

## **I. Sarrera**

## **II. 1994-2000 Osasun Planaren ebaluazioa**

1. Helburuen ebaluazioa
2. Helburuak eta adierazleak egokitzea
3. Jokabideen ebaluazioa
4. Osasun Planaren garapena
5. Osasun Planari buruzko inkesta, profesional sanitarioen artean egindakoa

## **III. Gaurko egoera**

1. Gizarte-egitura
2. Osasun-egoera
3. Zerbitzu sanitarioak
4. Osasun publikoko programak
5. Programa intersektorialen eskaintza

## **IV. Lehentasuneko esparruak**

1. Bizimoduak
2. Osasuneko ezberdintasun sozialak
3. Gaixotasun ez-transmitigarriak
4. Gaixotasun transmitigarriak
5. Jokabide bereziko taldeak
6. Ingurugiro-, lan- eta eskola-ingurua

## **V. Osasun planaren ezarpena**

### **Eranskina.**

#### **2002-2010erako Osasun Planaren helburuak**

### **Laburdurak**

### **Eskerrak**

# Aurkibidea

I.	Sarrera .....	14
----	---------------	----

II.	1994-2000 Osasun Planaren ebaluazioa .....	24
-----	--	----

1.	Helburuen ebaluazioa.....	31
2.	Helburuak eta adierazleak egokitzea.....	31
3.	Jokabideen ebaluazioa .....	32
4.	Osasun Planaren garapena.....	32
5.	Osasun Planari buruzko inkesta, profesional sanitarioen artean egindakoa ....	33

III.	Gaurko egoera .....	34
------	---------------------	----

1.	Gizarte-egitura .....	37
1.1.	Demografia eta baliabideak .....	38
1.1.1.	Demografia .....	38
1.1.2.	Baliabideak .....	39
1.2.	Portaerak .....	41
1.2.1.	Osasunerako arriskutsuak diren portaerak.....	41
1.2.2.	Zerbitzuen eskaria .....	42
1.3.	Biztanleriaren iritziak .....	43
2.	Osasun-egoera .....	43
2.1.	Bizitza-itxaropena .....	43
2.2.	Haur-hilkortasuna .....	44
2.3.	Jaiotginguruko hilkortasuna .....	45
2.4.	Hilkortasuna .....	46
2.4.1.	Hilkortasun-zergati printzipalak, adin-taldeen arabera .....	49
2.4.2.	Hilkortasunaren banaketa, zergati espezifikoaren arabera .....	53
2.4.3.	Hilkortasun goiztiarra eta ebitagarria .....	54
2.5.	Morbilitatea.....	56
2.6.	Hautemandako osasuna .....	59
3.	Zerbitzu sanitarioak .....	59
3.1.	Egitura fisikoa .....	59
3.2.	Giza-baliabideak .....	60
3.3.	Asistentzia-jarduera .....	61
3.4.	Gastu sanitarioa eta farmazeutikoa .....	62
3.4.1.	Gastu sanitarioa .....	62
3.4.2.	Gastu farmazeutikoa .....	62

4. Osasun publikoko programak .....	63
4.1. Osasunaren babesa .....	63
4.2. Osasunaren promozioa eta gaixotasunaren prebentzioa .....	64
5. Programa intersektorialen eskaintza .....	65
5.1. Osasunaren determinatzaile sozio-ekonomikoak .....	65
5.2. Osasuna sustatzeko tokiak .....	66
5.3. Kondizio orokor sozio-ekonomikoak, kulturalak eta ingurugirokoak ....	67

#### **IV. Lehenetsuneko esparruak..... 68**

1. Bizimoduak .....	71
1.1. Tabakoaren kontsumoa .....	71
1.2. Alkoholen kontsumoa .....	74
1.3. Legez kanpoko drogak .....	77
1.4. Ariketa fisikoa .....	78
1.5. Nutrizioa eta elikadura-segurtasuna .....	80
2. Osasuneko ezberdintasun sozialak .....	84
2.1. Ekitatea eta ezberdintasun sozialak osasunean .....	85
2.2. Osasuneko ezberdintasun sozialen tamaina eta banaketa .....	86
2.2.1. Hautemandako osasuna .....	86
2.2.2. Hilkortasuna eta bizitza-itxaropena .....	87
2.2.3. Jaiotginguruko osasuna .....	90
2.2.4. Bizitza-ohiturak eta bizimoduak .....	91
2.3. Zerbitzuen banaketari buruzko ekitatea .....	93
2.4. Ezberdintasun ez-ekitatiboetarako aurre egiteko helburuak eta interbentzio-estrategiak .....	94
2.4.1. Helburu orokorra .....	94
2.4.2. Helburu espezifikoak (2010 urterako).....	94
2.4.3. Interbentzio-estrategiak .....	94
3. Gaixotasun ez-transmitigarriak .....	96
3.1. Minbizia .....	96
3.1.1. Sarrien gertatzen diren tumore-kokapenak .....	97
3.1.2. Birikako minbizia .....	100
3.1.3. Bularreko minbizia .....	102
3.1.4. Kolon-ondeteko minbizia .....	103
3.1.5. Buruko eta lepoko minbiziak.....	103
3.2. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak .....	105
3.2.1. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku-faktoreak .....	106
3.2.2. Gaixotasun zerebro-baskularrak .....	107
3.3.3. Kardiopatia iskemikoa .....	109

3.3.	Diabetes mellitusa.....	112
3.4.	Istripu-lesioak .....	116
3.4.1.	Trafiko-istripuak .....	117
3.4.2.	Lan-istripuak .....	118
3.4.3.	Etxe-, aisia- eta kirol-istripuak .....	120
3.5.	Osasun mentala.....	121
3.5.1.	Haur eta gazteen osasun mentala .....	121
3.5.2.	Pertsona helduak eta osasun mentala .....	122
3.5.2.1.	Eskizofrenia eta beste psikosi batzuk .....	123
3.5.2.2.	Trastorno depresibo ez-psikotikoak eta antsietate-trastornoak .....	124
3.5.2.3.	Alkohola .....	125
3.5.2.4.	Toxikomaniak .....	126
3.5.3.	Osasun mentala eta hirugarren adina .....	127
3.5.4.	Suizidioa .....	128
4.	Gaixotasun transmitigarriak .....	130
4.1.	Txertaketaren bidez prebeni daitezkeen gaixotasunak .....	130
4.2.	Tuberkulosia .....	133
4.3.	Infekzio nosokomiala.....	134
4.4.	GIB-HIES eta sexu bidez transmititutako beste gaixotasun batzuk .....	135
5.	Jokabide bereziko taldeak .....	138
5.1.	Bizitzaren hasiera.....	138
5.2.	Gaztaroa .....	142
5.3.	Hirugarren adina.....	145
5.4.	Emakumezkoa .....	148
6.	Ingurugiro-, lan- eta eskola-ingurua.....	150
6.1.	Ingurugiroa .....	150
6.2.	Lan-ingurua .....	154
6.3.	Eskola-ingurua .....	157

## **V. Osasun planaren ezarpena ..... 158**

### **Eranskina.** **2002-2010erako Osasun Planaren helburuak ..... 163**

Sarrera

Sarrera



## Osasuna, politika publikoen lehentasuna

---

Osasuna komunitate baten bizitza-kalitatearen oinarririk behinenetakoa da, Sanitatea<sup>1</sup>, berriz, komunitate horren ongizate indibiduala eta kolektiboa garantizatzeko gakoa. Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan (EHAEan) osasun-sistema unibertsala eta ekitatiboa da, horregatik inbertsio sanitarioa lanabes bihurtu da, gizartean solidarioki aberastasuna birbanatzeko.

EHAEko biztanleen osasuna munduko hoberenen artean dago. Adibidez, euskal emakumezkoek jaiotzean duten bizitza-itxaropena munduko bigarren goi-postuan dago. Egoera hori faktore askoren ondorioa da. Faktore horietatik garrantzitsuena dudarik gabe haxe izan da: biztanleriaren osasuna hobetzeko politikari Eusko Jaurlaritzak azken urteotan eman dien lehentasuna. Izan ere, politika horien bidez garrantzizko neurriak hartu dira eredu sanitarioa erreformatzeko, eredu hori hobetzea eta eraberritzea helburutzat hartuta. Hori guztia dela-eta, etsenpluzko osasun-sistema publikoa dugu, zeren unibertsala, ekitatiboa, justua, kontrastatutako kalitatekoa eta berritzailea baita.

## Osasun politiken beharrezakia

---

Ez dugu ahaztu behar hala ere, biztanleria baten osasunarekin erlazionatutako interbentzio asko osasun-sistemaren atribuzio espezifikoaren gainetik daudela eta beste sektore batzuk inplikaturik geratzen direla. Osasuna fenomeno konplexua da, faktore askoren mende dagoena; eta faktore horietatik hainbat osasun-esparrutik kanpo daude (1 taula eta 1 irudia). Adina edo sexua bezalako faktore batzuk ezin dira aldatu. Beste batzuk, berriz, bizitza-egoerekin, ingurugiroarekin eta bizimoduarekin zerikusia dute. Bestalde, oinarritzko zerbitzuak, hots, osasun-asistentzia, hezikuntza edo gizarte-zerbitzuak eskuragarri izatea ere faktore aldagarria da. Ondorioz, osasuna hobetzeari zuzenduriko egintzak aukeratzekoan, esparru eta sektore tartekatutako kontuan hartu behar dira.

---

<sup>1</sup> Osasun-atentzioaren barruan sartzen dira: bai pertsona bakoitzari bai komunitateari zuzenduriko asistentzia sendagarria, osasunaren prebentzioa, eta osasunaren babesa eta sustapena.

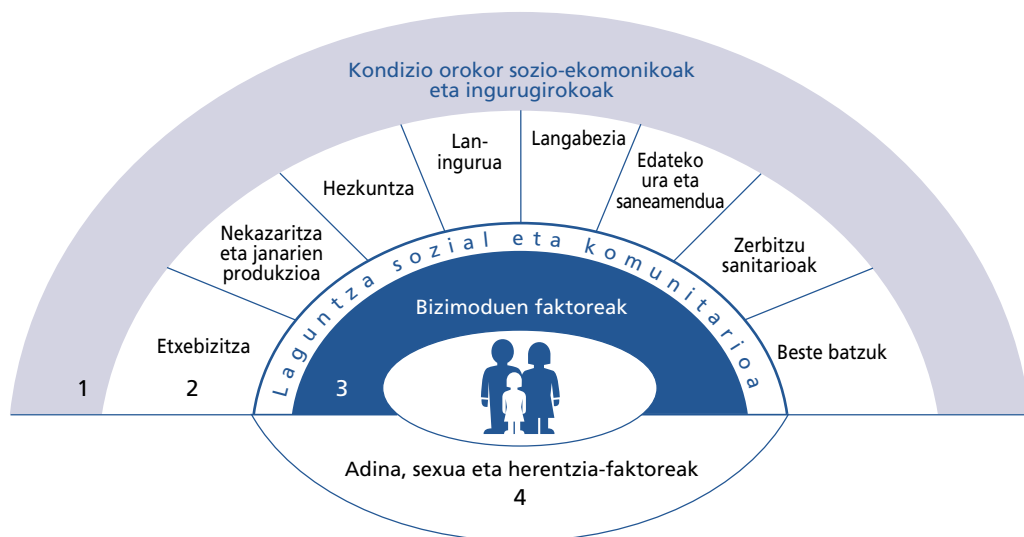


### 1 Taula. Osasuna afektatzen duten faktoreak

Biologikoak	Sozialak eta Ekonomikoak	Ingurugiroa	Bizimoduak	Zerbitzuen eskuragarritasuna
Genak Sexua Adina	Pobrezia Enplegua Gizarte-esklusioa	Airearen kalitatea Etxebizitza Uraren kalitatea Janariak Lana	Dieta Ariketa fisikoa Tabakoa Alkohola Sexu-portaera Drogak	Hezkuntza Sanitatea Gizarte-zerbitzuak Garraioak Aisia

Iturria: DAHIGREN, G. & Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health (Osasunean gizarte-ekitate promobitzeko politikak eta estrategiak) Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

### 1 Irudia. Osasuna afektatzen duten faktoreak



Komunitate baten osasunean eragina duten mugatzaileak aboratzeko erronka bat da; desafio horri erantzuna emateko eta osasun-sistemaren politikak eta agente inplikatu guztiak bide horretan jartzeko garatu dira Osasun Planak. Kontuan izan behar dugu Jaurilaritzaren Plan hau ez dagoela mugatuta osasun-esparruan. Osasun Planak jokabide multisektoriala proposatzen du, biztanleriaren osasunak onera egin dadin. Beraz, Euskadiko Osasun Planaren erreferentziaz baliatuko dira bai Osasun Saila bai komunitatearen osasunarekin erlazioatutako agente, udal zein instituzioak.

## 2002 Osasun Plana: aurretiko esperientzian oinarrituriko Plan berritzailea

---

2002 Osasun Planaren helburua da Euskadiko osasun-politikak eguneratzea, aurreko Osasun Planetako esperientziaz baliatuz. 1988an "Euskadiraiko 2000 Osasun Plana" elaboratu zen; plan hori Osasunaren Mundu Erakundearen (OMEren) Europako Lurralde-Bulegoak izandako iniziatiban, hots, "2000 urterako guztientzako osasuna" izeneko testuinguruan sortu zen. Geroago, eta Osasuna Zainduz erreforma-prozesuaren barruan, "1994 Osasun Plana" diseinatu eta martxan jarri zen. Esperientzia horretan ikasitakoak ezinbesteko garrantzia izan du oraingo Plan berri hau diseinatzerakoan. (ikusi "1994 Osasun Plana" izeneko kapitulua). Zentzu horretan azpimarratze-koak dira lortutako emaitzak, osasun-asistentzian jokabide konkretuetarako osasun-politikak moldatu direnean; izan ere, Euskadiko 1994 Osasun Planaren ezaugarri berezia eta aitortua da Planaren helburuen integrazio erreala eta efektiboa, zerbitzu sanitarioen erosketari dagokionez.

Gainera, oraingo Planaren edukiak egokituta daude gure komunitatearen osasun-beharrizane-tara, jakintzan gertatutako berrikuntzetara eta lanabes erabilgarrietara (ikusi "Gaurko egoera" izeneko kapitulua). Horrela bada, oraingo Plan berri honek gure inguruko herrialdeetan osasu-naren mugatzaile sozialei ematen zaien gero eta garrantzi handiagoa islatzen du, eta osasunean gertatzen diren ezberdintasun sozialak gutxitzeko helburuak eta jokabideak inkorporatu ditu.

## 2002 Osasun Planaren helbururik behinenak

---

Bi helmuga nagusitara abiatzen da 2002 Osasun Plana:

1. Biztanleriaren osasuna hobetzera, bizitza-iraupena eta bizitza osasungarriaren urte-kopurua luzatuz.
2. Desfaboratuenak direnen osasuna hobetzera eta osasuneko gizarte-ezberdintasunak gutxitzera.



Helmuga horietara heltzeko ondoko helburuak planteatu dira:

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Gizonezkoen bizitza-itxaropena jaiotzerakoan	76,8	75,4 *	76,8	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Emakumezkoen bizitza-itxaropena jaiotzerakoan	84,3	83,4 *	84,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Gizonezkoen ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena jaiotzerakoan	67,3	65,1 **	67,3	Hilkortasun-erregistroa eta EHAEIOI-97. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Emakumezkoen ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena jaiotzerakoan	72,8	71,3 **	72,8	Hilkortasun-erregistroa eta EHAEIOI-97. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Gizonezkoen bizitza-itxaropeneko diferentzia sozialak	% 25ean gutxitzea	3,6 urte <sup>#</sup>	2,7 urte	Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Emakumezkoen bizitza-itxaropeneko diferentzia sozialak	% 25ean gutxitzea	1,2 urte <sup>#</sup>	0,9 urte	Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

\* Urtea: 1998an.

\*\* Urtea: 1997an.

<sup>#</sup> 1996-97 urteen batez bestekoa.

Oro har politika publikoen multzoa, eta modu berezian osasun-sistema, bi helburu horien atzetik joan behar dira. Zehatz-mehatzago esanda, gure komunitatearen osasuna mantentzeko eta hobetzeko politika aktiboa garatu behar da, eta garapen horretan erabakitasunez jokatu behar da, batez ere atentzio berezia eskatzen duten osasun-arazo handiei dagokienez. Horrek ematen dio zentzua Plan honen mamiaosatzen duten lehentasunezko arloak hautatzeari (2 taula). Lehentasunezko arlo horien hautapena egiteko hauek izan dira kontuan: osasun-arazoen tamaina eta nabaritasuna, arazo horiek datozen urteetan izango duten eboluzioaren estimazioa, beren eragin soziala eta ekonomikoa, interbentzio efektibo eta efikazen erabilgarritasuna eta interbentzioen efektibitatea baloratzeko posibilitatea.

- 1.- BIZIMODUAK**  
Tabakoaren kontsumoa  
Alkoholaren kontsumoa  
Legez kanpoko drogak  
Ariketa fisikoa  
Nutrizioa eta elikadura-segurtasuna
- 2.- OSASUNEO EZBERDINTASUN SOZIALAK**
- 3.- GAIXOTASUN EZ-TRANSMITIGARRIAK**  
Minbizia  
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak  
Diabetes mellitusa  
Istripu-lesioak  
*Trafiko-istripuak*  
*Lan-istripuak*  
*Etxe-, aisi- eta kirol istripuak*  
Osasun Mentala
- 4.- GAIXOTASUN TRANSMITIGARRIAK**  
Txertaketaren bidezko gaixotasun prebenigarriak  
Tuberkulosia  
Infekzio nosokomiala  
GIB-HIESa eta sexuaren bidezko beste gaixotasun transmitigarriak.
- 5.- ATENTZIO BEREZIKO TALDEAK**  
Bizitzaren hasiera  
Gaztaroa  
Hirugarren adina  
Emakumezkoa
- 6.- INGURUGIROA, LAN-INGURUA ETA ESKOLA-INGURUA**

Aurrean adierazi den bezala, Osasun Planaren lehentasunezko jokabide-arloen definizioak ez du esan nahi inola ere bestelako osasun-arazoak eta interbentzioak Administrazioaren aldetiko atentziorik gabe gelditzen direnik. Ebitatu nahi dena zera da: biztanleen lehentasunezko arazoak ez daitezela behar ez den moduan baztertuta geratu, bai ahazten direlako edo bai arazo nabarmenagoak baina ondorio gutxiagokoak tartekatzen direlako.

Zerbait antzekoa gertatzen da osasun-arazo emergenteekin. Azken urteotan bizi izan dugunez, zenbait osasun-arazo agertu dira, arazoon gertaera aurreikustea zaila zelarik. Hiesa edo behintzefalopatia espongiformearen agerrera adibide batzuk dira. Ezinezkoa da Plan honetan sartzea zirkunstantzia ez-aurreikusgarrien aurkako jokabide-estrategiarik. Baina, beharrezkoa da Administrazio Publikoen multzoak beharrezko baliabideak izan ditzala, gertakizun ez-aurreikusgarriari arin eta efektiboki erantzuteko. Zentzu horretan, premiazko zeregina dute informazio-sistemak, baita zainketa epidemiologikoko zerbitzuek eta osasunaren babeserako zerbitzuek (elikadura- eta ingurugiro-sanitatekoek) ere.

Atentzio sozio-sanitarioa ere gure gizartean gero eta garrantzi handiagoa hartzen doa, atentzio hori protagonista baita bizitza-kalitatea hobetzeko, bai eta, esparru sanitarioko eta gizarte-inguruko jokabide bateratua behar duten kolektibo zehaztuen osasuna hobetzeko ere. Esparru

horretan antolamenduak bere entitate propioa du. Egitez, EHAEan gaur egun Plan Sozio-Sanitario bat lantzen ari dira Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, Etxebizitza eta Gizarte-arazoetarako Sailak eta hiru Foru Aldundietako Gizarte-ongizaterako Sailak.

Plan honetako lehentasuneko arlo bakoitzean markatutako helburuek adierazten dute norantz abiatu behar diren ahaleginak eta jokabideak. Helburuok jartzerakoan hauek izan dira kontuan: OMEren Europako Lurralde-Bulegoaren guztientzako Osasun-politika, XXI menderakoa, (XXIlerako Osasuna); osasunean gaur egun dagoen ekitate-egoeraren analisia; EHAEko zerbitzu-hornidura; eta interbentzioen bideragarritasunari eta efektibitateari buruzko nabaritasun erabilgarriak.

Helburu horietako zenbaitetan jomuga kuantifikatuak sartu dira, osasun-arazoen etorkizuneko eboluzioaren aurreikuspenetan oinarriturik eta jokabideek izan dezaketen eraginaren aurreikuspenetan oinarriturik. Begi bistan dago jomuga egokiak eta fidagarriak luzarora ezartzean dagoen zailtasuna. Hala ere, jomugok funtsezko baliagarritasuna dute, orientatzaileak baitira, hots, norantz joan nahi dugun adierazten baitigute. Behar beste ahalegintzen bagara, aurreikusitako denbora zehaztuan jomugara ez heltzeak garrantzi sekundarioa du, beti ere ez-heltze hori zehaztu gabeko kalkulu teoriko baten ondorioz gertatzen bada, edo aurreikusi gabeko faktore berriak agertzearren gertatzen bada.

Lehentasuneko arlo bakoitzerako interbentzio-estrategiak definitu dira. Estrategia horietan bereiztuta daude: pertsonen zuzenduriko jokabideak, jokabide komunitarioak, jokabide intersektorialak, eta osasuneko gizarte-ezberdintasunak gutxitzeko diren jokabide espezifikoak. Beren elaborazioan hauek izan dira kontuan: aukeren efektibitateari eta efizientziari buruz erabilgarri dauden ebidentzia zientifikoak; arlo bakoitzeko adituen iritzia; eta beste herrialde batzuetan formulatutako politiken esperientzia. Hori guztia oinarritzat hartuko da prestazio sanitarioko kartera erabilgarri dauden baliabideetara egokitzeko.

## 2002 Osasun Planaren lanabesak

---

Osasun Plan honek ez du nahi izan erreferentzia-dokumentu bat bakarrik. Egintzak sortu nahi ditu. Horretarako bi oinarritzko lanabes ditu (ikusi "2002 Osasun Planaren ezarpena" izeneko kapitulua):

- Egitura organikoa eta funtzionala sortuko du, zeren lanabes horrek posible egingo baitu: Osasun Saitetik Planaren aplikazioaren eta emaitzen jarraipen iraunkorra egitea, profesional sanitarioen partaidetza promobitzea, eta jokabide intersektorialetan solaskide izatea.
- Osasun Planaren helburuak eta jokabideak Osasun Saileko zerbitzu sanitarioen erosketa-kontratuetan integratzen saiatuko da. Azken urteotako esperientzia oso positiboa izan da, eta erakutsi duenez, posible da hornitzaileekin egindako kontratuaz baliatzea, asistentzia-zerbitzuetan Osasun Plana aplikatzeko bide gisa. Beharrezkoa ere izango da, Planari loturiko asistentzia-prozesuen eta -emaitzen ebaluazioan aurrera egitea.

Gainera, Osasun Plana garatzeko beharrezkoa da bere filosofia eta helburuak osasun-atentzioan inplikaturako agente guztiengana hel daitezela. Azkenik, osasuneko profesionalen zeregina izango da osasun-esparruan Plana aplikatzea. Izan ere, profesional horiek protagonistak dira, eta ezinbestekoa da beren partaidetza Osasun Plan honen garapen-lanetan. Bestalde, Osasun Plan hau biztanleriaren artean hedatu behar da, biztanleriak Jaurlaritzaren osasun-politiken tamaina uler dezan; horrela, esparru sanitarioaren barruan mugatuta dagoen osasunaren tradiziozko imajina apurtzeko eztabaidari bide emango zaio, biztanleria bere osasuna zaintzen inplikaturako da, eta osasuna hobetzeko ikuspuntu intersektoriala erraztuko da.

Laburbilduz, Osasun Plan honek EHAEko biztanleen osasuna hobetzeko Eusko Jaurlaritzaren konpromisoa berriztatzen du, hobekuntza hori lortzeko beharrezko helburu konkretuetan eta interbentzio-estrategietan gauzatzen delarik. Konpromiso-maila gehitzeko Osasun Sailburuak gure Legebiltzarraren aurrean Osasun Plan honen jarraipen-egoera aurkeztuko du, hiru urterik hiru urtera, denbora-tarte hori gutxienez behar baita biztanleriaren osasun-egoeran aldaketa esanguratsuak detektatzeko.

1994-2000  
Osasun Planaren  
ebaluazioa

# Osasun Planaren ebaluazioa



1994ko urrian, eta Osasuna Zainduz (Euskal Osasunerako Aldaketa-estrategiak) izeneko estrategiaren testuinguruan, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko Osasun Plana argitaratu zen, osasun-sistema zuzentzeko eta ebaluatzeko oinarritzko tresna gisa definitu zelarik. Bertan mugatu edo zehaztu ziren interbentziorako lehentasunezko arloak, eta gainera helburu-zerrenda bat planteatu zen.

Horrela, 3 taulan agertzen diren arazoak hautatu ziren.

---

### ***3 Taula. Lehentasunezko jokabide-arloak. Osasun Plana. EHAE. 1994.***

---

1. Minbizia
2. Gaixotasun kardiobaskularrak eta istripu zerebro-baskular akutua (IZBA)
3. HIESa eta sexu-bidezko bestelako gaixotasun transmitigarriak (SGT)
4. Istripuak
5. Osasun mentala
6. Emakumezkoaren eta haurraren osasuna
7. Gaixotasun infekziosoak
8. Aho-hortzetako osasuna
9. Diabetes mellitusa
10. Mina, Ondoeza eta Ezgaitasuna
11. Ingurugiro- eta lan-esposizioa

Arlo bakoitzean 2000 urterako osasun-helburuak ezarri ziren (minbiziaren arloko helburuak 2010 urterako ezarri ziren). Gainera, osasun-helburu horiek lortzeko aldatu behar diren arrisku-fakto-reekin erlazionatutako helburuak ere ezarri ziren.

Guztira, bi helburu orokorren ondoriozko 35 helburu planteatu ziren:

1. HELBURU OROKORRA: "2000 urterako bizitza-itxaropena luzatzea 75 urtera arte gizonezkoetan, eta 83ra arte emakumezkoetan".
2. HELBURU OROKORRA: "2000 urterako ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena luzatzea 65 urtera arte gizonezkoetan, eta 70era arte emakumezkoetan".

