



2002 - 2010

OSASUN PLANA

PLAN DE SALUD

2007ko txostena

AURKIBIDEA

Aurkezpena	3. or.
2007ko adierazle nagusien egoera	5. or.
Bizimoduak: tabakoaren kontsumoa, alkoholaren kontsumoa, legez kontrako drogak, jarduera fisikoa, obesitatea eta nutrizioa.	6. or.
Osasunean dauden desberdintasun sozialak	11. or.
Gaixotasun ez-transmitigarriak: minbizia, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, diabetes mellitusa, ustekabeko lesioak, osasun mentala.	25. or.
Gaixotasun transmitigarriak: txertaketa bidez prebeni daitezkeenak, tuberkulosia, infekzio nosokomiala, GIB/HIESa eta bestelako STGak.	33. or.
Jarduketa-talde berezia: bizitzaren hasiera, gazteria, hirugarren adina, emakumea	35. or.
Ingurumen-, lan eta eskolako ingurunea	36. or.
2007ko jardueran laburpena.....	37. or.
2007ko lurralde-interbentzioak	48. or.
Araba.....	48. or.
Bizkaia.....	49. or.
Gipuzkoa	51. or.
2008ko Jarduketa-lehentasunak	60. or.
Zerbitzu Sanitarioetan	60. or.
Sektoreartekoetan	61. or.
Eranskina.....	62. or.

Aurkezpena

Osasun Planaren urteroko txostenak, gure erkidegoko osasun-egoeran dauden eguneratutako joerak erakutsi nahi ditu; bereziki, hilkortasunean, ezintasunean eta bizi-kalitatean eragin handiagoa sortzeagatik lehenetsitako arloetan.

Gure ustez, beharrezkoa da egoeraren analisi eta gogoeta sistematikoa egitea, bai ikuspegia zabaltzeko, baita eguneroko jardueraren igarotzeak bere berehalakotasunagatik eta sektorean bertan lan egiteko joera naturalagatik baztertzen duen ikuspuntu integralak berreskuratzeko ere. Urteko txostena, Osasun Plana aurrera eramaten inplikaturako era askotako agenteen artean, garatu behar diren jarduketak erabakitzeko oinarritzat hartzen da.

Planean lehenetsitako honako arlo bertikal hauen egoera aztertzen du: minbizia, gaixotasun kardiobaskularrak, diabetesa, osasun mentala eta istripuak. Horiez gain, tabakismoa eta bizimoduak bezalako zeharkako arloak agertzen dira. 2007ko txosten honetan, osasunean dauden desberdintasun sozialen egoeraren balorazio zehatza egiten da.

Osakidetza/Euskal Osasun Zerbitzuan azaldutako estrategia eta jardueren informazioa biltzen du, euskal agente sanitario nagusi gisa, Osakidetza delako prestazio sanitarioen kalitatean ekitatea eta kohesioa lortzeko tresna, baita esku-hartze komunitarioak eta sektoreartekoak lortzeko ere.

Lurralde Historiko bakoitzak, erantzun egokituak eskatzen dituzten berezitasun geografikoak, demografikoak eta antolatzaileak ditu. Egoera hori, koordinazio-lana eginez, azkenean denon onerako izango diren ekimen eta esperientziak sortzeko aukera bihur daiteke.

Gure asmoa, erraz irakurtzen den dokumentu bat prestatzea izan da. Horretarako, funtsezko adierazleak eta esku-hartzeak jaso ditugu, zerrenda zehatzak saihestu eta intentzio generikoen aitorpenak alde batera utziz.

Azpmarratu nahi dugu, osasuneko helburuak lortzeko partaidetza eta erantzukidetasun eraginkorrak garatzeko egoeraren hurbileko ezagutza behar duten agente eta arduradun askorekin lan egin behar dela. Dokumentu honek helburuak konpartitzen eta esfortzuak koordinatzen laguntzea espero dugu.

Dokumentua egiterakoan, erreferentziako data gisa 2006ko abendua hartu dugu. Praktikan horrek esan nahi du, aurkeztutako datuak, galdetutako informazio-sistema desberdinetan data horretan zeuden eguneratuenei buruzkoak direla.

<mailto:mgutierrezib@ej-gv.es>

<mailto:jxlano@ej-gv.es>

2007ko adierazle nagusien egoera

BIZI-ITXAROPENA

Hauxe izan zen 2002ko Osasun Planak planteatu zituen bi helburuetako lehenengoa: biztanleriaren osasuna hobetzea, bizitzaren iraupena kantitate zein kalitatearen aldetik luzatuz.

Zentzu horretan, EAEko biztanleriaren jaiotzako bizi-itxaropenak izandako hobekuntza-joerak bere horretan jarraitzen du, gizonezkoengan zein emakumezkoengan. Jadanik 2003. urtean gizonezkoengan eta 2004. urtean emakumezkoengan, 2010. urterako planteatutako helburuak lortu ziren.

2006. urtean gizonezkoen bizi-itxaropena 78,3 urtekoa izan zen, eta emakumezkoena 85,6 urtekoa.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera (2000)	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Jaiotzako bizi-itxaropena, gizonezkoak	75,4 urte	76,7	76,8	77,3	77	78,3	76,8 urte	Hilkortasun Erregistroa
Jaiotzako bizi-itxaropena, emakumezkoak	83,4 urte	84	83,9	84,4	84,7	85,6	84,3 urte	Hilkortasun Erregistroa

Bizi-itxaropen luze horren kalitateari dagokionez, ikus daiteke ezintasunik gabe bizi izandako urteen gehitzeak modu iraunkorrean gora egiten duela, bai gizonezkoengan bai emakumezkoengan, 2006ko datuak honako hauek izaki: 75,2 urte emakumezkoen kasuan eta 69,7 gizonezkoentzat. Beraz ondoriozta daiteke, 2010. urterako markatutako helburuak gainditu egin direla.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera (1997)	2000	2002	2007	2010eko helburua	Iturria
Ezintasunik gabeko jaiotzako bizi-itxaropena, gizonezkoak	65,1 urte	65,1	67,6	69,7	67,3 urte	EAEIOI
Ezintasunik gabeko jaiotzako bizi-itxaropena, emakumezkoak	71,3 urte	71,3	72,4	75,2	72,8 urte	EAEIOI

BIZIMODUAK

Tabakismoa, dieta, alkoholaren kontsumoa edo egoneko bizitza bezalako ohitura eta bizimodu ezberdinak, biztanleriaren osasunean eragin handia dutela hedatuki aitortutako arrisku-faktoreak dira; izan ere, pairatzen ditugun gaixotasun askoren sorburu dira.

Bizimoduekin zerikusia duten Osasun Planaren adierazleak bost urtero aztertzen dira, Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkestan (EAEOI) lortutako emaitzak erabiliz.

http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf.

EAEOI, 2007. urteko bere argitaraldian, erakusten du hobekuntza iraunkorra ematen ari dela **tabakoaren** kontsumo aktibo zein pasiboaren gutxiagotzean, ez-erretzaileen proportzioak gora eta besteren tabakoaren kearen eraginpean dauden pertsonen proportzioak ere behera egin baitu. Oso esanguratsua eta garrantzitsua da azken adierazle horren murrizketa, ez bakarrik biztanleria ez-erretzaileentzako arriskuaren gutxiagotzea dakarrelako, baizik eta segur aski, zeharka bada ere, gainerako biztanleekiko erretzaileen erantzukizun sozial handiagoa islatzen duelako, zalantzarik gabe tabakismoaren kontrolean egindako ahaleginen emaitza dena.

Hala ere, tabakoaren kontsumoari dagokion aldeko egoera horrek, kontuan hartu beharreko alderdi hau erakusten du: 45 urtetik 64 urtera arteko adin-taldeko emakume erretzaileen proportzioa, non 1997. urtetik 2007. urtera arte gehikuntza argia ikusten baita.

Alkoholaren kontsumoaren adierazleak erakusten dute, emaitzak 2002an lortutakoak baino nabarmen hobeak direla, Osasun Planaren indarraldiaren bukaerarako aurreikusitako helburuak dagoeneko lortu baitira. Gehiegizko edaleen proportzioak eta alkoholaren batez besteko eguneko kontsumoak behera egin dute; hala ere, ohiko edaleen proportzioa egonkor mantendu da emakumeen artean, 45-64 urteko taldean igoera gertatu den arren. Gizonezkoen kasuan, ohiko edaleen beherakada 25-44 urteko taldean gertatutako kontsumoaren jaitsierak eragiten du, nolabaiteko egonkortzearekin gainerako adin-taldeetan.

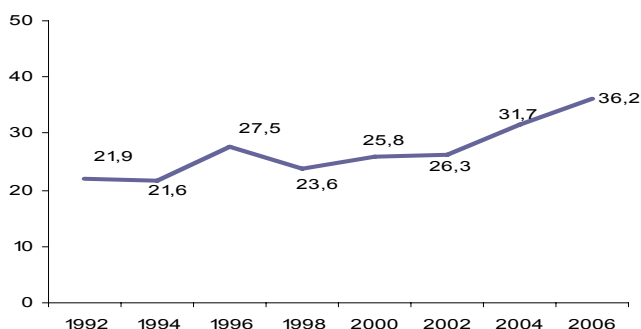
Egoneko bizitzari eta obesitate moduan dakartzan ondorioei aurre egiteko jarduketek, emaitza desberdinak erakusten dituzte. Alde batetik, haien aisialdian jarduera fisikoa egiten duten 15 urtetik gorako pertsonen kopuruak gora egiten du; eta horrek, planaren indarraldirako planteatutako helburura hurbiltzen gaitu. Hala ere, jarduera fisikoaren igoera horrek badirudi ez duela gizenegi dauden pertsonen proportzioaren igoera geldiaraztea lortzen, 2007ko EAEOIko

emaitzen arabera jadanik kopuru hauetara heldu baikara: gizonezkoen %13 eta emakumezkoen %12.

Azkenik, haxe da, bizimoduei dagokienez, Osasun Planean bildutako beste alderdi aipagarrietako bat: **legez kontrako drogen kontsumoa**. Droga Mendekotasunen Euskal Behatokiaren (DEB) azken txostenak (“Euskadi eta drogak 2006”), EAEko biztanlerian legez kontrako drogen kontsumoen prebalentziaren berri ematen du. DEB delakoaren txostenetan, emaitzak substantzia-motaren arabera (cannabisa eta legez kontrako beste droga batzuk) bereizten dira.

Horiek horrela, cannabisa da gehien kontsumitzen den substantzia. Euskal biztanleriaren herenak baino gehiagok inoiz probatu du, eta gutxi gorabehera biztanleria osoaren %4k substantzia hori kontsumitzea etengabe eta ohiko erabileratzat du. Osasun Planaren indarraldiko denboraldirako cannabisaren kontsumo esperimentalaren datu ebolutiboek, haxe adierazten dute: kontsumo-mota horrek gehikuntza nabaria izan du, 2002. urtean biztanleriaren %26,3koa izatetik 2006an %36,2koa izatera igaro baita.

**Cannabisaren kontsumo esperimentalaren bilakaera
(biztanleriaren %)**



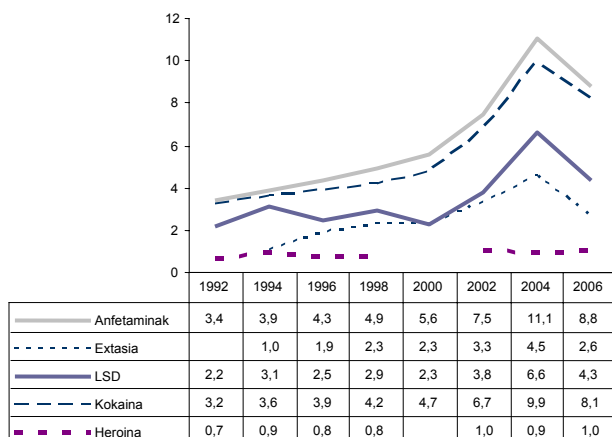
http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r402177/eu/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/eu_9060/adjuntos/euskadiydrogas_2006_eu.doc

Legez kontrako gainerako substantziei dagokienez, “Euskadi eta Drogak 2006” txostenak erakusten du euskal biztanleriaren %13,7k cannabisa ez den legez kontrako beste substantziaren bat kontsumitu duela.

Dirudienez, substantzia-mota horien kontsumoan nolabaiteko beherakada gertatu dela nabaritu da; eta horrek, agian bere kontsumoan moderazioa edo beheranzko joera hasi dela adierazten du.

Hala ere, eta txostenean seinalatzen den moduan, batez ere datuak lortzeko arrazoi metodologikoak direla bide, zentzuzkoa da etorkizuneko inkesten emaitzen zain geratzea, kontsumoan legez kontrako substantzien kontsumoan jaitsiera horiek ziurtatze aldera; nahiz eta begi-bistakoa izan, biztanleria berriaren kontsumoak behera egin duela. Esandakoaz gain, datu positiboa da, lehen aldiz “Euskadi eta Drogak” txosteneko inkesta-multzoa egiten hasi zenetik, analizatutako ia substantzia guztien kasuan kontsumo-mota desberdinen (egungoa, berria, esperimental) prebalentziak behera egin duela.

EAEko legez kanpoko drogen kontsumo esperimentalaren bilakaera, 1992-2006 (%)



http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r402177/eu/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/eu_9060/adjuntos/euskadiydrogas_2006_eu.doc

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera (1997)	2002	2007	2010eko helburua	Iturria
Ez-erretzaileen proportzioa	%71	%74	%75	%80	EAEIO
Besteren tabakoaren kearen eraginpean dauden pertsonen proportzioa	%44	%32	%21	%10	EAEIO
16 eta 65 urte bitarteko gehiegizko edaleen proportzioa	%4,1	%3,1	%2	%3,5	EAEIO
16 urtetik gorako pertsonen batez besteko eguneko alkoholaren kontsumoa (g)	%12,8	%11,0	%9,7	%10,9	EAEIO
Euren aisialdian jarduera fisikoa egiten duten 15 urtetik gorako pertsonen proportzioa	%24	%19	%25	%32	EAEIO
16 urte eta gehiago duten pertsona lodien proportzioa	%10	%10	%12,5	%8	EAEIO
Cannabisa ez den legez kontrako drogak kontsumitzen hasten diren proportzioa			%13,7		DEB

NUTRIZIOA ETA ELIKAGAIEN SEGURTASUNA

Ez dugu 2005. urtean egindako 4 urtetik 18 urtera arteko EAEko biztanleriari egindako Nutrizio Inkestaren ondorengo daturik. Hala ere, EAEIO 2007ko emaitzek euskal biztanleriaren dietaren osaerari buruzko informazio esanguratsua dakarte.

Horri esker, ikus dezakegu biztanleriaren %85ak egunero esnekiak eta ogia edo zerealak jaten dituela; eta biztanleriaren %65ak egunero fruta jaten duela, nahiz eta %30a baino ez den barazkiak egunero jaten dituen. Gainera, gozokien eguneroko kontsumoa %30era iristen da eta hestebeteena %9ra. Gure dietan ikus daitekeen elikagaien banaketa hori, modu esanguratsuan aldatu egiten da, sexuaren arabera aztertzen badugu; frutak, barazkiak eta arraina sarriago kontsumitzen baitituzte emakumeek, eta gizonezkoen kasuan okela eta hestebeteak direlarik maizago jaten direnak.

EAEIOk dakartzan nutrizio-datu horiek, EAEko biztanleria helduan dietaren osaerari buruzko azterlaneko emaitzek, neurri batean, berresten dituzte. Azterlan hori, Eliko fundazioak (Nekazaritzako Elikagaien Segurtasunerako Euskal Fundazioa) prestatu eta Eusko Jaurlaritzako Nekazaritza, Arrantza eta Elikadura Sailak berriki argitaratu du.

http://www.nasdap.ejgv.euskadi.net/r50-7393/eu/contenidos/nota_prensa/estudio_dieta/eu_dapa/estudio_dieta.html

Azterlan horren emaitzak ikusita, euskal biztanleriaren dieta Dietetika eta Elikadura Zientzien Espainiako Elkarteak (SEDCA) gomendatutako baremoekin alderatzen badugu, ikus daiteke Euskadin elikagai proteikoen (esnekiak, okela, arraina eta arrautzak) ingestak,

aholkatutako kopurua gainditzen duela; baina elikagai energetikoen (zerealak, patatak eta oliba-olioa) eta barazki eta ortuarien kasuan, horien kontsumoa gomendatzen dena baino baxuagoa da.

Azterketa: SEDCArekin alderatzea

Batez besteko euskal dieta

SEDCAren gomendioak

(Elikagaien Zientzien eta Dietetikaren Espainiako Elkarteak)



EUSKAL DIETAREKIN ALDERATZEA:

Proteina gehiago: esnekiak, haragia, arraina, arrautzak

Hidrato gutxiago: zerealak, patatak, azukrea

Gantza gutxiago: oliba-olioa

Erregulatzaileak: barazki gutxiago, fruta gehiago

Hemendik hartuta:

http://www.nasdap.ejgv.euskadi.net/r53-2291/es/contenidos/nota_prensa/estudio_dieta/eu_dapa/adjuntos/np_guia_eu.pdf

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera (1997)	2010eko helburua	Iturria
Karbono-hidratoen ekarpen energetikoa	%45	>%45	Nutrizio Inkesta
Koipeen ekarpen energetikoa	%37	<%35	Nutrizio Inkesta

OSASUNEAN DAUDEN DESBERDINTASUN SOZIALAK

2002-2010 Osasun Planaren 2 helburu nagusietako bat, egoera txarragoan dauden pertsonen osasuna hobetzea eta osasunean dauden desberdintasun sozialak murriztea da. Helburu horiek lortzeko, helburu eta adierazle desberdinak planteatu ziren; eta dokumentu honetan aurkezten da 2007an zein egoeratan dauden.

Desberdintasunen analisia, zeharkako estrategia gisa pixkanaka sartzen joan da, Sistema Sanitarioak garatutako jarduera desberdinen eragina hartuta.

Jatorriz planteatutako adierazleek muga batzuk dituzte, eta hori dela eta berriro aztertu behar izan dira.

