

1. Bizimoduak

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

1.1. Tabakoaren kontsumoa

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

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

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

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

Iturria: Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.

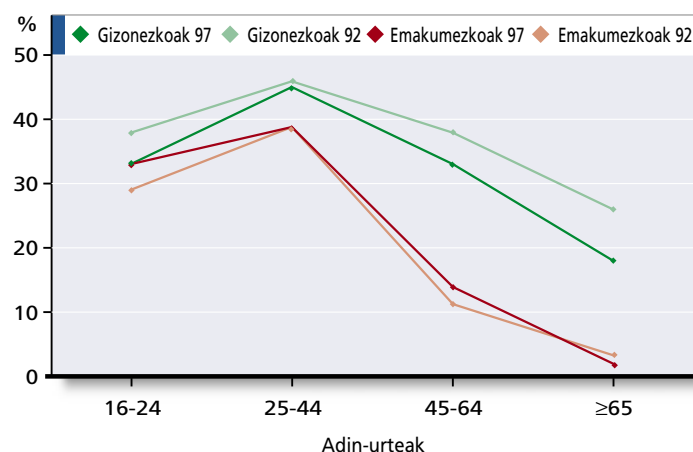
Tabakismoari lotutako arriskuak bi kategoriatan banatzen dira. Batetik, erretzaileen beraien arriskuak, eta bestetik, biztanleria orokorraren arriskuak. Pertsona helduak egin direnean erretzen hasi eta harrezkero inoiz erretzeari utzi ez dioten pertsonentzat arriskua handia da. Ohiko erretzaileen erdia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

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

Gaurko egoera

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

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



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

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

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

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

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

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

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

Helburuak

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

* Urtea: 1997.

Interbentzio-estrategiak

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

Jokabide indibidualak

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

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

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

Jokabide komunitarioak

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

Jokabide intersektorialak

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

Beste jokabide batzuk

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

Ezberdintasunak

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

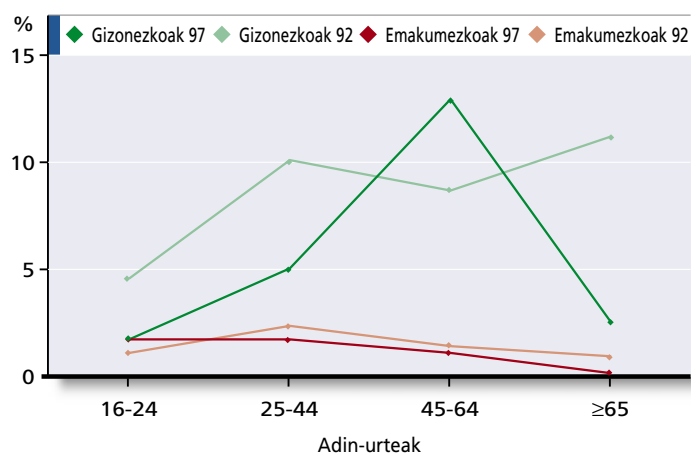
1.2. Alkoholaren kontsumoa

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

Gaurko egoera

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

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



Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

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

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

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

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

Helburuak

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

* Urtea: 1997.

Interbentzio-estrategiak

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

Jokabide indibidualak

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

Jokabide komunitarioak

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

Jokabide intersektorialak

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

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

Ezberdintasunak

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

1.3. Legez kanpoko drogak

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

Gaurko egoera

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

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

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

Iturria: Drogamendetasunen Euskal Behategia. Eusko Jaurlaritza.

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

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

Helburua

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

* Año 2000.

Interbentzio-estrategiak

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

Jokabide komunitarioak

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

Jokabide intersektorialak

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

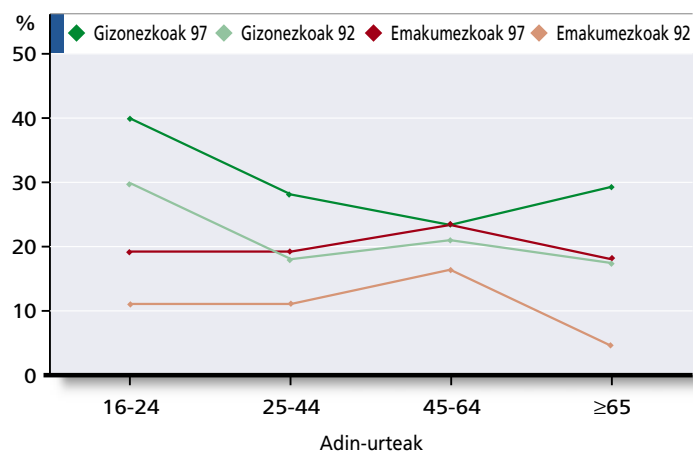
1.4. Ariketa fisikoa

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

Gaurko egoera

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

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



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

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

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

Helburuak

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

* Urtea: 1997.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide komunitarioak

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

Jokabide intersektorialak

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

Ezberdintasunak

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

1.5. Nutrizioa eta elikadura-segurtasuna

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

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

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

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

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

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

Gaurko egoera

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

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

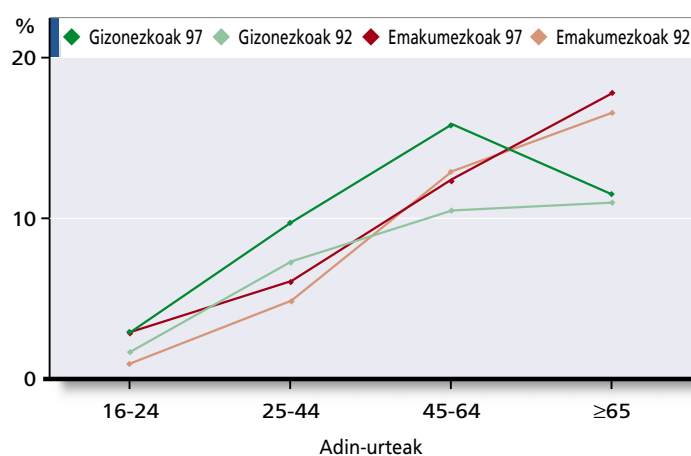
23 taula. Europarako nutrizio-helburuak. (EURODIET 2000)

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

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

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

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



Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

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

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

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

Helburuak

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

* Urtea: 1997.

** Urtea: 1989.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

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

Jokabide komunitarioak

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

Beste jokabide batzuk

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

Jokabide intersektorialak

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

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

Ezberdintasunak

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

2. Osasuneko ezberdintasun sozialak

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

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