4 taulan azaldu dira arlo bakoitzeko helburu espezifikoak eta helburuon lorpen-maila.

**4 Taula. 1994ko Osasun Planaren helburuak. EHAE. 1994.**

Helburua	1994ko egoera	2000rako helburua	2000ko egoera
Tumore gaiztoengatiko hilkortasun-tasa, 65 urtetik beherakoetan	100.000ko 77,8 (1990)*	↓ % 15 (2010)	
Birika-minbiziagatiko hilkortasun-tasa, gizonezkoetan	100.000ko 66,4 (1990)*	↓ % 15 (2010)	
Bular-minbiziaren hilkortasun-tasa	100.000ko 25,3 (1990)*	↓ % 25 (2010)	
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunagatiko hilkortasun-tasa, 65 urtetik beherakoetan	100.000ko 48,6 (1989-92)	↓ % 15	
Gaixotasun zerebro-baskularreragatiko hilkortasun-tasa	100.000ko 68,5 (1985-88)	↓ % 30	
200 mg/dl-tik gorako kolesterola duten pertsonen proportzioa	% 60 (1989)	↓ % 20	
Eguneko aporte energetikorako koipe-emaitza	% 37 (1989)	< % 30	
Koipe saturatuen emaitza	% 13 (1989)	< % 10	
Obesitate-prebalentzia 24 urtetik gorakoetan	% 14 (1989)	↓ % 20	
Tabakismo-prebalentzia 16 urtetik gorakoetan	%40 gizonezkoetan (1992) %22 emakumezkoetan (1992)	↓ %25 gizonezkoetan <%22 emakumezkoetan	
AHT kontrolatua duen 25 urtetik gorako biztanleriaren %	% 28 (1991)	> % 50	
Aisialdietan aktibo dauden 15 urtetik gorakoen%	% 16,5 (1992)	> % 25	
GIBaren transmisio heterosexuala galgatzea	**	-	
Seropositiboa, ahal dela, asintomatiko mantendu	**	-	
Sortzetiko sifili-kasuak	9 sortzetiko sifili-kasu (1988-92)	Kasu bat ere ez	
Istripuengatik hilkortasun-tasa	100.000ko 42,6 (1990)*	↓ % 25	
Trafiko-istripuengatiko hilkortasun-tasa (15-34 urte)	100.000ko 26,6 (1989-91)	↓ % 20	
Lan-istripuengatiko hilkortasun-tasa	100.000ko 14,2 (1990)*	↓ % 20	
Alkohola larregi kontsumitzen duen (16-64 urte bitarteko) biztanleriaren %	%8 gizonezkoetan %1 emakumezkoetan (1992)	< %5 gizonezkoetan < %0,5 emakumezkoetan	



**4 Taula. 1994ko Osasun Planaren helburuak. EHAE. 1994 (jarraipena).**

Helburua	1994ko egoera	2000rako helburua	2000ko egoera
Suizidioagatiko hilkortasun-tasak	100.000ko 6,1 (1990)*	< 6 x 100.000	
16 eta 17 urteko adoleszenteen emankortasun-tasa	1000ko 1,5, 16 urtekoetan (1990-91) 1000ko 3,5, 17koetan. (1990-91)	1000ko 0,5, 16 urtekoetan 1000ko 2, 17 urtekoetan	
Jaiotginguruko hilkortasun-tasa	1000ko 9,5 (1989)	< 1000ko 8	
Amen hilkortasun-tasa	100.000ko 7,2 (1988-92)	< 100.000ko 5 bizirik jaiotakoetan	
Haurdunaldian erretzeari uzten dioten emakumezko erretzaileen %	% 50 (1990)	> % 60	
Haurren hilkortasun-tasa	1000ko 7,6 (1990)*	< 1000ko 6	
Ama-edoskitzea hasten dutenen %	%79,7 (1990)	> % 80	
DTP-polioko 3 dosiaren eta hirukoitz birikoaren estaldura-tasa	(DTP-p) %91,6 (1993) (HB) %94,1 (1993)	> % 97	
Elgorriaren intzidentzia	100.000ko 18,8 (1988-92ko batez bestekoa)	↓ % 75	
Infekzio nosokomiala hartzen duten pazienteen proportzioa (> 14 urte)	%10 1990ean	↓ % 25	
B Hepatitisaren txertaketa-estaldura, adoleszenteetan	% 95 (1993-94)	> % 95	
Hortzapen iraunkorrean kariesik ez duten 12 urteko haurren %	% 30 (1988)	> % 50	
Hortzapen iragankorrean kariesik ez duten 7 urteko haurren %	% 40 (1988)	> % 60	
KAO indizea, 12 urtekoetan	2,3 (1988)	< 2	
Diabetes mellitusarekin asoziatutako giltzurrun-gutxiegitasun terminalaren intzidentzia	**	↓ % 33	
Diabetes mellitusarekin asoziatutako itsutasunaren intzidentzia	**	↓ % 33	

\* Tasak kalkulatzeko, hirurteko bakoitzari dagozkion batez bestekoak aplikatu dira.

\*\* Egoera ez-ezagutua.

	Helburua bete da		Helburua ezin da bete
	Helburua laster lortuko da		Helburua ezin da ebaluatu

# 1. Osasun Planaren helburuen ebaluazioa

1994ko Osasun Planaren helburuen ebaluazio zehatza Osasun Sailburuak aurkeztu zuen Eusko Jaurlaritzan 2000ko otsailean. Ondoriorik printzipalenak hauek izan ziren:

1. Helburu orokorrak, hots, bizitza-itxaropena luzatzeari eta ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena luzatzeari dagozkienak, lortu dira. Planteatutako gainerako helbururik gehienak aurreikusitako jomugara heldu dira. Azkenik, zenbait helbururi ezin zaie ebaluaziorik egin urte batzuk barru arte; baina, beraien joerak erakusten digunez, helburuok jomugara heltzeko bidean jarrita daude.
2. Minbiziaren arloan, helburuen ebaluazioa 2010 urtean egin behar da.
3. Gaixotasun kardiobaskularren eta IZBAren arloan, hilkortasunarekin erlazionatutako helburuak bete dira edo betetzeko bidean daude; gauza bera gertatzen da gizonezkoen tabakismoari eta aisialdiko ariketa fisikoari dagozkien helburuekin. Ostera, dieta-ohiturekin eta obesitatea edo arteria-hipertentsioa bezalako arrisku-faktoreekin erlazionatutako helburuak ezin izan dira ebaluatu, informazio-iturrietan aurkitutako zailtasunak direla-eta.
4. SGTen arloan planteatutako helburua bete egin da, eta hiesaren kasuan ez dago informazio-sistematik, helburua zuzenean ebaluatzeko modukorik.
5. Istripuei dagokienez, erabilgarri dauden datuen arabera, laster beteko dira aurreikusitako helburuak, lan-istripuen atalean izan ezik.
6. Osasun mentaleko arloan, suizidioagatiko hilkortasunak ez du adierazten nahi izango zen joera; hala ere, EHAeko tasak Europako baxuenetarikoak dira.
7. Emakumezkoaren eta haurren osasunarekin eta gaixotasun infekziosoekin erlazionatutako arloetan helbururik gehienak lortu dira.
8. Aho-hortzetako osasun-arloan helburu guztiak bete dira.
9. Diabetes mellitusaren arloan ezin izan da ebaluaziorik egin, ez baitago informazio-sistematik.

## 2. Osasun Planaren helburuak eta adierazleak egokitzea

Atal honetan aurkezten da 1994ko Osasun Planaren helburuen eta adierazleen arteko egokiera. Azterketa hori, aurreko Osasun Planaren diseinuan zeuden hobekuntza-arloak ezagutzeko egin zen, eta geroago Plan honen elaborazioan erabiltzeko.

Egokiera ebaluatu duen lan-taldea, Osasun Plan berria elaboratzeko osatu den taldea izan da. Eta ebaluazioa egiteko alde zuretik definitutako galdera-parrilla batean oinarritu da.

Helburuen definizioa eta helburuen zenbatekoa, oro har ikusita biok, pertinentetzat jo ziren. Zenbait kasutan, ez ziren hautatu informazio-iturri egokiak, informazio-sistema batzuekin zeuden arazoak zirela-eta. Gehienetan, zaila egiten da osasun-irabazteak aurkeztea helburu bakoi-tzerako adierazle bakar bat erabiliz. Helburuen zenbatekoa adierazle batean baino gehiagotan desagregatzeak behar bada posible egingo zuen proposatutako jokabideekiko korrelazio hobea lortzea.

### 3. Osasun Planaren jokabideen ebaluazioa

---

Osasun Planaren helburuak lortzeko lehentasuna zuten jokabideak definitu ziren, burututako egintzak ezagutzeko xedez. Atal honetan biltzen da jokabideen ebaluazioa.

Ebaluazio hori egiteko, Osasun Sailak egindako egintzak bildu ziren, baita Eusko Jaurlaritzaren egintza intersektorialak ere. Ez ziren bildu bestelako instituzioek, udalek edo enpresa pribatuek egindako interbentzioak, nahiz eta interbentzio horiek, dudarik gabe, biztanleriaren osasuna hobera egin zuten. Aztertutako aldia Plana indarrean egon zen aldia izan zen. Informazioa lortzeko, zeuden txosten eta memoria ezberdinak erabili, eta jokabideen pertsonal arduradunarekin elkarrizketak egin ziren.

Ebaluazio hori egiterakoan oztopo behinenetariko bat zera izan zen: planteatutako jokabideen heterogenitatea. Horregatik, ez zen egokitzen hartu lorpen-maila kuantitatiboki baloratzea, Osasun Planak planteatzen zituen interbentzio-kopuruari zegokionez. Hala ere, dudarik gabe baieztatu daiteke aurreikusitako egintzarik gehienak inplantatzeko ahalegin handiak egin direla.

### 4. Osasun Planaren garapena

---

1994ko Osasun Plana argitaratzeak beharrian bat ekarri zuen, hots, martxan jartzeko egitura funtzionala behar zuen. Halaber, lanabesez hornitzea behar zuenez, zerbitzuen erosketari lotuta zegoen. Zerbitzu-erosketa hori programa-kontratuen bidez egingo zen. Lanabes-hornidurak besterik ere eskatzen zuen: Osasun Sailean beste jarduera batzuk garatzea eta beste Institutuzio, Udal edota Sailekin batera proiektuak elaboratzea. Laburbilduz, ondokook adieraziko ditugu:

- Osasun Planean zerbitzu sanitarioen erosketa ezartzea ezaugarri bereizgarria da, beste Komunitate Autonomo eta herrialdeekiko, eta ondorio handiko ezaugarria. Prozesuak banan-banan hartzea, kalitate-adierazleak sartzea, azterketak kontratatzea eta lehen mailako atentzioa lehentasunez eskaintzea, guztiok helburu hau lortzeko lanabesak dira.
- Osasun Sailak Osasun Planarekin erlazionatutako programa konkretuak ezarri ditu (Bularreko Minbizia Goiz Detektatzeko Programa, Haurren Hortz-Programa eta Haurren Istripuak Prebenitzeko Programa). Gainera, Eusko Jaurlaritzako zenbait Sailekin batera garatutako jardueretan parte hartu du (Gazte-Plana, Osasun Batzorde Mistoa -Hezkuntza- Drogamendetasunak, eta Osasuna eta Emakumearen gaitako Batzordea).
- Osasun Sailak zenbait egitura-aldaketa izan ditu azken urteotan; aldaketok ondorioak utzi dizkiote Osasun Planaren funtzionamenduari, eta inoiz ere ez zaio asignatu Planari, praktikan behintzat, egitura organiko konkreturik.

## 5. Osasun Planari buruzko inkesta, profesional sanitarioen artean egindakoa

Osasun Planari buruz profesional sanitarioek zekitena jakiteko, inkesta bat egin zitzaion postaz Osasun Saileko eta Osakidetzako langile-lagin bati. Emaitza printzipalenak ondokook izan ziren:

- 1994ko Osasun Planari buruzko ezaguera-maila baxua izan zen, Euskadiko Osasun Publikoko Sistemako profesionalen artean. Osasun Planaren existentziaren eta bere edukiaren hedapena eskasa eta efikazia gutxikoa izan zen.
- Osasun Planaren erabilgarritasunari eta efektibitateari buruzko hautemana edo pertzepzioa Plana ezagutzen zuten profesionalen artean positiboa izan zen. Hala ere, profesionalen proportzio txiki batek bakarrik esan zuen Osasun Planak euren praktika profesionalean eraginak izan zituela.
- Osasun Plan berriari begira, beharrezkoa izango litzateke profesional sanitarioen artean estrategia bat martxan jartzea Planaren edukia aurkezteko eta hedatzeko. Gainera, Osasun Planak eraginik handiena izan dezan eta bere efektibitatea hobea izan dadin, beharrezkoa izango litzateke asistentzia-maila guztietako profesional sanitarioak Planaren garapenean eta aplikazioan inbolukratzea.



# Gaurko egoera

Gaurko egoera





Oraingo Osasun Plan honen jokabideak EHAEko biztanleengan proiektatzeko dira. Gure komunitatea, beste guztiak bezala, biztanle-multzo bizia da, horregatik garatzen doa, hau da, denboran zehar aldatzen eta eboluzionatzen eta bere gizarte-ehuna berriztatzen.

EHAEko biztanleriaren ezaugarriak esanguratsuenak kapitulu honetan deskribatuko dira, azkenaldian ikusitako datuetan oinarriturik. Datu horiek erakusten dizkiguten joera printzipalak identifikatzen saiatuko gara; izan ere, joera horiek eratuko dute datozen urteetan, gizarteak izango dituen ezaugarriak behinenak, ustekabeko garrantzizko faktorerik tartekatzen ez bada behintzat. Horregatik, bada, honako Plan hau gure etorkizuneko gizarteari buruz proiektatuta dago. Horrez gain, konparazio-azterlana ere egin dugu, gure kultura-inguruko eta antzeko edo goragoko mailako garapen sozio-ekonomikoko gizartearen ezaugarriak dagokienez. Halaber, perspektiba hori kontuan harturik Plan honen oinarritzko printzipioa hau da: gizarte-kideen aspirazioak, balioak eta interesak funtsezko oinarritzat hartzea. Guzti horrekin nahi dena da orain eta etorkizunean Osasun Plana gure hiritarren zerbitzura egon dadila.

## 1. Gizarte-egitura

Komunitatearen osasun-mailak elkarrekintza baten emaitza dira: baldintza biologikoen, determinatzaile sozio-ekonomikoen eta portaera indibidual eta sozialen elkarrekintzarena. Osasun-mailak gizarte baten garapen sozio-ekonomikoko mailaren aspektu espezifikoak dira, eta gure Osasun Planaren moduko egintza espezifikoaren hasiera-puntua eta helburuak erakusteko erabil daitezke.

Osasun-mailak onerako aldatzeko jokabideak erabakitzerakoan, ondo dator komunitatearen aldagai batzuk ezagutzea, hots, aurrean aipatutako aspektuekin erlazionatuta dauden aldagaiak ezagutzea. Aldagaiok hiru kategoria printzipaletan taldekatu dira:

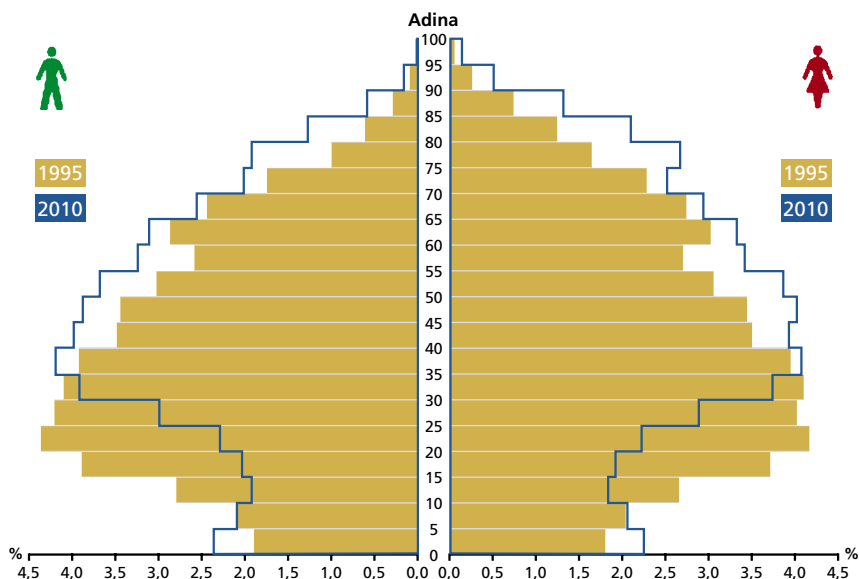
1. Demografia eta dauden baliabideak.
2. Portaerak.
3. Biztanleriaren iritzia.

## 1.1. Demografia eta baliabideak

### 1.1.1. Demografia

EHAeko biztanleria-piramideak duen eboluzioak adin zaharragoko gizartea erakusten digu (2 irudia); gizarte horretan 64 urtetik gorako biztanleria-taldeak gainditu egin du 15 urtetik behe-rako taldea (%18,68 eta %13,97 hurrenez hurren, 1995 urtean). Egitura hori jaiokuntza-tasa eta hilkortasun-tasa baxuen ondorioa da.

2 irudia. Biztanleriaren adin-egitura. EHAe. 1995-2010.



Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

EHAeko jaiokuntza-tasak behera egin zuen progresiboki 1975-1985 urteen bitartean 10 puntutan, eta hurrengo hamarkadan mantendu egin da, bizirik jaiotakoak: 1.000 biztanleko 7,5 gutxi gora behera izan direlarik. EHAeko hilkortasun-tasa gordinak behera egin zuen progresiboki lau-rogei hamarkadako lehen urteetara arte. Gero, bere joera aldatu, eta ordutik hona 2 puntutan igo da (1.000 biztanleko 8,7 heriotza 1998an). Horren ondorioz, laurogeita hemere-tziko hamarkadan EHAeko biztanleriaren haziera hazkor edo begetatibo negatiboa gertatu zen. Gainera, zirkunstantzia hori larritu egin da, zeren aldi berean saldo migratorioaren emaitza ere negatiboa izan baitzen.

Faktore guzti horiek direla-eta, EHAeko biztanle-kopurua, orain dela 25 urteko kopuruaren antzekoa da. Kopuru horren banaketan, ostera, diferentzia handiak daude adinaren arabera. Datu horiek etorkizunera proiektatuz gero, badirudi gaurko joerak mantendu egingo direla, hots, biztanleria-kopuru totala murriztu eta biztanleria-piramidea zahartu egingo direla.

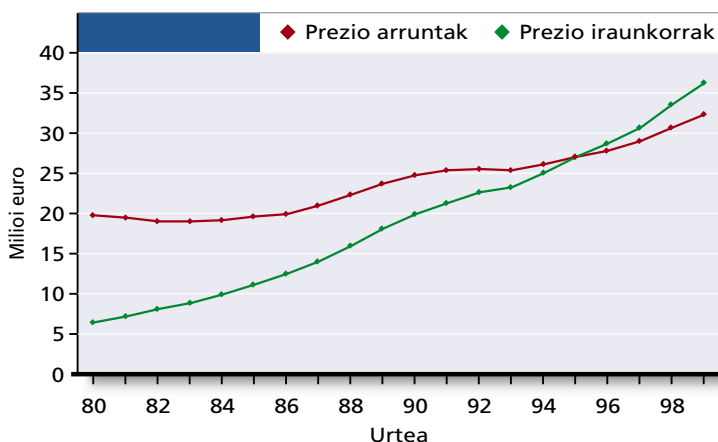


Pertsonak familia-taldeetan bizitzea da gure gizartearen ohiko bizimodua, azken urteetan talde horien erakuntza aldatu bada ere. 1996an 2 pertsonatatik gorako familietan biltzen zen EHAeko biztanleriaren %78a, 1981eko %83aren aldean. Azken hogeitaz urteetan ikusten diren gehikuntza bakarrak zerean gertatzen dira: gurasoetako bat, aita edo ama, buru duten familia-unitateen proportzioan eta pertsona bakarreko etxebizitzaren proportzioan; hori dela-eta, etxebizitza bakoitzeko pertsonen batez bestekoak behera egin du 3,7tik 3,1era 15 urtetan zehar (1981-1996). Aita edo ama bakarrik buru duten etxebizitzetan biztanleria osoaren %10a bizi da; eta pertsona bakarreko etxebizitzan %5a. Azken talde horretako aspektu azpimarragarriak dira, batetik, bakarrik bizi diren pertsonak helduak direla (taldearen %61a 64 urtetik gorakoa da) eta bestetik, gehienbat emakumezkoak direla (taldearen %63a).

### 1.1.2. Baliabideak

EHAean erabilgarri dauden baliabide ekonomikoak apurka-apurka gehitzen joan dira laurogeita hameretzi hamarkadan zehar. Biztanleria, oster, ez da gehitu; horrek per capita errenta erabilgarriaren gehikuntza ekarri du. Hitz errealetan esanda, EHAean per capita Barne Produktu Gordinak (BPGak) gora egin du %70ean azken 20 urteetan (3 irudia).

**3 irudia. BPGaren eboluzioa, merkatuko prezioen arabera. Oinarri-urtea 1995.**



Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

Herrialde garatu guztietan gertatzen da aberastasunaren gehikuntza ez dela ekitatiboki banatzen sektore eta talde sozial ezberdinen artean. Horren ondorioz, diferentzia sozio-ekonomikoak gehitu egiten dira, diferentziokin batera abiapuntuko aukera sozial ezberdinak gertatzen direlarik. EHAean eskuratu ditugun birbanaketa-mekanismoek oinarritzko gizarte-arentzioko diferentziak arintzea lortzen dute gutxienez,

Gainera, EHAeko aberastasunaren gehikuntzak, ikuspuntu ekonomiko hutsetik hartuta, erantzun komunitariorako gaitasun gehiago ekarri digu, eskari eta lehentasun sozialen eboluzioari aurre emateko.

Hezkuntza-baliabideak dira aktiborik printzipalena gure moduko herrialde batean, hots, garrantzizko produkzio-baliabide naturalik gabeko herrialde batean.

Gaur egun EHAEko haurren ia %100 eskolarizatuta daude 16 urtera arte, adin horretan obligaziozko irakaskuntza amaitzen delarik.

Prestakuntza profesionalari dagokionez, bere garrantzia birbaloratu egin da, bai azken urteotako industriaren berbultzakada bizia dela-eta, bai eremu guztietako teknologia berriekin asoziatutako beharrianak direla-eta. Horren ondorioz, arautu gabeko prestakuntza profesionaleko formazio-zikloen eta modalitate osagarrien hezkuntza-eskaintza gehitu eta dibertsifikatu egin da. Modalitate horiek askotan enpresa-praktikekin batera eskaintzen dira.

Halaber, azpimarratzekoa da EHAEko gazteetan gertatu den proportzioaren gehikuntza, unibertsitate-mailako tituluak lortzeari dagokionez. Azken hogeita bost urteetan, unibertsitateko kopurua 2,5 bider gehitu da; esaterako, 97/98 ikasturtean 18-24 urte bitarteko gazteen artean hirutik bat unibertsitatean matrikulatuta zegoen.

Beraz, EHAEko gazteen prestakuntza-maila, gure historian mailarik altuena, gure Herrialdearen aktiborik printzipaletako bat da. Horrek gure enpresen konpetitibitateari ondorio onak ekarriko dizkio; eta familien antolamenduan eta portaera-arauetan aldaketak gertatuko dira, aurreikus daitekeenez.

Baliabide zientifikoak eta teknologikoak gehikuntza inportantea izan dute EHAEan azken hogeita urteetan; izan ere, baliogabeko zifra batetik BPGaren %1,4a izatera pasatu ziren 1999an. Inbertsio horren barruan, jatorri publikoko fondoak %40a dira gutxi gora behera; gainerako %60a enpresa-sektore pribatuak ematen duelarik. Proiektuetan garrantzizko finantzabide publikoak izateak posible egiten du garapen teknologikoa orientatzea gizarte-multzoarentzat bereziki interesgarriak diren norabideetan.

Gizarte-baliabideak medio batzuk dira, antolatuak, publikoak zein pribatuak, gizakien eskura gizarteak ipintzen dituenak; gizakiaren beharrianak betetzera datoz, gizakia bera (edo familia-ingurua, edo auzo-ingurua, edo talde primarioak) gauza ez denean beharrian horiek behar den bezala betetzeko.

Gaur egun EHAEan gizarte-baliabideetara destinatzen dena BPGaren bostena baino gehiago da (%21,7, 1997an), azken urteetako joera gorantz doalarik. Momentuz ez da estimatzen geldiunerik egongo denik: lehenengo, aurrean azaldutako gizarte-faktoreen ondoriozko beharrianak progresiboki gehitzen doazelako; eta bigarren, ondo ezagutzen den fenomeno gertatzen delako, hots, gizarte baten errenta errealearen mailak zenbat eta handiagoak izan, hainbat eta handiagoa delako zerbitzu berrien eskaria, bai kantitateari eta bai kalitateari dagokienez. Egitez, per capita errenta-maila altuagoa duten herrialdeek zerbitzu horietarako BPGaren portzentaje handiagoa destinatzen dute, 10 puntutan handiagoa, EHAEkoarekin konparatuz.

## 1.2. Portaerak

Osasun-mailekin eta osasun-graduarekin erlazio estuagoa duten EHAEko gizartearen portaera-aldagaiak osasun-arriskuko portaerak dira, eta horiek biltzen dute zerbitzu sanitarioen eskari errealaren eboluzioa.

### 1.2.1. Osasunerako arriskutsuak diren portaerak

Osasunerako portaera arriskutsuak dira, izan, komunitatean osasun-galerak sortzen dituztenak. Portaera horiek era askotakoak dira, hauexek esanguratsuenak:

- Drogen kontsumoa. Droga-mendetasunen Euskal Behatokiko 2000 urteko txostenaren arabera, 15-79 urte bitarteko biztanleriaren %12,3ak ohituraz kontsumitzen du kannabisa; %2,9ak, anfetaminak; %1,8ak kokaina; estasi eta LSDaren kontsumitzaile-proportzioa beherago dago-elarik. Egiaztatua dago droga horietako batekin harremanean sartzen diren pertsonetatik erdia droga horien ohiko kontsumitzaile bihurtzen dela.

Permititutako drogei dagokienez, alkohola larregi kontsumitzen du biztanleriaren %4ak, eta tabakoa %29ak. Zenbait medikamenturen mendeko kontsumoa ere badago.

