibo-sexualari dagokionez ere.
2. Ikastetxeetan beharrezkoak dira legez kanpoko drogen kontsumoari eta kontsumoa murrizteari zuzenduriko hezkuntza-programak.
3. Haurtzarotik hasita ariketa fisikoa ohituraz egitea promozionatuko da.
4. Eskola-jantokietan dieta osasungarriak promobitzeko politikak garatuko dira
5. Ahal den neurrian inguru fisiko segurua garantizatuko da, istripu-lesioak prebenitzeko.
6. Kooperazio intersektoriala garatuko da, haur-tratu txarraren eta osasun mentalaren arloan eskola-haurren eta beren familiakoen detekzio goiztiarra egin eta tratamendu egokia jarri ahal izateko.