- 2002-2010 Osasun Planak barne hartzen dituen osasunean dauden desberdintasun sozialen adierazleak, eskala sozialeko muturren arteko ezberdintasunei buruzkoak ziren, eta ez zuten kontuan hartzen osasunaren banaketa biztanleria guztiaren gradiente sozialaren bitartez. Hala ere, osasunean dauden desberdintasun sozialek biztanleria guztiarengan eragina dute eta eskala sozial osoan zehar mailakako erlazioa erakusten dute, “gradiente sozial” delakoa. Kalkulatutako adierazle berriek biztanleria guztiaren banaketa sozioekonomiko osoa kontuan hartzen dute, eta osasunean dauden desberdintasunen garrantziarengan talde sozioekonomikoen tamaina aldatzeak sor dezakeen eragina deuseztatzen dute.
- Desberdintasun erlatiboaren adierazleak baino ez ziren erabili. Adierazle erlatibo horiek oso egokiak dira osasunean dauden desberdintasun sozialen eboluzioa monitorizatzeko, baina ez dira aproposak osasunean dauden desberdintasunek duten garrantziaren berri emateko. Horregatik, desberdintasun erlatiboaren zein desberdintasun absolutuaren adierazleak kalkulatu dira.
- Azkenik, osasun-arazoen prebalentziaren datuei buruzko adierazleen kasuan, erabilitako adierazleak prebalentziaren “OR” delakoan (“odds ratio”, abantailen arrazoia) oinarrituta zeuden. OR horrek prebalentziaren arrazoia gehiegi estima dezake, interes-parametroa izaki, fenomenoaren maiztasuna altu samarra denean. Dagozkigun adierazleak prebalentziaren arrazoiari oinarritu ziren, eta erregresio-eredu egokien bidez kalkulatu ziren.

Arrazoi horiek direla eta, planerako osasunean dauden desberdintasun sozialen adierazle berriak prestatu dira, hala nola:

- **Desberdintasunaren Indize Erlatiboa**

Desberdintasunaren Indize Erlatiboa horrela interpreta daiteke: eskala sozialean muturrik altuenean (100 pertzentila) dauden pertsonetikiko, muturrik baxuenean (1 pertzentila) dauden pertsonetan osasun-atributuaren prebalentzia edo hilkortasunaren arteko arrazoia. Neurri hori adinaren arabera doituta kalkulatu da, eta biztanleria guztiaren banaketa sozioekonomiko osoa kontuan hartzen duten erregresio-ereduak erabili dira. Eredu horiek, osasunean dauden desberdintasunen garrantziarengan talde sozioekonomikoen tamaina aldatzeak sor dezakeen eragina deuseztatzen dute.

- **Bizi-itxaropenean dagoen desberdintasun-maldaren indizea**

Desberdintasun Maldaren indizea horrela interpreta daiteke: eskala sozialean muturrik altuenean (100 pertzentila) dauden pertsonetikiko, muturrik baxuenean (1 pertzentila) dauden bizi-itxaropenaren arteko desberdintasuna. Neurri hori, biztanleria guztiaren banaketa sozioekonomiko osoa kontuan hartzen duten erregresio-ereduak erabiliz kalkulatu da. Eredu horiek, halaber, osasunean dauden desberdintasunen garrantziarengan talde sozioekonomikoen tamaina aldatzeak sor dezakeen eragina deuseztatzen dute.

- **Gehiegizko hilkortasuna (desberdintasunei egotz dakiekeena)**

Indizeak zera adierazten du: kategoria sozial guztiek kategoria faboratuen hilkortasun berdina izango balute, saihestu ahal izango ziren heriotzen kopurua. Neurri hori adinaren arabera doituta kalkulatu da, eta biztanleria guztiaren banaketa sozioekonomiko osoa kontuan hartzen duten erregresio-ereduak erabili dira. Eredu horiek, osasunean dauden desberdintasunen garrantziarengan talde sozioekonomikoen tamaina aldatzeak sor dezakeen eragina deuseztatzen dute.

- **Gehiegizko prebalentzia (desberdintasunei egotz dakiekeena)**

Indize honek zera adierazten du: kategoria sozial guztiek kategoria faboratuen prebalentzia berdina izango balute, saihestu ahal izango zen osasun-arazoaren prebalentzia. Neurri hori adinaren arabera doituta kalkulatu da, eta biztanleria guztiaren banaketa sozioekonomiko osoa kontuan hartzen duten erregresio-ereduak erabili dira. Eredu horiek, osasunean dauden desberdintasunen garrantziarengan talde sozioekonomikoen tamaina aldatzeak sor dezakeen eragina deuseztatzen dute.

Adierazle horien eboluzioa baloratzeko orduan, beharrezkoa da hau aztertzea: ea desberdintasunen murrizketa egoera txarragoan dauden taldeen osasunaren hobekuntza (okerragotze) handiagoaren (txikiagoaren) ondorio den, edo faboratuenek kalterako den eboluzioa izan dutelako gertatu den. Gainera, adierazle horien azterlana analisi xehatuago batekin osatu behar da. Analisi horrek, honako hauek kontuan hartuta definitutako talde sozial interesgarrien arabera izandako eboluzioa azalduko du: adina, bizilekua, nazionalitatea edo jatorrizko herrialdea.

OSASUNEAN DAUDEN DESBERDINTASUN SOZIOEKONOMIKOEN EBOLUZIOA

Oro har, aztertutako adierazleek zera adierazten dute: ikusitako eboluzioak berean badarraio, ez dira 2002-2010 Osasun Planean definitutako zenbait helburu lortuko. Emakumezkoen kasuan, gora egin dute jaiotzako bizi-itxaropenean eta gaixotasun kardiobaskularrek eragindako garai aurreko hilkortasunean dauden desberdintasunek. Gizonezkoen kasuan, berriz, jaiotzako bizi-itxaropenean dauden desberdintasunetan gutxiagotze txiki bat gertatu da; baina gaixotasun kardiobaskularrek eragindako garai aurreko hilkortasunean dauden desberdintasunek gorakada txiki bat izan dute. Hautemandako osasunari dagokionez, desberdintasunen gutxiagotzea bi sexuetan gertatu da. Gizonezkoen kasuan, gutxiagotze hori egoera txarragoan daudenengan osasunaren pertzepzioan hobekuntza egoteak eta talde faboratuenengan egoeraren okerragotzea gertatzeak eragin du. Era berean, desberdintasunen gutxiagotzea obesitatean bi sexuetan gertatu da, talde faboratuetan obesitatearen maiztasunak igotzearekin batera. Azkenik, tabakoaren kontsumoaren kasuari dagokionez, pixkanakakoa eta nabarmena den igoera bat gertatu da desberdintasunetan gizonezkoen kasuan, talde sozial guztiek haien kontsumoa gutxiagotu baitute, egoera txarragoetan daudenengan ez bezala. Emakumezkoen kasuan, ordea, eredu aldaketa hau gertatu da: 1997an kontsumoa zertxobait altuagoa zen egoera faboratuagoan zeudenen artean, baina 2007. urtean kontsumoa altuagoa izan da egoera txarragoan daudenen kasuan.

Jaiotzako bizi-itxaropena

Bizi-itxaropenean dauden desberdintasun sozioekonomikoen eboluzioa ezberdina izan da gizonezkoak eta emakumezkoak alderatzen baditugu. Gizonezkoen kasuan gutxiagotzen txiki bat gertatu zen desberdintasun erlatiboetan, eta emakumezkoek 1996-2000an %1,4 izatetik 2001-2005 bosturtekoan %1,8rako igoera izatera pasatu zuten. Hau da, lehen bosturtekoan eskala sozialeko muturrik altuenean zeuden emakumezkoen bizi-itxaropena behe-muturrean zeudenean baino %1,4 handiagoa zen; eta 2001-2005ean ezberdintasun horrek %1,8ko igoera jasan zuen. Termino absolutuetan, desberdintasunen igoera 0,33 urtekoa izan zen, 1996-2000an 1,19koa izatetik, 2001-2005ean 1,52 urtekoa izatera igaro baitzen. Gizonezkoen kasuan desberdintasunak

emakumezkoengan baino handiagoak izan ziren, termino absolutuak zein erlatiboak kontuan hartuta. Gizonezkoen eboluzioa aldekoagoa izan arren, 2001-2005ean desberdintasun absolutuetan garrantzia gizonezkoengan emakumezkoengan baino bi bider baino handiagoa da (1. taula, 1. eta 2. irudiak).

Gizonezkoen eta emakumezkoen artean dauden desberdintasunei dagokienez, jaiotzako bizi-itxaropenak gora egin du bi sexuetan, baina igoera hori gizonezkoengan emakumezkoengan baino handiagoa izan da. 2000. urtean, gizonezkoen bizi-itxaropena emakumezkoena baino 8 urte baxuagoa zen; baina 2006. urtean ezberdintasun hori 7,3 urtekoa izan zen.

Jaiotzako bizi-itxaropena, sexua eta pribazio-indizea kontuan hartuta, 1996-2000 eta 2001-2005

Pribazio-indizea ^a	Emakumezkoak		Gizonezkoak	
	1996-2000	2001-2005	1996-2000	2001-2005
Q1 (aberatsagoa)	83,1	84,3	76,2	77,8
Q2	82,8	84,1	75,3	77,1
Q3	82,7	84,0	75,1	76,7
Q4	82,5	83,6	74,4	75,8
Q5 (behartsuagoa)	82,1	82,9	73,0	74,8

^aPribazio-indizearen kintilak

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

1. taula. Desberdintasun sozialen eboluzioa jaiotzako bizi-itxaropenean

A) Desberdintasun sozioekonomiko erlatiboak^a (%)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1996-2000	1,45	4,92
2001-2005	1,83	4,70
2010eko helburua	1,09	3,69

^aDesberdintasunaren Indize Erlatiboa kontuan hartuta kalkulatu dira, eta eskala sozialeko muturrik baxueneko pertsonetikiko muturrik altuenean dauden pertsonengan bizi-itxaropena zenbaterainoko handia izan den adierazten dute (Ikus eranskina).

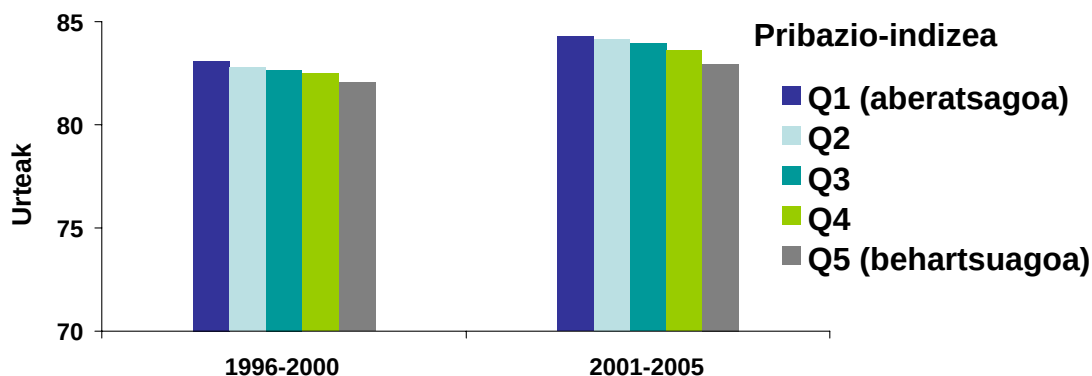
B) Desberdintasun sozioekonomiko absolutuak^b (urteak)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1996-2000	1,19	3,60
2001-2005	1,52	3,52
2010eko helburua	0,89	2,70

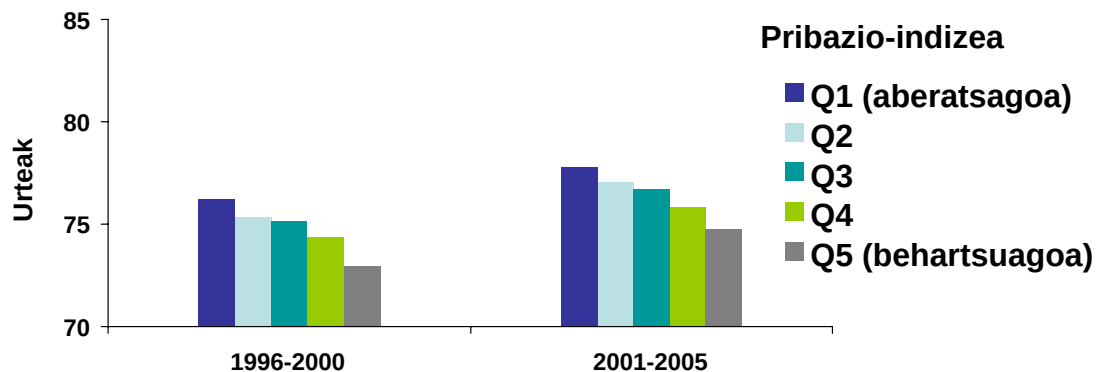
^bDesberdintasun Maldaren Indizea kontuan hartuta kalkulatu dira. Zera adierazten du: eskala sozialeko muturrik baxuenean kokatuta dauden eta muturrik altuenean dauden arteko ezberdintasuna zein den bizi-itxaropenaren urte-kopuruari dagokionez. (Ikus eranskina).

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

1. irudia. Pribazio-indizearen arabera jaiotzeko bizi-itxaropena. Emakumezkoak



2. irudia. Pribazio-indizearen arabera jaiotzeko bizi-itxaropena. Gizonezkoak



Gaixotasun kardiobaskularrek eragindako hilkortasuna 65 urtetik gorako pertsonengan

Desberdintasun sozioekonomiko erlatiboek gora egin zuten bi sexuetan, baina bereziki emakumezkoen kasuan, %40tik %71ra igaro baitziren. Aitzitik, desberdintasun absolutuek aldaketa gutxi izan zituzten bi sexuetan (2. taula). Emakumezkoen kasuan, 1996-2000an

ezberdintasunak egoera txarragoan zeuden hiru taldekoen kasuan hilkortasuna egoera hobean zeuden beste biena baino handiagoa izateak eragiten zituen. 2001-2005ean, ordea, erlazio gradual tipikoa gertatu dela ikus daitezke, hilkortasuna handiagoa baita eskala sozialean behera egiten den heinean (3. irudia). Gizonezkoen kasuan, biztanleria osoan gertatutako zirkulazio-aparatuko gaixotasunek eragindako hilkortasunaren murrizketa baxuagoa izan zen egoera txarragoan zeuden pertsonengan (4. irudia). Gainera, azpimarratu behar da gizonezkoen eta emakumezkoen arteko ezberdintasunak mantentzen direla, desberdintasun absolutuak gizonezkoen kasuan emakumezkoen kasuan baino 2,4 bider handiagoak baitira.

Garai aurreko hilkortasun kardiobaskularrak behera egin du bi sexuetan. Bi bosturtekoak konparatzean, hilkortasun-tasen beherakada absolutua gizonezkoengan (5,3 x 100.000) emakumezkoengan (1,5 x 100.000) baino zertxobait altuagoa izan da, nahiz eta bi sexuen arteko ezberdintasun erlatiboak ez aldatu; hortaz, gizonezkoen kasuan hilkortasunak emakumezkoengan baino 3,7 bider altuagoa izaten jarraitzen du.

**Aparatuko gaixotasunek eragindako hilkortasun-tasak (adinaren arabera estandarizatuta),
65 urtetik beherakoengan, sexua eta pribazio-indizea kontuan hartuta. 1996-2000 eta
2001-2005**

Pribazio-indizea	Emakumezkoak		Gizonezkoak	
	1996-2000	2001-2005	1996-2000	2001-2005
Q1 (aberatsagoa)	12,8	11,5	49,8	45,1
Q2	12,9	11,7	54,3	46,3
Q3	16,9	13,2	55,2	51,1
Q4	17,0	15,2	55,6	53,0
Q5 (behartsuagoa)	16,0	17,3	62,1	57,0

^a100.000ko tasak

^bPribazio-indizearen kintilak

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

2. taula. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunek eragindako hilkortasunean gertatutako desberdintasun sozialen eboluzioa, 65 urtetik beherako pertsonengan

A) Desberdintasun sozioekonomiko erlatiboak^a (%)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1996-2000	40	27
2001-2005	71	36
2010eko helburua	30	20

^aDesberdintasunaren Indize Erlatiboa kontuan hartuta kalkulatu dira, eta eskala sozialeko muturrik baxueneko pertsonetik muturrik altuenean dauden pertsonengan hilkortasuna zenbaterainoko handia izan den adierazten dute (Ikus eranskina).

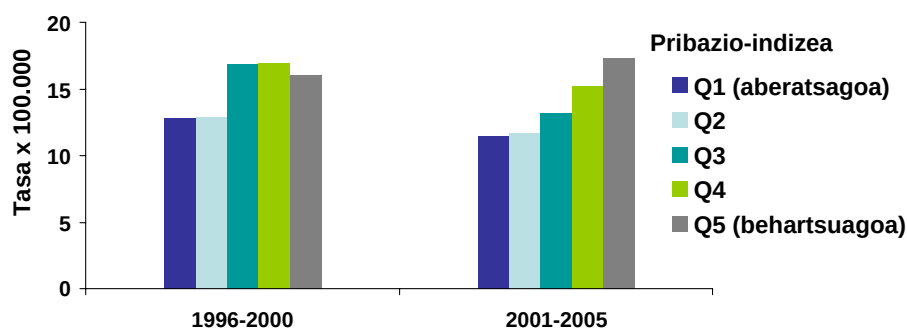
B) Desberdintasun sozioekonomiko absolutuak^b (heriotza-kopurua)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1996-2000	108	263
2001-2005	104	254
2010eko helburua	81	197

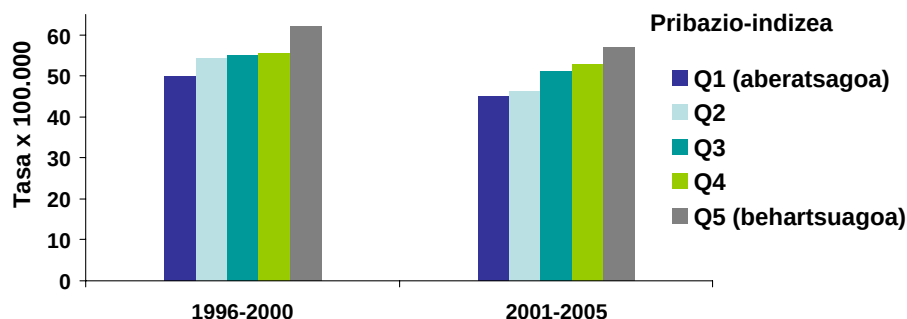
^bDesberdintasun sozioekonomikoei egotz dakiekeen gehiegizko heriotzen kopurua kontuan hartuta kalkulatu dira. Honako hau adierazten du: zentsuko sekzio guztietan hilkortasuna sozioekonomikoki faboratuak diren sekzioen berdina izan balitz, gertatu ez ziratekeen heriotza-kopurua (Ikus eranskina).