Badirudi substantzia batzuen kontsumoan gorako joera dagoela, esaterako kannabisaren eta kokainaren kontsumoan.

- Istripuko lesio-arriskudun jarduerak babes-neurri kolektiboak edota indibidualak ez egotea-gatik edo behar bezalakoak ez izateagatik gertatzen dira. EHAEan trafiko-istripuak urte batzuetan murriztu ondoren, berriz ere gehitu egin dira, istripu larrei dagokienez (10<sup>6</sup> biztanleko 123 hil ziren 1999an). Lan-inguruan ere istripu larriak gertatzen dira; istripu horien batez bestekoa nahiko handiagoa da mendebaldeko herrialdeetakoak baino (10<sup>6</sup> langileko 146 hil ziren 1999an). Aisialdian eta etxean gertatzen diren istripuei dagokienez, EHAEko 0-4 urte bitarteko haur-lesioen erregistro espezifikoaren arabera, istripu-lesioen intzidentzia 1.000 haurreko 97,5ekoa da; EAID (Etxeko eta Aisialdiko Istripuen Detekzioa) izeneko europar sistemaren arabera, Espainian istripu-intzidentzia 1.000 biztanleko 47koa da.
- Babesik gabeko harreman sexualak osasun-arazo inportanteen jatorri dira, batez ere Sexu bidezko Transmisioko Gaixotasunena (STGena), HIESa barne. Ez dago datu zehatzik STGen intzidentziari dagokionez, beste arrazoi batzuen artean, sasi-aitorpena ematen zaiolako Aitortu Beharreko Gaixotasunen (ABGen) informazio-sistemari. HIESaren intzidentziari dagokionez, 1995ean joera inbertitu zenetik jaitsiera argia gertatu da.

Babesik gabeko harreman sexualak direla-eta, nahigabeko haurduntzak gertatzen dira, ondorio larriak sortuz, batez ere emakumezko adoleszenteentzako. Azken arazo horren tamaina erreala ez da zehatz-mehatz ezagutzen; baina zeharkako estimazioak eginda daude, ama adoleszenteen jaiotzetan eta haurduntzaren borondatezko etenduretan (HBEetan) oinarriturik. EHAEan HBEen joera egonkor mantendu da laurogeita hamarreko hamarkadan, tasak

estatuko batez bestekoaren erdiko balioetan mantendu direlarik. Halaber, 20 urtetik beherako emakumezkoetan gertatutako jaiotzeei dagokienez, EHAEan azken hamarkadan jaiotzekopuru totalaren %2tik behera egon dira, joera beherantz doalarik.

- Medikamentuen kontsumo desegokia osasun-arazo emergenteen jatorria da; esaterako, kontsumo hori dela-eta farmako batzuekiko erresistentzia gero eta handiagoa da, edo osasun indibidualeko egoeretan larritasun ebitagarriak gertatzen dira. Heterogeneoa den atal horri buruz erabilgarri dagoen informazioa, oso sakabanatuta eta zatituta dago.
- Autoerasoak eta beste inori bortizkeriazko lesioak egitea EHAEan gorantz doa; hala ere, tasak beherago daude gure inguruko batez bestekoa baino. Konkretuki, suizidioen intzidentziak gorako joera agertu du azken hamarkadan, nahiz eta oraindik oso beherago dagoen, men-debaldeko herrialdeetako batez bestekoarekin konparatuz.

### 1.2.2. Zerbitzuen eskaria

Zerbitzu sanitarioen eskari errealaren eboluzioak islatzen ditu biztanleek hautemandako edo pertzibitutako beharrianak. Zerbitzu sanitarioen eskari errealaren eboluzioa oro har eta zehatz-mehatz nolakoa izan den jakiteko, prestazio-modalitate guztiak aztertu behar dira, guztiak osagarriak baitira:

- Lehen mailako atentzioan eskaria egonkor mantendu da laurogeita hamarreko hamarkadan, biztanleria apur bat gutxitzeak sortutako beherakada biztanleriaren zahartzapen erlatiboarekin konpentsatu baita.
- Atentzio urgentearen eskaria bikoiztu egin da aipatutako aldian; gehikuntza hori, batez ere ospitaleetako urgentziatzeko atentzioan gertatu da. Argi dirudienez, joera handia dago zerbitzura heldu bezain laster asistentzia arina eta osoa bilatzeko.
- Atentzio espezializatuan, bai anbulatorioetan bai ospitaleetan, eskariak gehikuntza nabaria izan du. Kotsultak eta interbentzio kirurgikoak gehitu dira batez ere; izan ere, laurogeita hamarreko hamarkadan %50etik gora gehitu dira. Horien aldean, ingresuak gutxiago gehitu dira, %25ean inguru. Gehikuntza horiek eragin proportzionala izan dute diagnostikoko eta kontroleko zerbitzu osagarrien eskarian.
- Prebentzio-zerbitzuen eskaria, batez ere txertaketena eta despistaje espezifikoena, gehitzen doa, baina oraindik esanguratsuak ez diren proportzioetan. Joera hori datozen urteetan azeleratu egingo da, osasun-arazo larriekin edo ezintasun-arazoekin erlazionatutako arriskuak detektatzeko metodo berriak eta produktu espezifikoak erabilgarri egongo diren neurrian.
- Esparru sozio-sanitarioan zerbitzu-eskariaren gehikuntza baieztatzen da. Gehikuntza horren zergatiak dira, batetik, biztanleria zahartzea eta zahartzapen horri lotutako ezintasun-prozesuen gehikuntza, eta bestetik, familia-patroietan gertatzen ari diren aldaketa soziologikoak. Joera hori mantendu egingo da datozen urteetan.

### 1.3. Biztanleriaren iritziak

Biztanleriaren iritziek islatzen dute biztanleriak etorkizunean zer nolako zerbitzu-eskaria izan dezakeen. Aspektu horiei buruzko informazio-iturririk behinenetako bat erabiltzaileen satisfazio-inkestak dira.

Erabiltzaileetatik %80k baino gehiagok diotenez, pozik daude hartu duten atentzio sanitario publikoarekin eta gehienaren iritziz (%60) zerbitzuak onera egin du azken urteetan. Zerbitzu konkretu baten kalitateari dagokionez, emandako balorazioa 7,6 puntukoa izan da, gorengo 10 puntu erreferentziazat hartuta. Hala eta guztiz, portzentaje horiek ez dute baliorik, ez badira konparatzen aurreko urteetako portzentajeekin edo metodologia berdina erabiltzen duten beste zerbitzuetako portzentajeekin. Horrela bada, aurreko inkestei dagokienez, hobekuntzarik printzipalenak lehen mailako atentzio-zerbitzuetan ikusten dira, gainerako zerbitzuen balorazioa oso antzekoa agertzen delarik. Erabiltzaileei egiten zaizkien satisfazio-inkesten arabera, EHAEan 18 urtetik gorako 4 pertsona heldutatik hiruk jotzen dute osasun-zerbitzu publikoetara gutxienez behin urtean. Proportzio hori hamarretik bederatzian dago, familia-unitateei dagokienez.

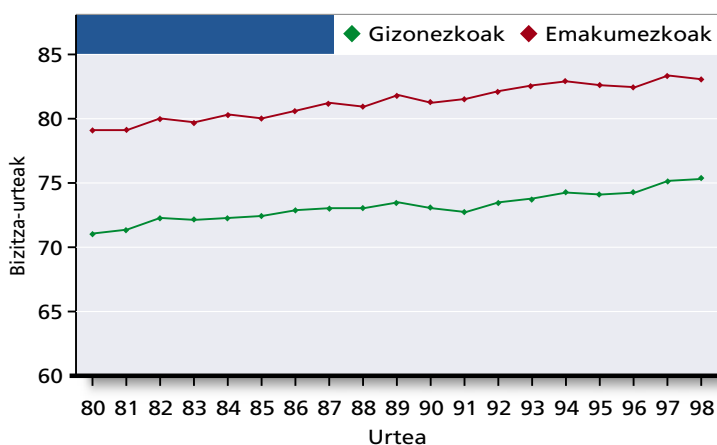
## 2. Osasun-egoera

### 2.1. Bizitza-itxaropena

Jaiotzean dagoen bizitza-itxaropena biztanleriaren osasunaren adierazle globala da. EHAEan adierazle hori apurka-apurka gorantz doa, 1998an gizonezkoentzako 75,4 urtekoa eta emakumezkoentzako 83,0 urtekoa zelarik (4 irudia). 1990 urtearekin konparatuz, gizonezkoen gehikuntza 2,3 urtekoa izan da, emakumezkoena, berriz, 1,8koa.

Ez dago diferentzia handirik adierazle honetan hiru Lurralde Historikoen artean.

#### 4 irudia. Bizitza-itxaropenaren eboluzioa. EHAE. 1980-1998.



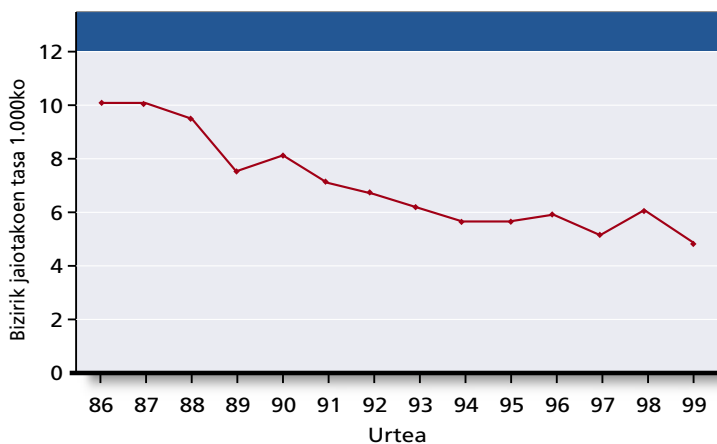
Iturria. Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Euskal Herrian adierazle horrek duen egoera oso ontzat jo daiteke; izan ere, emakumezkoetan munduko onenetakoa da, Japoniakoa aitzindari delarik. Gizonezkoetan, berriz, 7. postuan dago.

## 2.2. Haur-hilkortasuna

Haur-hilkortasuna beherantz joan da azken urteetan. 1986 eta 1999 urteen bitartean tasa horrek behera egin du 0,4 puntutan urteko, eta 1990 urtetik aurrera %41ean. Azken urteotan estabiltatzeko joera duela dirudi (5 irudia).

#### 5 irudia. Haur-hilkortasunaren eboluzioa. EHAE. 1986-1998.



Iturria. Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Euskal Herriko Hilkortasun-erregistroak egiten duen bilaketa aktiboak, hots, lehenengo 24 bizitza-orduetan hil direnen kasuen bilaketa aktiboak eragina du EHAEko haur-hilkortasunaren eta jaiottinguruko hilkortasunaren tamainan. Espainiar estatuan, Europako beste herrietan ez bezala, jaio eta lehenengo 24 bizitza-orduetan hil direnak ez dira bizirik jaiotako legaltzat hartzen; horregatik beste buletin batean inskribatzen dira, Heriotzako Estatistika Buletinean barik. Goian aipatutako bilaketa ez da bera beste Autonomia Erkidegoetan; beraz Estatistikako Institutu Nazionalak emandako tasaren konparazioa kontu handiz egin behar da. Kasu horiek zenbatuko ez baziren, gure haur-hilkortasuna 1.000ko 3,7koa izango zen, 1999ko urtean.

Hiru Lurralde Historikoetako haurren hilkortasun-tasen itxurazko diferentziak ez dira estatistikoki esanguratsuak (5 taula).

5 taula. Haur-hilkortasuna\* sexu eta Lurralde Historikoen arabera. EHAE. 1999.

Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Sexu biak
Araba	5,3	1,7	3,5
Bizkaia	6,3	4,1	5,2
Gipuzkoa	4,7	4,9	4,8
EHAE	5,6	4,0	4,8

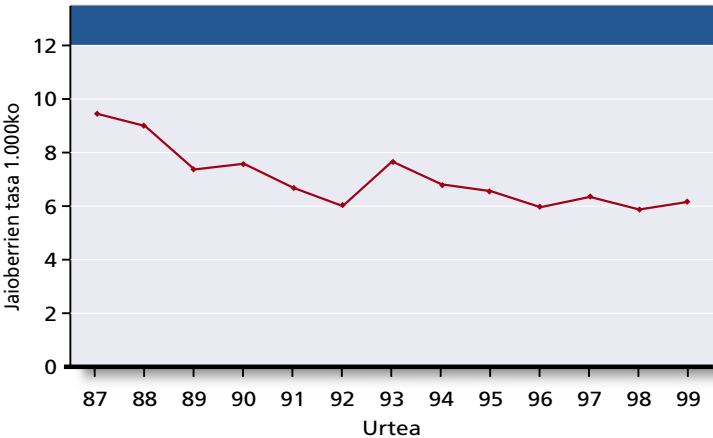
\* Bizirik jaiotako 1000ko tasak.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

### 2.3. Jaiottinguruko hilkortasuna

Jaiottinguruko hilkortasunaren eboluzioa eta haur-hilkortasunarena antzekoak izan dira; jaiottinguruko hilkortasunak 1990etik aurrera behera egin du %20an (6 irudia).

6 irudia. Jaiottinguruko hilkortasunaren eboluzioa. EHAE. 1987-1999.



Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.



Hiru Lurralde Historikoen datuetan ez da ikusten diferentzia esanguratsurik (6 taula).

**6 taula. Jaiotinguruko hilkortasuna\* sexu eta Lurralde Historikoen arabera. EHAE. 1999.**

Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Sexu biak
Araba	8,8	3,4	6,0
Bizkaia	7,6	6,2	6,9
Gipuzkoa	4,7	4,9	4,8
EHAE	6,7	5,3	6,1

\* Jaiotako 1000ko tasak.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

## 2.4. Hilkortasuna

1998an 18.151 heriotza gertatu ziren EHAEan. Beraz, 100.000 biztanleko 866 heriotzako tasa gordina izan zuen hilkortasunak. Adinaren araberrako hilkortasun-tasa orokorra 100.000 biztanleko 615,0 heriotzakoa izan zen. Gizonezkoen artean tasa hori 852,9koa izan zen, emakumezkoetan, berriz, 439,4koa.

EHAEko hilkortasun-tasa nahiko beherantz joan da 1980etik aurrera, urtean 11,5 puntutan jaitsi baita; gizonezkoetan beherakada hori handiagoa izan da (13,0 puntu) emakumezkoetan baino (10,5 puntu).

Hiru Lurralde Historikoetan hilkortasun-tasak ez dira berdintsu gertatu. Gizonezkoei dagokienez, Bizkaian gertatu zen jaitsierarik handiena, zeren, tasa 17 puntutan gutxitu baitzen urteko, eta 1998an 100.000 gizonezko bakoitzeko 873,1 heriotza-tasaraino heldu baitzen. Gipuzkoa bigarren postuan zegoen, urtean 14,2ko jaitsiera-tasarekin eta 1998ko 859,7ko hilkortasun-tasarekin. Araban jaitsiera 9,5 puntukoa izan zen urteko, eta tasa 756,7koa. Ondorioz, hilkortasun-tasa Bizkaian gehien jaitsi arren, Bizkaia jarraitzen du izaten hilkortasun-tasarik altuena duen Lurralde Historikoa.

Emakumezkoei dagokienez ere, Bizkaian jaitsi zen proportzio handiagoan hilkortasun tasa: urtean 11,7 puntutan, 1998an 100.000 emakumezko bakoitzeko 449,1eko tasa gertatu zelarik. Bigarren postuan Arabako emakumezkoak zeuden, hobetuta gertatu baitziren adierazle honetan, urtean 11,4 puntuko jaitsierarekin eta 401,6ko azken tasarekin. Gipuzkoan, urteko jaitsiera 8 puntukoa izan zen, eta tasa, berriz, 1998an, 100.00 emakumezko bakoitzeko 437,0 heriotzakoa.

Beraz, gizonezkoekin gertatu den bezala, hiru Lurraldeetako hilkortasun-tasaren jaitsieraren tamainatik aparte eta 1998an adierazle honetan gutxitzen doan ordenari jarraituz, Lurraldeok honela jarri behar ditugu: Bizkaia, Gipuzkoa eta Araba.

EHAEan, 1997an sexu bietako hilkortasun-tasa txikiagoa izan zen Alemaniak eta Erresuma Batuak izan zutena baino (100.000 biztanleko 687,5ekoa eta 706,1ekoa, hurrenez hurren), bai eta Estatu Batuetakoa baino ere (719,5ekoa 1996an), eta apur bat handiagoa Suediakoa (604,7koa 1996an) baino. Euskal emakumezkoen hilkortasun-tasa, Alemaniakoa, Erresuma Batukoa eta Estatu Batuetakoa baino txikiagoa izan zen; eta txikiagoa izan zen, baita ere, Suediako emakumezkoen tasa baino (100.000 emakumezko bakoitzeko 478,5ekoa, 1996an).

Heriotza-zergati printzipalen perfila aldatu egin da azken hamarkadetan. Sexu bietarako urte horietan zehar heriotza-zergatirik sarrienak hauek izan dira: zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, tumore gaiztoak, arnas aparatuko gaixotasunak eta kanpo-zergatiak. Hala ere, gaixotasun nabarmenengatiko hilkortasunak, hots, zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko eta minbizia-gatiko hilkortasunak ez du izan eboluzio berdina denboran zehar. Lehenengo gaixotasun horiek asko gutxitu dira, proportzionalki gehiago gizonezkoetan emakumezkoetan baino; bigarren gaixotasunak, berriz, gehitu egin dira, gehiago gizonezkoetan eta apur bat gutxiago emakumezkoetan. Horren ondorioz, gizonezkoetan minbizia lehen hilkortasun-zergatia izatera pasatu zen 1993an; emakumezkoetan, berriz, zirkulazio-aparatuko gaixotasunek jarraitzen zuten izaten heriotza-zergatirik zarrienak, nahiz eta gaixotasun horien eta minbiziaren arteko diferentzia murriztu zen. (7 taula, 7 irudia).

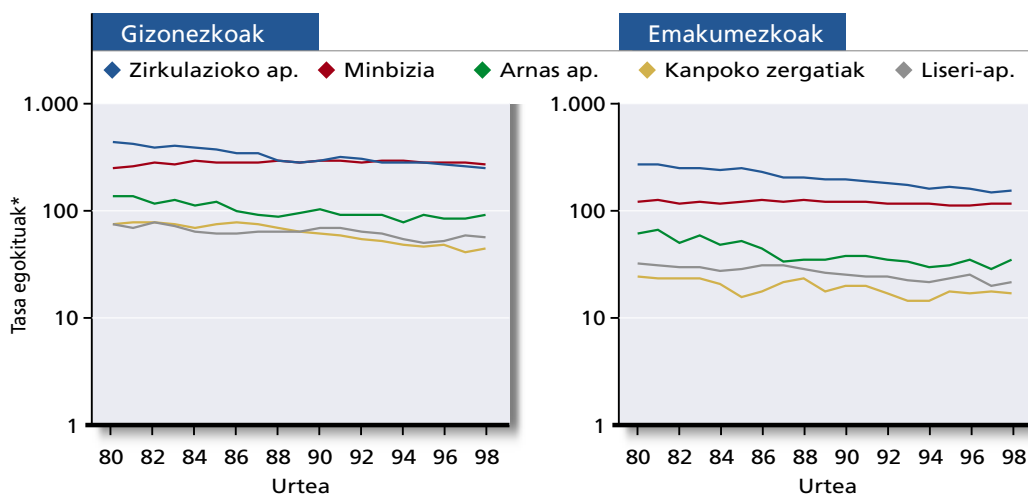
**7 taula. Lehen 2 heriotza-zergatien eboluzioa. EHAE. 1980-1998.**

Urtea	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	Zirkulazio-Ap. (%)*	Minbizia (%)*	Zirkulazio-Ap. (%)*	Minbizia (%)*
1980	36	24	46	20
1985	34	27	46	19
1990	30	30	43	21
1995	30	32	41	21
1998	30	33	40	22

\* Heriotza-kopuru totalaren gaineko portzentajea.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

**7 irudia. Heriotza-zergati printzipalen eboluzioa. EHAE. 1980-1998.**



\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

8 taulan sartu dira 1998ko hilkortasun-zergatien 17 taldeen tasak, adinaren arabera egokituta, eta 1980tik hasita izan duten eboluzioa. Eboluzio horretan ikus daitekeenez, gehien gutxitu diren tasak zirkulazio-aparatuko gaixotasunak izan dira, urtean 8,7 puntutan. Gainera, arnas aparatuko eta digestio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasun-tasak ere, besteak beste, gutxitu egin dira. Alderantziz, gaixotasun mentalengatiko hilkortasun-tasak eta nerbio-sistemako gaixotasunengatiko hilkortasun-tasak nabari handiagotu dira. Ez dira larregi aldatu tumore gaizto, kanpo-zergati eta gaixotasun infekziosoengatiko hilkortasun-tasak. Haurduntzako, erditzeko eta erdiberriko konplikazioengatiko heriotzak ia ez dira gertatu; eta 1995etik aurrera ez da gertatu ama-hilkortasunaren kasurik.

**8 taula. Hilkortasunaren eboluzioa denboran zehar, 17 zergati-taldeetan banatuta. EHAE, 1980-1998.**

Hilkortasun-zergatia	Sexu biak	
	Tasa * (1998)	Urteko aldaketa (1980-98)
Gaixotasun infekziosoak eta parasitarioak	9,7	-0,1
Tumoreak	187,2	0,2
Guruin endokrinoen gaix. eta immunitate-trastornoak	20,3	0,6 **
Odoleko eta ehun hematopoietikoko gaixotasunak	2,8	0,1 **
Trastorno mentalak	18,5	1,2 **
Nerbio-sistemako gaixotasunak	16,1	0,3 **
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	198,5	-8,7 **
Arnas aparatuko gaixotasunak	56,7	-2,3 **
Digestio-aparatuko gaixotasunak	33,2	-1,3 **
Aparatu genitourinarioko gaixotasunak	9,8	-0,4 **
Haurduntza, erditze eta erdiberriko konplikazioak	0	—
Azal eta ehun konjuntiboko gaixotasunak	0,9	0,0
Ehun osteomuskularreko gaixotasunak	4,4	0,1 **
Sortzetiko anomaliak	4,1	-0,1 **
Jaioberriaren afekzioak	5,1	-0,2 **
Txarto definitutako zergatiak	11,5	-1,3 **
Kanpo-zergatiak	36,0	-0,7

\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrea egokituta.

\*\* Estatistikaren aldetik joera esanguratsua.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

9 taulan ikus daitezke 1998ko hilkortasuneko kasuak eta tasa egokituak, zergati-talde nagusi eta sexu bakoitzeko.

**9 taula. Hilkortasunaren kasu-kopurua eta tasak, 17 zergati-talde nagusietan eta sexuaren arabera banatuta. EHAE. 1998.**

Hilkortasun-zergatia	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	kasuak	tasa *	kasuak	tasa *
Gaixotasun infekziosoak eta parasitarioak	173	15,8	108	5,6
Tumore gaiztoak	3.221	277,3	1.930	119,9
Guruin endokrinoen gaix.eta inmunitate-trastornoak	284	24,7	327	16,5
Odoleko eta ehun hematopoietikoko gaixotasunak	35	3,1	49	2,8
Trastorno mentalak	206	19,3	419	17,9
Nerbio-sistemako gaixotasunak	215	19,2	267	13,8
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	2.875	255,2	3.992	154,9
Arnas aparatuko gaixotasunak	1.068	94,6	787	35,1
Digestio-aparatuko gaixotasunak	528	46,4	429	22,1
Aparatu genitourinarioko gaixotasunak	144	13,2	169	8,3
Haurduntza, erditze eta erdiberriko konplikazioak	----	----	0	----
Azal eta ehun konjuntiboko gaixotasunak	9	0,8	23	1,0
Ehun osteomuskularreko gaixotasunak	38	3,6	105	4,6
Sortzetiko anomaliak	18	3,2	28	5,1
Jaioberriaren afekzioak	24	4,1	25	5,4
Txarto definitutako zergatiak	152	14,8	209	9,6
Kanpo-zergatiak	658	56,8	236	16,8

\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

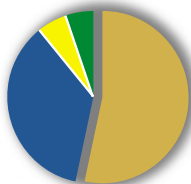
Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

## 2.4.1. Hilkortasun-zergati printzipalak, adin-taldean arabera

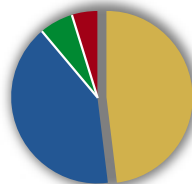
1995-98 aldian urte1etik beherakoetan lehenengo hilkortasun-zergatia jaiotginguruko afekzioak izan ziren, jarraian sortzetiko anomaliak zeuden. Haurtzaroan eta gaztaroan heriotzarik gehienak istripuko lesioei leporatu behar zaizkie, horien atzetik tumore gaiztoak daudelarik. Azken horiek lehenengo postua hartzen dute biztanleria helduan; adin horretan istripuko lesioak ere inportanteak dira; azkenik, 65 urtetik gorakoetan heriotzarik gehienak zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik gertatu ziren, eta neurri txikiagoan tumore gaiztoengatik (8 irudia).

8 irudia: Hilkortasun-zergati printzipalak, adin-talde eta sexuaren arabera. EHAE. 1995-1998.

