

Beste jokabide batzuk

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

Ezberdintasunak

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

5. Jokabide bereziko taldeak

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

5.1. Bizitzaren hasiera

Gaurko egoera

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

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

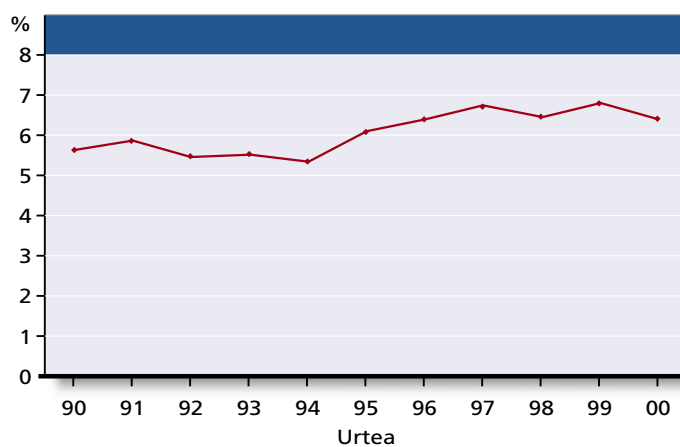
Haur-hilkortasunak gradiente sozio-sanitario argia izaten jarraitzen du, atal desfaboratuenetan handiagoa delarik.

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

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

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

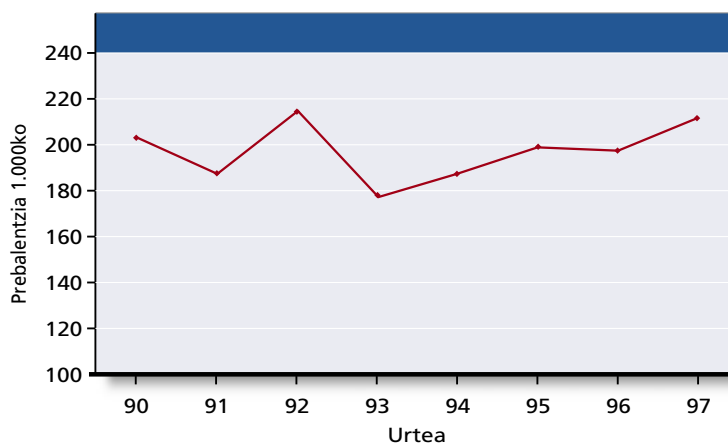
33 irudia. Jaiotzerakoan pisu baxua izan zuten jaioberri bizen proportzioa. EHAE. 1999-2000.



Iturria: Metabolopatiaren Erregistroa. Osasun Saila.

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

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



Iturria: Sortzetiko Anomalien Erregistroa. Osasun Saila.

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

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

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

Helburuak

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

* 1.000 bizirik jaiotako tasa. 1999ko urtea.

** 1.000 jaiotako tasa. 1999ko urtea.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

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

Jokabide komunitarioak

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

Jokabide intersektorialak

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

Ezberdintasunak

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

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

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

5.2. Gaztaroa

Gaurko egoera

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (Eustat).

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

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

Iturria: Haurdunaldiaren borondatezko etenduren erregistroa. Osasun Saila.

Helburuak

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

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

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

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

Jokabide intersektorialak

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

5.3. Hirugarren adina

Gaurko egoera

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

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

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

Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

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



Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

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

Helburua

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

* Año 1997.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

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

Jokabide intersektorialak

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

5.4. Emakumezkoa

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

Gaurko egoera

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

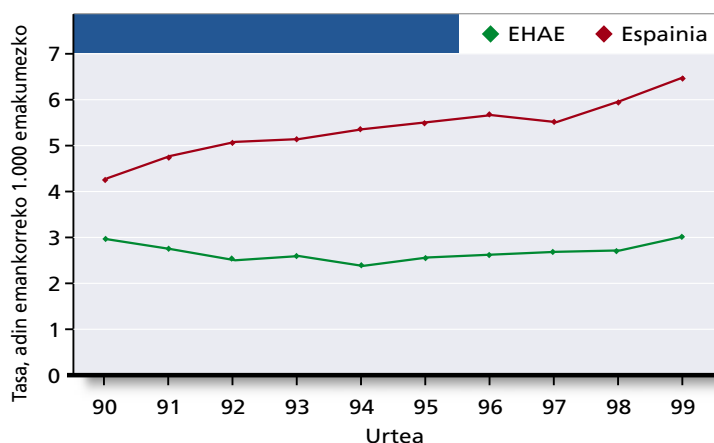
Azken urteotan aisialdiko ariketa fisikoa egiten duten emakumezko-kopuruak gora egin du, nahiz eta proportzioak txikiagoa izaten jarraitzen duen gizonezkoetan baino (%20 eta %29 hurrenez hurren). Bestalde, emakumezko obesoen proportzioa gehitu egin da, eta adinarekin nabari gero eta handiagoa da.

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

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

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

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



Iturria: Haurdunaldiaren borondatezko etenduren erregistroa. Osasun Saila.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

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

Jokabide intersektorialak

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

Ezberdintasunak

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

6. Ingurugiro-, lan- eta eskola-ingurua

6.1. Ingurugiroa

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

Gaurko egoera

Ura

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