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

3. irudia. 65 urtetik beherako emakumezkoengan zirkulazio-aparatuko gaixotasunek eragindako hilkortasun-tasak, pribazio-indizea kontuan hartuta



4. irudia. 65 urtetik beherako gizonezkoengan zirkulazio-aparatuko gaixotasunek eragindako hilkortasun-tasak, pribazio-indizea kontuan hartuta



Hautemandako osasun txarraren prebalentzia, 15 urtetik gorako pertsonengan

Osasun txarraren prebalentzian desberdintasun sozioekonomikoen eboluzioa, ez da berdina izan bi sexuetan. Emakumezkoen kasuan, 1997. urtea 2007. urtearekin alderatzean, ikus daiteke desberdintasun erlatiboetan gutxiagotze bat gertatu dela (%85etik %64ra, hain zuzen ere). Bestalde, desberdintasun absolutuetan igoera gertatu dela aipatu behar da. Beraz, emakumezkoengan desberdintasun sozioekonomikoei egotz dakiekeen gehiegizko osasun txarraren prebalentzia, 1997an %2,5ekoa izatetik 2007an %7,0koa izatera igaro da. Gizonezkoen kasuan ere, 1997 eta 2007 urteen artean desberdintasun erlatiboek behera egin dute, %120tik %47ra igaro baitira; hala ere, emakumezkoengan ez bezala, desberdintasun absolutuen jaitsiera izan dute, %9,3tik %3,6ra igaro baitira (3. taula). Azpimarratu behar da gizonezkoengan, desberdintasunen gutxiagotzea bat etortze honen ondorioa izan dela: egoera txarragoan dauden osasunaren hobekuntza eta talde faboratuetan okerragotzea (5. eta 6. irudiak).

1997 eta 2007 urte artean hautemandako osasun txarraren prebalentziaren eboluzioa ezberdina izan da, sexua kontuan hartzen bada. Gizonezkoengan hautemandako osasun txarraren prebalentziak, 1997 eta 2002 urteen artean, behera egin bazuen ere; emakumezkoengan ia-ia ez da aldaketarik gertatu tarte luze horretan. Horiek horrela, 1997an gizonezkoek emakumezkoek baino osasun txarraren prebalentzia handiagoa zuten (%23,7 eta %21,4, hurrenez hurren); baina 2007an eredu alderantzizkoa zen, gizonezkoen prebalentzia %18,4koa eta emakumezkoena %21,4koa baitzen.

Hautemandako osasun txarraren adinaren arabera estandarizatutako prebalentzia (%), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta. 1997-2007

Talde sozioekonomikoa	Emakumezkoak			Gizonezkoak		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
I (altua)	17,6	13,4	13,1	9,0	9,6	13,4
II	16,0	15,8	16,7	16,1	9,7	12,8
III	17,5	18,4	18,1	21,0	12,7	16,8
IV	20,8	18,6	20,9	24,6	17,6	17,6
V (baxua)	25,9	19,5	26,2	27,7	22,2	19,4

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

3. taula. Desberdintasun sozialen eboluzioa hautemandako osasun txarraren prebalentzian

A) Desberdintasun sozioekonomiko erlatiboak^a (%)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1997	84,7	119,5
2002	32,3	175,4
2007	63,5	47,3
2010eko helburua	63,8	90,0

^aDesberdintasunaren Indize Erlatiboa kontuan hartuta kalkulatu dira, eta eskala sozialeko muturrik baxueneko pertsonetikiko muturrik altuenean dauden pertsonengan osasun txarraren prebalentzia zenbaterainoko handia adierazten izan den dute (Ikus eranskina).

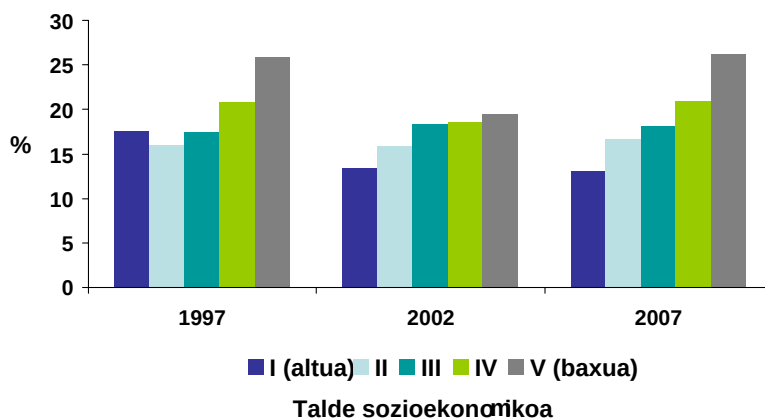
B) Desberdintasun sozioekonomiko absolutuak^b (prebalentzia x 100)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1997	2,5	9,3
2002	5,2	6,8
2007	6,7	3,6
2010eko helburua	1,9	7,0

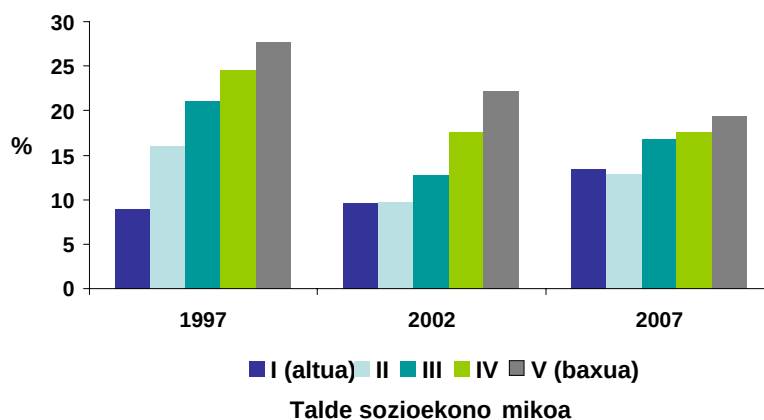
^bDesberdintasun sozioekonomikoei egotz dakiekeen gehiegizko osasun txarraren prebalentzia kontuan hartuta kalkulatu dira. Honako hau adierazten du: talde sozioekonomiko guztietan osasun txarraren maiztasuna talde faboratuetan bezalakoa izango balitz, haien osasuna txartzat hartuko ez luketen pertsonen prebalentzia.

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

5. irudia. Hautemandako osasun txarraren prebalentzia (adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007. Emakumezkoak



6. irudia. Hautemandako osasun txarraren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007. Gizonezkoak



Obesitatearen prebalentzia 15 urtetik gorako pertsonengan

Obesitatean desberdintasun sozioekonomikoen jasandako eboluzioa, gizarte-klase gehienetan obesitatearen maiztasunaren igoerak modu esanguratsuan mugatzen du (7. eta 8. irudiak). Desberdintasun erlatiboek gutxiagotze oso nabaria izan dute bi sexuetan; hala ere, emakumezkoengan desberdintasun erlatibo aipagarriek beren horretan jarraitzen dute. Desberdintasun absolutuek, emakumezkoen kasuan, 1997an %7,2ko gehiegizko prebalentzia izatetik 2007an %5,5 izatera igaro dira. Gizonezkoen kasuan, berriz, prebalentzia hori %5,4tik %2,0ra aldatu da (4. taula). Gutxiagotze hori gertatu den arren, emakumezkoengan desberdintasunei egotz dakiekeen gehiegizko obesitatearen prebalentzia oso garrantzitsua da, zeren talde sozial guztietan obesitatearen maiztasuna talde faboratuek dutenaren berdina izango balitz, obesitatearen prebalentziak %46ko jaitsiera izango bailuke.

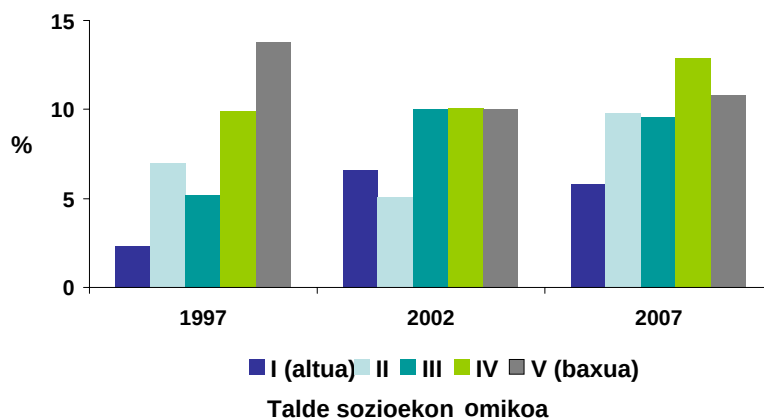
1997an obesitatearen prebalentzia antzekoa zen emakumezkoengan (%9,8) eta gizonezkoengan (%9,9). Obesitatearen prebalentziaren igoera handiagoa izan da gizonezkoengan, eta hori dela eta, 2007an haien prebalentzia %13,2koa izan da; eta emakumezkoen kasuan, osteraz, %11,3koa.

Adinaren arabera estandarizatutako obesitatearen prebalentzia (%), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta. 1997-2007

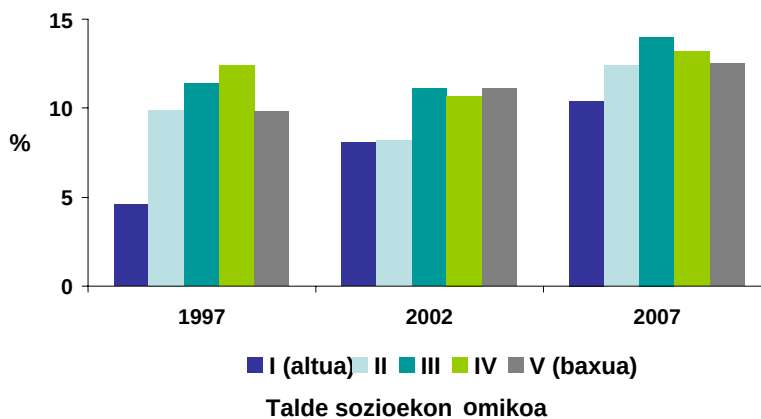
Talde sozioekonomikoa	Emakumezkoak			Gizonezkoak		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
I (altua)	2,3	6,6	5,8	4,6	8,1	10,4
II	7,0	5,1	9,8	9,9	8,2	12,4
III	5,2	10,0	9,6	11,4	11,1	14,0
IV	9,9	10,1	12,9	12,4	10,7	13,2
V (baxua)	13,8	10,0	10,8	9,8	11,1	12,5

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

7. irudia. Obesitatearen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizaturik), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007. Emakumezkoak



8. irudia. Obesitatearen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizaturik), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007. Gizonezkoak



4. taula. Desberdintasun sozialen eboluzioa obesitatearen prebalentzian

A) Desberdintasun sozioekonomiko erlatiboak^a (%)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1997	298,8	43,6
2002	66,2	32,1
2007	88,3	8,1
2010eko helburua	224,1	32,7

^aDesberdintasunaren Indize Erlatiboa kontuan hartuta kalkulatu dira, eta eskala sozialeko muturrik baxueneko pertsonetikiko muturrik altuenean dauden pertsonengan obesitatearen prebalentzia zenbaterainoko handia izan den adierazten dute (Ikus eranskina).

B) Desberdintasun sozioekonomiko absolutuak^b (prebalentzia x 100)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1997	7,2	5,4
2002	3,1	1,7
2007	5,5	2,0
2010eko helburua	5,4	4,1

^bDesberdintasun sozioekonomikoei egotz dakiekeen gehiegizko obesitatearen prebalentzia kontuan hartuta kalkulatu dira. Honako hau adierazten du: talde sozioekonomiko guztietan obesitatearen maiztasuna talde faboratuetan bezalakoa izango balitz, obesitatearik pairatuko ez luketen pertsonen proportzioa.

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

Prebalentzia tabakoaren kontsumoan, 15 urtetik gorako pertsonengan

Oso garrantzitsua den aldaketa kualitatiboa gertatu da tabakismoaren desberdintasun sozialetan. Emakumezkoen kasuan, tabakismoaren maiztasunak gora egin du egoera txarragoan daudenen artean; eta behera egin du aberatsagoetan (9. eta 10. irudiak). Eboluzio hori dela eta, 1997an tabakismoa sarriago ematen zen egoera faboratuan zeuden emakumezkoengan, 2007an behartsuenengan maiztasuna aberatsagoenena baino %6,9 handiagoa zen. Termino absolutuetan, 1997an zegoen -%1,4ko gehiegizko prebalentzia (horren zeinu negatiboak, faboratuetan maiztasuna handiagoa dela adierazten du), 2007an %1,9 izatera igaro da.

Gizonezkoen kasuan, 1997an desberdintasunak ez ziren oso aipagarriak; baina azken hamar urteetan haien garrantziak pixkanaka gora egin du, bai termino erlatiboetan bai

absolutuetan, maila sozial guztietan tabakismoa murriztu delako; egoerarik txarrenean dauden kasuan izan ezik, haien kontsumoak zertxobait gora egin baitu. Horiek horrela, 2007an desberdintasun erlatiboak %67,8koak dira eta desberdintasunei egotz dakiekeen gehiegizko prebalentzia %7,7koa da (5. taula).

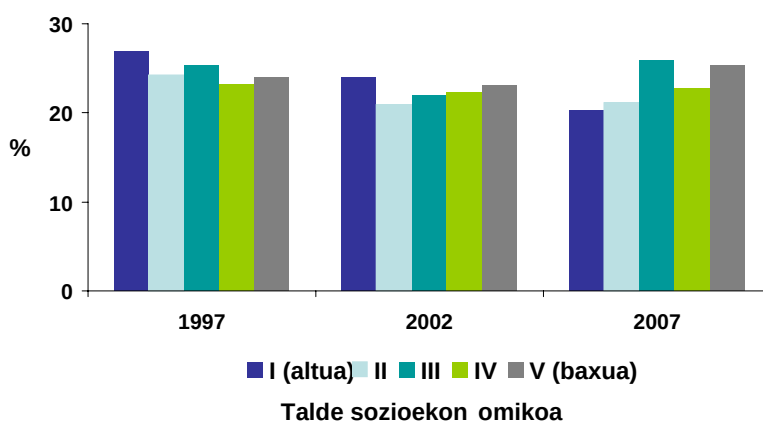
1997 eta 2002 urteen artean, tabakoaren kontsumoaren gutxiagotzea gertatu da; eta gizonezkoengan emakumezkoengan baino argiro handiagoa izan da. Hori dela eta, haien kontsumoan sexuen arteko ezberdintasunen gutxiagotzea gertatu da. Beraz, 1997an tabakoaren kontsumoa %22,3koa zen emakumezkoengan, eta % 32,5ekoa gizonezkoengan. 2007. urteari dagozkien balioak, berriz, %21,7 eta %28,2 izan ziren, hurrenez hurren.

Adinaren arabera estandarizatutako biztanleria erretzailearen prebalentzia (%), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta. 1997-2007

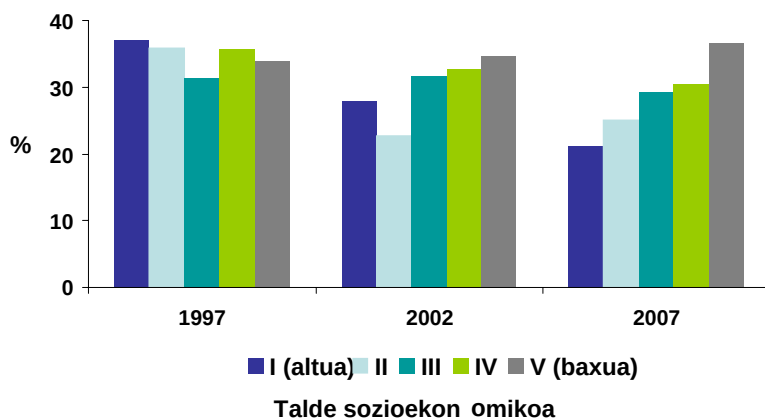
Talde sozioekonomikoa	Emakumezkoak			Gizonezkoak		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
I (altua)	26,9	24,0	20,3	37,0	27,9	21,2
II	24,2	20,9	21,1	35,8	22,7	25,1
III	25,4	21,9	25,9	31,4	31,8	29,2
IV	23,3	22,4	22,8	35,7	32,8	30,6
V (baxua)	24,0	23,0	25,3	33,9	34,7	36,6

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

9. irudia. Biztanleria erretzailearen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizaturak), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007. Emakumezkoak



10. irudia. Biztanleria erretzailearen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizaturia), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007. Gizonezkoak



5. taula. Desberdintasun sozialen eboluzioa tabakoaren kontsumoan

A) Desberdintasun sozioekonomiko erlatiboak^a (%)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1997	-1,8	4,9
2002	5,5	40,2
2007	10,6	67,8
2010eko helburua	-1,4	3,7

^aDesberdintasunaren Indize Erlatiboa kontuan hartuta kalkulatu dira, eta eskala sozialeko muturrik baxueneko pertsonetikiko muturrik altuenean dauden pertsonengan tabakoaren kontsumoaren prebalentzia zenbaterainoko handia izan den adierazten dute (Ikus eranskina).

B) Desberdintasun sozioekonomiko absolutuak^b (prebalentzia x 100)

	Emakumezkoak	Gizonezkoak
1997	-1,4	1,4
2002	-1,0	3,7
2007	1,9	7,7
2010eko helburua	-1,1	1,1

^bDesberdintasun sozioekonomikoei egotz dakiekeen gehiegizko tabakoaren kontsumoaren prebalentzia kontuan hartuta kalkulatu dira. Honako hau adierazten du: talde sozioekonomiko guztietan tabakismoaren maiztasuna talde faboratuetan bezalakoa izango balitz, erreko ez luketen pertsonen proportzioa.

Iturria: Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

GAIXOTASUN EZ-TRANSMITIGARRIAK

Minbizia

Hilkortasunaren eboluzioa

10 urtetik 39 urtera arteko emakumezkoengan, tumoreak dira lehen heriotza-kausa; eta adin horietan heriotzen %33 eragiten dute. 10 urtetik 39 urtera arteko gizonezkoen kasuan, tumoreek bigarren lekua hartzen dute (%17). Emakumezkoen kasuan bezala, tumoreak helduaroan (40 urtetik 79 urtera) heriotza-kausarik sarriena dira.

Tumoreek eragiten duten garai aurreko hilkortasuna aztertzen bada, ikus daiteke horiek direla bizitzako urte potentzial gehien galtzea eragin duten hilkortasun-kausa, zehazki %44 2006. urtean.

Emakumezkoen kasuan, modu espezifikoagoan, bost lehen kausen artean honako hauek aurki daitezke: bularreko tumore gaiztoa, zintzur-heste, bronkio eta biriketako tumore gaiztoa, gaizki definitutako lekuetako edo leku sekundarioetako tumoreak eta garuneko tumore gaiztoa. Gizonezkoen kasuan, bost lehen kausa horien artean 4.823 urteko galera eragin dituen zintzur-heste, bronkio eta biriketako tumore gaiztoa baino ez dugu aurkitzen.