Urte 1etik  
beherakoak

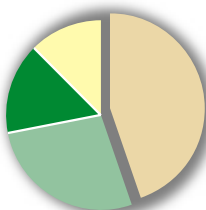


Gizonezkoak

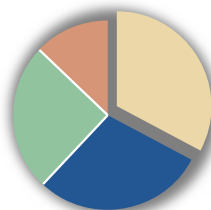


Emakumezkoak

Hautzaroa  
(1 - 14 urte)

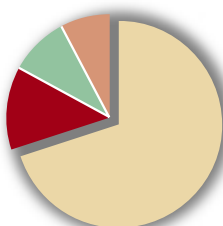


Gizonezkoak

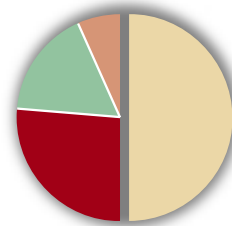


Emakumezkoak

Gaztaroa  
(15 - 29 urte)

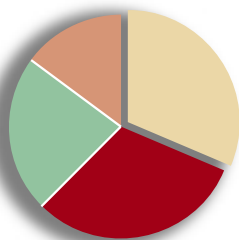


Gizonezkoak

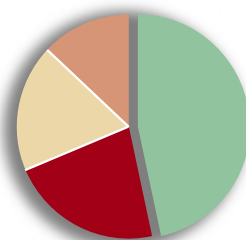


Emakumezkoak

Helduak  
(30 - 44 urte)

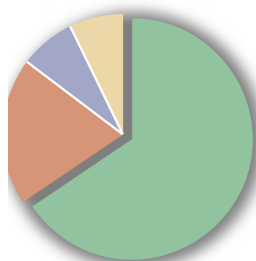
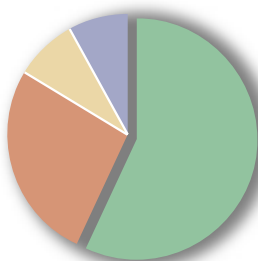


Gizonezkoak



Emakumezkoak

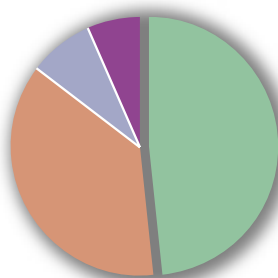
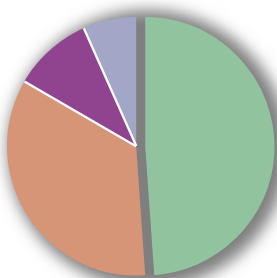
Helduak  
(45 - 64 urte)



Gizonezkoak

Emakumezkoak

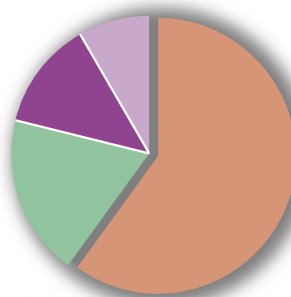
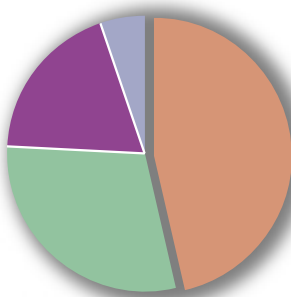
Helduak  
(65 - 74 urte)



Gizonezkoak

Emakumezkoak

Helduak (75  
urtetik gorakoak)



Gizonezkoak

Emakumezkoak

- |                          |                  |                       |                   |
|--------------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| ◆ Sortzetikoak           | ◆ Jaioberrienak  | ◆ Liseri-aparatua     | ◆ Istripuak       |
| ◆ Txarto definituak      | ◆ Nerbio-sistema | ◆ Tumoreak            | ◆ Infekzioak      |
| ◆ Inmunitate-trastornoak | ◆ Arnas aparatua | ◆ Zirkulazio-aparatua | ◆ Dementia senila |

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Adinen araberako hilkortasun-zergati printzipalen eboluzioan berriz ere ikusi zen zergatien araberako hilkortasun espezifikoaen estudioan ikusitako fenomeno berbera; hau da, zirkulazio-aparatuko gaixotasunek izan zuten jaitsiera handia, 100.000 biztanleko 962ko tasatik 557ko tasara pasatu baitziren, 1980-84 eta 1995-98 aldietan hurrenez hurren. Adin-taldean araberako azterketak egiaztatu zuen jaitsiera 65-74 urte bitarteko taldean batez ere gertatu zela; gainera, min-biziarengatiko hilkortasun-tasak ia aldatu gabe mantendu zirenez, 1985 urtetik aurrera tumore gaiztoek hartu zuten lehen postua gizonezkoen heriotza-zergatien artean, eta 1990etik aurrera emakumezkoen artean (10 taula).

Urte 1etik beherako taldean jaiotginguruko afekzioak eta haurtzaroko istripuak ere asko jaitsi dira azken bi hamarkadetan; baina gainerako zergatiak proportzio berean jaitsi direnez gero, ordenan ez da gertatu aldaketarik (10 taula).

**10 taula. Lehengo hilkortasun-zergatiaren eboluzioa, adin-taldearen eta aldiaren arabera banatuta. EHAE. 1980-1998.**

Adin-taldea		1980-84		1985-89		1990-94		1995-98	
		Zergatia	Tasa*	Zergatia	Tasa*	Zergatia	Tasa*	Zergatia	Tasa*
<1	gizonezk.	Jaiotingur.	532	Jaiotingur.	400	Jaiotingur.	235	Jaiotingur.	281
	emakum.	Jaiotingur.	425	Jaiotingur.	325	Jaiotingur.	233	Jaiotingur.	244
1-14	gizonezk.	Kanpo-zergatiak	19	Kanpo-zergatiak	12	Kanpo-zergatiak	11	Kanpo-zergatiak	8
	emakum.	Kanpo-zergatiak	10	Kanpo-zergatiak	6	Kanpo-zergatiak	5	Kanpo-zergatiak	4
15-29	gizonezk.	Kanpo-zergatiak	68	Kanpo-zergatiak	70	Kanpo-zergatiak	81	Kanpo-zergatiak	61
	emakum.	Kanpo-zergatiak	16	Kanpo-zergatiak	19	Kanpo-zergatiak	17	Kanpo-zergatiak	15
30-44	gizonezk.	Kanpo-zergatiak	64	Kanpo-zergatiak	58	Kanpo-zergatiak	68	Kanpo-zergatiak	66
	emakum.	Tumoreak	35	Tumoreak	36	Tumoreak	36	Tumoreak	38
45-64	gizonezk.	Tumoreak	362	Tumoreak	392	Tumoreak	404	Tumoreak	385
	emakum.	Tumoreak	170	Tumoreak	176	Tumoreak	173	Tumoreak	157
65-74	gizonezk.	Zirkulatorioa	1.349	Tumoreak	1.255	Tumoreak	1.249	Tumoreak	1.181
	emakum.	Zirkulatorioa	681	Zirkulatorioa	504	Tumoreak	449	Tumoreak	422
>75	gizonezk.	Zirkulatorioa	5.075	Zirkulatorioa	4.432	Zirkulatorioa	4.006	Zirkulatorioa	3.688
	emakum.	Zirkulatorioa	4.285	Zirkulatorioa	3.882	Zirkulatorioa	3.521	Zirkulatorioa	3.298

\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarreara egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.



## 2.4.2. Hilkortasunaren banaketa, zergati espezifikoaren arabera

Heriotza-zerigatien maiztasuna aldatu egiten da sexuaren arabera. 11 taulan aurkeztu dira, behe-ranzko ordenaz, sexu bakoitzean sarrien gertatu diren 15 gaixotasunen kasuak eta adinaren araberako egokitutako tasak; nabarizatzen jotako beste 9 gaixotasun ere jarri dira. Lehen postuetan hauek daude sexu bietarako: gaixotasun zerebro-baskularrak, kardiopatia iskemikoa, eta birika eta bularreko neoplasiak. Psikosi senilean eta presenilean garrantzizko diferentziak ikusten dira; izan ere, emakumezkoen artean 6. postuan daude; gizonezkoen artean, berriz, 15.ean. Gizonezkoen artean trafiko-istripuak eta HIESa ere lehenengo postuetan daude.

**11 taula. Kasu-kopurua, tasak, sarrien gertatzen diren zergati espezifikoaren eboluzio tenporala eta aukeratutako beste zergati batzuk. EHAE. 1980-98.**

	Gizonezkoak				Emakumezkoak		
	Kasu-kop. 1995-98	Urteko tasa* 1995-98	urteko aldaketa 1980-98		Kasu-kop. 1995-98	Urteko tasa* 1995-98	urteko aldaketa 1980-98
1. Kardiopatia iskemikoa	4.050	90	-1,26**	1. Zirkulazio-ap.ko beste gaix.	5.018	64	—
2. Zirkulazio-ap.ko beste gaix.	3.891	87	—	2. Gaix. zerebro-baskularrak	3.827	49	-3,70**
3. Birikako minbizia	3.207	71	0,90**	3. Kardiopatia iskemikoa	2.827	37	-0,44**
4. Gaix. zerebro-baskularrak	2.886	64	-3,70**	4. Bularreko minbizia	1.280	23	0,10
5. Miokardioko infartu akutua	2.508	56	-2,20**	5. Miokardioko infartu akutua	1.629	23	-0,50**
6. BGOK eta kidekoen gaix.	2.219	49	0,90**	6. Psikosi senil eta presenila	1.590	19	1,17**
7. Prostatako minbizia	1.042	23	-0,10	7. Bestelako tumore gaiztoak	926	15	—
8. Zirrrosia eta gibealeko gaix. kronikoak	985	22	-1,27**	8. Diabetesa	977	13	-0,38**
9. Urdaileko minbizia	981	22	-0,70**	9. BGOK	1.027	13	0,01
10. Koloneko minbizia	928	21	0,70**	10. Koloneko minbizia	686	11	0,20**
11. Beste kanpo-zerigatiak	903	20	—	11. Bestelako arnas gaix.	733	9	—
12. Trafiko-istripuak	847	19	-0,15	12. Pneumonia eta influenza	742	9	-1,33**
13. HIES	828	18	1,24**	13. Arteriosklerosia	705	8	-1,53**
14. Kokapena zehaztu gabeko tumorea	797	18	—	14. Gernu-aparatuko gaix.	612	8	-0,24**
15. Psikosi senil eta presenila	765	17	1,19**	15. Kokapena zehaztu gabeko tumorea	537	8	—
16. Pneumoniak eta influenza	663	15	-2,38**	16. Urdaileko minbizia	536	8	-0,40**
17. Diabetesa	644	14	-0,16**	17. Zirrrosia, gibealeko gaix. kronikoak	465	8	-0,29**
18. Suizidioa eta autolesioak	489	11	0,40**	18. Alzheimer-en gaix.	493	6	0,39**
19. Istripu-erorketak	250	6	-0,15	19. Trafiko-istripuak	298	6	-0,11
20. Alzheimer-en gaix.	254	6	0,39**	20. HIES	255	6	0,38**
21. Parkinson-en gaix.	149	3	0,20	21. Suizidioa eta autolesioak	178	4	0,40**
22. Beste TBK batzuk	73	2	0,06**	22. Parkinson-en gaix.	174	2	0,01
23. Arnas TBK	58	1	-0,22**	23. Istripu-erorketak	129	2	-0,23**
24. Psikosi alkoholikoa	36	1	-0,03	24. Beste TBK batzuk	42	1	0,01

\* 100.000 biztanleko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

\*\* Ezberdintasun estatistikoki esanguratsua.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

### 2.4.3. Hilkortasun goiztiarra eta ebitagarria

#### ◆ Hilkortasun goiztiarra

Hilkortasun goiztiarraren terminoak erabiliz, Galdutako Bizitza-Urte Potentzialen (GBUP-en) zergati printzipala hiesa izan da 1995-98 aldian; horren atzetik: trafiko-istripuak, beste kanpo-zergatiak (gainerako istripuak barne), birikako minbizia eta bihotzeko gaixotasun iskemikoa. 1995 urtera arte istripuek sortzen zuten GBUP-en kopuru handiagoa.

Gizonezkoen artean birikako minbiziak nagusitasuna hartu du, 1980-84 aldiko hilkortasun goiztiarraren zazpigarren zergatia izatetik 1995-98 aldiko laugarrena izatera pasatu baita; eta bere tasari dagokionez, 1.000 gizonezko bakoitzeko 3,8 GBUP-tik 5,1ekora pasatu baita. 1995-98 aldian trafiko-istripuengatiko GBUP-en tasak nahiko egonkor mantendu dira (1.000 gizonezko bakoitzeko 6aren inguruan). HIESaren kasuan, 1995-1998 urteetako batez besteko GBUP tasa 6,5ekoa izan zen 1000 biztanleko. Baina 1999ko urtean tasa hori 1000ko 2,0ra jaitsi zen.

EHAeko emakumezkoek dagokienez, bularreko minbizia izan da aztertutako bi hamarkadetan zehar hilkortasun goiztiarraren lehen zergatia (1000 emakume bakoitzeko 2,7 GBUP-ko tasarekin. 1995ean hiesak bigarren postua hartu zuen, trafiko-istripuei ordezkatzuz. 1995-98 aldian GBUP-en tasak emakumezkoetan txikiagoak izan dira gizonezkoetan baino: 1.000 emakumezko bakoitzeko 2,2 hiesari dagokionez, eta 1,9 trafiko-istripuei dagokienez (12 taula).

**12 taula. Hilkortasun goiztiarraren lehenengo 10 zergatiak. GBUPen tasak\*, sexuaren arabera banatuta. EHA. 1995-98.**

Gizonezkoak		Emakumezkoak	
Zergatia	Tasa **	Zergatia	Tasa **
HIES	6,5	Bularreko minbizia	2,7
Trafiko-istripuak	6,1	HIES	2,2
Beste kanpo-zergatiak	5,5	Trafiko-istripuak	1,9
Birikako minbizia	5,1	Zirkulazio aparatuko beste gaix.	1,3
Zirkulazio aparatuko beste gaix.	3,6	Gainerako tumore gaiztoak	1,2
Miokardioko Infartu Akutua	3,2	Beste kanpo-zergatiak	1,1
Zirrosia eta gibleko gaix. kronikoak	2,5	Gaix. zerebro-baskularrak	0,9
Suizidioa eta autolesioak	2,3	Nerbio-sistemako beste gaix.	0,9
Drogengatiko istripu-pozoadura	2,0	Suizidio eta autolesioak	0,8
Gaix. zerebro-baskularrak	1,8	Zirrosia eta gibleko gaix. kronikoak	0,8

\* Galdutako Bizitza-urte Potentzialak.

\*\* 1.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

## ◆ Hilkortasun ebitagarria

Holland-ek ezarritako hilkortasun ebitagarriaren<sup>1</sup> zergatiak, 13 taulan aurkeztu dira. Zergati adierazleak dira eta beren helburua da osasun-asistentziako zerbitzuen eta lehen eta bigarren mailetako prebentzioko zerbitzuen emaitzak neurtzea. Zergati batzuk erakusten digute osasun-zerbitzuek ematen duten lehen mailako prebentzioa. Beste batzuk, berriz, tratamendu efikaz baten horniduraren menpe edo prebentzio sekundarioaren menpe daude. Zergation tasak adin-talde ezberdinetarako estimatzen dira, zergatiaren arabera; hala ere, zergatirik gehienak 5 eta 64 urte bitarteko taldeentzat kalkulatzen dira.

**13 taula. EHAeko hilkortasun ebitagarria. 1995-1998.**

Gizonezkoak			Emakumezkoak		
Zergatia	Kasuak	Hilkortasun-tasa *	Zergatia	Kasuak	Hilkortasun-tasa *
Tumore gaiztoak	4364	117.9	Tumore gaiztoak	1965	52.1
Kardiopatia iskemikoa **	2284	81.2	Kardiopatia iskemikoa **	582	17.0
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	2216	59.3	Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	617	16.0
Birika, trakea eta bronkioetako tumore gaiztoak	1217	36.0	Gaix. hipertentsiboa eta zerebro-baskularra	192	11.3
Zirrosia eta gibealeko gaix. kronikoak	840	25.0	Zirrosia eta gibealeko gaix. kronikoak	322	8.5
Gaix. hipertentsiboa eta zerebro-baskularra	402	24.6	Motordun ibilgailuen istripuak	299	6.2
Motordun ibilgailuen istripuak	856	19.0	Birika, trakea eta bronkioetako tumore gaiztoak	138	4.0
Beste infekzio batzuk	91	3.0	Uteroko tumore gaiztoa	97	3.4
Diabetes mellitusaa	20	0.8	Utero-lepoko tumore gaiztoa	41	1.4
Tuberkulosia	26	0.8	Utero-gorputzeko tumore gaiztoa	30	1.0
Arnas gaixotasunak	4	0.7	Beste infekzio batzuk	27	0.1
Asma	9	0.4	Asma	10	0.4
Pneumokoniosia eta arnasaren bidezko beste gaixotasun batzuk	14	0.4	Diabetes mellitus	10	0.4
Hodgkin-en gaixotasuna	12	0.3	Hodgkin-en gaixotasuna	10	0.3
Bihotzeko gaix. erreumatiko kronikoa	3	0.1	Arnas gaixotasunak	1	0.2
Kolezistitisa eta kolelitiasia	4	0.1	Bihotzeko gaix. erreumatiko kronikoa	5	0.2
Hernia abdominala	3	0.1	Kolezistitisa eta kolelitiasia	7	0.2
Eskasiengatiko anemiak	2	0.1	Tuberkulosia	5	0.1
Apendizitisa	2	0.1	Pneumokoniosia eta arnasaren bidezko beste gaixotasun batzuk	3	0.1
Osteomielitisa	1	0.0	Hernia abdominala	2	0.1
Tetanoak	1	0.0	Apendizitisa	0	0.0
Gaixotasun txertagarriak	1	0.0	Eskasiengatiko anemiak	0	0.0
			Ama-hilkortasuna	0	0.0
			Tetanoak	0	0.0
			Osteomielitisa	0	0.0
			Gaixotasun txertagarriak	0	0.0

\* 100.000ko tasa. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

\*\* 25-74 urte bitarteko taldearentzat estimatutakoa.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

<sup>1</sup> Hilkortasun ebitagarria: Holland-ek proposatutako gaixotasun-zerrenda. Holland-en hipotesiaren arabera, asistentzia-zerbitzuek bai prebentzioan eta bai asistentzian behar bezala jokatuko balute, jazokuntza edota gaixotasun horiengatiko heriotza-kopurua gutxitu, edo heriotza atzeratuko litzateke.

Sexu bietarako zergati horietatik lehenengoak hauek izan ziren: tumore gaiztoak, kardiopatia iskemikoa, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, birikako neoplasia, gaixotasun hipertentsiboa, gibleko zirrosia eta trafiko-istripuak.

## 2.5. Morbilitatea

EHAeko ospitaleetako Alten Erregistroko datuen arabera, 2000 urtean altan sarrien agertu ziren diagnostiko printzipalak gaixotasun hauek izan ziren beheranzko ordenari jarraituz: zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, digestio-aparatukoak, arnas aparatukoak, haurduntza, erditze eta puerperioko konplikazioak (erditze normalak barne), tumoreak, eta kanpo-zergatien ondoriozkoak (14 taula).

**14 taula. Ospitaleetako alten kasu-kopurua eta tasak, akutuen ospitale publikoetakoak, zergati-talde nagusien eta sexuen arabera. EHAE. 2000.**

Zergatia	Gizonezkoak		Emakumezkoak		Sexu biak	
	Kasuak	Tasak*	Kasuak	Tasak*	Kasuak	Tasak*
Gaix. infekzioso eta parasitarioak	1.846	181	1.274	119	3.120	149
Tumoreak	8.331	816	6.651	620	14.982	716
Gaix. endokr. eta inmunitate-trast.	1.160	114	1.465	137	2.625	125
Odoleko eta ehun hematopoietikoko gaix.	721	71	820	76	1.541	74
Trastorno mentalak	2.577	252	1.997	186	4.574	219
Nerbio-sistemako gaixotasunak	2.404	236	2.361	220	4.765	228
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	14.649	1.435	10.217	953	24.866	1.188
Arnas aparatuko gaixotasunak	11.343	1.111	6.802	634	18.145	867
Digestio-aparatuko gaixotasunak	12.825	1.256	8.978	837	21.803	1.042
Ap. genitourinarioko gaixotasunak	4.397	431	5.514	514	9.911	473
Haurduntzako, erditzeko eta puerperioko konplikazioak	0	0	18.671	1.741	18.671	892
Azal eta ehun konjuntiboko gaix.	1.078	106	719	67	1.797	86
Sistema osteomuskularreko gaix.	5.030	493	5.531	516	10.561	505
Sortzetiko anomaliak	657	64	537	50	1.194	57
Jaiotginguruko afekzioak	915	90	743	69	1.658	79
Txarto definitutako zergatiak	4.417	433	3.356	313	7.773	371
Kanpo-zergatiak	7.409	726	5.945	554	13.354	638

\* 100.000 biztanleko tasa gordinak.

Iturria: EHAeko Ospitaleetako Alten Erregistroa. Osasun Saila.

1993an abian hasi zen EHAEko Ospitaleetako Alten Erregistroa; ordutik hona, zirkulazio-, digestio- eta arnas aparatuetako gaixotasunak izan dira gizonezkoetan hiru gaixotasun-talde nagusiak, horiek sortu baitituzte ingresu-kopururik handienak.

Emakumezkoetan, 8 urte horietan lehenengo hiru postuetan hauek egon dira: haurduntzako, erditzeko eta puerperioko konplikazioen taldea, zirkulazio-aparatuko gaixotasunena eta digestio-aparatuko gaixotasunena (15 taula).

15 taulan agertzen dira EHAEko akutuen ospitale publikoetan 2000an sarrien gertatu diren 10 diagnostiko printzipalengatiko ingresuen kasuak eta tasak.

**15 taula. Akutuen ospitale publikoetan sarrien gertatu diren 10 diagnostiko printzipalak\*. EHAE. 2000.**

Gizonezkoak			Emakumezkoak			Sexu biak		
Diagnostiko printzipala	Kasuak	Tasak**	Diagnostiko printzipala	Kasuak	Tasak**	Diagnostiko printzipala	Kasuak	Tasak**
Bronkitis kronikoa	2.693	264	Erditze normala	4.697	438	Erditze normala	4.697	224
Iztaiko hernia	2.363	231	Kolelitiasia	1.933	180	Bronkitis kronikoa	3.373	161
Pneumonia	1.986	195	Fetu- eta plazenta-arazoak	1.688	157	Pneumonia	3.263	156
Bihotz-gutxiegitasuna	1.590	156	Osteoartrosia	1.536	143	Kolelitiasia	3.180	152
Beste bihotz-gaix. iskemiko kronikoak	1.403	137	Husgune amniotikoko beste trast. batzuk	1.419	132	Bihotz-gutxiegitasuna	2.965	142
Arnas ap. sintomak	1.346	132	Beste erditze-konplikazio batzuk	1.379	129	Iztaiko hernia	2.618	125
Sintoma orokorrak	1.344	132	Bihotz-gutxiegitasuna	1.375	128	Osteoartrosia	2.548	122
Kolelitiasia	1.247	122	Pneumonia	1.277	119	Sintoma orokorrak	2.260	108
Bihotzeko disritmiak	1.198	117	Beheko gorputz-adarretako bena barikosoak	1.236	115	Arnas aparatuko sint.	2.200	105
Apendizitis akutua	1.175	115	Izterrezur-lepoko haustura	1.191	111	Bihotzeko disritmiak	2.108	101

\* 3 digituko kodeak.

\*\* 100.000 biztanleko tasa gordinak.

Iturria: EHAEko Ospitaleetako Alten Erregistroa. Osasun Saila.

16 taulan agertzen dira, EHAEko ospitale publikoetan 2000n gehien egin ziren 10 prozedura kirurgiko-obstetrikoak.

**16 taula. Akutuen ospitale publikoetan gehien egin ziren 10 prozedura kirurgiko-obstetrikoak. EHAE. 2000.**

Gizonezkoak			Emakumezkoak			Sexu biak		
Prozedura	Kasuak	Tasak*	Prozedura	Kasuak	Tasak*	Prozedura	Kasuak	Tasak*
Kristalinoko kirurgia	4.963	486	Erditze-asistentziako beste prozedura batzuk	10.174	949	Kristalinoko kirurgia	12.270	586
Hernia-konponketa	3.728	365	Kristalinoko kirurgia	7.307	681	Erditze-asistentziako beste prozedura batzuk	10.174	486
Azal eta azalpeko ehuneko biopsia eta bestelako kirurgia	2.229	218	Forzepe eta bentosa bidezko eta ipurkako erditzea	2.911	271	Hernia-konponketa	4.957	237
Artikulazio-egiturako kirurgia	2.093	205	Uteroko legratuak eta bestelako kirurgia	2.593	242	Artikulazioak ordezteko eta konpontzeko operazioak	4.368	209
Hautura- eta luxazio-murrizketa	1.839	180	Artikulazioak ordezteko eta konpontzeko operazioak	2.540	237	Azal eta azalpeko ehuneko biopsia eta bestelako kirurgia	3.744	179
Artikulazioak ordezteko eta konpontzeko operazioak	1.828	121	Histerektoiak eta uteroko bestelako prozedurak	2.481	231	Hautura- eta luxazio-murrizketa	3.739	179
Uzkiko kirurgia	1.238	121	Bularreko kirurgia	2.268	211	Artikulazio-egiturako kirurgia	3.638	174
Prostata/besikula seminaleko kirurgia	1.235	121	Zesarea eta fetu-ateratzea	1.966	183	Forzepe eta bentosa bidezko eta ipurkako erditzea	2.911	139
Kirurgia apendikularra	1.227	120	Hautura- eta luxazio-murrizketa	1.900	177	Kateterismoak eta hodietako bestelako operazioak	2.783	133
Kateterismoak eta hodietako bestelako operazioak	1.190	117	Kateterismoak eta hodietako bestelako operazioak	1.593	148	Uteroko legratuak eta bestelako kirurgia	2.593	124

\* 100.000 biztanleko tasa gordinak.

Iturria: EHAEko Ospitaleetako Alten Erregistroa. Osasun Saila.

## 2.6. Hautemandako osasuna

EHAEn 1992an eta 1997an bi osasun-inkesta egin ziren. Inkesta bion artean dauden aldaketak aztertuz jakin ditzakegu arlo batzuetako joerak.

Osasunaren autobalorazio orokorrak hobera egin du arlo guztietan. Hobekuntza erlatiboa handiagoa da bizitzaren adin ertainetan eta emakumezkoen artean. Halaber, adin guztietako gizonezkoen oharmen edo pertzepzio erlatiboak txarragoa izaten jarraitzen du emakumezkoena baino (%24 puntu beherago dago). Erlatiboki 45 urtetik beherakoetan txarrera egite handiagoa gertatu da. Azken datu horrek halako ziurgabetasunean jartzen gaitu, gizonezko helduen etorkizuneko osasun-ongizateari dagokionez.

Gaitasun funtzionalari buruzko iritzari dagokionez, emakumezkoetan baino gizonezkoetan txarragoa izaten jarraitzen du (kontuan izan, ezintasuna izateko arriskua emakumezkoetan txikiagoa dela %22an gizonezkoetan baino); eta gainera, 1992tik aurrera erlatiboki txarrera egin du.

Osasun mentalari dagokionez, txarragoa izaten jarraitzen du emakumezkoen artean, nahiz eta aurreko inkestatik diferentzia gutxitu egin den (Osasun-mental txarra izateko arriskua emakumezkoetan % 53 handiagoa da).

Hautemandako osasun-arazoen artean nagusi dira: bizkarrezurreko arazoak, artikulazio-arazoak, arterietako hipertentsioa eta bihotzeko arazoak.

## 3. Zerbitzu sanitarioak

### 3.1. Egitura fisikoa

Osakidetza/SVSeko zentro publikoko sareak eta zentro pribatuak eratzen dute Euskal Osasun Sistema.

Ospitale-sektoreak 51 zentro ditu, eta horietatik 20, publikoak dira. Azken horietatik 12, akutuen ospitaleak dira; beste 4, ertain-luzaroko egonaldiko ospitaleak dira; eta beste 4, ospitale psikiatrikoak (17 taula).

**17 taula. EHAeko ospitaleetako baliabideak. 1999.**

	Guztira	Publikoak	Pribatuak	Akutuak	Ertain-luzaroko egonaldia	Psikiatrikoak
Ospitale-kopurua	51	20	31	34	8	9
Ohe-kopurua	8.335	5.410	2.925	5.663	784	1.888
Oheak*	4,0	2,6	1,4	2,7	0,4	0,9

\* 1.000 biztanleko.

Iturria: Euskal Estatistika Erakundera (EUSTAT) eta Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitale-estatistika.

Bestalde, kontuan izan behar dira: ospitalizazio-aukerako unitateetako oheak, egun-ospitale medikoak eta kirurgikoak eta etxe-ospitalizazioa. Guzti horietan gutxi gora behera 546 ohe daude.

Osakidetza/SVSeko ospitaletik kanpoko sarean gaur egun dauden baliabideak 18 taulan zehaztuta daude.

**18 taula. Osakidetza/SVSeko ospitaletatik kanpoko baliabideak. 1999.**

Anbulatorioak	28
Osasun-zentroak	101
Kontsultategiak	173
Larrialdiko zerbitzuak	38
Osasun mentaleko zentroak	46

*Iturria: Euskal Estatistika Erakundera (EUSTAT) eta Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitale-estatistika.*

### 3.2. Giza-baliabideak

1999an EHAEko ospitaleetan 19.070 lagun-kopuruak egin zuen lan (19 taula).

**19 taula. Ospitaleetako giza-baliabideak. EHAE. 1999.**

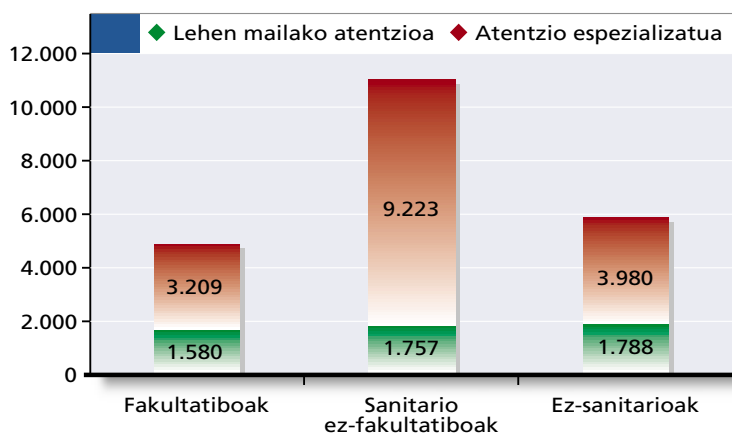
	Guztira	Publikoak	Pribatuak	Akutuak	Ertain-luzaroko egonaldia	Psikiatrikoak
Pertsonala guztira	19.070	14.714	4.356	16.737	1.000	1.333
Pertsonal sanitarioa	14.053	10.740	3.313	12.498	630	925
Medikuak	3.844	2.326	1.518	3.681	84	79
Erizaintza	5.240	4.487	753	4.812	240	188
Beste pertsonal sanitario batzuk	4.969	3.927	1.042	4.005	306	658
Ez-sanitarioa	5.017	3.974	1.043	4.239	370	408
Medikuak 100 oheko	40,3	48,5	23,4	61,2	10,2	3,6
Erizaintza 100 oheko	75,9	98,0	29,9	111,3	34,0	10,0

*Iturria: Euskal Estatistika Erakundera (EUSTAT) eta Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitale-estatistika.*

1999an Osakidetza/SVSeko plantila 21.685 langilek osatu zuten eta langile horietatik 15.769 sanitarioak ziren. Plantila hori 9 irudian ikus daiteke atentzio-mailen arabera banatuta.



**9 irudia. Osakidetza/SVSeko plantila, atentzio-mailaren arabera banatuta. 1999.**



Iturria: Osakidetza/SVS.

### 3.3. Asistentzia-jarduera

20 taulan ikus daitezke Osakidetza/SVSeko akutuen ospitaleetako asistentzia-jardueraren 1994 eta 2000 urte bitarteko adierazleak. Azpimarragarria da ingresu-kopuruan ikusten den gehikuntza; ertaineko egonaldiak, ostera, behera egin du. Larrialdietako jardueran ere gehikuntza ikusten da.

**20 taula. Asistentzia-jardueraren adierazleak. Akutuen ospitaleak. Osakidetza/SVSeko. 1994-2000.**

	1994	2000	Diferentzia 94-00 (%)
Oheak	4.553	4.034	-11,4
Egonaldiak	1.298.698	1.210.375	-6,8
Ingresuak	166.974	197.214	18,1
Errotazio-indizea	36,67	48,89	33,3
Interbentzioak	102.167	129.779*	
Batez besteko atzerapena (egunak)	82,8	57,12	-31,0
Okupazio-indizea	78,15	81,97	4,9
Batez besteko egonaldia	7,78	6,14	-21,1
Larrialdiak	622.147	803.505	29,2
Larrialdi ingresatuak	96.010	111.273	15,9

Iturria: Osakidetza/SVS. 2000ko urteko txostena.

Konsultei dagokienez, 2000an Osakidetza/SVSeko Lehen Mailako Atentzioko zentroetan hauek guztiak egin ziren: 7.256.175 mediku-konsulta (30,7 bisita egunean mediku bakoitzeko; frekuentzia-indizea: 4,0); 1.338.663 pediatria-konsulta (20,88 bisita egunean pediatrako; frekuentzia-indizea: 6,3); eta 6.640.378 erizaintza-konsulta.

97ko Euskal Herriko Osasun Inkestan (97-EHAEOlan) bildutako datuekin konparatuz, osasun-zerbitzuen erabilera gehitu egin da konsulta medikoetan eta konsulta horiekin erlazionatutako satisfazioan. Azpimarragarria da prebentzio-arrazoiengatikoko konsulten gehikuntza (%15 gehiago). Bestalde, garrantzizko gehikuntza ere gertatu da: pertsona helduen arteria-presio eta odol-kolesterolaren aldizkako kontrolean; gripearen aurkako txertaketan; eta prozesu gaiztoen detekzio goiztiarrean, hots, mamografiaren eta zitologia ginekologikoen bidez egiten den detekzio goiztiarrean.

Larrialdiei dagokienez, jendeak batez ere ospitaleetako larrialdietara jotzen jarraitzen du (horietan atenditzen dira larrialdi guztien %78a). Datu horrek erakusten digun konfiantzaren arrazoiak dira: eskuragarritasun hobea (%24) eta asistentzia hobea (%21). Erabiltzaileek ospitale-atentzioarekin duten satisfazioak (%95) badu bere muga, hauxe: itxarote-zerrendengatikoko insatisfazioa (%23), nahiz eta zerrendok, oro har, Estatuko onenak izan.

## **3.4. Gastu sanitarioa eta farmazeutikoa**

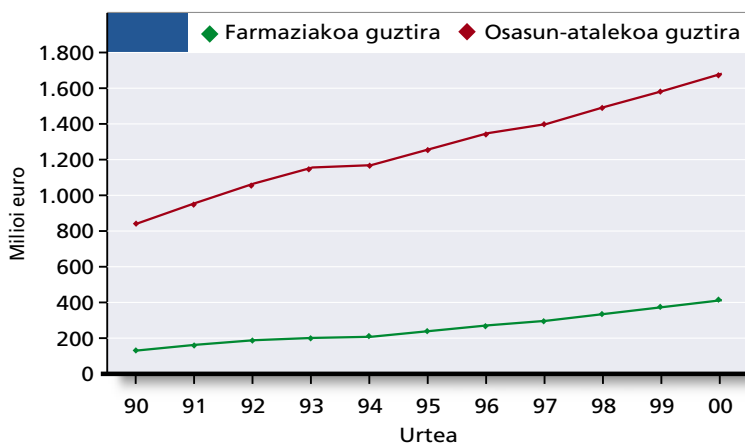
### **3.4.1. Gastu sanitarioa**

2001ean Eusko Jaurlaritzako gastu totalaren barruan, osasun-atalarentzat 1.683,3 milioi € destnatu ziren.

### **3.4.2. Gastu farmazeutikoa**

2000an medikamentuetan gastatu zena Osasun-atalari destinatutakoaren %24,7a izan zen (1.683,2 €); beraietako 341,3 milioi € errezetagatikoko gastuan sartu ziren eta 74,0 milioi € ospitale-farmaziakoan. Gastu farmazeutikoari destinatutako partida ekonomikoa da azken urteotan gehikuntzarik handiena duena; izan ere, urtean %10 inguruko gehikuntza du (10 irudia).

#### 10 irudia. Osasun- eta farmazia-gastuaren eboluzioa. EHAE. 1990-2000.



## 4. Osasun publikoko programak

Osasun Sailak asistentzia sanitarioa eskainiz gain, osasuna babesteko eta promozionatzeko programak eta gaixotasuna prebenitzeko programak eskaintzen ditu.

### 4.1. Osasunaren babesa

Osasuna babesteko programen oinarritzko helburua da, biztanleriaren osasunean eragina izan dezaketen kanpo-inguruko faktoreak zaintzea eta kontrolatzea. Horregatik, programak airearen, uren, lur-zoruaren eta elikadura-segurtasunaren kalitatea kontrolatzeko egiten dira batez ere.

#### ♦ Airea

Airearen kutsadurari, bai biotikoari eta bai abiotikoari, lepora dakizkioke hainbat osasun-arazo. Airea kontrolatzeko jokabideak zenbait instituzioren bidez egiten dira; eta Osasun Sailaren ardurara da kutsagarrien kontzentrazioa determinatzea.

#### ♦ Ura

EHAEko ur-hornidura guztietako kontsumo-uren kalitatea zaindu eta kontrolatzen du Osasun Sailak. Eta ondartzeko eta igerilekuen egoera higieniko-sanitarioak zaintzeko programak ere garatzen ditu.

## ♦ Janariak

Elikadura-segurtasuna kontrolatzeko Osasun Sailak garatzen dituen programen barruan daude besteak beste:

- Elikadura-establezimenduak ikuskatzea, hauek guztiak zaintzeko; instalazioen egoera, manipulazio-prozesuak, lehengaiak eta azken produktua.
- Elikadura-arrisku nagusiko jardueren programa; programa horren helburua da osasun-arrisku handia gerta daitekeen establezimenduetan prebentzio-neurriak azken punturaino eramatea.
- Hiltegietako ikuskapen iraunkorra.
- Janarien segurtasun kimikoa zaintzea, kutsagarrien eta nutrienteen ingestak determinatuz; determinazio hori egiteko, Dieta Osoa aztertu eta janari zehaztuetan kontrol selektiboak egin dira.
- Segurtasun mikrobiologikoko programa; prozedurak normalizatuz eta laginak bilduz determinazio analitikoak egiteko.

## ♦ Beste programa batzuk

Badaude beste programa batzuk osasuna babesteko, esaterako jarduera gogaikarri, osasungaitz, kaltegarri eta arriskutsuak (GOKA) tramitatzeko programa; edo proiektzio publikoko establezimenduen programa. Programa horien helburua da zentroen egoera higienikoak zentsatu eta ebaluatzea, zeren, zentro horien jarduera edo beraietan atenditzen den biztanleria kontuan hartuta, hobeto kontrolatu behar baitira. Gainera, babes erradiologikoko programa bat ere badago, osasunean erradiazio ionikoek eragin ditzaketen ondorio negatiboak prebenitzeko.

## 4.2. Osasunaren promozioa eta gaixotasunaren prebentzioa

Izenburu honetan ondoko programak sartu dira:

- Tabakismoa prebenitu, kontrolatu eta murrizteko programa, erretzen ez dutenei laguntzeko beren osasuna babestuz, eta erretzeari utzi nahi diotenei adore eman eta laguntzeko.
- Haurren istripu-lesioak prebenitzeko Zainbide proiektua; proiektu horren helburua haurren istripuak murriztea da.
- Metabolopatieen programa, jaioberrietan metabolopatiak goiz detektatzeko.
- Haurren eta helduen txertaketa-programa, EHAEan gaixotasun immuno-prebenigarriak erradikatzeko edo beren intzidentzia gutxitzeko.

## 5. Programa intersektorialen eskaintza

Osasun-determinatzaileak deitzen zaie osasunean ondorioak sortzen dituzten determinatzaileei. Ondorio horietan oinarritzen da egintza multisektoriala. Determinatzaile horiek pertsonak berak dituen faktoreak, edo bere bizitza-inguruan dauden faktoreak dira. Faktoreok erabateko eragina dute pertsonaren osasunean eta ongizatean, bai pertsonak duen osasuna afektatzen dutelako bai bere etorkizuneko bizitzako ongizate-gaitasunaren alde edo kontra egiten dutelako.

Egin daitezkeen interbentzioen ondorioak kontuan harturik, osasun-determinatzaileak honela bereiztu dira: biologikoak, hauetan herentzia, sexua eta adina sartzen dira batez ere; bizimoduaren arabera, hauetan sartzen dira bakoitzaren portaerak edo ohiturak: ariketa fisiko, elikadura, sexu-molde eta drogen kontsumoari (legalen edo legez kanpokoaren kontsumoari) dagozkienak; talde horretan beste portaera batzuk ere sartzen dira, esaterako, motordun ibilgailuak gidatzean, aisialdietan, atsedendietan eta abarretan pertsonak dituen portaerak; sozialak, hauen artean nagusi dira diru-ingresuak, enplegua, langabezia, hezkuntza, etxebizitza, edateko uren hornidura, saneamendu-sarea eta janariaren hornidura; osasunaren aldeko tokiak, esaterako hurbileko hiri-ingurua, lantokia, eskolak eta oro har hezkuntza-ikastetxeak, kultura- eta kirol-elkarteak, osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzu komunitarioak; azkenik, oro har, kondizio sozio-ekonomikoak, kulturalak eta ingurugirokoak, zeinak sektore askoko politikek eta jarduerak pribatuak giza-osasunean duten eraginari baitagozkio, eta biztanleriaren osasun-mailaren hobekuntzan lortzen dituzten irabaziez.

Azken hiru ataletan erabat inplikaturik geratzen dira jardueraren sektore interesgarri batzuk, bai publikoak bai pribatuak; izan ere, elkarrekintzan positiboki aritu daitezke sektore sanitarioarekin, elkarrekiko etekinak lortzeko, etekinotan batez ere komunitatearen osasun-maila hobetzea dagoelarik.

Osasun-determinatzaileak anitz sektoreren zeregintzat hartzeak, osasun-sistemarentzat erronka hirukoiztea dakar. Lehenengo erronka: politika publiko ezberdinen protagonistak eta egileak sentiberatzea, beren erabakiek osasunean izan ditzaketen ondorioez jabetu daitezkeen arte eta ondorioen erantzukizuna asumi dezaten arte. Bigarrena: eragin hori ebaluatzeko mekanismo eta lanabesak erraztea; erronka hori lehenengo eta behin sektore sanitarioari dagokio. Eta azkenik: gainerako politiketan aldeko ondorioak neurtzea eta bisualizatzea, osasuna promozionatzeko eta biztanleriaren osasunean ongizate-maila altuagoak lortzeko.

### 5.1. Osasunaren determinatzaile sozio-ekonomikoak

EHAEn sektore-politiken inguruan egintza batzuk martxan jarrita daude; egintzok atal honetan sar daitezke, eta beren eragina kontuan harturik ondokook azpimarratuko ditugu:

- Pobreziaren aurkako borroka integralaren plana.
- Enpleguaren aldeko instituzioen arteko plana.

- Prestakuntza profesionalari buruzko euskal plana.
- Emakumezkoei dagokienez, EHAEan egintza positiboak burutzeko plana.
- Etxebide izeneko etxebizitza-plan zuzentzailea.
- Ibai-arroen eta kostaldean saneamendu integralaren Plana.
- Gazteria Plana.

Guztiok proposatzen dituzten helburuak lortzeko, batetik, bakoitzak bere neurriak jarri beharko ditu, eta bestetik, elkarrekintzan arituko dira; horrela, osasun-determinatzaileak hobetzea lortuko baita, nahiz eta oraindik hobekuntza horren ebaluazioa egin ez den. Ebaluazio hori oraindik eginda ez dagoenez, gaur egun ezin da aurreikusi bere eragina osasun-indize batzuen eboluzioan, biztanleriari edo zenbait osasun-arazo espezifikorik dagokienez.

Azpitarratzekoa da, goian aipatutako politiken helburuak hobeto lortzeko, laguntza handia ematen dutela bai biztanleriaren osasun-maila onek bai osasun-sistemaren lankidetzak. Esaterako, zalantzarik gabe, osasunaren falta kronikoa da eragin gehien izan dezakeen faktore-etako bat; izan ere, osasunik ez badago, ezinezkoa da ingresu-maila egokiak lortzea, eta, noski, norberaren edo familiaren bestelako baliabiderik edo eskubiderik ez izateak pobrezia dakar. Horrela bada, osasuna aurrebaldintza bihurtzen da, ingresu egokiak lortzeko. Era berean, osasun indibidualaren maila ona funtsezko laguntza da, bai langilearentzat bai enpresarentzat asetzeko moduko lan-prestazioa izateko, eta norberaren prestakuntzarekin eta interesekin bat datorren enplegua lortzeko. Hezkuntzari dagokionez, osasun ona eta bizitza-ohitura osasungarriak ia ezinbesteko baldintzak dira, ahalik eta hezkuntza-mailarik onena lortzeko, hezkuntza-eskaintzaren eta jarrera pertsonalen berdintasunean. Azkenik, zenbait sektoreri ondo datozkie osasun-sistemak ematen dituen datuak eta ebaluazioak, adibidez, etxebizitzaren arlokoak, edateko ur kantitate eta kalitateari dagozkienak, saneamenduaren arazketa onargarriari dagozkionak eta janarien horniduran exijigarriak diren barietate, kantitate eta kalitateari buruzkoak.

## 5.2. Osasuna sustatzeko tokiak

Zer dira, Plan honen arabera, osasunaren promozio-tokiak? espazio-multzoak, edo zentroak, edo erakundeak dira, zeinetan jarduerak taldeka, erregulariki eta familia-giroan egin behar direneta-tik aparte egiten diren; eta aukera argiak ematen dituzte, osasuna sortzen duten sektoreak, eza-gutzak eta osasuna babesteko praktikak indartzeko. Printzipalenak hauek dira:

- Lantokiak.
- Eskola- eta hezkuntza-zentroak, batez ere hezkuntza orokorreko eta prestakuntza profesio-naleko zentroak, eta goi mailako prestakuntzakoak.
- Auzoak eta etxetik hurbileko hiri-inguruak. Horietan bereziki aipatu behar ditugu: beren hiri-ekipamenduaren maila, jarduera kolektiborako destinatutako lokalak, elkartzeko eta jolaste-ko lekuak eta guzti horien mantenimendu-maila.
- Gizarte-zerbitzu komunitarioak.
- Hiritar, kultur eta kirol-elkarteak.
- Osasun-zerbitzuak.

Halaber, atal honi lotutako sektore-politiken inguruan zenbait egintza martxan jarrita daude EHAEan. Osasunean eragin gehien izan dezaketenak hauek dira:

- OSALANen plan estrategikoa. Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea.
- Osasunaren Promozio eta Hezkuntzarako Osasuna-Hezkuntza-Drogamenpekotasuneko Batzorde mistoa.
- Hezkuntza Berriztatze Programak.
- Nekazal Prestakuntzarako Plana.
- Ingurugiro-Hezkuntzarako Plana, unibertsitatetik kanpoko hezkuntza-sisteman.
- Urdaibai Biosfera-Erreserbaren Plana.
- Drogamenpekotasunen Plana.
- Bide-segurtasunaren Plana.

Plan-multzo horrekin batera Lurralde Historikoetara eta eskualde zehaztuetara mugatutako beste plan batzuk ere badaude, foru eta udalerrietako entitateei dagozkien gizarte-zerbitzuen konpetentziaren arabera eginda daudenak. Horiek ere osasun-mailarekin lotutako adierazleak hobetzeko jarduerak bultzatzen dituzte.

### 5.3. Kondizio orokor sozio-ekonomikoak, kulturalak eta ingurugirokoak

Atal honekin lotutako sektore-egintzak biltzen dituzten planak martxan jarrita daude EHAEan. Hauek dira:

- EHAEaren Lurralde-Antolamendurako jarraibideak.
- EHAEko Jarduera Ekonomikorako lurralde-sektoreei buruzko plana.
- Eusko Nekazal Plan estrategikoa.
- Nekazal/oihan-sektoreko eta Inguru Naturaleko Lurralde-plana
- Euskal Herriko Zientzia- eta Teknologia-plana.
- "Euskadi, Informazioaren Gizartean" plana.
- Informatikaren eta Telekomunikazioen plana.
- Euskal Herriko Errepideen plan orokorra.
- Ingurugiroko Marko Programa.

Goian zerrendatutako planetan aurreikusten diren egintza askok eragin erabakigarria dute bizitza osasungarriagoa garatzeko behar diren baldintzak sortzerakoan. Hiru jarduera-talde bereiztuko ditugu. Lehenengo taldekoek erraztasuna ematen dute informazioarako, komunikazioarako (garraioa barne) eta pertsonetik, inguruarekiko eta zerbitzuekiko harremanetarako; guztion elkarrekintzek satisfazioa eta segurtasuna sortzen dituzte. Bigarrenekoak, ohiko egoitza-esparruko aberastasuna sortzen duten jarduera printzipalek lortutako garapen-mailari dagozkio. Azkenik, hirugarren taldekoak bizitza egiten den gizarte-taldean nagusi diren balioei eta, bereziki, erabilgarri dagoen gizarte-laguntzari dagozkie.

Horietako jarduera bakoitzak biztanleriaren osasun-mailan duen eragina aldatu egiten da, jarduera-motaren arabera, batzuetan eragin zeharkakoa eta beste batzuetan eragin esplizituagoa izaten delarik.





Lehentasuneko  
esparruak

Lehentasuneko  
esparruak





# 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, gizonetakoetan 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	Gizonetakoak		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.

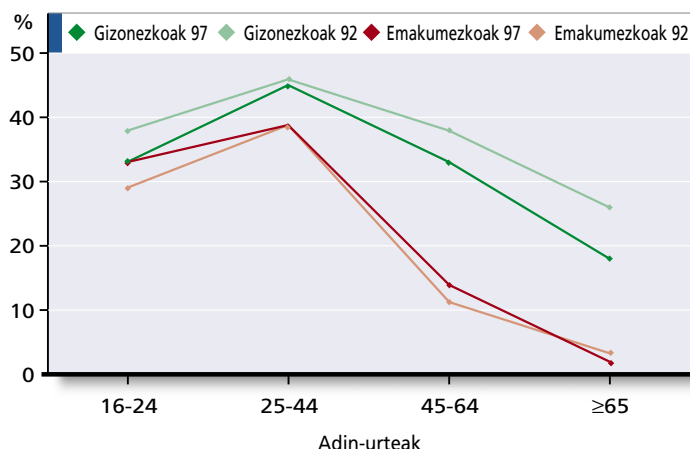
Tabakismoari lotutako arriskuak bi kategoriatan banatzen dira. Batetik, erretzaileen beraien arriskuak, eta bestetik, biztanleria orokorraren arriskuak. Pertsona helduak egin direnean erretzen hasi eta harrezkero inoiz erretzeari utzi ez dioten pertsonentzat arriskua handia da. Ohiko erretzaileen erdia 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 pertsonen 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, inorporatu 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 portara bat zen, eta klase sozio-ekonomiko altuetako pertsonena bakarrik. Bigarren aldian, erretzeko ohitura klase sozial guztien artean berdintsu 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 defavoratuenetan, 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 <sup>1</sup>	%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 diguten inguru politikoan garatuko ditugu jarduerak.

### Jokabide indibidualak

1. Osasuneko profesionalek, batez ere Lehen Mailako Atentziokoei, 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 promobitzailekoan.

<sup>1</sup> 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 erlazio-natutako tekniken erabileran.
4. Osasunarekin erlazio-natutako agente guztiak prestatu egin behar dira, tabako-ohiturarako faktore bul-tzatzaileak 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 gunek eta erretzeko zona espezifikoak, batez ere lan-esparrian.
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 hasi-ko da.

### *Beste jokabide batzuk*

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

### *Ezberdintasunak*

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

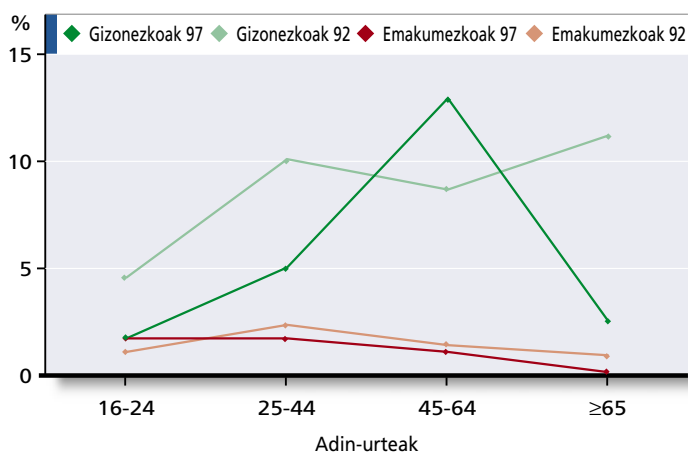
## **1.2. Alkoholen kontsumoa**

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 trafikoi-istripuen zati handia.

## Gaurko egoera

97-EHAEolren arabera, EHAEko 16 urtetik gorako biztanleriaren ia %4ak larregi kontsumitzen ditu alkohol-dun edariak<sup>1</sup>. 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-EHAEolri dagokionez, 45-64 urte bitarteko gizonezkoetan izan ezik, alkoholaren larregizko kontsumoak behera egin du, eta beherakada hori batez ere 65 urtetik gora-koetan 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-EHAEolan, alkohol-kontsumoaren ezaugarriak aldatu egiten ziren klase sozialaren arabera. Horrela, alkohol-kontsumo moderatua klase sozialarekin gehitzen zen bitartean, larregizko edaleen proportzioa handiagoa zen klase defaboratuenetako 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 faboratuenetan, eta, oster, kontsumo "problematikoak" alderantzizko patroia erakutsi zuen.