Osasun Sailaren Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritzako Erregistroen Zerbitzuak, tumore gaizto nagusiek azken hamarkadan eragindako hilkortasunaren joeren analisia egin du.

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/eu/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/InformeMortalidad06Euskera.pdf

Honako hauek izan dira analisi horren emaitzarik esanguratsuenak:

Emakumezkoengan tumore gaiztoek eragindako hilkortasunak, urteko batez besteko %1eko jaitsiera izan du azken hamarkadan, Europako biztanleria estandarrera adinaren arabera doitutako tasa 100.000 biztanleko 113,1ekoa izatetik 1997. urtean, 2006. urtean 102,4koa izatera igaro baita. Jaitsierarik handiena izan duen tumorea urdailekoa izan da (%3,5). Jarraian, %3ko jaitsierarekin, bularreko tumore gaiztoa eta ehun linfatiko eta hematopoietikotako tumore gaiztoa aurkitzen dira, EAE osoan %3arekin ere. Emakumezkoengan, azken hamarkada honetan, estatistikoki esanguratsua den hilkortasunaren igoera erakutsi duen tumore gaizto bakarra, biriketako tumorea da (%3,3).

Gizonezkoen kasuan, jaitsiera emakumezkoengan baino baxuagoa izan da: urteko batez besteko %0,6. Urdaileko tumore gaiztoak ere, %3,6ko jaitsiera izan du. Beste hauek %2ko jaitsiera izan dute: prostatako tumoreak, ehun linfatiko eta hematopoietikoetakoak eta buru eta lepoko tumore gaiztoak. Aitzitik, kolon-ondesteak eragindako tumore gaiztoak estatistikoki esanguratsua den hilkortasunaren urteko batez besteko %1,5eko igoera jasan du.

Bestalde, 2006ko hilkortasunaren datuak ikusita eta Osasun Planean lehenetsitako kokapenen adierazleei dagokienez, honako datu hauek ditugu: **tumore gaiztoek eragindako hilkortasunak** 65 urtetik beherakoetan, pixka bat beheranzkoa den joera mantentzen du gizonezkoen eta emakumezkoengan, erregistratutako azken hiru urteetan. **Biriketako minbiziak eragindako hilkortasunak** 65 urtetik beherakoengan, gora egin du aurreko urteekiko, bereziki emakumezkoen kasuan. **Bularreko minbiziak eragindako hilkortasunaren tasak**, urtetik urterako aldaketak izan arren, Osasun Planak 2010. urterako markatutako helburuetatik behera mantentzen dira. **Kolon-ondesteko minbiziak eragindako hilkortasunak** joera egonkorragoa du emakumezkoengan eta aldakorragoa da gizonezkoengan. Azken horien kasuan, hilkortasun-tasek emakumezkoenak sobera bikoizten dituzte. **Buru eta lepoko minbiziak eragindako hilkortasunak**, gizonezkoen kasuan, azken urteetan bezala, bere hilkortasun-tasak hasierako balioen azpitik mantentzen ditu, eta 2010. urterako markatutako helburua hobetzen du.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoak	115,9 ⁶	110,9	110,0	115,9	114,3	104,2	Beheranzko joerari ekitea	Hilkortasun Erregistroa
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoak	52,4 ⁶	55,8	51,9	52,7	51,8	51,5	%10 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Biriketako minbiziak eragindako hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoak	32,3 ⁶	30,2	31,0	34,4	34,7	31,5	Goranzko joera alderantziz jartzea	Hilkortasun Erregistroa
Biriketako minbiziak eragindako hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoak	3,9 ⁶	5,6	6,3	8,1	5,7	7,6	Goranzko joera geldiaraztea	Hilkortasun Erregistroa
Bularreko minbiziak eragindako hilkortasuna, emakumezkoak	22,3 ⁶	18,7	18,2	17,9	16,6	17,9	%17,5 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Kolon-ondesteko minbiziak eragindako hilkortasuna, gizonezkoak	29,5 ⁶	30,8	33,9	31,9	30,8	31,5	Tasak egonkortzea	Hilkortasun Erregistroa
Kolon-ondesteko minbiziak eragindako hilkortasuna, emakumezkoak	14,5 ⁶	14,6	13,6	14,2	12,1	12,9	Tasak egonkortzea	Hilkortasun Erregistroa
Buru eta lepoko minbiziak eragindako hilkortasuna, gizonezkoak	22,6 ⁶	19,8	18,5	18,7	20,1	17,8	%10 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa

Minbiziaren intzidentziaren eboluzioa

Urtero, EAEn 11.000 bat minbizi berri diagnostikatzen dira, sexuaren arabera banaketa honakoa delarik: 7.000 minbizi inguru gizonezkoengan eta 4.000 emakumezkoengan. Haien kokapenaren arabera, honako hauek dira gizonezkoengan sarrien ematen diren tumore berriak: prostatak, biriketako eta kolon-ondestekoa; emakumezkoengan, berriz, bularrekoak, kolon-ondestekoak eta umetoki-gorputzekoa.

Osasun Planean lehenetsitako minbizien intzidentziaren eboluzioari dagokionez, Euskadiko Minbizi Erregistroak erregistratutako azken 10 urteen (1994-2003) analisi bat egin du¹, non ikus baitaiteke kolon-ondesteko minbiziaren igoera (urteko %2,1) bi sexuetan (%2,14 gizonezkoengan eta %1,81 emakumezkoengan); baita larruazaleko melanomaren, linfomen eta puxikaren intzidentziarena ere, modu esanguratsuan gora egin duelako. Biriketako minbiziari dagokionez, bere intzidentziak urteko %0,7ko beherakada izan du aztertutako denboraldian (estatistikoki ez da esanguratsua); emakumezkoengan, ordea, %4,85 igo du denboraldi berean (estatistikoki esanguratsua). Aitzitik, estatistikoki modu esanguratsuan honako hauek behera egin dute: urdaileko, laringeko eta ezpainezko tumore gaiztoak, zehazki esateko ezpaineneko, aho-barrunbeto eta faringeko tumoreak izan dira modu argiago batean behera egin dutenak eta gizonezkoengan (urteko %2) emakumezkoengan (urteko %0,61) baino gehiago. Horrez gain, azalpen berezia eskatzen du emakumezkoengan erretzeko ohiturarekin zuzenean zerikusia duten minbizien (birikak eta laringea) intzidentzia-tasen igoeraren egiaztapenak.

Bularreko minbiziari dagokionez, esan dezakegu aztertutako denboraldirako emakumezkoen intzidentzia-tasek urteko %0,27ko igoera jasan dutela (aldakuntza ez da estatistikoki esanguratsua).

Neoplasia Gaiztoen Erikortasuna

EAEko Ospitaleko Alten Erregistroko datuek, azken urteetan alta hartzean diagnostiko nagusitzat maiztasun handienaz nabarmendu ziren gaixotasun-taldeen berri ematen digute. Emaitzak Gutxienezko Oinarrizko Datu Multzotik (GODM) lortutako altei buruzkoak dira, bertan deskargatzen baitira EAEko zentro sanitario publiko eta pribatu guztien datuak, atentzio psikiatrikoko zentroak kanpoan geratzen direlarik.

Prozesu onkologikoek sortutako erikortasunari dagokionez, EAEko Ospitaleko Alten Erregistroan bildutako datu global esanguratsuenek zera adierazten dute: 2007an, Osakidetza

¹ http://www.osanet.euskadi.net/r51-341/es/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20euskera.pdf

akutuentzako ospitaleetan, prozesu onkologikoek oro har gizonezkoengan alten %10,5 sortu dituzte (9.173) eta %8,1 (7.459) emakumezkoen kasuan. Hona hemen 2006. urteko datuak: gizonezkoen alten %11 (9.328) eta emakumezkoen %8,3 (7.442); eta 2005ean, azkenik, gizonezkoengan alten %11 eragin zuten (9.108) eta %8,2 emakumezkoengan (7.159).

Osasun Planean lehenetsitako kokapenei dagokienez, **biriketako** minbiziak EAEn bizi zirenen 1.183 alta eragin zituen 2007an, Osakidetza-akutuentzako ospitaleetan; baina 1.144 izan ziren 2006. urtean eta 1.142 alta 2005. urtean. **Bularreko** minbiziaren kasuan, EAEn bizi diren emakumeen alten kopurua, Osakidetza-akutuentzako ospitaleetan, hauxe izan da: 1.205 alta 2007an, 942 alta 2006. urtean eta 916 alta 2005. urtean. Azkenik, **kolon eta ondesteko** minbiziak Osakidetza-akutuentzako ospitaleetan 2.146 alta eragin ditu 2007. urtean, 1.813 alta 2006an eta 1.728 erregistratu ziren 2005ean.

Zerotik gorako egonaldidun altak, Osakidetza-akutuentzako ospitaleetan arrazoiak, zentro-mota, lurralde historikoa eta sexua kontuan hartuta. EAEn bizi direnak 2007

CIE9-MC	Arrazoiak	EAE		Araba		Gipuzkoa		Bizkaia	
		Gizonak	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak
162	Zintzur-heste, bronkio eta biriketako tumore gaiztoa								
	Akutuentzako ospitaleak	975	208	136	35	330	81	509	92
	Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak	117	27	4	1	8	2	105	24
174	Bularreko tumore gaiztoa								
	Akutuentzako ospitaleak	2	1.205	-	186	2	265	-	754
	Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak	-	25	-	0	-	0	-	25
153-154.0,154.1	Kolon-ondesteko tumore gaiztoa								
	Akutuentzako ospitaleak	1.398	748	212	109	489	262	697	377
	Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleak	31	35	4	0	2	3	25	32

Iturria: Ospitaleko alten erregistroa (GODM). Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

Gaixotasun kardiobaskularrek eragindako hilkortasunaren eboluzioa

Zirkulazio-sistemako gaixotasunak, tumoreekin batera, EAEko biztanleriaren artean lehenengo heriotza-kausa gisa agertzen dira; heriotza guztien %30 eragiten dute, hain zuzen ere. Eta haien tasak 100.000 biztanleko 264 eta 262koak dira, hurrenez hurren.

Hauxe da sexuen araberako banaketa: emakumezkoengan lehenengo heriotza-kausa zirkulazio-sistemako gaixotasunak dira (%33,9), eta gizonezkoengan zirkulazio-sistemako gaixotasunek (%27,2) tumoreen atzetik bigarren tokia hartzen dute.

Gaixotasun-talde honen Galdutako Bizitza Urte Potentzialetan (GBUP) garai aurreko hilkortasuna aztertzen bada, ikus daiteke oro har galdutako urte-kopururik handiena sortzen duen hirugarren kausa direla (%18), 2006. urtean. Zehatzago esateko, emakumezkoengan gaixotasun zerebrobaskularrak, 2006an, hirugarren kausa izan ziren GBUPetan; eta gizonezkoengan kardiopatia iskemikoa izan zen urte galduen bigarren kausa.

Lehentasunezko arlo horretarako aukeratutako adierazleei dagokienez, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak eragindako hilkortasunak izandako eboluzioa oro har, eta modu espezifikoan gaixotasun kardio eta zerebrobaskularrena, positiboa da sexu bietan, bereziki kardiopatia iskemikoak eragindako hilkortasuna 25 eta 74 urte bitartekoen kasuan. Hala ere, 65 urtetik beherakoen kasuan zirkulazio-aparatuko gaixotasunak eragindako hilkortasunak aztertzean, hasierako egoerak hobera egin duela ikusi arren, azken 3 urtetako joera negatiboak darrai.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunek eragindako hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoak	57,1 ⁶	47,9	49,0	52,6	51,2	42,6	%20 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunek eragindako hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoak	16,1 ⁶	13,8	15,0	11,4	14,7	12	%20 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Gaixotasun zerebrobaskularrek eragindako hilkortasuna, 75 urtetik beherako gizonezkoak	23,0 ⁶	21,3	17,1	19,7	16,7	18,4	%20 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Gaixotasun zerebrobaskularrek eragindako hilkortasuna, 85 urtetik beherako emakumezkoak	25,5 ⁶	21,0	20,2	17,0	17,7	17,4	%20 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Kardiopatia iskemikoak eragindako hilkortasuna, gizonezkoak (25-74 urte)	83,1 ⁶	65,2	61,0	55,5	55,5	50,5	%15 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Kardiopatia iskemikoak eragindako hilkortasuna, emakumezkoak (25-74 urte)	17,2 ⁶	11,2	13,0	11,2	9,4	8,7	%15 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa

ERIKORTASUNA

Gure erkidegoko akutuentzako ospitaleetan, 2007. urtean, honako hauek dira, ospitaleratze-kopuru gehien eragiten dituzten diagnostiko-talde nagusiak, gizonezkoen kasuan: zirkulazio-, digestio- eta arnas aparatuko gaixotasunak. Emakumezkoen kasuan, zirkulazio-sistemako gaixotasunak hirugarren tokia hartzen dute, honako hauen atzetik: haurdunaldi, erditze eta erditze ondoko taldea, nerbio-sistemako gaixotasunak eta zentzumen-organoetakoak.

Zehatzago esateko, Osasun Planean lehenetsitako arloei dagokienez, 2007. urterako Osakidetzako ospitaleetan honako emaitza hauek ikus daitezke:

Miokardioko Infartua

Bertakoen 1.854 alta erregistratu dira, akutuentzako ospitaleetan, 410 "Miokardioko infartua" kode diagnostikoa izan dutenak; eta horietako %68,6 gizonezkoak izan dira. 2006. urtean, kausa berak eragindako 1.770 alta erregistratu ziren, eta 2005. urtean 1.795.

Gaixotasun Zerebrobaskularrak

2007an, bertakoen 5.292 alta erregistratu ziren Osakidetzako akutuentzako ospitaleetan, "Gaixotasun Zerebrobaskularrak" delakoei buruzko kapituluan; eta alta horien %55,5 gizonezkoak izan dira. Aldez aurreko urteekiko, kausa beragatik 4.193 alta erregistratu ziren 2006an eta 5.182 alta 2007an.

Tabla 21 : Altas con estancia mayor de cero, en los hospitales de Osakidetza, por causas, tipo de centro, territorio histórico y sexo. Residentes CAPV 2007

CIE9_MC	Causas	CAPV		Alava		Gipuzkoa		Bizkaia	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
410	Infarto agudo de miocardio								
	Hospitales de agudos	1.271	583	225	99	415	193	631	291
	Hospitales media-larga estancia	12	13	1	0	0	2	11	11
430-438	Enfermedades cerebrovasculares								
	Hospitales de agudos	2.939	2.353	394	335	966	796	1.579	1.222
	Hospitales media-larga estancia	67	144	8	6	1	3	58	135

Fuente: Registro de altas hospitalarias (CMBD). Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

Diabetes mellitusa

Diabetesaren arloan planteatutako helburuak (itsutasunaren intzidentzia, giltzurruneko gutxiegitasuna eta anputazioak) ebaluatzeko, prozesuaren eboluzioa aintzat emateko aukera ematen diguten zeharkako datuak ditugu. Zehazki esateko, honako datu hauek ebaluatzen ditugu: diabetes mellitusak eragindako anputazioaren diagnostikoa duten ospitaleko altak EAEko ospitale publikoetan (CIE-9-MC 250 diagnostiko nagusia, 84.10etik 84.17ra arteko prozedura nagusiaren kodeak), paziente diabetikoei egindako transplanteen kopurua eta erretinopatia diabetikoarekin afiliatutakoei buruz ONCetik lortutako datuak. Hona hemen azken urteetako emaitzak:

Osasun Planaren adierazle aldatuak	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Iturria
Diabetesarekin zerikusia duen itsutasuna	260	257	266	267			ONCEren Erregistroa
Lehen mailako giltz. gaix. gisa diabetesa duten pazienteei (EAEn bizi direnak) egindako giltzurruneko transplanteak	9	13	9	4	15	7	EAEko giltzurruneko pazienteen buruzko informazio-unitatea
Diabetes mellitusarekiko bigarren mailako anputazioek eragindako altak	131	108	141	136	120	114	Ospitaleko Alten Erregistroa (GODM)

Ustekabeko lesioak

Kanpo-zergatiek (honako hauek barne hartzen dituzte: lesioak eragiten dituzten ingurumenarekin zerikusia duten gertakizun, egoera eta baldintzak, pozoidurak eta bestelako kontrako ondorioak, esate baterako: trafikoko istripuak, erorikoak, suizidioak eta hilketak) **eragindako hilkortasuna**, EAEko biztanleriaren laugarren hilkortasun-kausa zen, Osasun Planaren indarraldiaren hasieran. 2006. urtean seigarren hilkortasun-kausa izatera igaro dira, bi sexuak elkarrekin kontuan hartzen baditugu. Hala ere, hilkortasunean duen garrantzia modu esanguratsuan aldatu egiten da, sexua eta adinaren arabera; beraz, bigarren heriotza-kausa dira 10 urtetik 39 urtera arteko emakumezkoengan (%23), eta lehenengo kausa gizonezkoengan, adin-talde horretako heriotzen %54an agertzen baitira.

Osasun Planean jasotako adierazleari dagokionez, **15 urtetik 29 urtera arteko gazteengan** kanpo-zergatiek eragindako hilkortasunak modu esanguratsuan behera egin du 2006an, 2010. urterako markatutako helburuaren azpitik dagoen 100.000 biztanleko 20,3ko tasa izan baitu.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera (2000)	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Kanpo-zergatiek eragindako hilkortasuna, 15 eta 29 urte arteko gazteak	36,5	31,8	28,1	31,7	21,5	20,3	Tasa %15era gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa

Trafikoko istripuek eragindako hilkortasuna, segur aski, ustekabeko lesioen barruan interes handiena duen kausa espezifikoa da. Eboluzio ona izaten jarraitzen du, 2004. urtetik 2010erako proposatutako helburua hobetzen duten emaitzak baitaude.