Diferentzia sozialak ere ikus daitezke alkohol-kontsumoari asoziatutako hilkortasunean. Klase defaboratuenetan 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 zirrosiagatiko eta istripuengatiko hilkortasunean ikusten direnak.

<sup>1</sup> Larregizko edalea: egunero 91 cc (72 gr) alkoholdun edariak kontsumitzea; 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 gorako en eguneroko batez besteko alkohol-kontsumoa	%15ean gutxitzea	12,8 gr	10,9 gr.	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

\* Urtea: 1997.

## Interbentzio-estrategiak

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

### Jokabide indibidualak

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

### Jokabide komunitarioak

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

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

### Ezberdintasunak

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

## 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, EHAko 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. EHA. 2000.**

Mota	% Kannabisa	% Speed	% Droga sintetikoak	% LSD	% Kokaina
Ez-iniziatua	74,1	94,4	97,7	97,7	95,3
Esperimentala	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. Tokikomanien 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

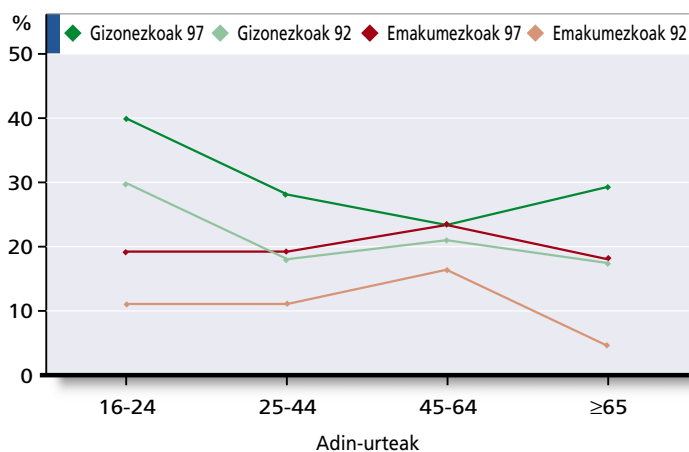
Ariketa fisiko moderatuak nabari murrizten ditu: hilkortasun goiztiarra, obesitatea, arteria-hipertentsioa, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, insulinararen menpekoea ez den diabetes mellitusa eta osteoporosia. Ondorio onuragarriak ditu, eta horien artean daude itxura fisikoaren eta autoestimaren hobekuntza.



## 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 klasekoak); izan ere, azken horietan dauden pertsonak esfortzu fisiko handiagoa egiten dute beren lan-jardueran.

Asialdietako jarduera fisikoari dagokionez, gradiente soziala dago, baina kontrako zentzuan oraingoan. Ariketa fisiko gehiago egiten dute maila sozio-ekonomiko altuenetako gizonezkoek eta emakumezkoek.

## Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Aisialdian ariketa fisikoa egiten duten 15 urtetik gorakoen proportzioa	%32	%24	%32	EAEOL. 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 gutxitu 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 desegokiekin (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-beharrizanak 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 desegokiekin lotutako lotutako aldaketa fisiologikoak.

Laeregizko 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 dietetikoetan halako konbergentzia bat sortzen ari da, merkatua globalizatu egin delako, eta janariak eskuragarriago daudelako. Baina, zoritxarrez, konbergentzia horren norabidea dieta desorekatuta eta ez-osasungarria doa. Horregatik, datoen urteetan ohitura kaltegarriekin erlazionaturiko gaixotasunen gehikuntza espero da.

OMEn 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 bitartekoak gizonezkoen %46ak eta emakumezkoen %34ak egiten zuten ingesta energetikoa handiagoa zen beren adinerako eta egunean egiten zuten ariketa fisikorako gomendatutakoa baino; bestalde, printzipio hurbi-letik etorritako balantze energetikoak, alkohola kenduta, hauek ziren: proteinetarako %16a, karbono-hidratoetarako %45a eta koipeetarako %37a.

Orainsuago, europar azterlana, "Minbizia eta Nutrizioa Ikertzeko Azterlan Prospektiboa" (EPIC 1992-1996), Gipuzkoan egin da 35-65 urte bitarteko biztanleria aztertuz. Azterketa horrek ere erakusten digunez, gure elikadura-ohiturak urruntzen doaz "dieta mediterranea" delako horretatik, edo OMEn gomendioetatik (1987) edo Europar Batzordearen EURODIET 2000 izeneko Proiektutik. Izan ere, gure elikadura-ohituretako dietaren aporte energetikoa koipeen bidez -%35-, proteinen bidez -%18-, eta karbono-hidratoen bidez -%47- dator (23 taula).

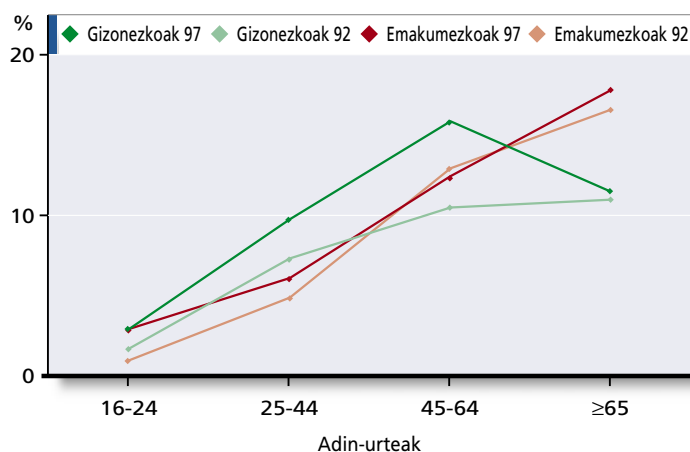
**23 taula. Europarako nutrizio-helburuak. (EURODIET 2000)**

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

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

97-EHAEOn pertsona obesoen proportzioa<sup>1</sup> %10,0koa izan zen; 92-EHAEOn, 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 obesoen 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. Emakumezkoek 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 gutxiagia, ostera, adinarekin gutxitzen doan arriskua da, klase sozial altuetan bere prebalentzia handiagoa da, eta emakumezkoetan hiru bider gehiago gertatzen da gizonezkoetan baino.

<sup>1</sup> 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 gutxiegiako 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 abar-rekoetan).
7. Elikadura-kontsumoko gatzetan iodoa gehitzeko programak mantenduko dira.

### Beste jokabide batzuk

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

11. Beharrezkoa da sektore zehaztuetako profesionalen kooperazioa indartzea. Sektoreek 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 espezifikoak izango dira: haurrak, adolezenteak, pertsona zaharrak eta pertsona desfaboratuenak.

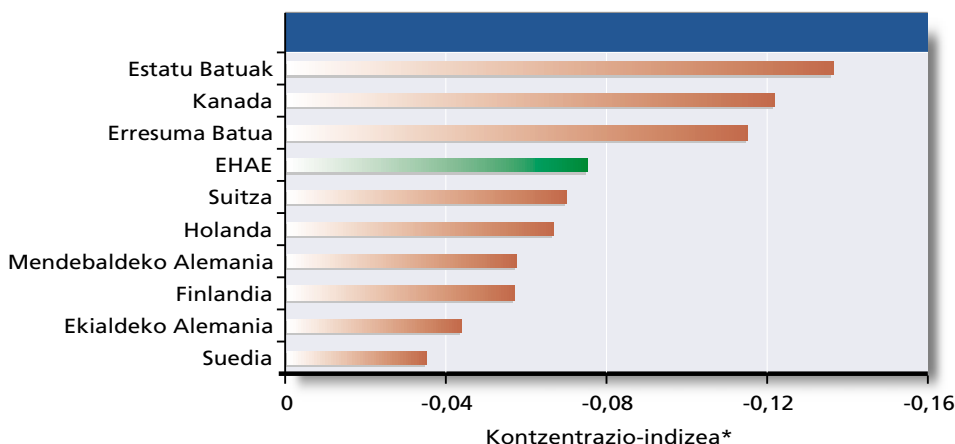
## **2. Osasuneko ezberdintasun sozialak**

---

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 diferentziora konponketa posibleak konplexu eta multifaktorialak dira. Hala eta guztiz, nazioarteko mailan ebidentziak metatu dira, osasuneko ezberdintasun sozialak gutxitzea zuzenduriko politiken efektibitateari dagokionez.

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

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



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

## 2.1. Ekitatea eta ezberdintasun sozialak osasunean

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

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

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

Osasuneko ezberdintasun sozialak erronka bat dira gizarte modernoentzat eta osasun-politikentzat; izan ere, diferentzia horietatik zati handi bat injustutzat jotzen da. Bestalde, talde desfaboratuenetan gertatzen diren osasun-arazoak murriztea birbanaketa-politiken gako da, eta, gainera, murrizte horrek komunitate osoaren batez besteko osasuna hobetzeko potentzuala eskaintzen du. Bizitza-kondizio materialen maila berdinean, osasungarriagoak dira ezberdintasun sozial gutxien duten gizarteak; gizarte horietan kohesio soziala eta solidaritatea garatuago baitaude. Arrazoi guzti horiengatik osasunean ekitatea izatea lehentasuntzat jotzen dute gure inguruko herrialdeetako osasun-politikek. "XXI. menderako Guztiontzako Osasun-Politika" (21erako osasuna) delakoan, osasuneko ekitatea Europar Erregiorako osasun politikari eusten dioten oinarriko balioetarik bat da, eta bere 21 helburuetarik bat.

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

## 2.2. Osasuneko ezberdintasun sozialen tamaina eta banaketa

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

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

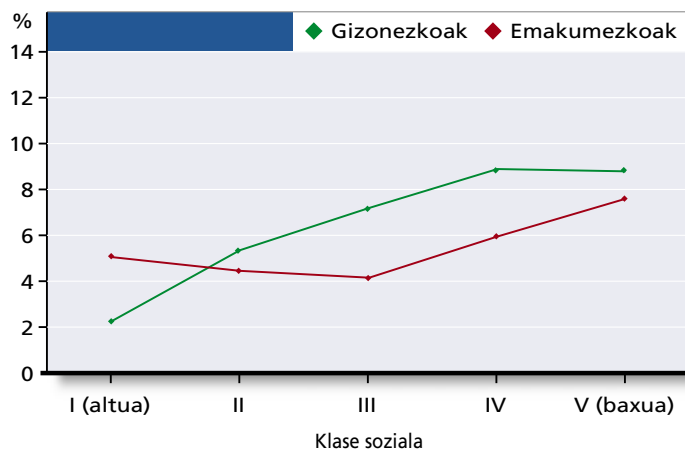
### 2.2.1. Hautemandako osasuna

#### ◆ Osasun-gradua

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

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

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



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

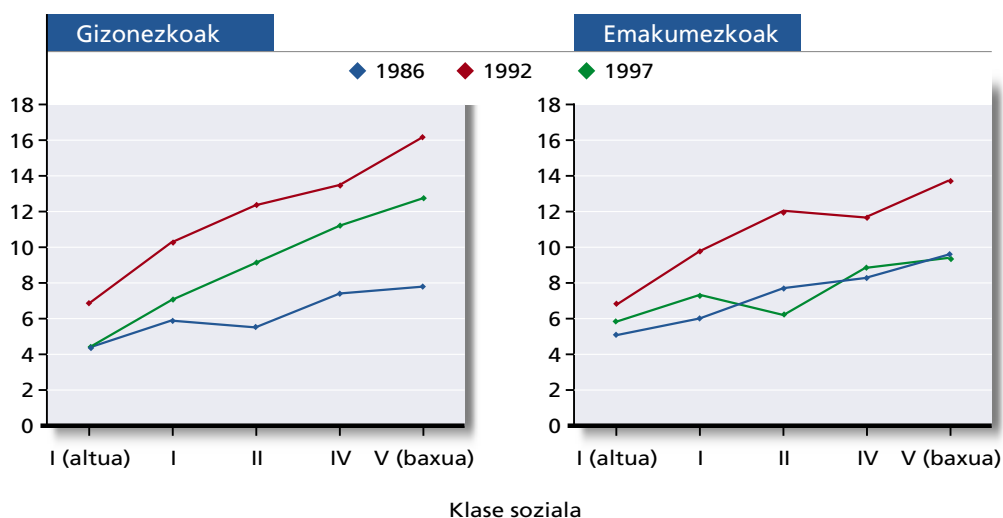


## ◆ Ezintasun iraunkorra

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

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

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



Iturria: EHAEn Osasun Inkesta.

## 2.2.2. Hilkortasuna eta bizitza-itxaropena<sup>1</sup>

### ◆ Bizitza-itxaropena

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

<sup>1</sup> Hilkortasuna aztertzeko, 1996-97 urte bietako datuak erabili ziren, eta zergatiengatik hilkortasuna aztertzeko, 1993-98 aldiko datuak. Biztanleria-datuak eta kondizio sozialekin Biztanleria eta Etxebizitzetako 1996ko Estatistikak atera ziren.

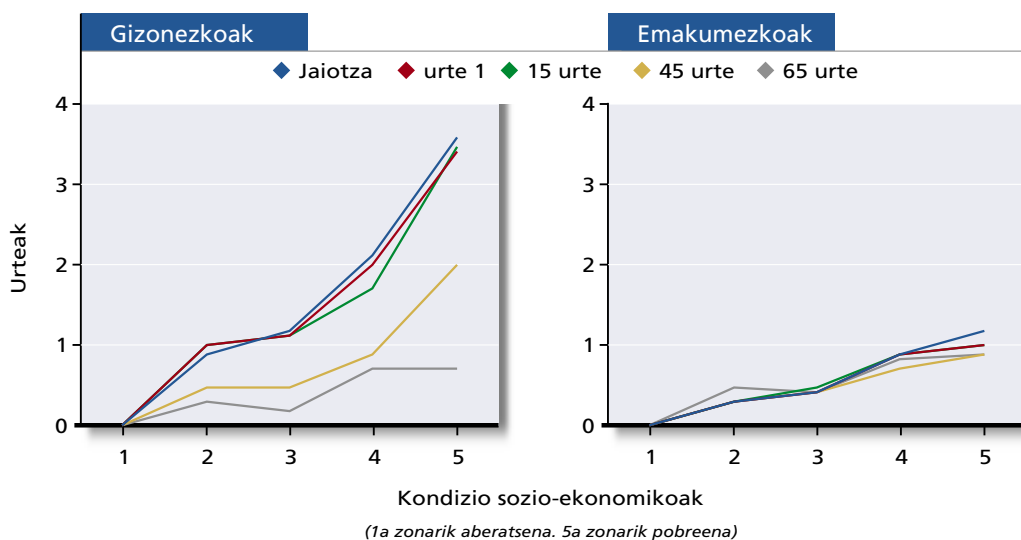
**24 taula. Bizitza-itxaropenaren urteak, adin, sexu eta egoitza lekuko kondizio sozio-ekonomikoen arabera. EHAE. 1996-97.**

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

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

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

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



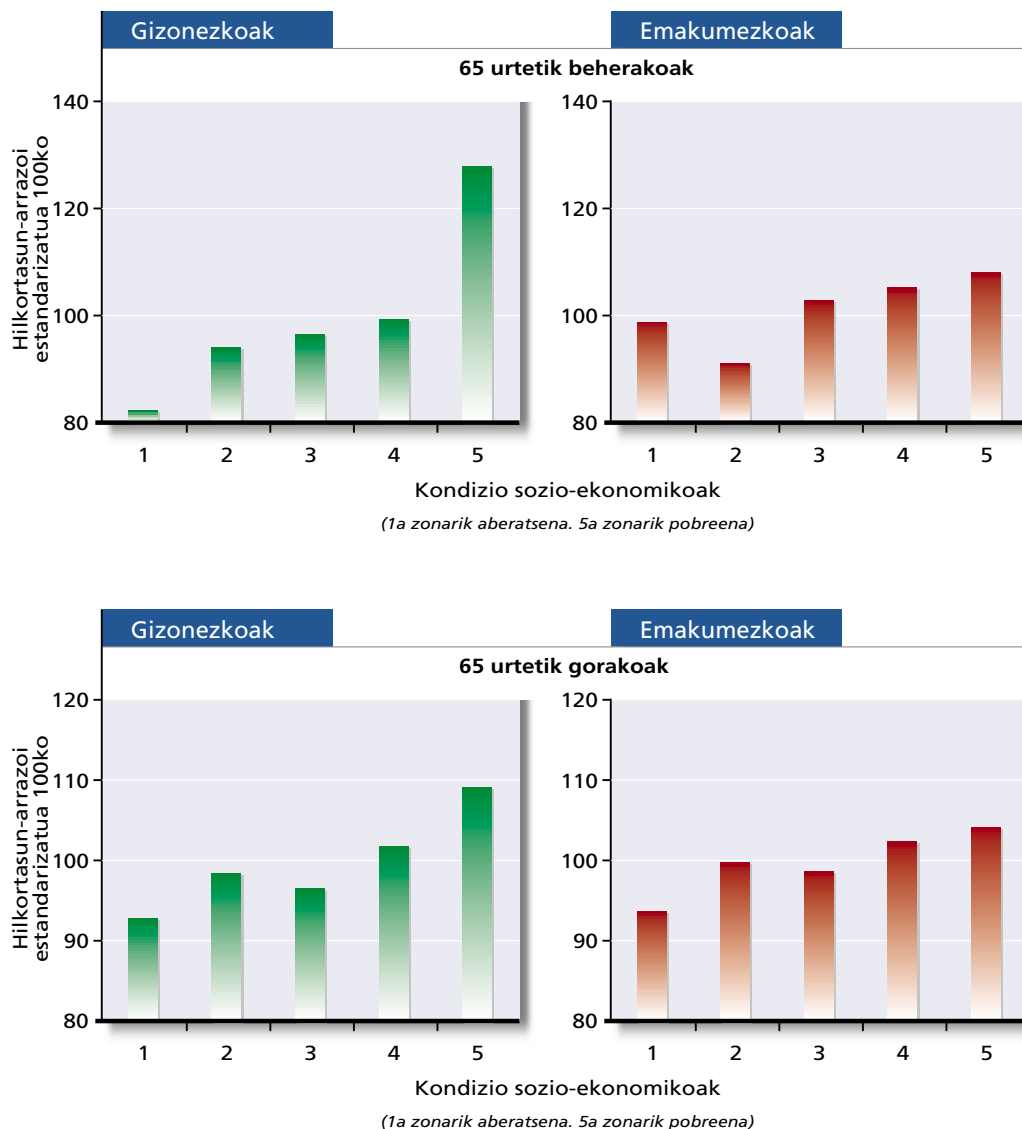
## ◆ Adin-talde eta sexuen arabera hilkortasuna

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

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

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

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

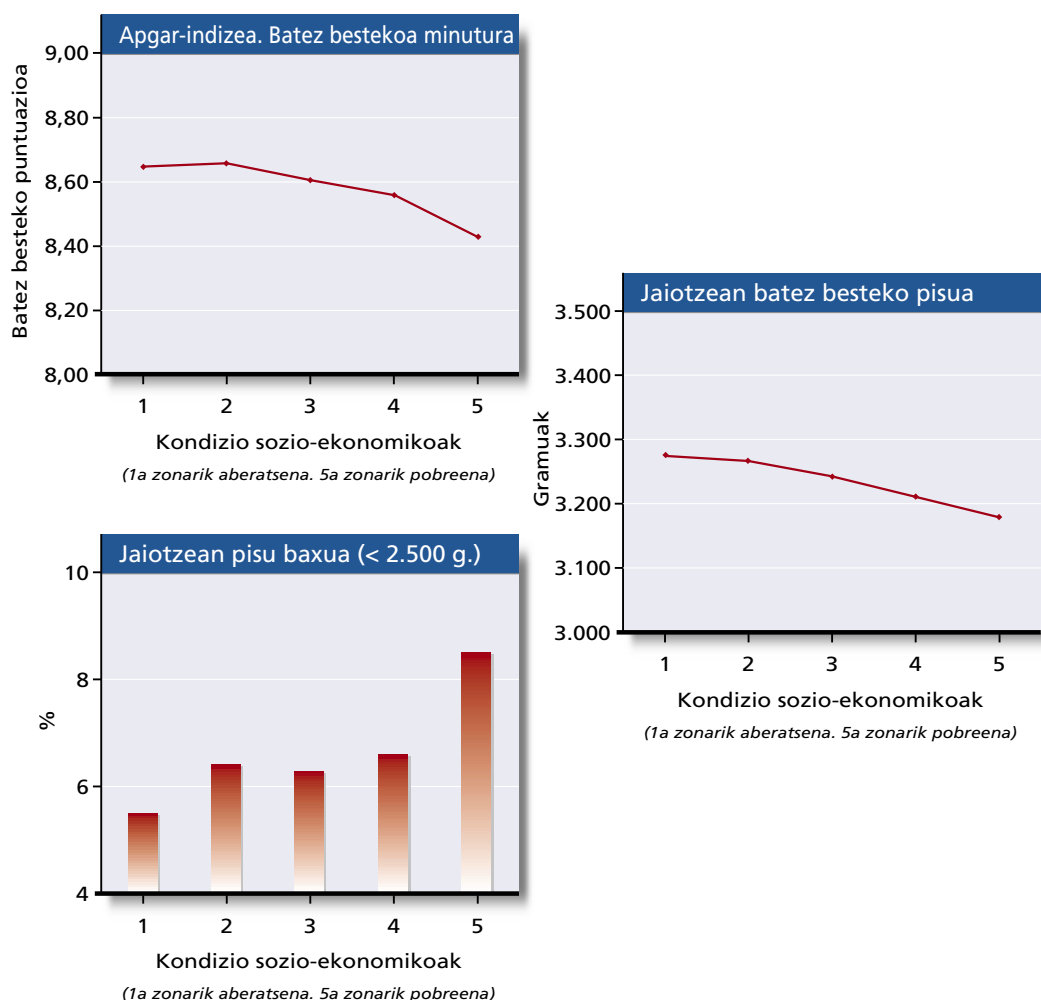


Urte batetik beherakoetan ere hilkortasunak gradiente sozialari jarraitzen dio. Horrela, atalik desfaboratuenetan hilkortasuna handiagoa da %53an atal aberatsenetan baino. 1-14 bitarteko gizonezkoetan, larregizko hilkortasuna ikusten da hauek konparatzen direnean: kintilo pobreenen atalak (3, 4 eta 5)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

### 2.2.3. Jaiotzinguruko osasuna

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

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



## 2.2.4. Bizitza-ohiturak eta bizimoduak

Alkoholaren kontsumoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Tabakoaren kontsumoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Hariketa fisikoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

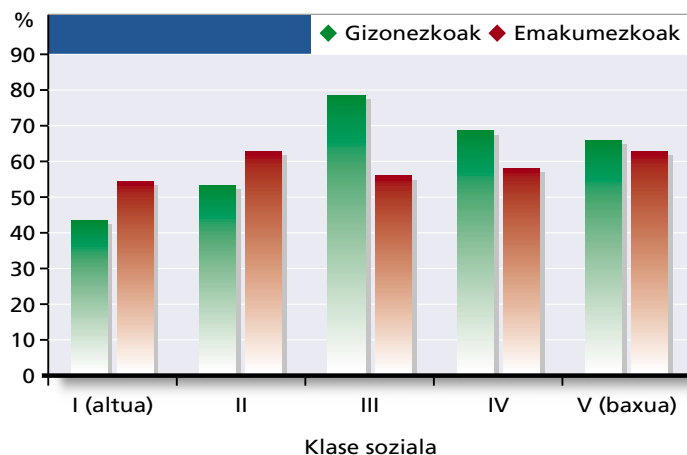
Nutrizio-ohiturak. Gorputz-pisua. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

### ◆ Prebentzio-praktikak

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

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

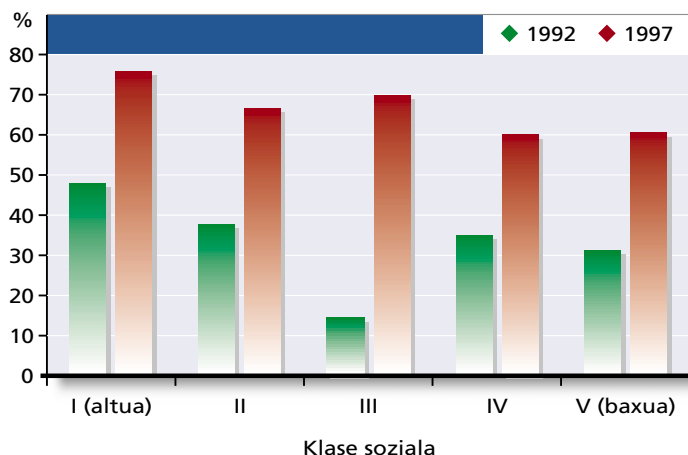
**21 irudia. Gripearen aurka txertatzen diren pertsonak, klase sozialaren arabera. EHAe. 1997.**



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

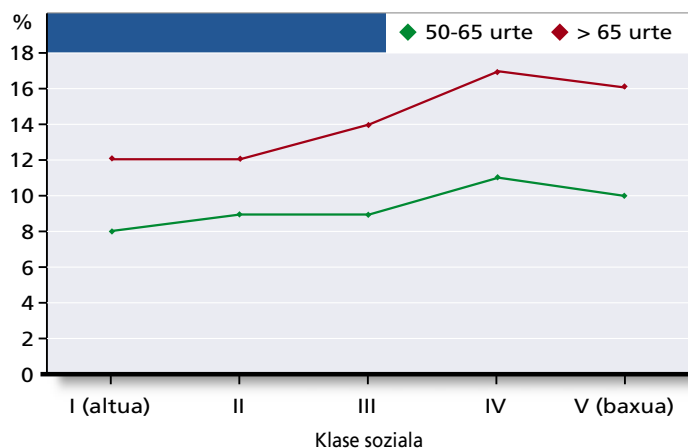
Bularreko minbizia goiz detektatzeko programari dagokionez, nahiz eta partaidetza-tasa bikaina den (%79,1), oraindik diferentzia sozial nabarmenak daude mamografia egiteari dagokionez: klaserik desfaboratuenetako emakumezkoek jarraitzen dute izaten programaren gainean gutxien dakitenak, eta esplorazio-maiztasun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

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



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

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



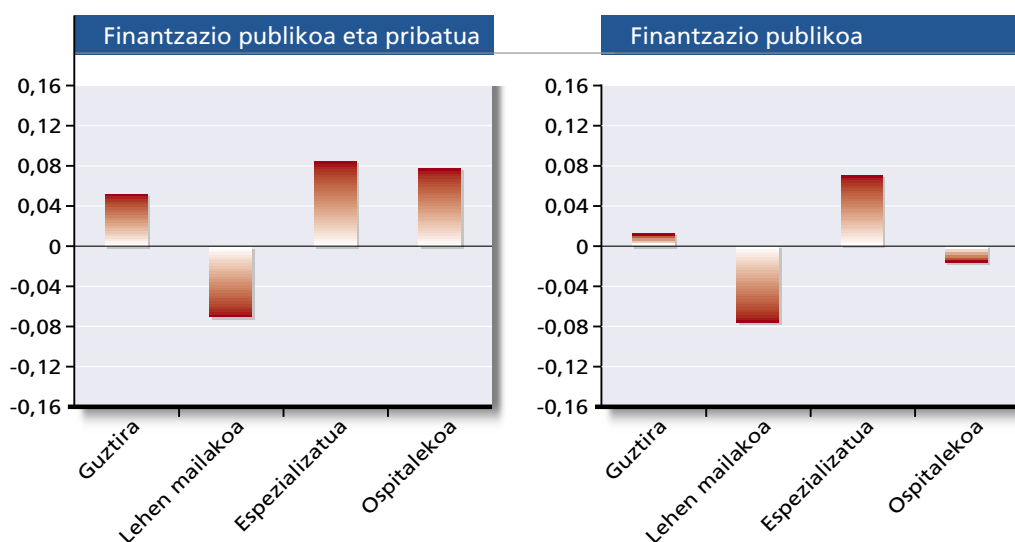
Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

## 2.3. Zerbitzuen banaketari buruzko ekitatea

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

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

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



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

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

### 2.4.1. Helburu orokorra

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

\* Urtea: 1997.