Lan-istripuek eragindako hilkortasunak eta gaixotasun profesionalaren intzidentziak joera desberdinak izan dituzte gure autonomia-erkidegoan, azken urteetan. Hau da, lehenengoez planteatutako helburuak lortu dituzte; baina gaixotasun profesionalen intzidentzia oraindik bere helburutik urrun aurkitzen da.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Trafikoko istripuek eragindako hilkortasuna	12,9 ⁶	11,5	11,4	8,5	8,3	6,2	%20 gutxitzea	Hilkortasun Erregistroa
Lan-istripuek eragindako hilkortasuna	14 ⁷		9,6	7,3	8,3	6,8	%40 gutxitzea	OSALAN- Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea
Gaixotasun profesionalen intzidentzia	2,3 ¹⁶		4,3	3,8	4,4	3,9	%20 gutxitzea	OSALAN- Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

Etxean, aisian eta kirola egitean gertatutako istripuek eragindako erikortasunaren daturik eguneratuenak 2007ko **EAEOfitik** (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta) **ateratakoak dira**. Eta emaitzen artean, zera aurkitzen dugu: inkestatutakoen milako 17k etxean istripu bat izan duela aitortu zuen, eta milatik 10 izan ziren kirol-istripua izan zutenak. Biztanleria osoarekiko portzentajeari dagokionez, 2007ko EAEOfiren emaitzek adierazlea 2010. urterako betetzearen helburuan kokatzen dute.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2007	2010eko helburua	Iturria
Etxean, aisian eta kirola egitean izandako istripuek eragindako erikortasun-tasa	%5 ⁸	%5	%4	%20 gutxitzea	EAEOfi

Trastorno mentalek eragindako hilkortasuna

Suizidioak eragindako heriotza-tasek, azken 3 urteetan beherakada txiki bat gertatu dela erakusten dute. 2006ko datuek (100.000 biztanleko 5,5 bi sexuetan), 2010. urterako Osasun Planean proposatutako helburuaren azpitik mantentzen gaituzte.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Suizidioek eragindako hilkortasuna	7,2 ⁶	7,3	6,3	7,0	6,6	5,5	100.000ko 7tik behera mantentzea	Hilkortasun Erregistroa

GAIXOTASUN TRANSMITIGARRIAK

HIESak eta bestelako gaixotasun infekziosoek eragindako hilkortasuna

HIESak eragindako hilkortasuna, jaisten ari den arren, 2010. urterako planteatutako helburutik urrun dago oraindik; kausa horrek eraginda 69 hildako erregistratu baitziren 2006. urtean, eta 74 hildako 2005ean.

HIESaren kasu berrien kopuruak planteatutako helburuaren azpitik behera egin du, 2007. urtean 76 kasu berri gertatu baitziren.

Azken urteetan (1996-2005) diagnostikatu diren ama-fetu transmisio bidez GIB+ duten jaioberrien kopuruan beherakada garrantzitsua gertatu da, 18 kasu gertatu baitira. 1984-1995 denboraldian zehar, aldiz, 116 diagnostikatu ziren. 2005. urtean, ez zen kasurik erregistratu.

Hala ere, gora egin du EAEn bizi direnengan GIBak eragindako infekzio berrien kopuruak, sexu-transmisiozko bestelako gaixotasunen gorakadari lotuta, beharbada prebentzio-neurrien nolabaiteko erlaxazioa gertatu dela adierazten duena.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2010eko helburua	Iturria
GIB+ duten jaioberrien kasuak	1 ⁴	1	1	0	0			0	HIES Erregistroa. Osakidetza/EOZ
GIBak eragindako infekzio berrien kop. (EAEko egoiliarak)	186	186	183	144	152	151	173	urteko 100etik beherakoa (adierazle aldatua)	PPCS ² Memoria Osakidetza 2005
HIES kasu berrien kop.	186 ⁴	127	137	128	124	124	76	urteko 100etik beherakoa	HIES Erregistroa. Osakidetza/ EOZ
HIESak eragindako hilkortasuna	91 ⁴	87	79	87	74	69		urteko < 50 kasu	Hilkortasun Erregistroa

² PPCS

Gaixotasun transmitigarriak

Gaixotasun transmitigarrien arloan esan dezakegu, azken urteetan (2002-2007), ez dela honako hauen kasurik erregistratu 35 urtetik beherakoengan: polio autoktonoa, difteria, tetanosa; ezta B hepatitis eta sortzetiko sifili kasurik ere. Denboraldi horretan bertan, urte batetik beherakoengan elgorri kasu 1 erregistratu da, tuberkulosi miliar 1 eta meningitis tuberkulosoaren kasu 1.

Hona hemen 5 urtetik beherakoengan gertatutako *Haemophilus influenzae* delakoaren kasuak: 2 kasu 2005ean, 4 kasu 2006an eta 2007. urtean kasu 1.

15 urtetik beherakoengan C meningitisaren emaitzek, helburua betetzeko progresio ona daramate, hala nola: 2005ean kasu 1 erregistratu zen, 2006an beste bat eta 2 kasu 2007an.

Tuberkulosiaren intzidentzia egonkortu egin da azken urteetan, eta hauxe da bere intzidentzia-tasa gordina: 100.000 biztanleko urteko 23 kasu inguru. Errubeolak, azken hiru urteetan, aldakortasun handia erakutsi du, eta parotiditisak igoera garrantzitsua izan du, 2006. urtean 156 kasu eta 2007an 2.062 kasu gertatu baitziren.

Parotiditisaren agerraldiari dagokionez, aipatu behar da 1992. urtean 100.000 biztanleko 60 kasuko tasa erregistratu zenetik, parotiditisa 100.000 biztanleko 5etik beherako tasetan mantentzen zela. 2006an, 100.000 biztanleko 7,7 kasuko tasa erregistratu zen, funtsean Ezkerraldea-Enkarterri eskualdean, otsaila eta maiatza artean, gertatutako parotiditisaren agerraldi batek eragindakoa. 2006. urte bukaeran hasten da, 2007ko lehen sei hilekoan zehar 3 lurraldeetan hedatzen den kurba epidemikoa. Gaur egun, ez dago parotiditisaren kontrako txertoaren eraginkortasunik ezaren behin betiko azalpenik. Osasun Sailaren Osasun Publikoko Zuzendaritzaren Zainketa Epidemiologikoko Zerbitzuak, gure antzeko jarraibide epidemiologikoak dituzten herrialdeetako ikerketetan oinarrituta dauden zenbait hipotesi aditzera ematen ditu. Beste ingurune geografiko batzuetan, txerto hirukoitz birikoaren barruan andui espezifikoek elkarrekin bigarren mailakoak diren txerto-hutsegiteak erreparatu dira. Hala ere, gure erkidegoan aukera hori ez da garrantzitsutzat hartzen. Esandakoaz gain, agerraldi horien azalpen posible gisa, zera aipatu da: gogorragoak diren parotiditisaren birusaren anduiaren zirkulazioa edo parotiditis osagaiaren (*waning immunity*) txerto-eraginkortasuna pixkanaka galtzea txertoa jarri eta 10-12 urtera, baita txerto hirukoitz birikoaren bi dosi hartu duten pertsonen kasuan ere.

http://www.euskadi.net/r332288/eu/contenidos/informacion/boletin_epidem/eu_5482/adjuntos/Salud%20Publica%2021%20E%20P_R3.pdf

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2010eko helburua	Iturria
C meningitisa, 15 urtetik beherakoak	6 ⁴	7	5	5	1	1	2	0 kasu (15 urtetik beherakoak)	ABG Erregistroa, EAEIMS
Errubeola	7 ⁴	6	0	0	6	1	2	0 kasu autoktono	ABG Erregistroa
Parotiditisa	57 ⁴	33	37	36	52	165	2.062	0 kasu autoktono	ABG Erregistroa
Tuberkulosiaren intzidentzia (tasa gordina)	34,7 ⁹	26,2	23,4	24,1	23,5	24,2	21,5	%70era gutxitzea	ABG Erregistroa
<i>Haemophilus influenzae</i> (Gaixotasun inbaditzailea)		0	2	0	2	4	1		

Azkenik, aipatu behar da infekzio nosokomiala duten pazienteen prebalentziak zertxobait behera egin duela, 2005. urtean 6,7 izatetik, 2006. urtean 6,3koa izatera pasatu baita; emaitza horrek, 2010. urterako aurreikusitako helburuan kokatzen gaituelarik.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Sarean infekzio nosokomiala duten pazienteen proportzioa	6,7 ⁴	5,8	6,6	6,36	6,7	6,3	%6,5etik behera mantendu beharko da	Memoria Osakidetza

JARDUKETA BEREZIKO TALDEAK

Haurren hilkortasuna

Haurren hilkortasunaren tasak gehikuntza txiki bat izan du, nahiz eta Planean planteatutako helburuaren azpitik mantentzen den. Era berean, unean uneko gehikuntza gertatu da, jaiotza-inguruko hilkortasun joera positiboaren barruan, 2004. urtean jaiotako 1.000 umeko 6,4ko tasarekin.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2002	2003	2004	2005	2006	2010eko helburua	Iturria
Haurren hilkortasuna	4,8 ¹³	3,4	3,2	4,0	2,9	3,3	Hasierako tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun Erregistroa
Jaiotza-inguruko hilkortasuna	6,1 ¹⁵	5,7	5,3	6,4	5,7	7,0	Hasierako tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun Erregistroa

INGURUMEN-OSASUNA

Ingurumen-kalitatearen adierazleak (airea, ura), zati batez aldekoak dira. PM10 partikula esekien kasuan, sentso-re batean ere ez da gairiditu 2005ean metro kuboko 40 mikrogratotan ezarritako osasuna babesteko urteko batez bestekoaren muga-balioa. Hala ere, 2005. urtean zehar gairiditu egin da eguneko batez bestekoetarako muga-balioa, EAEko puntu batzuetan (Arrasate, Azpeitia, Basauri eta Betoño).

Esparru horretan bertan, kalifikazio egokia duten hornikuntzetako ura jasotzen duen biztanleriaren portzentajea, dagoeneko 2010. urterako proposatutako helburutik hurbil dago.

Osasun Planaren adierazleak	Hasierako egoera	2003	2004	2005	2006	2007	2010eko helburua	Iturria
Kalifikazio egokia duten hornikuntzetako ura jasotzen duen biztanleriaren %	%89 ¹⁵	92,0	91,0	92	92,9	93,8	%95	Osasun Publikoaren urteroko Memoria
Partikula esekien (PM 10) urteko eguneko batez bestekoa	44 □ g/m3	<43,2	<41,6	<40			< 20 □ g/m3	Osasun Publikoaren urteroko Memoria

2007ko jardueren laburpena

PROGRAMA-KONTRATUA

Osakidetzarekin egiten diren programa-kontratuek (Lehentasunezko Eskaintza, Prozesu Bereiziak, Konpromiso Osagarriak), beste eginkizun batzuen artean, Zerbitzu Sanitarioetako Erakundeekin lehenetsitako arloetan eragin positiboaren prebentziozko eta asistentziazko jardueren kontratazioa ezartzen dute, kalitate-irizpide jakin batzuek kontuan hartzen direlarik. Beren emaitzak urtero ebaluatzen dira.

Hona hemen agente kontratugileak: Osasun Saileko Lurralde Zuzendaritzak eta Osakidetzako Zerbitzuen Erakundeak, Lehen Mailako Atentzioko Eskualdeak, Akutuentzako Ospitaleak, Egonaldi Ertain eta Luzeko Ospitaleak, Osasun Mentaleko Zerbitzuak eta Zerbitzu Zentralak. Esandakoez gain, Zerbitzu Sanitario pribatuekin egindako itun gisa, programa-kontratuak garatzen dira.

2007. urtean zehar, Lehentasunezko Eskaintzak biltzen dituen jarduerari dagokienez dagoen ebidentzia zientifikoa hobeto ezagutzen sakondu da. Esfortzu horri esker, ebidentzia zientifikoak babestutako jarduerak baino jasoko ez dituen Lehentasunezko Eskaintzaren diseinua egiten ari da. Azken finean, Osabideren Programatutako Jardueren Plana benetan beharrezkoak diren jardueretara egokitu nahi da.

Lehen Mailako Atentzioko profesionalei jarduera horiek egiteko erraztasunak eman nahi zaizkie. Horretarako, haien egitura (Osabideren tresna informatikoaren hobekuntzaren bidez) hobetu nahi da, baita euren edukia ere. Eguneratzeko lan guzti hori aurrera eramaten ari da, Lehen Mailako Atentzioan asistentziazko jardueraren urteko ebaluazioa egiteari utzi gabe.

Bestalde, ospitaleko jarduerari dagokionez, prozesu berezitzen adierazleak berrikusi egin dira, eta dagoen ebidentzia ikusita aldagetak egin dira, hiru lurralde historikoen arteko konparagarritasun hobea lortzeko asmoz. Kasu batzuetan, adierazleak aldatu egin dira haien eboluzioa ona izan delako, edo beste batzuetan, eskakizun handiagoa betetzeko estandarrak proposatu dira, kalitatearen etengabeko hobekuntza mantentzeko asmotan.

Honako hauek izan dira, 2007an, Akutuentzako ospitaleetako programa-kontratuetan sartutako prozesu bereiziak:

- Miokardioko infartu akutua (MIA)
- Gaixotasun zerebrobaskular akutua

- Prozesu onkologikoak (birika, bularra, BMGDP, kolon-ondestea eta prostata)
- Tumoreen ospitaleko erregistroa
- BGBK
- Gaixotasun endokrino-metabolikoen jaioberrien baheketa

Ospitale psikiatrikoetan, eskizofrenia prozesu bereizitzat hartu da.

JARDUKETAK MINBIZIAN

Asistentziazko zerbitzuek erantzukizun zehatza dute minbiziaren sendaketan, biziraupena gehitzean eta asistentziazko prozesu guztian zehar eta bereziki, terminal-egoeretan bizi-kalitatea ematean.

Lehen Mailako Atentzioak, Akutuentzako Ospitaleek, eta Egondaldi Ertain eta Luzeko Ospitaleek, minbiziari atentzioa emateko fase desberdinetan betebeharrak berezi batzuek dituzte. Programa-kontratuak minbiziaren atentzioaren lerro estrategikoak eratzen ditu, betebeharrak horiek, haien kalitate-ezaugarriak eta erabakitako adierazleak eta estandarrak definituz.

Ez dago, populazio-mailan, detekzio goiztiarreko programen eragingarritasunari buruzko behar besteko ebidentzia zientifikorik; eta tumoreen diagnostiko goiztiarrak, Lehen Mailako Atentzioaren esparruan, arrisku handiko pertsonentzako zeinu eta alerta-sintomei buruzko protokolo klinikoaren aplikazioan oinarrituta behar du izan.

Gaixo onkologikoari eman beharreko atentzioa, egiaztatu eta baliozkotuta egongo diren kalitatezko praktika klinikoko gidaliburu bidez, banaka gauzatu behar da. Tumoreen Ospitaleko Batzordeek, paziente bakoitzarentzako banakako plana definitzen dute eta bere funtzionamendua programa-kontratuak dakar.

Atentzioa, ekipoen espezializazioa eta horien kalitate teknikoa bermatzen duten ospitale eta zerbitzuetan edo koordinazioan egin behar da, gaixotasunaren pronostikoan lehen interbentzio terapeutikoa erabakigarria baita.

Bularreko minbizia goiz detektatzeko programa

Martxan jarri zenetik ia 14 urte igaro diren arren, hiru lurralde historikoetan bularreko minbizia goiz diagnostikatzeko programaren jarduerak darraio; horretarako, 50 eta 64 urte bitarteko EAEko emakumeei bi urtero aldebiko mamografiak egiten direlarik.

2006an, 69 urtera arte adin-tartea pixkanaka gehitzea onartu zen. Beraz, 64 urtetik gorako emakumeak pixkanaka sartu dira, adinaren arabera, 1941ean eta beranduago jaiotako emakumeei programaren bajak emateari utziz. Hori dela eta, 2007. urtean zehar, 50 eta 66 urte arteko emakumeei hitzordua eman zaie.

Bestalde, Doctor Areilza anbulatorioan Bularreko Minbizia Goiz Detektatzeko Unitateko instalazioak handitu dira, Programaren estaldura gehitzeko duten ahalmena hobetzeko asmoz; horrela, Bilboko unitatean 36.218 emakumetik 45.273ra igaroko delarik.

Programak bere jarduera darraio, eta ez bakarrik programaren alderdi ezagunei (zitak eta mamografiak egitea) dagokienez, baizik eta beste alor batzuei dagokienez, hala nola: komunikabide, hitzaldi eta informazio-bileretan esku-hartzeak eginez xede-populazioa sentsibilizatzea esparru sanitarioan, hiru hileko informazio-orria zabaltzea, programaren kalitate-kontrola egitea BMGDPren erabiltzaileei gogobetetasun-inkesta 2007ko azaroan (bi urteroko inkesta) eginez, probaren kalitate teknikoa berrikustea edo kalitate erradiologikoa bermatzeko ikastaroak egitea.

Programaren erabiltzaileen gogobetetasun-inkestan, inkesta egin zitzairen emakumezkoen %97,7k programarekin oso edo nahiko pozik zeudela esan zuten; %99k programa beharrezkoa zela adierazten zuen eta %100ak erantzun zuen berriro deitzen zitzaizenean itzuliko zirela.

Programaren beraren jarduera-memoria ikusita, 2007. urtean 123.559 emakumeri gonbit egin zitzairen, eta 94.559 mamografia egin ziren, 8.000 birbalorazio baino zertxobait gehiago, erreferentziako ospitalera 811 deribazio eta 351 bularreko minbizi detektatu ziren.

Zerbixeko minbizia goiz detektatzeko programa

2007. urtean zehar, Osakidetzan egiten den umetoki-lepoko lesioen egungo baheketa oportunistak Zerbixeko Minbizia Goiz Detektatzeko Programa batengatik aldatzeko lanean jarraitu da; eta bere eragingarritasuna eta eraginkortasuna hobetzen duten honako ezaugarri hauek ditu:

- Proba egitea egokitu eta egin ez duten emakumeen bilketa aktiboa.
- Arrisku handiagoko taldekoak direnentsako ekintza espezifikoak.
- Programa guztiaren kalitatea kontrolatu eta erregistratzeko sistema bat sortzea.
- Programaz arduratuko diren profesionalen etengabeko prestakuntza.

Ekimen horrek, papiloma birusaren kontrako txertoa erkidegoko txertaketa-egutegian sartzearekin bat egiten du.

Kolon-ondesteko minbizia goiz detektatzeko programa

Gure autonomia-erkidegoaren ezaugarrietara egokitutako kolon-ondesteko minbizia goiz detektatzeko programa baten diseinua garatzen jarraitu da, bere helburu nagusiak minbizi honen intzidentzia eta hilkortasuna murriztea direlarik.

Daukagun ebidentzia zientifikoak, populazio-baheketa bat gomendatzeko nahitaezko baldintzak betetzen direla baieztatze aukera ematen du, hau da, bere historia naturala ondo ezagutzen da, goiz egiten bada pronostikoa hobetzen duen tratamendua dago, biztanleriarentzako osasun-arazo garrantzitsu bat da eta baheketa-proba onargarria, baliozkoa eta nahiko segurua da.