### 2.4.2. Helburu espezifikoak (2010 urterako)

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

\* Urtea: 1997.

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

\*\*\* 1993-98ko aldia.

### 2.4.3. Interbentzio-estrategiak

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



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

## 3. Gaixotasun ez-transmitigarriak

### 3.1. Minbizia

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

#### Gaurko egoera

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

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

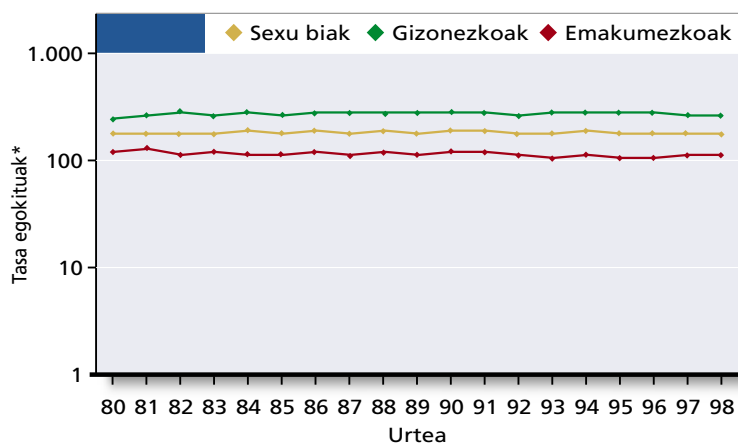
45-74 urte bitartean heriotza-zergatirik sarriena minbizia da. Emakumezkoei dagokienez ere, minbizia da lehen heriotza-zergatia 30-44 urte bitarteko taldean.

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

1986-1988 hirurtekoan, neoplasiak diagnostikatu eta handik 5 urtera bizirik jarraitzen zuten pazienteen biziraupen erlatiboa<sup>1</sup> %40koa izan zen gizonezkoentzat, eta %54koa emakumezkoentzat. Portzentaje horiek apur bat handiagoak izan ziren estatu espainolekoak baino (EHAEkoak %40 eta Estatuakoak %52), bai eta Europa osoan gertatutakoak baino (EHAEkoak %35 eta Europakoak %50).

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

## 25 irudia. Minbiziagatiko hilkortasunaren eboluzioa denboran zehar. EHA. 1980-1998.



\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrea egokituta.

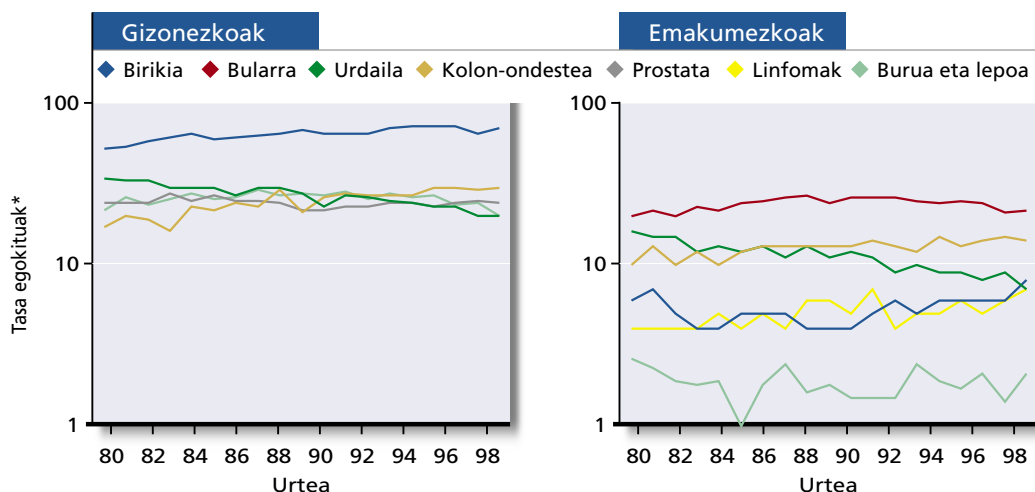
Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

### 3.1.1. Sarrien gertatzen diren tumore-kokapenak

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

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

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



\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

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

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

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

## Helburuak

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

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

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

## Interbentzio-estrategiak

### Jokabide indibidualak

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

### Jokabide komunitarioak

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

### Jokabide intersektorialak

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

### Beste jokabide batzuk

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

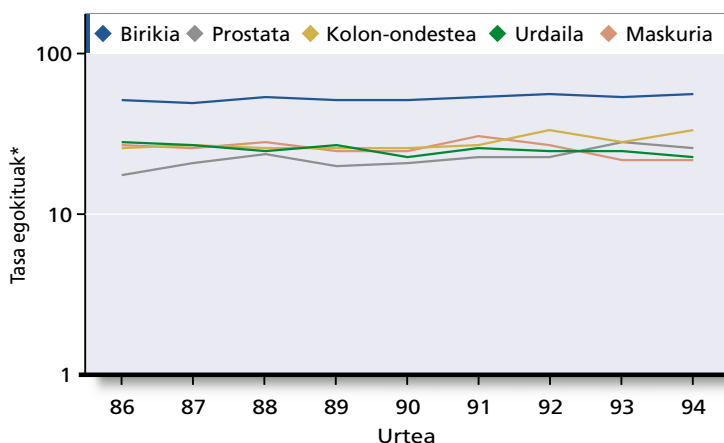
### Ezberdintasunak

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

## 3.1.2. Birikako minbizia

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

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



\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Minbiziaren Erregistroa. Osasun Saila.

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

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

## Helburuak

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

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

## Interbentzio-estrategiak

### Jokabide indibidualak

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

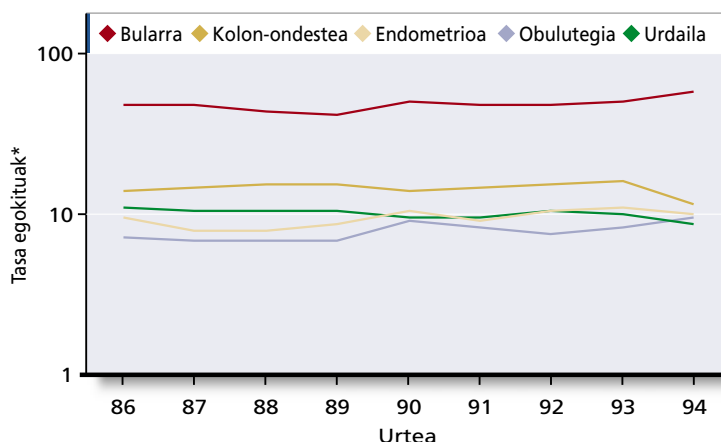
### Jokabide intersektorialak

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

### 3.1.3. Bularreko minbizia

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

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



\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Minbiziaren Erregistroa. Osasun Saila.

### Helburua

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

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

### Interbentzio-estrategiak

#### Jokabide indibidualak

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



### Ezberdintasunak

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

### 3.1.4. Kolon-ondesteko minbizia

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

### Helburuak

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

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

### Interbentzio-estrategiak

#### Jokabide indibidualak

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

#### Jokabide komunitarioak

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

### 3.1.5. Buruko eta lepoko minbiziak

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

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

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

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

## Helburuak

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

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

## Interbentzio-estrategiak

### Jokabide indibidualak

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

### Jokabide komunitarioak

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

### Jokabide intersektorialak

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

## 3.2. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak

### Gaurko egoera

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

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

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

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

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

\* Gordinak 100.000 biztanleko.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

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

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

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

### 3.2.1. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku-faktoreak

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

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

#### Helburuak

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

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

\*\* 1993-98.

#### Interbentzio-estrategiak

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

#### Jokabide indibidualak

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

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

## **3.2.2. Gaixotasun zerebro-baskularrak**

### **Gaurko egoera**

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

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

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

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

\* 100.000 tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-Erregistroa. Osasun Saila.

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

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

## Helburuak

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

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

## Interbentzio-estrategiak

### Jokabide indibidualak

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

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

### *Ezberdintasunak*

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

## **3.2.3. Kardiopatia iskemikoa**

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

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

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

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

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

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

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

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

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

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

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

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

## Helburuak

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

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



## Interbentzio-estrategiak

### *Jokabide indibidualak*

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

### 3.3. Diabetes mellitusa

#### Gaurko egoera

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

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

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

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

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

*Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.*

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

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

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

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

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

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

*Iturria: Diabetesaren Kontseilu Aholkularia.*

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

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

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

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

*Iturria: Euskadiko giltzurruneko pazienteei buruzko informazio unitatea.*

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

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

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

Iturria: ONCE.

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

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

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

\* Diagnostikotik Erlazionatutako Taldeak.

Iturria: Osakidetza/SVS.

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

## Helburuak

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

\* Ez dago behar besteko informaziorik.

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

## Interbentzio-estrategiak

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

### *Jokabide indibidualak*

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

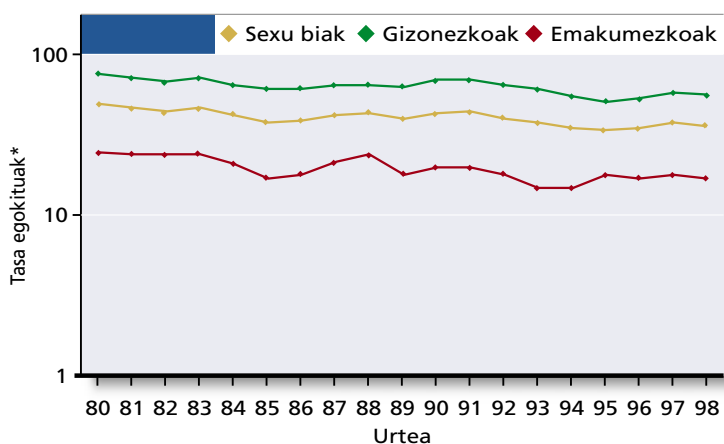
13. Behar besteko informazio-sistemak garatzeari ekin behar zaio. Izan ere, sistemok beharrezkoak dira bai konplikazio larriei jarraipena egiteko, eta bai paziente diabetikoen asistentziaren kalitatea ebaluatzen.

### 3.4. Istripu-lesioak

#### Gaurko egoera

Gaur egun kanpo-zergatiak dira<sup>1</sup> laugarren hilkortasun-zergatia EHAEko biztanleriaren artean. 1998 urtean, kanpo-zergatiengatik hilkortasun-tasa gordina 100.000 heriotzako 64koa izan zen gizonezkoetan, eta 22koa emakumezkoetan. Adinaren arabera egokitutako tasa ere altuagoa izan zen gizonezkoetan (100.000 gizonezko 56,8) emakumezkoetan baino (100.000 emakumezko 16,8); sexu bietan, berriz, 36koa izan zen. Azken 20 urteetan kanpo-zergatiengatik hilkortasun-tasak nabari jaitsi dira (urtean 0,6 puntutan); gainera, jaitsiera hori gizonezkoetan handiagoa izan da (0,9) emakumezkoetan baino (0,4). (29 irudia).

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



\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

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

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

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

### 3.4.1. Trafiko-istripuak

#### Gaurko egoera

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

EHAEan trafiko-istripuengatiko hilkortasunak denboran zehar izan duen eboluzioari dagokionez, (Osasun Saileko Hilkortasun-erregistroaren arabera<sup>1</sup>) ez da gertatu aldaketa nabaririk azken 20 urteetan. Hala ere, tasarik altuenak 80 hamarkadako azkenerantz eta 90ko hasieran ikusi ziren; hortik aurrera jaisten hasi ziren 1997 urtera arte, hor ikusten baita berriro gehikuntza apur bat. Gaur egun gure tasa txikiagoa da Espainiakoa, Frantziakoa eta Estatu Batuetakoa baino; baina handiagoa Erresuma Batuko eta Alemaniako tasak baino.

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

Europar Batasunak trafiko-istripuengatiko hildakotzat hartzen ditu istripua izan eta 30 egun barruan hiltzen direnak. Definizio horrekin bat etorritik, EHA<sup>2</sup>Erako<sup>2</sup> estimatu diren datuen arabera, 1999an tasa hori 100.000 biztanleko 12,3koa izan zen, hau da, Europar Batasuneko tasarik altuenetako bat, Erresuma Batuko, Suediako, Finlandiako eta Alemaniako tasen goitik egonik eta Greziako eta Portugaleko tasen azpitik.

Trafiko-istripuengatiko hilkortasunean apenas dago diferentzia sozialik.

#### Helburua

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

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

<sup>1</sup> EHAeko egoiliarren istripuengatiko heriotza-kasu guztiak hartzen ditu kontuan, Erkidegoaren barruan zein kanpoan istripua izan eta handik edozein momentutara heriotza gertatzen denean.

<sup>2</sup> Eusko Jaurlaritzako Barne Saileko datuak.

## Interbentzio-estrategiak

### *Jokabide indibidualak*

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

## 3.4.2. Lan-istripuak

### Gaurko egoera

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

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

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



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

## Helburua

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

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

## Interbentzio-estrategiak

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

### Jokabide komunitarioak

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

### Jokabide intersektorialak

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

### Beste jokabide batzuk

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

### 3.4.3. Etxe-, aisia- eta kirol-istripuak

#### Gaurko egoera

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

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

#### Helburua

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

\* 1997ko urtea. Biztanleriaren totalaren portentajea.

#### Interbentzio-estrategiak

##### Jokabide komunitarioak

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

##### Jokabide intersektorialak

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

##### Beste jokabide batzuk

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

## 3.5. Osasun mentala

### Gaurko egoera

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

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

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

### 3.5.1. Haur eta gazteen osasun mentala

#### Gaurko egoera

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

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

#### Interbentzio-estrategiak

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

#### Jokabide indibidualak

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

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

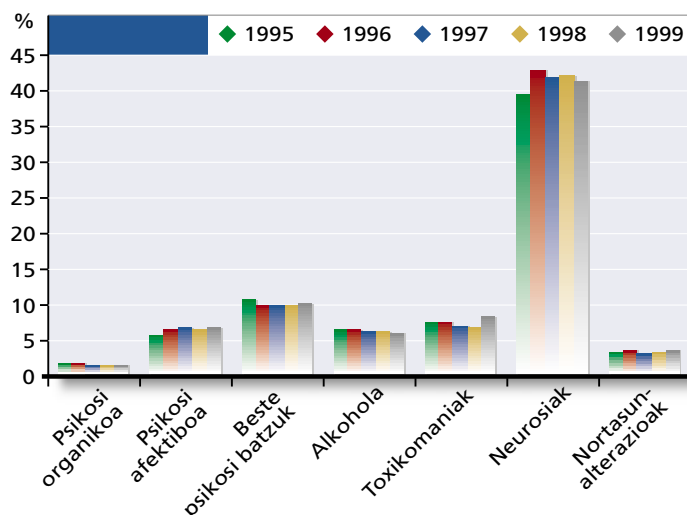
8. Inplikaturako profesional sanitarioek informazioa jaso behar dute, haur-gazteen osasun mentala afektatzen duten arazoak goiz detektatzeko.

## **3.5.2. Pertsona helduak eta osasun mentala**

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

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

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



Iturria: Osakidetza/SVS.

### 3.5.2.1. Eskizofrenia eta beste psikosi batzuk

#### Gaurko egoera

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

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

#### Interbentzio-estrategiak

##### Jokabide indibidualak

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

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

## **3.5.2.2. Trastorno depresibo ez-psikotikoak eta antsietate-trastornoak**

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

## Interbentzio-estrategiak

### *Jokabide indibidualak*

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

## 3.5.2.3. Alkohola

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

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

## Interbentzio-estrategiak

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

### *Jokabide indibidualak*

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

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

### *Ezberdintasunak*

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

## **3.5.2.4. Toxikomaniak**

### **Gaurko egoera**

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

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

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

### **Interbentzio-estrategiak**

#### *Jokabide indibidualak*

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



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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Ezberdintasunak*

8. Talde desfaboratuenek eskuragarri izango dituzte xiringen elkartrukeari, preserbatiboak erabiltzekiari eta ordeko tratamenduei buruzko programak, bai eta efektiboak direla erakusten duten etorkizuneko programak ere.

## **3.5.3. Osasun mentala eta hirugarren adina**

### **Gaurko egoera**

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

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

### **Interbentzio-estrategiak**

#### *Jokabide indibidualak*

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

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

### *Jokabide intersektorialak*

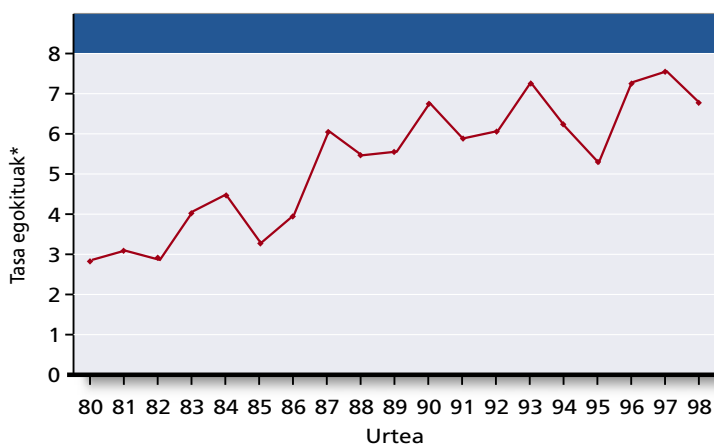
4. Esparru sozio-sanitarioan, zaintzaileekin, batez ere familiakoekin kolaboratzeko programak ezarriko dira, paziente horien instituzionalizazioa atzeratzeko; bestalde, zaintzaileei laguntzeko programak, hots, beren bizitza-kalitatea hobetzeko programak ere ezarriko dira.
5. Mahai soziosanitarioek eztabaidako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

## 3.5.4. Suizidioa

### Gaurko egoera

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

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



\* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

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

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

## Helburua

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

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

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

## Interbentzio-estrategiak

### Jokabide indibidualak

1. Lehen mailako atentzioan jokabide-protokoloak ezarriko dira, patologia depresiboaren despistajea egi-teko, patologia hori baita suizidio-zergati printzipala, batez ere hirugarren adinean.
2. Suizidio-saioko kasu guztien jarraipen indibiduala eta familiarra egingo da, EHAEra egokitutako prakti-ka klinikoko gidan arabera.
3. Lehen mailako atentzioko arloan medikazio psikiatrikoen erabilera egokiari buruzko prestakuntza-pro-gramak bultzatuko dira.

### Jokabide komunitarioak

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

### Beste jokabide batzuk

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

## 4. Gaixotasun transmitigarriak

### Gaurko egoera

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

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

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

### 4.1. Txertaketaren bidez prebeni daitezkeen gaixotasunak

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

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

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

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

\* Urtea: 1999.

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Helburuak

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

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

\* Urtea: 1999.

## Interbentzio-estrategiak

### *Jokabide indibidualak*

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

### *Jokabide komunitarioak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

## 4.2. Tuberkulosia

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

## Helburua

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

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

\*\* 1997-99 hirurtekoa.

## Interbentzio-estrategiak

### Jokabide indibidualak

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

### Jokabide komunitarioak

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

### Ezberdintasunak

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

## 4.3. Infekzio nosokomiala

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



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

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

## Helburua

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

\* Urtea: 1999.

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

## Interbentzio-estrategiak

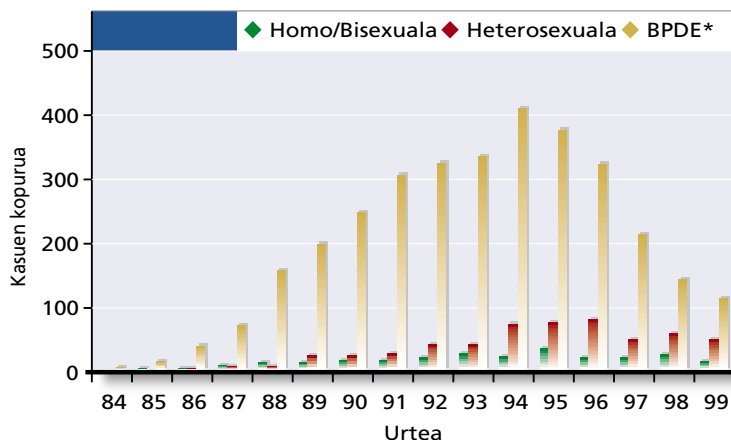
### Beste jokabide batzuk

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

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

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

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



\*Bide Parenteraletiko Drogen Erabiltzaileak.

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

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

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

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

## Helburuak

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

\* Urtea: 1999.

## Interbentzio-estrategiak

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

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

### Jokabide indibidualak

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

### Jokabide komunitarioak

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

### *Beste jokabide batzuk*

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

### *Ezberdintasunak*

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

## 5. Jokabide bereziko taldeak

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

### 5.1. Bizitzaren hasiera

#### *Gaurko egoera*

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

Haurren hilkortasun-tasak (ikus "Gaurko egoera" kapitulua) apurka-apurka behera egin du azken hamar kadetan; 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.

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

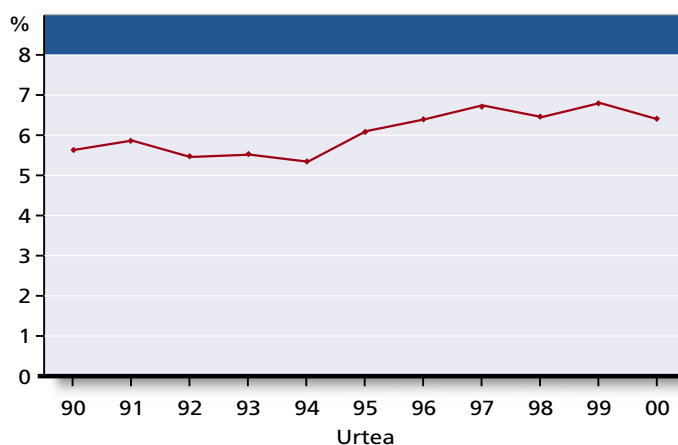
Jaiotginguruko osasunaren eta bizitza helduko osasunaren artean erlazio bat dago. Jaiotzean pisu baxua izatea jaiotginguruko hilkortasunarekin erlazioatutako faktoreetako bat da, eta aurreragoko adinetan gaixotasun asoziatu hauek gerta daitezke: gaixotasun koronarioa, diabetes mellitusa eta arteria-hipertentsioa.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

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

---

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

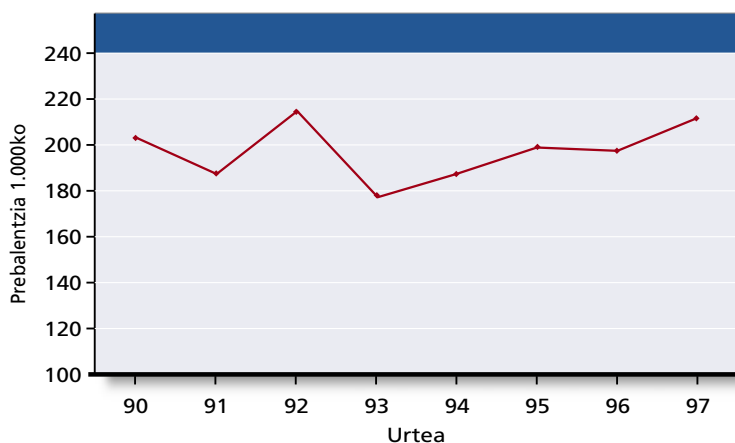
---



*Iturria: Metabolopatiaren Erregistroa. Osasun Saila.*

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

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



Iturria: Sortzetiko Anomalien Erregistroa. Osasun Saila.

Bestalde, istripuak dira haurtzaroko hilkortasun-zergati printzipalena (urte 1etik 14 urtera arte); nahiz eta azken bi hamarkadetan jaitsiera inportantea gertatu den. Istripuei dagokienez, Osasun Sailaren Zainbide proiektuaren barruan pediatria-konsultetan 5 urtetik beherakoen istripuak erregistratzen dira. Erregistro horretako datuen arabera, 2000n, 1.306 lesio erregistratu ziren; kopuru horren tasa 97,5ekoa 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 (PADIren) 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
Jaiotinguruko 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 jaioinguruko atentzioa ebidentzia zientifikoek abalatzten dituzten teknologia esentzietan oinarrituko da; teknologia sofistikatuagoak egoera espezifikoetan erabiliko dira bakarrik, hau da teknologia horiek erabiltzea argi eskatzen duten egoeretan.
2. Emakumezkoek haurduntzan erretzeari utzi diezaioten interbentzio efektiboak bilatu eta ezarriko dira.
3. Ama-edoskitzearekin hastea eta jarraitzea promozionatuko da; izan ere, ama-edoskitzeak nutriziorik onena ematen du, amaren eta haurraren arteko lotura sortzen du, eta babes gehigarria da haurtzaro guztian gaixotasun infekzioen eta alergieen 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 hortz-asistentzia garantizatuko da, ahal den neurrian orain arte lortutako estaldurak hobetzeko helburuaz.