Minbizi hori, kasuen %80an, hamar urtera arteko denboraldian txar bihurtzen den heste-polipo batetik dator; etapa aurreratu batera arte sintoma gutxi izaten ditu eta bere biziraupena argiro diagnostiko goiztiar baten menpe dago. Bere arrisku-faktore nagusietako bat adina da, eta intzidentzia 50 urtetik aurrera hamarkada bakoitzeko bikoizten da.

Aukerako baheketa-proba eginkarietan ezkutatutako odolaren determinazioa da, eta kolonoskopia egiaztapen diagnostikoaren proba da; betiere, kontraindikaziorik ez badago eta teknikoki posible bada.

Zainketa Aringarrietako Plana

Osasun Sailak, 2006an, Zainketa Aringarrietako Plana 2006-2009 aurkeztu zuen. Planean asistentziazko dispositiboak pazienteen beharretara egokitzea definitzen da.

Zainketa aringarrien kokaleku gisa bizilekuari lehentasuna ematen dio, eta etxeko atentzioaren kalitatea substantzialki hobetzea planteatzen du, baina Zainketa Aringarrietako Unitateetarako sarbide zuzena bideratuz, kasuaren konplexutasunak eta sintomen larritasunak edo bestela familien erabakiak horrela eskatzen dutenean.

Hiru lurralde-zuzendaritzetako Osasun Planaren buruzagitzek, 2007. urtean zehar, Planaren garapenerako aurreikusitako jarduketak aurrera eraman dituzte, lurralde bakoitzak bereak dituen behar espezifikoetara zuzendutako ahaleginak eginez, nahiz eta EAEko biztanleria osorako estaldura espezializatua lortzeari dagokionez Planak markatutako helburu berberekin izan, batez ere etxeko ospitalizazioko zerbitzua handiagotuz.

Bestalde, Osasun Sistema Nazional (OSN) guztirako izango den Zainketa Aringarriei buruzko Praktika Klinikoko Gidaliburua aurkeztu da. Gidaliburu hori, gure erkidegoan, Osasun Ministerioaren Kalitate Agentziak eskatuta egin da.

Tumoreen Erregistroen eguneratzea

Euskadiko Minbizi Erregistroak eta Ospitaleko Tumoreen Erregistroek, gure erkidegoan minbiziak duen egoera epidemiologikoaren zein gure ospitaleetan asistentziazko prozesuaren egoera zein den hobeto ezagutzeko aukera ematen dute, haien kontrola utziz, baita emaitzetan eta zentro sanitario desberdinen arteko konparazioan oinarritutako kalitate-adierazleen erabilera ere. Zentzu horretan, Euskadin minbizi-erregistroa hobetzeko Planean bildutako jarduketak gauzatzen jarraitu da.

Minbiziaren diagnostiko eta tratamenduan, bereziki planifikatutako koordinazioa behar duten era askotako profesional eta espezialistek parte hartzen dute, asistentziazko prozesuan beharrezkoak ez diren atzerapenak saihesteko asmoz. Zentzu horretan, ikerketa komisionatua egiteko agindua eman da, Tumoreen Ospitaleko Erregistroetan (TOE) eskura daitezkeen datuak kontuan hartuta tumoreen kokapen desberdinen denbora diagnostiko eta terapeutikoak aztertzeko. Azterlan horren emaitzei esker, erregistro horien informazioa prozesu onkologikoaren tratamenduan beharrezkoak diren denborak ezagutzeko iturri gisa erabiltzeak duen bideragarritasuna ezagutu ahal izango da, tumorearen susmoa, diagnostikoa eta tratamendu eraginkorretik abiatuz. Asistentziazko prozesuaren ezagutza handiago horrek, garrantzitsuenak diren hobetzeko arloak identifikatzeko aukera emango du.

Minbiziaren Aholku Batzordearen jarduerak

Minbiziaren Aholku Batzordeak lanean jardun du, eta 2007an zenbait bilera egin egin dira. Bilera horietan, honako hauei buruzko gomendioak jorratu eta eman dira: kolon eta ondesteko minbiziaren detekzio goiztiarra, programa-kontratuen “minbizia” izeneko prozesu bereizia, tumoreen ospitaleko erregistroak eta Osakidetza ospitaleetan minbiziaren asistentziazko

errealitatea hobeto ezagutzeko duen erabilera praktikoa, Zainketa Aringarrietako Plana hiru lurralde historikoetan martxan jartzea, OSNren estrategia minbiziari dagokionez eta gure autonomia-erkidegoan dituen emaitzak, minbiziaren susmopeko kasuetarako asistentziazko zirkuitu azkarrak ezartzea, aholku genetikoko unitateak Euskadiko Genetika Planaren barruan eta erradiodiagnostikoan eta medikuntza nuklearrean dauden beharrak.

Jarduketak bizimoduetan

Tabakoa-Alkohola

Honako hauek dira, Lehen Mailako Atentzioko Programatutako Jardueren Planaren barruan adierazle espezifikoak dituztenak: bizimodu osasungarrien sustapena, tabakismoaren atentzioa eta alkoholaren gehiegizko kontsumoa eta horiek uztea sustatzeko asistentziazko jardunbide egokiak.

Jarduera hori, oro har, Lehen Mailako Eskaintzan horrela agertzen da: batetik, populazioaren baheketa eta estaldurarako parametroak; eta bestetik, atentzio ona emateko irizpideak (ohitura uzteko laguntza eskaini eta aholku ematea, motibazioaren diagnostikoa test espezifikoaren erabileraren bidez, mendekotasuna gainditzeari hasiera ematea eta 12 hilabetera jarduketan emaitzak, famili egoeraren balorazioa, etab.).

Horiek horrela, 2006. urtean 320.000 paziente baino zertxobait gehiago bahetu eta erregistratu ziren; mendekotasuna gainditzeko ia 100.000 aholku eman ziren, eta adikzio eta motibazioarekin zerikusia zuten ia bi mila diagnostiko-kontsulta burutu ziren.

Osasun Sailaren Osasun Publikoko Zuzendaritzak bideratutako Tabakismoa Murriztu eta Prebenitzeko Planaren barruan, tabakoaren mendekotasuna gainditzeko teknikarik berrienak ikasteko ikastaroak eskaintzen jarraitu da. 2005eko urtarrilaz geroztik, eskaintza hori Osakidetzak bere pertsonal sanitarioarentzako sistematikoki programatutako etengabeko prestakuntzako ikastaroen barruan kokatuta dago.

1994. urteaz geroztik eta 2006. urtera arte, guztira, 1.175 profesionalak parte hartu dute (gehienez %86- Osakidetzakoak, eta gainerakoak, enpresako zerbitzu medikoak). **Osakidetzako Lehen Mailako Atentzioko** profesionalen %20 inguruk ikastaro horiek egin ditu.

Osasun Sailak 1.700.000 euro eman ditu, 2006an, osasun-zentroetan Osakidetzako Lehen Mailako Atentzioko profesionalen bitartez erretzeari utzi nahi izan dioten pertsonen **tabakoaren mendekotasuna gainditzeko** finantzatzeko.

Bestalde, eta arlo horretan lan egiten duten **elkarte edo kolektiboek** egiten dituzten ahaleginak sustatu eta koordinatzeko, eta Osasun Sailaren jarduketak osatzeko asmotan, biztanleria erretzaileak (kasuren batean emakumezkoak bakarrik) mendekotasuna gainditzeko zenbait proiektu bultzatu dira, osasunaren alorrean diharduten irabazi-asmorik gabeko elkarte eta autolaguntzako taldeei diru-laguntzak emateko programaren bidez.

Era berean, lan-esparruan tabakoaren kontsumoa gutxiagotzeko jarduketa indartu egin da, egoera horretan tabakismo pasiboa, erretzaileen artean egonez gero, saihestezina, sistematikoa eta denboran iraunkorra delako. Eskema horren barruan, eta 18/1998 Legea kontuan hartuta, bereziki murriztailea izan zen EAeko Administrazio Orokorreko bulegoetan lan egiten duten erretzaileei dagokienez, jadanik 2001ean, erretzeari utzi nahi zietenek tabakoaren mendekotasuna gainditzeko tratamendua eskaini baitzitzaien. Harrezkeroztik eta 2006. urtera arte, 615 pertsona erretzailek parte hartu duten programa horretan; eta terapia bukatu eta urtebetera, erre gabe jarraitzen dute tratamendua bukatu zutenen %35ak eta %25 izaten da eguneko zigarroen kopurua murrizten duena.

Administrazioko langileen artean 2001ean egindako jarduketa esperimentalaren emaitzak ikusita, 2006an beste lan-esparru batzuetan proposatu zen eta bereziki honako hauekin jardun da: batetik, irakaskuntzako profesionalak Hezkuntza, Unibertsitate eta Ikerketa Sailaren lankidetzarekin (88 pertsonak parte hartu dute); eta bestetik, EHUKo irakasle eta irakasle ez direnak (38 pertsonak izena eman dute).

Pertsona ez-erretzaileak babesteko arloak, “TABAKO GABEKO GUNEA” kartelak eta informazio-triptikoak mota guztiko instituzio, erakunde, enpresa edo partikularrei eskaintzen jarraitu du.

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak

Arrisku-faktoreei dagokienez jarduteko estrategiari laguntzeko asmoz, hemen ere bere kontrola sartu da Lehen Mailako Atentzioko Programatutako Jardueren Planean eta bere presentzia Lehentasunezko Eskaintzaren barruan mantentzen da, arrisku kardiobaskular altua duten pazienteen detekzioaren bidez, eta hipertentsioa, obesitatea eta hiperkolesterolemia duten pertsonen detekzioa eta kontrol egokia eginez.

Akutuentzako ospitaleetan, kardiopatía iskemikoa eta patologia zerebrobaskularra prozesu bereziak dira indarrean dauden programa-kontratuetan. Egitura, prozesu eta emaitzaren berri ematen duten adierazleak ezartzen dira; eta horiei esker, asistentziatzko prozesu osoan kalitatearen

jarraipena egin daiteke, prozesu horien emaitzak ebalua daitezke eta etengabeko hobekuntza bultzatzeko estrategiak planteatu daitezke.

Miokardioko Infartu Akutuari (MIA) dagozkion Akutuentzako ospitaleetako programa-kontratuaren adierazle eta estandarrek, honako hauek bideratu dituzte: atentzio-kate osoaren (emergentziak, UTE, Lehen Mailako Atentzioa, ospitaleko urgentziak, zainketa mediko intentsiboak, kardiologia, barne-medikuntza eta hemodinamika kardiakoa) protokolizazioa, pazientearen atentzio goiztiarra, birbaskularizazio-tekniken erabilera egokia eta ospitaleko altaren momentuan tratamendu aproposaren kontrola.

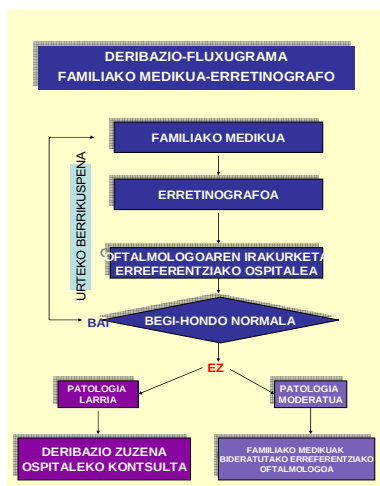
Kardiopatía iskemikoaren kasuan azaldutakoaren antzera, patologia zerebrobaskularrari dagokionez egindako jarduketa esanguratsuenek, honako hauek izan dituzte helburutzat: batetik, fase akutuko ospitaleko atentzioaren hobekuntza; eta bestetik, era horretako pazienteek arduratzen diren zerbitzuen arteko ondorengo koordinazioa. Horretarako, asistentziatzeko protokoloak ezarri dira, errehabilitazio-zerbitzuekin sail arteko kontsultak egin dira eta ospitaleko altaren momentuan pazientearen jarraipen egokia egin eta tratamendua kontrolatu da.

Diabetes Mellitusa

Diabetes mellitusaren prebentzioak, kontrolak eta tratamenduak zirkulazio-sistemako gaixotasunen arrisku-faktoreen kontrolean atal berezi bat merezi du, berez erikortasun altua duelako eta arrisku-faktore kardiobaskular gisa eragin handia duelako.

Lehentasunezko Eskaintzak, kontrol metaboliko egokia detektatzeko jarduerak ikuspuntu integraletik jasotzen ditu, baita erretinopatia diabetikoaren, anputazioen eta neuropatien konplikazioetarako kontrol espezifikoak ere.

2006an, erretinopatiaren kontrola telemedikuntzaren bidez hedatu da, erretinografo ez-midriatikoarekin. Horren ezarpenari esker, pazienteak osasun-zentrora doa, eta bertan bere erretinaren irudia erretinografoaren bitartez lortzen da. Irudi hori, sare informatikoaren bidez bere erreferentziako ospitalera berehala bidaltzen da, bertan espezialistak interpreta dezan. Lehen Mailako Atentzioak eta Atentzio Espezializatuak elkarrekin lan eginez garatu duten programa bat da, eta horrek, baterako jarraipena egiteko aukera ematen du, pazienteen arteko koordinazioa erraztuz.



Zerbitzuaren kalitatearen hobekuntzan egin beharreko pauso gisa, zabalkuntzaren hasierako ebaluazioa egin da, eta hobekuntza-proposamenak planteatu dira, interes berezia honako hauetan jarri delarik: ahalik eta eskualde gehienetan zabalkuntza eraginkorra egin eta dagoeneko instalatuta dauden erretinografoak errendimendurik handienera jarri. 2006. urtean erretinografoa Bilboko Eskualdean ezartzeari ekin zitzaion eta, 2007an zehar, Barrualdeko Eskualdean eta Ezkerraldean ezarri dira. 2008. urtean, erretinografoak honako eskualde hauetan izatea espero da: Gipuzkoa Mendebaldea, Gipuzkoa Ekialdea, Araba eta Uribe.

Osasun Ministerioak, OSN guztirako izango den diabetes arruntari buruzko Praktika Klinikoko Gidaliburua, 2006-2007an, prestatzeko eskatu dio Euskal Autonomia Erkidegoari.

Gaixotasun kronikoen errehabilitazioa hobetzeko plana

2007 eta 2008 urteetan zehar, gaixotasun kronikoen errehabilitazioa hobetzeko plana ezartzeko zenbait jarduketa egin dira:

- Errehabilitazio kardiakoa
- BGBK errehabilitazio
- Errehabilitazio neurologikorako beharren azterketa

JARDUKETA KOMUNITARIOAK ETA SEKTOREARTEKOAK

Oinez Bizi

Instituzioen arteko (Osasun Saila, Osakidetza/EOZko Lehen Mailako Atentzioko arloa, elkarte zientifikoak) lankidetzaz, *Oinez Bizi/Vive Caminando* izeneko kanpaina irudikatu da. Kanpaina horrek, biztanlerian oro har, eta batez ere arriskua duten pertsona sedentarioengan, jarduera fisiko moderatua sustatu nahi du.

Kanpaina horren zati gisa, ekintza-programa bat diseinatu da. Programa horren helburua, paziente sedentarioengan jarduera fisikoaren maila handiagotzea da; eta horretarako, material hezigarria prestatu da, Lehen Mailako Atentzioko 500 profesionalei jarduera fisikoaren onuren alderdi desberdinei eta biztanleriaren hezkuntza sanitarioaren barruan duen zereginari buruzko prestakuntza emango zaie.

Oinez Bizi jarduketaren eremuan, komunikabideetan kanpaina bat egin zen, eta Bilbon biztanle guztientzako ekitaldi bat egin zen.

Osasunean dauden desberdintasun sozialak

Desberdintasun sozialak zuzentzeko bideratutako ekintzek, batez ere, zerbitzu sanitarioetara iristeko ekitatearen berri eman eta haien kalitatea hobetzeko egin dira.

Honako hauek izan dira landutako interes-arloak:

Osasunean dauden desberdintasun sozialen monitorizazioa, MEDEA proiektuaren barruan arlo txikietan hilkortasunean dauden desberdintasun geografiko eta sozioekonomikoak aztertzeke aukera eman duten zenbait proiektutan parte hartuz, “Desberdintasun sozialak hilkortasunean EAEn: hilkortasuna eta egoera sozioekonomikoa” izeneko estatistika argitaratuz, EUROTHINE europar proiektuan parte hartuz, garrantzia eta kalitatearen arabera doitutako bizi-itzaropenean dauden desberdintasun sozioekonomikoak deskribatuz, erabateko hilkortasunean dauden desberdintasun sozioekonomikoak deskribatuz eta kausen arabera egoitza-arloko adierazle sozioekonomikoak erabiliz, Berrikuntza Sanitarioko Euskal Institutuarekin lankidetzan arituz egindako proiektua.

Interbentzio ez-sanitarioek osasunean duten inpaktua ebaluatzeke metodo baten garapena (OIE), osasuna politika sektorialen agendan sartzeko tresna gisa, bai esparru autonomikoan bai toki-mailan. Zehazki esateko, udal mailako eremuan, 2006. urtean martxan jarri da, Bilboko 7. barrutiko Uretamendi-Betolaza auzoko ingurubidearen Erreforma Integralerako Planak osasunean izan dezakeen eragina ebaluatzeke proiektua. Horrez gain, euskal administrazio autonomikoaren

jarduketak bahetzeko tresna bat prestatu da, OIEk dituen onurez balia daitezkeen jarduketak identifikatzeko asmoz.

Ekitatearen sustapena osasun-zainketen horniduran. Lehen Mailako Atentzioko programa-kontratuaren barruan umeentzako atentzioan dauden desberdintasun sozioekonomikoen eta hipertentsio arterialaren atentzioan dauden desberdintasun sozioekonomikoen azterlanari buruzko atalak sartu dira, zainketa-arlo bi horietan Lehen Mailako Atentzioan dagoen ekitatea zein den ezagutzeko asmoz.

2007ko lurralde-interbentzioak

Osasun Planean garatutako oinarrizko lerro estrategikoak, pixkanaka-pixkanaka, gidaliburuetan (prozesu bereiziak/bestelakoak) sartu behar dira, osasun-zerbitzuen kontratazioan zerbitzuen eta premien arteko egokitzapena ezartzeko, bereziki interbentzio eraginkor eta eragingarriak izan eta 2002-2010 Osasun Planak lehenetsitakoen kasuan. Gidaliburu horiek, Lurralde bakoitzak duen asistentziazko errealitatean (egoera aldeztatik aurreratu ondoren) oinarritu eta Osasun Planeko zerbitzuaren, profesional sanitarioen eta kudeatzaileen arteko baterako lanaren bitartez garatu behar dira. Horiekin guztiekin, honako arlo hauek jorratzen dira: eman behar diren zerbitzuen egokitzapena, kopuruari eta kalitate-estandarrei dagokienez dituzten zehaztapenak, kalitate-politiken sustapena eta baliabideen erabilera eraginkortasunaren lorpena.

ARABAN 2007an EGINDAKO INTERBENTZIO NAGUSIAK

Minbiziaren arloa

2007an zehar, Tumoreen Lurralde Batzordeak lanean jarraitu du. Bere lanaren alderdi nabarmenenak aipatu nahi izanez gero, Prostatako Minbiziaren Protokoloaren onespina eta honako kokapen hauetako protokoloen prestaketa seinalatu behar dira: hestegorria, urdaila, ginekologikoak (zerbixa, endometrioa eta obulutegia) eta puxika. Era berean, Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Protokoloaren berrikuspina prestatzen ari da.

Bestalde, kolon eta ondesteko minbizian emandako erantzun eraginkorraren denborei buruzko azterlan bat gauzatu da, susmoa dagoenetik diagnostikoa egiten den arte, eta diagnostikotik tratamendua jartzen den arte dagoen denbora zein den jakiteko.

Nahiz eta informazio gehiena Ospitaleko Tumoreen Erregistroetan egon, azterlanaren balio erantsia honetan datza: Arabako Eskualdeko paziente guztietan arreta jarri dute, diagnostikoa edota tratamendua eta Lehen Mailako Atentziotik egindako deribazioen informazio zehatzaren bilaketa zein ospitaletan egin den kontuan hartu gabe. Gainera, pazienteen kopurua eskuragarria zenez, 2006. urteko kasu guztien datuak lortu dira.

Zainketa Aringarriak

Lurralde Plana prestatzen jarraitu da, jadanik egun bukatuta dagoena.

Horren ardura duen batzordeak berorren garapenerako lehenengo ekintzak onartu ditu. Ekintzak honako gai hauei buruzkoak dira: zainketen hasierako ebaluazioa, kasuen jakinarazpena, deribazioen protokolizazioa, prestakuntza-plana eta planaren ebaluazioa.

Lehen Mailako Atentziotik Atentzio Espezializatura egindako deribazioak optimizatzeko azterlana

Eskualdearen eta akutuentzako bi ospitaleen (Santiago eta Txagorritxu) arteko azterlan pilotu bat gauzatzen ari da. Azterlana bi espezialitate hauei buruzkoa da: ortopedia eta dermatologia. Zentzu zabalean hartzen bada, bere asmoa eskari asistentzial handiagoa sortzen duten prozesuetan Lehen Mailako Atentzioko eta Atentzio Espezializatuko eragingarritasuna handitzeko asistentziazko mailen arteko elkarriketa erraztea da.

Honako hauek dira azterlanak dituen helburu espezifikoak: lehen mailatik maila espezializatura bideratzen diren pazienteen kopurua ezagutzea, maila espezializatutik lehen mailarako erantzun-tasak ezagutzea, Lehen Mailako Atentzioko Unitateek (LMAU) duten erabakiak hartzen duten ahalmena deribazio-tasak gutxituz, kanpo-kontsulten itxaronzerrendetan dauden pazienteen kopurua eta haien batez besteko atzerapena gutxitzea, maila espezializatuak duen erantzuteko ahalmena hobetzea, maila espezializatuaren erantzun-tasak gehitzea, zeharkako beste adierazle batzuk (esaterako: hurrengo kontsultak zati lehenengoaren indizea, ezeztapenen portzentajea edo ez bertaratzeena) hobetzea.

Aurreko urteetan bezala, **Lehen Mailako Atentzioko Jardunaldia** egin da, non programa-kontratuaren kalitatezko itemen emaitzen berri ematen baita, medikamentuaren erabilera arrazionalari eta Lehentasunezko Eskaintzari buruzkoak bereziki nabarmenduz. Aurtengo berritasun nagusia LMAU bidezko aurkezpena izan da, unitate horiek eskualdearen gainerakoarekin eta Euskal Autonomia Erkidegoko LMAU hoberenarekin erlazionatuz.

Azkenik, Lehen Mailako Atentzioan berrikuntza eta ikerketari buruzko txosten espezifiko bat barne hartu da, BIOEFen ardurapean, Lehen Mailako Atentzioan azterlan eta interbentzio berritzaileak bultzatzeko, Arabako Eskualdeko staff-ean ikerketako arduraduna sartu baita.

BIZKAIAN, 2007an, EGINDAKO INTERBENTZIO NAGUSIAK

Gaixotasun Zerebrobaskular Akutuaren (GZBA) ebaluazioa 2003-2007

2007an, bosgarren aldiz, ebaluatu da GZBA duten pazienteak atenditzeko prozesua. 2003an osatutako lantaldean honako hauek parte hartu dute: neurologoak, urgentzietako medikuak, kalitate-arduradunak eta buruak, lurralde-zuzendaritzako arduradunetz gain. Lantaldeak bere jarduera denboraldi osoan zehar garatu du, eta lortutako hobekuntzetarako erabakigarria izan da.

Bost urteko lanaren balantzea oso positiboa izan da, kalitate-maila baxutik abiatutako adierazleetan hobekuntzak gertatu baitira, eta dagoeneko maila altuetan zeudenak mantendu egin direlako. GZBA duten pazienteen errehabilitazioa arlorik defizitarioena da, egindako hobekuntzak oso zuhurrak izan baitira.

Helburu progresiboak, auditoretza eta atzeraelikadura ezartzeko hartutako prozedurarekin, programa-kontratua asistentziaren kalitatea hobetzeko bultzatzaile zuzen gisa erabili nahi izan da. Buruzagi klinikoek kontratazio-proposamenari baliozkotasuna eman diote eta lurralde-zuzendaritzatik egindako neurketak abiapuntutzat hartuta, emaitzen hobekuntza lortzeko aldaketak sustatu dituzte.

Mugapenak baditu ere, prozeduran dagoen gardentasunari eta jakinarazpen egokiari esker, ebaluazio-prozedura partekatua onartu eta mantendu da. Honako hauek daude emaitza onen oinarrian eta hartutako ereduaren jarraitutasunean: programa-kontratuaren edukiei dagokienez erabakitzeke nolabaiteko ahalmena klinikoei eskualdatzea, urteko helburuak ezartzea eta neurologiako eta urgentzietako zerbitzuei funtsezkotzat hartzen diren asistentziazko alderdietan kalitate-mailei buruzko feedback-a.

GZBAren errehabilitazioa

2007an, lehenbiziko aldiz ebaluatu da GZBAren errehabilitazio-prozesua Santa Marina eta Gortizko ospitaleetan. Adierazleak praktika klinikoko gidaliburu berrienetan agertzen diren gomendioak kontuan hartuta finkatu dira, horretarako sortutako lantalde baten aholkularitzarekin, eta bi ospitaleetako mediku errehabilitatzaile eta zuzendariak parte hartzen dute.

Hautatutako adierazleen bitartez neurtutako kalitate-mailak oso altuak dira. Bizkaian GZBA duten pazienteak errehabilitatzeko ospitaleratzeen jardura gehiena, Gortizko Ospitalean gertatzen da. Tratamenduen intentsitatearen ebaluazioan sakontzeko beharra dagoela ikusi da, beraz, 2008ko programa-kontratuak horri buruzko adierazleak barne hartuko ditu.

Zainketa Aringarriak

2007. urtean, lehenengoz, akutuentzako ospitaleetako eta ospitale ertain-luzeetako programa-kontratuan eta Lehen Mailako Atentzioetakoan kalitate-adierazle batzuk sartu dira. Adierazle horiek, halaber, Zainketa Aringarrietako prozesu bereizia osatzen dute.

Zainketa Aringarrien lantaldea, kaltetutako maila guztietako klinikoek, zuzendariek eta kalitate-zuzendariek osatzen dute; eta adierazleen proposamena onartu eta emaitzak berrikusi zituzten.

Emaitzak oso desberdinak izan diren arren, erakundeen arteko akordioen ezarpenean aurrera egin da, eta Lehen Mailako Atentziotik zainketa aringarrietako unitateetarako deribazio zuzena gaitu da. Era berean, Lehen Mailako Atentzio eta etxeko ospitalizazioko zerbitzuen arteko zubiak eraiki dira aholkularitza, baterako bisita eta deribazioetarako.

Lau eskualdetako kliniken parte-hartzearekin, medikuek eta erizainek zainketei buruzko guztia etxean erregistratzeko dokumentu bat diseinatu da, senideei jarraibideak eta pazienteen nahi eta igurikimenei buruzko xehetasuna emateaz gain.

Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoaren (BGBK) koordinazio-protokoloa

2007an, BGBKaz arduratzeko Lehen Mailako Atentzio eta pneumologiako zerbitzuen arteko koordinazio-protokolo bat sinatu da. Protokoloaren idazketan lau eskualdeetako familiako medikuek eta akutuentzako lau ospitaleetako pneumologiek parte hartu zuten.

Bizkaiko lurralde osorako komuna den dokumentuan, eskualde bakoitzak bere erreferentziako ospitalearekin bere testuinguru partikularrari buruzko kontuak dakartzan eranskin bat sinatu du.

Pneumonia

Lehenbiziko aldiz, 2007ko programa-kontratuak akutuentzako lau ospitaleetan pneumoniaz arduratzeko kalitate-adierazle batzuk sartu zituen. Emaitzak, lau erakundeetako pneumologiek eta urgentzietako medikuek berrikusi zituzten; eta emaitza horiei esker, 2008an lortzeko helburuak ezartzeko aukera egon zen.

GIPUZKOAN, 2007an, EGINDAKO INTERBENTZIO ESPEZIFIKOAK

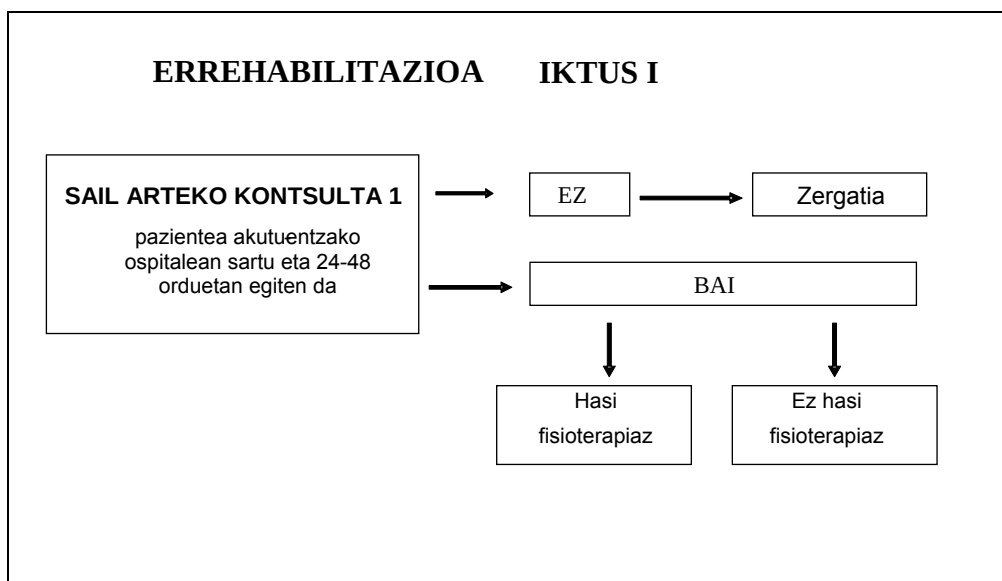
GZBAren errehabilitazioa

Gipuzkoako Lurralde-Zuzendaritzak 2007ko kontratu-programan hartutako kalitate-konpromisoen artean, GZBA osteko jarduketa-plan bat prestatzea zegoen. Plan horrek, iktusaren

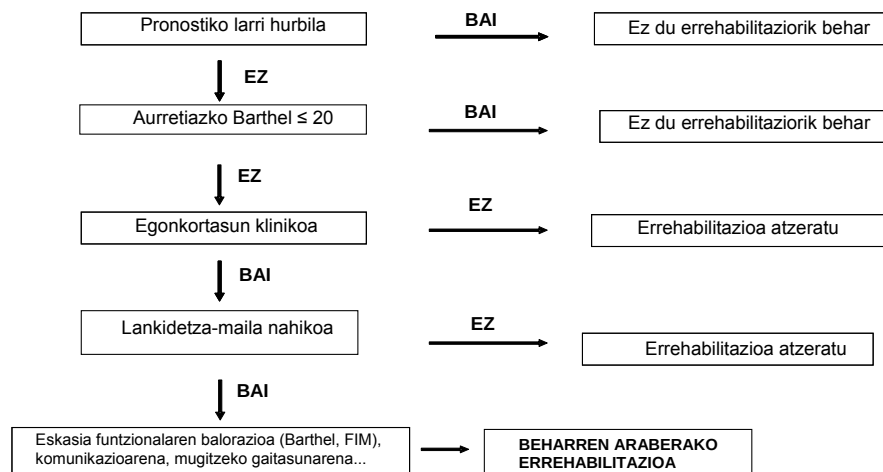
ostean pazienteengan aplikatu beharreko terapia errehabilitatzaileak bildu, eta aipatutako terapien aplikazioan dagoen aldakortasuna murriztuko luke.

Horretarako, Osasun Planaren Zerbitzuak, 2008. urtean zehar, Donostia Ospitaleko mediku errehabilitatzaileek eta Ricardo Bermingham Ospitaleko mediku geriatrek osatutako lantaldea koordinatu zuen. Lantalde horrek, GZBAren Errehabilitazioaren Jarduketa Plana” prestatu du; berau gauzatzeko erreferentzia gisa honako hauek hartu dituelarik: Osasun Sailaren “Euskal Sanitate Publikoan Gaixotasun Kronikoen Errehabilitazioa Hobetzeko Proiektua 2007-2009” eta

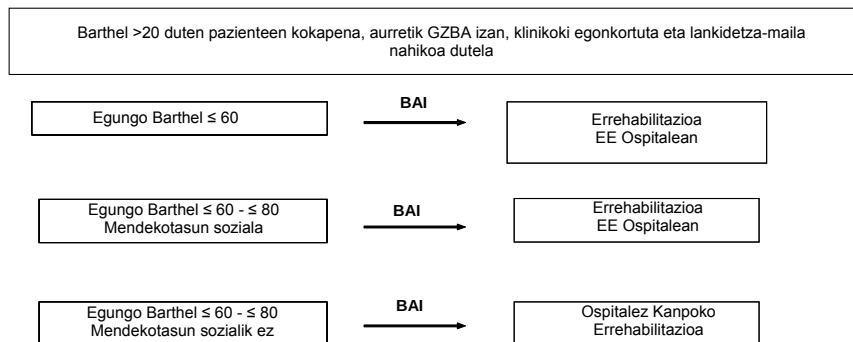
Donostia Ospitalean indarrean dagoen “Gipuzkoan GZBA n Tratamendu Errehabilitatzailearen Bide Klinikoaren Diseinu eta Ezarpena” izeneko dokumentua. Bertan aipatzen da, esku-hartze goiztiarrak duen garrantzia eta akutuentzako ospitaleek eta egonaldi ertain eta luzeko ospitaleek garatutako jarduerak bereizten dira honako hauek kontuan hartuta: arazeria-maila, egoera klinikoa eta pazientearen edukiera funtzionala, hurrengo grafikoek biltzen duten moduan:



ERREHABILITAZIOA IKTUS II



ERREHABILITAZIOA IKTUS III



Planak, halaber, 2009. urtetik aurrera ezarriko diren asistentziazko kalitatea ebaluatzeko adierazleak barne hartzen ditu.

Taldeak, esandakoaz gain, pazientearen senideei eta zaintzaileei laguntza emateko material hezigarria prestatu du, zainketen jarraitutasuna eta pazientearen etxean prozesu errehabilitatzailea egin dadin. Material hori argitaratu egingo da, eta 2009an hedatzen hasiko da.

“Sindrome Koronario Akutua: protokolizazioa eta informatizazioa Gipuzkoan” proiektua

Sindrome Koronario Akutuak (SKA) eragindako egungo erikortasun eta hilkortasunak, galdutako bizitza urte potentzialak eta biztanleriaren bizi-kalitatearengan duen eragina kontuan hartuta, garrantzi epidemiologiko berezia dauka gure erkidegoan eta EAerako Osasun Planaren lehentasunetako bat da.

Egungo prebentziozko neurriak (lehen, bigarren eta hirugarren mailakoak) ezarriz, eta ebidentzia zein den ikusita, baieztatu dezakegu egungo infartuen portzentaje bat saihestu daitekeela,

arrisku-faktore aldagarriei buruzko neurri hezitzaileekin lehenengo gertakaria baino lehen jarduten bada. Infartua gertatu ondoren, gero eta pertsona gehiagok erabili ahal izango dituzte adin aurreratuetan ere eraginkorrak direla frogatu duten neurri terapeutiko berbaskularizatzaileak; adin horiek orain arte neurriok ezartzeko oztopo zirelarik. Errehabilitazio kardiakoko programak, gaur egun sistema sanitario publikoan ez daudenak, infartu konplikatueta eta konplexua izan ez den miokardioko infartu akutu bat izan duten pazienteen autozainketan emaitza itxaropentsuak ematen ari dira.

Sindrome horren historia naturala, lurraldeko sistema sanitario osoarengan eragina du (espezialitateak/Lehen Mailako Atentzioa), bere atentzioan sektore sanitario publikoaz gain, sektore pribatu/itundutakoa ere inplikaturik dagoelako. Bi sistemetako (publikoa/itundutakoa; espezialitateak/Lehen Mailako Atentzioa/emergentziak/urgentziak) profesionalen arteko atentzioaren koordinazioa, arazo horri ekiteko 2. zergatia da.

Proiektu hori, Osasun Planaren lehentasunetako bati (“Gaixotasun kardiobaskularrak”) ekiteko 2002. urtean hasitako lanean kokatzen da eta honako hauekin hasitako continuum bat osatzen du: gaixotasun zerebrobaskular akutuaren azterlana (2002), miokardioko infartu akutuaren atentzioaren azterlana eta balorazioa Gipuzkoan (2005) eta STren igoerarekin MIAren aurrean jarduteko protokoloaren (2006) ezarpena. Miokardioko infartu akutua da kardiopatia iskemikoaren adierazpen kliniko garrantzitsua.

SKAren informazio-sistema, Donostia Ospitalearekin eta parte hartzen duten gainerako ospitaleekin batera lanean ari da.

Proiektuaren helburua

Sindrome koronario akutua diagnostikatu zaien pazienteak atenditzeko erreferentziako ospitalean erdiratutako informazio-sistema eta protokoloa prestatzea.

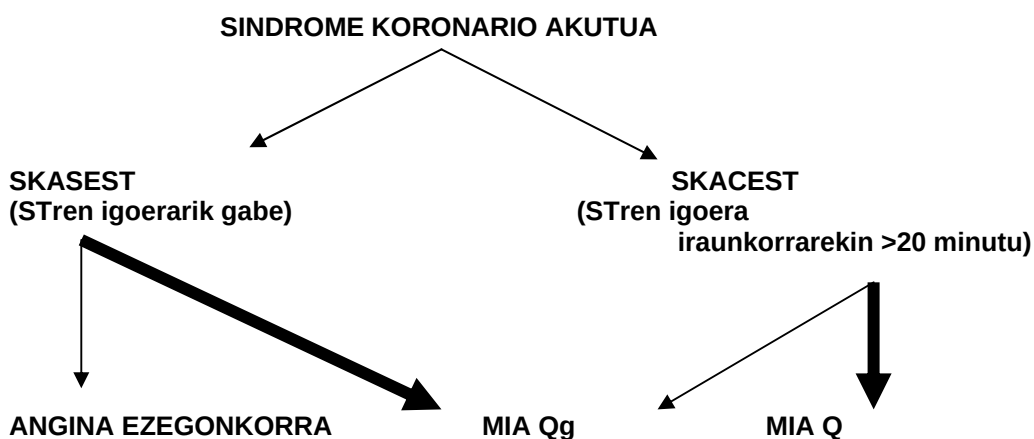
Sindrome Koronario Akutuaren definizioa

Iskemia miokardiko akutuaren aurkezpen klinikoaren forma desberdinak biltzen dituen termino generiko bat da, oro har arteriosklerosi koronarioaren ondorengoa dena, beti horrela gertatzen ez den arren.

Honako hauek barne hartzen ditu: angina ezegonkorren diagnostikoak, Q uhinik gabeko MIA (MIASg), Q uhindun MIA (MIAS), iskemia isila eta bat-bateko heriotza.

Aurkezpen klinikoaren forma desberdin horiek mekanismo fisiopatologiko arrunta konpartitzen dute, ateromaren plaka bat apurtu edo higitzea tronbosi elkartuaren maila desberdinekin eta enbolizazio distala izanik, argi koronarioaren buxadura eragingo lukeena perfusio miokardiko akutuko akatsa sortuz.

Ikuspuntu praktikotik abiatuta, aurkezpena egiten den momentuan elektrokardiograman (EKG) agertzen diren alterazioen arabera sailkatzen dira gaur egun, geroago eboluzio desberdinak izan ditzakeelarik, hurrengo koadroak erakusten duen moduan.



Proiektuaren faseak

1. SKAren Gipuzkoarako atentzio-protokoloa prestatzea, eta berau Gipuzkoako asistentziazko sarean ezartzea. Prestaketa 2008ko azaroan bukatu zen eta momentu honetan ezarpen-prozesuan gaude.
2. Erreferentziako ospitalean informazio-sistema prestatu eta ezartzea. Bukatuta dago eta 2009ko otsailaz geroztik fase pilotuan dago.
3. Gipuzkoa Poliklinikan informazio-sistema ezartzea, hemodinamika egiten duen ospitalea baita. Fase pilotuan dago 2009ko otsailaz geroztik.
4. Eskualdeko ospitaleetan (publikoak eta itundutakoak) informazio-sistema ezartzea. 2009ko urria.
5. Emergentzietan eta Ospitalez Kanpoko Urgentzietan informazio-sistema ezartzea. 2010eko lehenengo hiruhilekoa.

Eragingarritasuna pazienteak Egonaldi Ertaineko (EE) ospitaleetara eta zentro sozio-sanitarioetara (S-S) bideratzean

2003. urteaz geroztik, Gipuzkoako Lurralde Historikoan (GLH) balorazio-galdesorta bat erabiltzen ari da. Galdesorta horri esker, Egonaldi Ertaineko Ospitaleetara (EEO) edota zentro soziosanitarioetara, baita Donostiako Gurutze Gorrira edo Zumarragako Argixau Zentrora ere, lekualdatzea eskatu den pazienteen karga medikoak, erizaintzakoak eta sozialak ebaluatu ahal dira. Gure GLHrako balidatu eta egokitutako galdesorta horren aplikazioak, pazienteen zainketen kargak, irizpide uniforme eta estandarizatuen arabera, baloratzeko aukera ematen du; eta horrek, egonaldi ertaineko baliabide eta baliabide soziosanitarioen esleipen ordenatu eta ekitatiboa bermatzen du.

Donostia Ospitaleko Pazienteak Onartzeko Zerbitzuak, Gipuzkoako EE zentroetara lekualdatzeko eskaera guztiak baloratzen ditu, eta Batzorde Soziosanitariora zentro soziosanitarioetara lekualdatu beharreko pazienteen balorazioa bidaltzen du.

Asistentziazko prozesu horri buruzko datuak erregistratzen dituen aplikazio informatikoa 2006an ezarri zen, eta 2007an zehar finkatu egin da. Era berean, ospitaleratzearekin lortu beharreko proposatutako helburuei buruzko datu berriak eta EEko egonaldian zehar lortutakoak barne hartu dira.

Balorazio-galdesorta baremo hirukoitz batek (medikoa, erizaintzakoa eta soziala) osatzen du.

Balorazio medikoaren helburua da, honako hauen bitartez pertsonaren gaixotasun-maila zehaztea: diagnostiko nagusiaren informazioa eta patologia elkartua, beharrezkoak diren egungo tratamenduak, aurrekari patologikoak, *Performance Status* izeneko testa eta balorazio kognitiboa Azterketa Kognitibo Mini-Mentalaren bidez.

Honako hau da **erizaintzako balorazioaren** helburua: desgaitasun fisiko eta psikikoen arabera eta aplikatu beharreko terapiak kontuan hartuta zainketen premia identifikatzea. Barthelen indizea erabiltzen du, eta hauek identifikatzen ditu: zunda eta kolektoreen existentzia, serumen kontsumoa, ostomiak, beharrezkoak diren eguneko sendaketen kopurua, eguneroko bizitzaren jarduera instrumentalak egiteko gaitasuna; eta arlo kognitiboan orientazioa, komunikatzeko gaitasunak, hizkuntza eta portaera psikikoa baloratzen ditu.

Hau da **balorazio sozialaren** helburua: pertsonaren familia-laguntza eta laguntza sozioekonomikoaren egitura identifikatzea. Honako hauek baloratzen ditu: familia-laguntzaren

existentzia, bizikidetzako gunearen ezaugarriak, etxebizitzaren baldintzak, pazientearen eta familia-nukleoaren egoera ekonomikoa; eta azkenik, etxean laguntza soziosanitarioaren beharra edota hartzea.

Atal bakoitzak garrantzi bera du eta honako hauek dira, Gipuzkoan zerbitzuen eskuragarritasuna kontuan hartuta, galdesortaren aplikazio-irizpideak:

- Arau orokor gisa, eta ondo justifikatutako salbuespenak izan ezik, guztira $< 33,33$ puntu dituen pazienteak ez dira dispositibo asistentzial sanitario edo soziosanitariora bidaliko.
- Guztira $< 33,33$ puntuko puntuazio ponderatua duen pazienteak, bere ohiko etxera bidali ahal izango da.
- Guztira $\geq 33,33$ puntuko puntuazio ponderatua duen pazienteak, dispositibo asistentzial sanitario edo soziosanitariora bidali ahal izango da.
- Medikuek eta erizaintzako batuketaren puntuazio ponderatu gisa $\geq 26,66$ puntu dituen pazienteak, egonaldi sanitario ertainera (Amara/ Matia) bidali ahal izango da.
- Medikuek eta erizaintzako batuketaren puntuazio ponderatuaren %80 gutxienez adierazten duen puntuazio ponderatu soziala duen pazienteak, Gurutze Gorrira bidali ahal izango da.

Hona hemen 2007. urtetik aurrera erabilitako osasunean dauden emaitzen adierazleak:

- Ospitaleratzean planteatutako **helburuen lorpen-maila**. Paziente bakoitza ospitaleratzean, pazientearekin lortu beharreko helburuak ageriko egiten dira. Hona hemen erabilitako helburuak: egonkortze klinikoa, tratamenduaren konplexutasuna
- murriztea, irabazi funtzionala, estatus kognitiboaren hobekuntza eta laguntza sozialaren bilaketa. Irabazi funtzionala ebaluatzeko honako hauek erabiltzen ditugu:
 - o **irabazi funtzionalaren eragingarritasuna**: ospitaleratzearen denborari dagokionez hobekuntza-maila adierazten duena.
 - o **ospitaleratzearen eraginkortasuna neurtzen duten adierazleak** estatus funtzionala berreskuratzeari dagokionez. Honako hauek dira erabilitako adierazleak:

 **Heinemann indizea**: irabazi funtzionala erlazionatzen du, baina ospitaleratzeko momentuko estatusa kontuan hartuta.

✚ **Heinemann indize zuzendua:** irabazi funtzionala erlazionatzen du, baina ospitaleratzearen aurreko estatusarekin duen zerikusia kontuan hartuta.

- **Etxeko alten intzidentzia.**
- **Egonaldia egunetan,** egonaldi ertainera lekualdatutako paziente bakoitzarentzako itundutakoa.

Zenbait emaitza

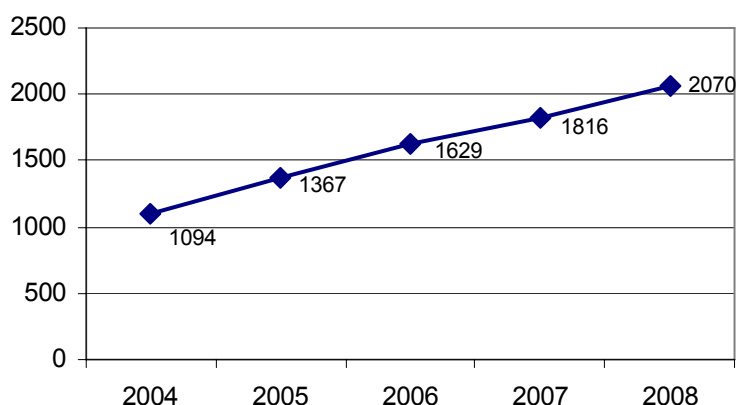
2008an zehar, Donostia Ospitaleko Pazienteak Onartzeko Zerbitzura, guztira, 2.492 lekualdatze eskatu ziren; eta horrek esan nahi du, eskarian 2007an egondakoarekiko (2.155 eskabide) %15,6ko gehikuntza gertatu dela.

Paziente gehienak Gipuzkoako Lurralde Historikoko udalerrietan bizi dira eta eskabideak, batez ere, akutuentzako ospitaleetatik datoz (%89), eta bereziki Donostia Ospitaletik (%69,1). Eskabideen bostena eskualdeko ospitaleetatik dator eta eskaera horren bolumenak, aztertutako urteetan zehar, egonkortzeko joera hartu du.

Lehen Mailako Atentzioan sortutako eskaria, kopuruari dagokionez txikia den arren, 2007koari dagokionez eboluzio gorakorra erakusten du (%2,6 eta %3,9, hurrenez hurren).

Gipuzkoan eskatutako 2.495 lekualdatzeetatik, EEko zentro sanitario edo zentro soziosanitario batzuetara, guztira, 2.070 deribazio onartu ziren. 1. grafikoak islatzen duen bezala, lekualdatzeen bolumena bikoiztu egin da ebaluazio hau egiten den bost urteetan, denboraldian gehikuntza lineala aurkeztuz.

1. grafikoa.- EEra lekualdatutakoen kopuruaren eboluzioa. Gipuzkoa 2004-2008



Lekualdatutako pazienteen adin eta sexuaren ezaugarriek haxe adierazten dute: adinean aurreratutako pazienteak dira (batez besteko adina: 76,6 urte $\pm 12,5$), eta emakumezkoak dira gizonezkoak (%50,4) baino zertxobait gehiagotan ospitaleratzen direnak.

2008. urtean 2007an bezala, jaisten jarraitzen du, oso arinki bada ere, EEra bideratutako pazienteen karga sozialak (%17,3), eta lehenbiziko aldiz alderdi sozialek paziente horien puntuazio globalean zainketa medikoak baino gutxiago dakarte.

EEko bi ospitaleetan ospitaleratutakoen profila oso antzekoa da. Dispositibo soziosanitarioetan ospitaleratutakoen puntuazio soziala, bi ospitaleetan ospitaleratutakoena baino altuagoa da, aurreko urteetan gertatu den bezala.

Ohikoa da pluripatologiaren presentzia edozein zentrotan ospitaleratutako pazienteengan, nahiz eta Matia Ospitalean sarriagoa izan (pazienteko batez bestekoa: 3,3 gaixotasun), eta Gurutze Gorriko zentroan 3,6 gaixotasun, Amara Ospitalean batez besteko horrek 2,9 patologia adierazten dituelarik.

Egonaldi ertainak, aurreko urteetan jadanik hasitako beheranzko joera jarraitu du, eta ospitale bietan 30eguneko batez besteko egonaldia gertatu dela ikusi da.

Egonkortasun klinikoa pazienteen %65,8an proposatu zen eta horien %85ean lortu zen. Tratamenduaren konplexutasuna murriztea, xedetzat zuten pazienteen %86,3an lortu zen; eta irabazi funtzionala pazienteen %91,2an erreparatu zen. Egonaldi ertainean egon ondoren etxera bidalitako pazienteen tasa %46koa izan zen.

2008ko jarduketa-lehentasunak

ZERBITZU SANITARIOETAN

Minbizia

- Zerbixeko minbizia: Programaren antolamendu eta erregistro-sistemaren hobekuntza.
- Kolon-ondesteko minbizia: populazioaren baheketa-programaren diseinua.
- Zainketa Aringarrietako Planaren Lurralde Garapena.
- Tumoreen Ospitaleko Erregistro Sistemaren hobekuntza.
- Linfedemak prebenitzeko mastektomia osteko errehabilitazioaren hobekuntza.
- Zainketa Aringarrietako Gidaliburu Praktikoaren prestaketa, hedapena eta ezarpena.

Gaixotasun kardiobaskular

- Lehen Mailako Atentzioan gaixotasun koronarioa edo garuneko iktusa duten pertsonengan arrisku-faktoreen kontrol egokia.
- Lehen Mailako Atentzioaren esparruan arrisku kardiobaskular altua duten gizabanakoen detekzio eta kontrolaren hobekuntza.
- Garuneko iktusaren eta kardiopatia iskemikoaren errehabilitazioaren hobekuntza.

Osasun mentala

- Paziente psikotikoen familientzako atentzio espezifikoa ematea.
- Patologia mental larria duten gazteen atentziorako sarbidea erraztea, 14 eta 20 urte bitarteko adin-zerrendan baliabideak berrantolatuz.
- Adineko ahularen beharrak aztertzea, eta narriadura kognitiboa duen pazientearen behar sozialen, medikoen eta erizaintzakoaren ebaluazio integral bat sistematikoki egitea bultzatzea.

Diabetesa

- Diabetesaren Praktika Klinikoko Gidaliburuaren (PKG) prestaketa, hedapena eta ezarpena.

- Erretinopatia diabetikoaren kontrola, erretinografo ez-midiatrikoaren bidez.

Osasunean dauden desberdintasun sozialak

- Ekitatearen azterketa, ama eta umearentzako atentzio sanitarioan eta hipertentsioan.
- OIE tresnaren sailen arteko garapena, politika ez-sanitarioek osasunean duten eragina ezagutu eta ebaluatzeko.

Programa-kontratua bultzatzea, asistentziaren kalitatea ebaluatu eta hobetzeko tresna gisa

SEKTOREARTEKOETAN

Tabakoa, alkohola eta legez kontrako drogak

Inplikaturako instituzioekin (Hezkuntza Saila, udaletxeak, Droga Gaietako Zuzendaritza) lankidetzarako bideak eta mekanismoak ezartzea.

Jarduera fisikoa eta elikadura osasungarria

Hezkuntza Sailarekin, Aldundiarekin eta udaletxeekin sustapen-kanpainak egitea. Bizitza Osasungarrirako Plana, Oinez Bizi eta Eskola Kirola bultzatzea.

Gaixotasun kronikoen errehabilitazioa

Zerbitzu espezializatuetan berreskuraturako funtzioen mantentzearen alde egitea, sektore sanitario eta sozialen arteko koordinazioarekin, pertsona horiek komunitatean ahalik eta ondoen integratzeko ingurune egokiaren erabilera optimizatuz.

Zainketa Aringarriak

Arduradun sozio-sanitarioekin erakundeetan dauden pertsonen atentzioaren kalitatearen hobekuntza koordinatzea, eta Zainketa Aringarrietako Planak etengabeko prestakuntza, koordinazio eta antolamenduari dagokionez sortutako jarduketa-sinergiak faboratzea.

Eranskina

Txosten hau egiteko, honako dokumentu hauek kontsultatu dira:

- Osasun Plana 2002-2010.
- EAEko Osasun Inkesta 2007.
- Ospitaleko Alten Erregistroko urteroko txostenak. 2002-2006.
- Osasun Publikoaren urteroko txostena. 2002-2006.
- Hilkortasuna EAEn. 2002-2006.
- EAEko Informazio Mikrobiologikoko sistemaren urteroko txostena. 2005.
- Nutrizio Inkesta 2005 (4 urtetik 18 urtera bitarteko euskal biztanleria).
- Osakidetza: 2004-2007 memoria.
- Hiesa Prebenitu eta Kontrolatzeko Planaren dokumentuak.

TAULEN ERANSKINA

¹ 1989. urtea.

² 1997. urtea.

³ 1998. urtea.

⁴ 1999. urtea.

⁵ 2000. urtea.

⁶ Tasa x 100.000, Europako biztanleria estandarrera adinaren arabera doitia. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa.

⁷ Tasa x 100.000 langile. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa.

⁸ Biztanleria osoaren portzentajea. 1997. urtea.

⁹ Tasa gordina x 100.000. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa.

¹⁰ Ez daukagu informazio zehatzik.

¹¹ 1997-98 hiru urteko batez bestekoa.

¹² 1996-97 bi urteko batez bestekoa.

¹³ Tasa x 1.000 bizirik jaiotakoak. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa.

¹⁴ Tasa x 1.000 jaiotakoak. 1996-98 hiru urteko batez bestekoa.

¹⁵ 1996-00 lau urteko batez bestekoa.

¹⁶ Tasa x 1.000 langile, enpresen jarduera ekonomiko motaren arabera estandarizatua. 2000. urtea.