### *Jokabide intersektorialak*

7. Beharrezkoa da etxe-inguru segurua sortzea, zeren, bularreko haurrek eta haur txikiek denbora asko ematen baitute etxean eta etxe-inguruetan, eta bereziki zaugarriak baitira inguruarekin erlazionatutako osasun-arriskuen aurrean (arriskuok dira: uraren bidez transmititzen diren infekzioak; janariak eta animaliak; lur-zoru, ur eta airetiko kutsaduraren deribatu kimikoak; eta baita ere etxe-barruan dauden arrisku fisikoak eta trafikoaren ondoriozkoak).
8. Aipatutako inguru horrek ez du kerik eduki behar, zeren pasiboki erretzeak haurraren osasunean eztabaidarik gabeko eragin kaltegarria baitu.
9. Haurraren tratu txarra prebenitzeari dagokionez, arazo horretan ahalik eta Instituzio eta gizarte-agente gehien inplikatzten dituzten jokabideak sustatuko dira.
10. Frogatuta dago gizarte-harreman egonkorrak 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-zergatia kanpo-zergatiak dira, eta bigarren postuan HIEsa dago, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan.

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

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

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 obesoen 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, adoleszenteen arteko jaiotzei dagokienez, ama goiz izateak arazo sozio-sanitario serioa dakar. Zorionez, jaiotze horiek behera egin dute EHAEan, bai kopuruan eta bai portzentajea, 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-zergatiengatiko 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 erlazioa-tutako arrisku-faktoreak goiz detektatu.
2. Haurren eta gazteen osasuna hobetu daiteke politika globalagoak egiten badira; hau da, politika horie-tan 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 psi-kologia-zerbitzuekin konbinatzen bada.
5. Gazteentzako interbentzio- eta prebentzio-programa espezifikoak garatuko dira, osasunarekin erlazio-natutako gaiak tratatzeko; gai horien artean daude: drogen kontsumoa, suizidioa, alkoholaren kontsu-moa 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 izate-ko ahalik eta barrera gehien kentzen badira: esaterako, jendea atenditzeko orduategiak gazteen beha-rrizanetara 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-elkaratek inguru ona eskaintzen dute gizarte- eta osasun-elkarrekintzetarako; horregatik, lagun-tza eman behar zaie, batez ere gizartean desfaboratuenak diren komunitateetan.
8. Hurrek 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 arris-ku-portaeren esposiziotik 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 preserbatiboan erabilera promozionatuko da.

## 5.3. Hirugarren adina

### Gaurko egoera

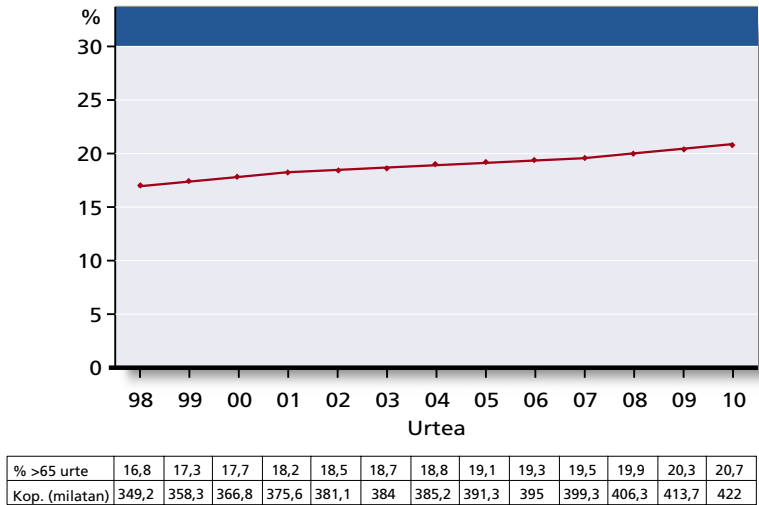
Badira urte batzuk 65 urtetik gorakoen kolektiboa apurka-apurka hazten doala EHAEan. 1998an biztanleriaren %16,8a zen, eta 2010ean %20,7a izatera pasatuko dela estimatu da (36 taula, 35 irudia). Estimazio horren arabera beharizan sozio-sanitarioak aurreikus daitezke. Beharizanok EHAEko Plan Sozio-Sanitarioan 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 kapituluak komentatu denez, adin-talde horretan hilkortasun zergati printzipaleak zirkulazio-aparatuko gaixotasunak eta tumoreak dira, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan. Bestalde, kolektibo hori arrisku-talde bat da, psiko-patologiari dagokionez; horrek behartzen gaitu jokabide-estrategia espezifikoak planteatzera.

**Helburua**

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

\* Año 1997.

## Interbentzio-estrategiak

### *Jokabide indibidualak*

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

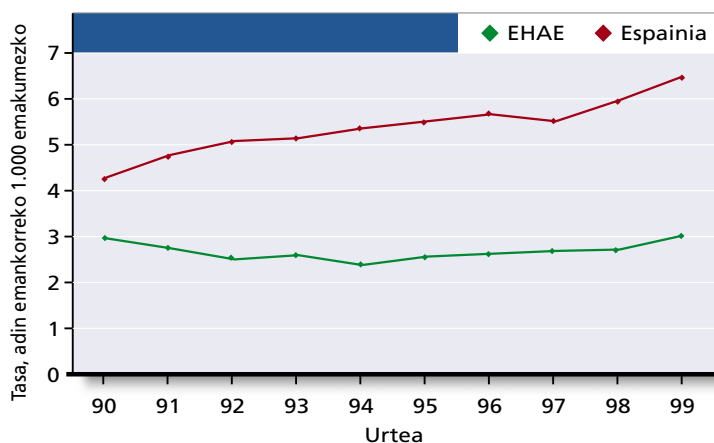
Azken urteotan aisialdiko ariketa fisikoa egiten duten emakumezko-kopuruak gora egin du, nahiz eta proportzioak txikiagoa izaten jarraitzen duen gizonezkoetan baino (%20 eta %29 hurrenez hurren). Bestalde, emakumezko obesoaren proportzioa gehitu egin da, eta adinarekin nabari gero eta handiagoa da.

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, EHAEn 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 bitarteko) abortu-tasa 1.000ko 2,9koa izan zen; tasa hori gelditu egon da 1990etik aurrera (36 irudia) eta txikiagoa da beste Komunitate Autonomoetako baino, Nafarroakoa, Ceutakoa eta Melillakoa 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, gizonezkoen eta emakumezkoen arteko ekitatea sustatzeko.
2. Familia-antolamenduko zerbitzuak erabilgarri egon behar dira biztanleria guztiarentzat, beraz, zerbitzuon eskuragarritasuna indartuko da.
3. Adoleszenteentzako orientazio pertsonalizatua eta antikontzeptibo-eskaintzaren eskuragarritasuna mantendu eta hobetuko da, bai ordutegiak bai zita-motak egokituz (azkartasuna eta malgutasuna), eta pribazitatea garantizatzeko mekanismoak berrindartuz.
4. "Koitoaren osteko intertzezioari" buruzko informazioa egokia izatea eta eskuragarri izatea aseguratuko da. Koitoaren osteko intertzezioari buruzko kontzentzuzko jokabide-protokoloa kolektibo medikoaren artean elaboratu, eta hedatuko da.
5. Toko-ginekologiako atentzian lehen mailako atentzioko profesionalek eta atentzio espezializatutako profesionalek koordinaturik jokatzeko garantzia izango da. Emakumezkoari alde aurretik informazioa emango zaio, ohiko toko-ginekologiako azterketetan egiten diren praktiken hain zuzen.
6. Haurduntza, erditze eta jaioberriaroko dagokienez, inportantea da biztanleriari jakinaraztea batetik, erabilgarri dauden asistentzia-baliabideak, horien artean daude jaiotze aurretiko diagnostiko-zerbitzuak eta birsorkuntza-teknologia berriak; eta bestetik, erditze-egonaldiko ospitale-errutinak, eta prozedura bakoitzaren abantailak eta arriskuak.
7. Beharrezkoa da, haurduntza, erditze eta jaioberriaroko errutinako praktikan interbentzio batzuk egin behar diren ala ez berrikustea. Interbentzio horiek dira: fetuaren monitorizazio elektronikoa, mozketa, enema eta episiotomia. Bestalde, beharrezkoa da, erditzean kondizioak eta prozedurak malgutzea, erabakiak hartzerakoan amaren iritzia kontuan hartzen dela.
8. Zesareen 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 emankorrean dauden emakumezkoen zuzenduko zaizkie, haurdunaldian tabakismoaren ondorioak gehitzen baitira.

### *Jokabide intersektorialak*

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

### *Ezberdintasunak*

11. Kolektibo desfaboratuenetako 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).



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

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

\* Edangarritzat jotako ura, gutxienez analisien %95ean.

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

<sup>#</sup> Ez-edangarritzat jotako ura analisien %10 baino gehiagotan.

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

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

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

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

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

\* 100.000 biztanleko.

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

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

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

\* 1996-00 laurteko batez bestekoa.

## Airea

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

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

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

\* Urtea: 2000.

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

## Lur-zorua

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

## Janariak

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

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

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

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

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

## Interbentzio-estrategiak

### Jokabide komunitarioak

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

### *Jokabide intersektorialak*

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

## **6.2. Lan-ingurua**

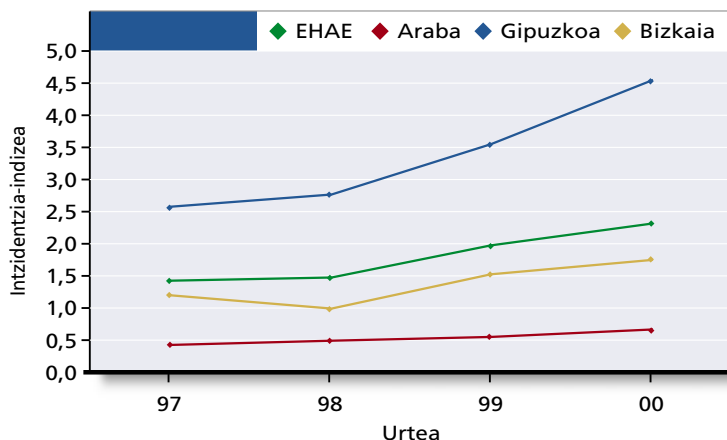
Lan-ingurua interes handiko esparrua da, ez bakarrik inguru horretatik etor daitezkeen osasun-arazoak direla-eta (lan-istripuak nahiz lan-gaixotasunak), baizik eta inguru hori delako lekuri onena, garrantzizko kolektibo horrentzat osasunaren promozio-jarduerak egiteko; izan ere, bertan biltzen da biztanleria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

### **Gaurko egoera**

Lan-istripuen gaurko egoera deskribatuta dago lesioen kapitulan.

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

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

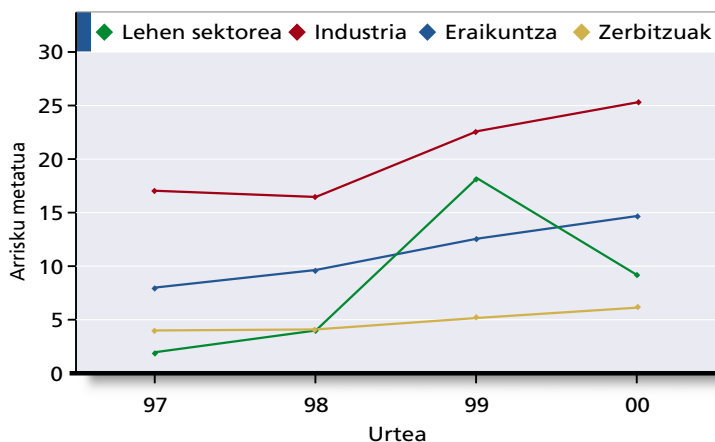


\* Intzidentzia-indize estandarizaturia, enpresen ekonomia-jardura motaren arabera 1.000 langileko.

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

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

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



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

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

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

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

## Helburua

(Ikusi "Istripu-lesioak" kapitulua ere)

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

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

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

## Interbentzio-estrategiak

(Ikusi "Istripu-lesioak" kapitulua ere)

### Jokabide indibidualak

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

### Jokabide komunitarioak

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

### Jokabide intersektorialak

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

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

### 6.3. Eskola-ingurua

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

#### Interbentzio-estrategiak

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



## Osasun Planaren ezarpena

# Osasun Planaren ezarpena





Osasun Plana ezartzeak Plana exekutatzeari dakar, hots, bertan planteatzen diren jokabideak garatu behar dira, proposatutako helburuak lortzeko. Funtzio horren aitzindaritzan Osasun Sailari dagokio, eta bere zereginak izango dira: bere kompetentzien gainetik dauden eta beste Organismo eta Institutuzioak inplikatzeko dituzten jokabideak fomentatzea, bereak diren jokabideetan aritzea, eta interbentzio horien emaitzak eta biztanleriaren osasuna monitorizatzea.

Osasun Planaren eraikuntzan dauden zutabe nagusiak dira:

- Osasun-atentzioko arloko interbentzioak.
- Osasun Publikoko programak.
- Jokabide intersektorialak.
- Osasun Plan Intersektorialeko eta Osasun Saileko Batzordeak.

Osasun Plana garatzeko, martxan jartzeko eta kudeatzeko beharrezkoa da egitura organikoa eta funtzionala, jada sortua, edukitzea. Egitura horrekin Osasun Sailak eta Lurralde Zuzendaritzek arduratuko dira ondokoko egiteko:

- Osasun Planaren helburuak monitorizatzea, eta Planaren helburuen eta jokabideen aldaketak eta egoerak proposatzea.
- Planaren interbentzio-estrategiak garatzeko egin behar diren ekintzak proposatu eta diseinatzea, ekintza horiei erabilgarri dauden baliabideen arabera lehentasuna emanez.
- Plan honekin erlazioatutako osasun publikoko jokabideak diseinatzeko eta ezartzen kolaboratzea, eta jokabideon jarraipena egitea, jokabide bakoitzerako ezarriko diren adierazleekin bat etorriz.
- Kontratazio sanitarioaren prozesua Osasun Planaren helburuetara eta jokabide-estrategietara orientatzea. Zentzu horretan, interes berezia du Osasun Planarekin zuzenean gehien erlazioatutako prozesuetarako kalitate-iritzien elaborazioan parte hartu duten guztiekin koordinaturik aritzeak.
- Asistentzia-kalitatea hobetzeko diren ekintzak monitorizatzea eta kalitate-iritzia definitzea; ekintza horietan Osasun Planaren edukiak biltzen direla programa-kontratueta eta kontzertuetan adieraziko delarik.
- Programa-kontratueta ezarritako adierazleen ebaluazioa egitea.
- Osasun Planaren helburuetatik eta jokabide-estrategietatik eratorriko osasun-programen elaborazioa zuzentzea eta promobitzea.
- Osasun Planaren ondoriozko jokabideetan profesional sanitarioen partaidetza promobitzea.
- Osasun Planaren garapenaren ebaluazioari buruz Eusko Legebiltzarrera bidaliko den txostena urtero egitea.

Funtzio horiek burutzeko, Sailaren egitura organiko eta funtzionala oinarrizko lanabesaz hornitzen ari da; lanabes hori informazio-sistema integratu bat da, proposatutako helburuen eta egintzen jarraipena egin ahal izateko. Plan hau onartzen denerako, bere lehenengo fasea operatibo egongo da.

Batzorde Intersektorialean Eusko Jaurlaritzako Sailek, udalek eta bestelako administrazio eta instituzioek parte hartuko dute. Batzorde horren zeregina izango da Plan honetan definitutako helburuak betetzeko beharrezko neurri berrien ezarpena erraztea; horregatik berak eratuko du forua, proposatutako ekintza intersektorialen ezarpena nola eboluzionatzen doan eta ekintzok nolako emaitzak dituzten aztertzeke.

Estrategia horiek Eusko Jaurlaritzako Sailen, Udalen eta bestelako Administrazio eta Institutuzio inplikatuena aurrekontu arruntekin aplikatuko dira, baina beti ere, aurrekontu horietan Plan honek ezartzen dituen osasun-lehentasunak kontuan hartzen direlarik. Zentzu horretan gogoratzekoa da herrialde garatuetan osasunari destinatzen zaion BPG-aren portzentajea BPG-ren gehikuntzatik gorakoa dela; dudarik gabe, EHAEak ere joera horri jarraituko dio.

2002 Euskadiko Osasun Planak, herrialde garatuenetako planek bezala, osasun-politiken estrategia-bideak definitu nahi ditu, inbolukratutako sektore ezberdinen jarduera biztanleriaren osasun-beharrian garrantzitsuenetara begira jarri ahal izateko. Ildo horretatik, gogoratu behar dugu "osasuna" ez dela "sanitate-aren" sinonimo eta, horregatik, biztanleriaren osasunarekin erlazionatutako interbentzio askok sistema sanitarioaren atribuzio espezifikoak gainditu, eta beste agente batzuk inplikatzeko dituztela.

2002 Osasun Plana dokumentu bat baino gehiago da, horregatik sortu dira bi Batzorde, bata Osasun Sailekoa eta bestea Intersektoriala. Beren eginkizunak izango dira: dokumentu hau egunean mantentzea, interbentzio-estrategietan lehen erroak egin zaizkien ekintzen eta beraien kalitate-iritzien proposamena egitea, ekintzen ondorioak aztertzea baliabide materialak eta gizakzkoak kontuan hartuz, eta emaitzak monitorizatzea. Hau da, 2002 Euskadiko Plana, indarrean egongo den urteetan bizirik eta dinamiko mantendu behar dugun proiektua da.

Eranskina

2002-2010erako

2002-2010erako

Osasun Planaren

Osasun Planaren

helburuak

helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Bizitza-itxaropena jaiotzean, gizonezkoei dagokienez	76,8	75,4 <sup>3</sup>	76,8	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Bizitza-itxaropena jaiotzean, emakumezkoei dagokienez	84,3	83,4 <sup>3</sup>	84,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena jaiotzean, gizonezkoei dagokienez	67,3	65,1 <sup>2</sup>	67,3	Hilkortasun-erregistroa eta EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena jaiotzean, emakumezkoei dagokienez	72,8	71,3 <sup>2</sup>	72,8	Hilkortasun-erregistroa eta EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Bizitza-itxaropenaren diferentzia sozialak gizonezkoetan	%25ean gutxitzea	3,6 urte <sup>12</sup>	2,7 urte	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Bizitza-itxaropenaren diferentzia sozialak emakumezkoetan	%25ean gutxitzea	1,2 urte <sup>12</sup>	0,9 urte	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Ez-erretzaileen proportzioa	%80ra gehitzea	%71 <sup>2</sup>	%80	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Beste inoren tabako-kearen esposizioko pertsonen proportzioa	%10era gutxitzea	%39 <sup>2</sup>	%10	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
16-65 urte bitarteko larregizko edaleen proportzioa	%3,5era gutxitzea	%4,1 <sup>2</sup>	%3,5	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
16 urtetik gorako en eguneko batez besteko alkohol-kontsumoa	%15era gutxitzea	12,8 gr <sup>2</sup>	10,9 gr	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Legez kanpoko droga-kontsumoan ez-iniziatuen proportzioa	%80tik gorakoa	%74,1 <sup>5</sup>	%80tik gorakoa	Drogamendetasunen Idazkaritza Nagusia
Aisialdian ariketa fisikoa egiten duten 15 urtetik gorako en proportzioa	%32	%24 <sup>2</sup>	%32	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
16 urtetik gorako pertsona obeso en proportzioa	%20an gutxitzea	%10 <sup>2</sup>	%8	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Karbono-hidratoen ekarpen energetikoa	> %45	%45 <sup>1</sup>	> %45	Nutrizio-inkesta. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Koipe en ekarpen energetikoa	< %35	%37 <sup>1</sup>	< %35	Nutrizio-inkesta. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, gizonezko en osasun-autobalazioan	%25era gutxitzea	%193 <sup>2</sup>	%144,8	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, emakumezko en osasun-autobalazioan	%25era gutxitzea	%61,5 <sup>2</sup>	%46,1	EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Diferentzia sozialak, tabakoa- ren kontsumoari dagokionez	%25era gutxitzea	%43 <sup>2</sup>	%32,3	EHAEOI. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, 16 urtetik gorako pertsona obesoaren proportzioan	%25era gutxitzea	%223 <sup>2</sup>	%167,3	EHAEOI. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	Beherako joera hastea	115,9 <sup>6</sup>	Beherako joera hastea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%10era gutxitzea	52,4 <sup>6</sup>	47,1	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Birikako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	Gorako joera inbertitzea	32,3 <sup>6</sup>	Gorako joera inbertitzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Birikako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	Gorako joera galgatzea	3,9 <sup>6</sup>	Gorako joera galgatzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Bularreko minbiziagatiko hil- kortasuna emakumezkoetan	%17,5ean gutxitzea	22,3 <sup>6</sup>	18,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna gizonezkoetan	Tasak estabilizatzea	29,5 <sup>6</sup>	Tasak estabi- lizatzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna emakumezkoetan	Tasak estabilizatzea	14,5 <sup>6</sup>	Tasak estabi- lizatzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Buru-lepoko minbiziagatiko hilkortasuna, gizonezkoetan	%10ean gutxitzea	22,6 <sup>6</sup>	20,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasu- nengatiko hilkortasuna, 65 urte- tik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	57,1 <sup>6</sup>	45,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasu- nengatiko hilkortasuna, 65 urte- tik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	16,1 <sup>6</sup>	12,9	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixota- sunengatiko hilkortasuneko diferentzia sozialak, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	%25ean gutxitzea	%39 <sup>17</sup>	%30	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixota- sunengatiko hilkortasuneko diferentzia sozialak, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%25ean gutxitzea	%45 <sup>17</sup>	%34	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Gaix. zerebro-baskularrengati- ko hilkortasuna, 75 urtetik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	23,0 <sup>6</sup>	18,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Gaix. zerebro-baskularrengati- ko hilkortasuna, 85 urtetik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	25,5 <sup>6</sup>	20,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kardiopatia iskemikoagatiko hilkortasuna, 25-74 urte bitarteko gizonezkoetan	%15ean gutxitzea	83,1 <sup>6</sup>	70,6	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kardiopatia iskemikoagatiko hilkortasuna, 25-74 urte bitarteko emakumezkoetan	%15ean gutxitzea	17,2 <sup>6</sup>	14,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diabetesarekin asoziatutako itsutasunaren intzidentzia	1/3an gutxitzea	— <sup>10</sup>		
Diabetesarekin asoziatutako giltzurrun-gutxiegitasunaren intzidentzia	1/3an gutxitzea	— <sup>10</sup>		
Diabetes mellitusaren ondoriozko anputazioak	1/3an gutxitzea	— <sup>10</sup>		
Trafiko-istripuengatiko hilkortasuna	%20an gutxitzea	12,9 <sup>6</sup>	10,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Lan-istripuengatiko hilkortasuna	%40an gutxitzea	14,0 <sup>7</sup>	8,4	OSALAN-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea
Etxe-, aisia- eta kirol-istripuengatiko morbilitatea	%20an gutxitzea	%5 <sup>8</sup>	%4	97 EHAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Suizidioagatiko hilkortasuna	100.000ko 7tik behera mantentzea	7,0 <sup>6</sup>	100.000ko 7tik behera mantentzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Polio autoktonoa	0 kasu	0 <sup>4</sup>	0 kasu	ABG, PFA Programa. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Difteria	0 kasu	0 <sup>4</sup>	0 kasu	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tetanosa	0 kasu (35 urtetik beherakoetan)	0 <sup>4</sup>	0 kasu (35 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
<i>Haemophilus influenzae</i> (gaixotasun inbasiboa)	0 kasu (5 urtetik beherakoetan)	1 <sup>4</sup>	0 kasu (5 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
C Meningitisa	0 kasu (15 urtetik beherakoetan)	6 <sup>4</sup>	0 kasu (15 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
B Hepatitis	0 kasu (1 urtetik beherakoetan)	0 <sup>4</sup>	0 kasu (1 urtetik beherakoetan)	ABG. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Elgorria	0 kasu autoktono	3 <sup>4</sup>	0 kasu autoktono	ABG. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Errubeola	0 kasu autoktono	7 <sup>4</sup>	0 kasu autoktono	ABG. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Parotiditisa	0 kasu autoktono	57 <sup>4</sup>	0 kasu autoktono	ABG. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
TBKen intzidentzia	%70ean gutxitzea	34,7 <sup>9</sup>	10,4	ABG. TBK-erregistroa. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tuberkulosi miliar eta menin- gitis tubekulosoaren kasuak urte 1etik beherakoetan	0	0 <sup>11</sup>	0	ABG. TBK-erregistroa. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Ospitale-egonaldian zehar infekzio nosokomialen bat hartzten duten pazienteen proportzioa	%6,5etik behera mantendu beharko da	6,7 <sup>4</sup>	%6,5etik behera mantendu beharko da	INOZ. Osakidetza/SVS
Sortzetiko sifiliaren kasu berriak (jaioberrien kasuak)	0	0 <sup>4</sup>	0	ABG. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
GIB+ duten jaioberrien kasuak	0	1 <sup>4</sup>	0	HIES-erregistroa. Osakidetza/SVS
GIB+ aren kasu berrien kopurua	Urteko 100etik beherakoa	Momentuz ez dago informazio- sistematik adierazle horren egoera ezagutzeko	Urteko 100etik beherakoa	Proposatutako jokabideen garapena ikusita ebaluatuko da helburu horren lorpena
HIESaren kasu berrien kopurua	Urteko 100etik beherakoa	186 <sup>4</sup>	Urteko 100etik beherakoa	HIES-erregistroa. Osakidetza/SVS
HIESagatiko hilkortasuna	Urteko kasuak < 50	91 <sup>4</sup>	Urteko kasuak < 50	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Haur-hilkortasuna	Gaurko tasen azpitik mantentzea	4,8 <sup>13</sup>	Gaurko tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Jaiotginguruko hilkortasuna	Gaurko tasen azpitik mantentzea	6,1 <sup>14</sup>	Gaurko tasen azpitik mantentzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kanpo-zergatiengatiko hilkortasuna, 15-29 urte bitartean	%15ean gutxitzea	36,5 <sup>6</sup>	31,0	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
65 urteko gizonezkoen bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	16,1 <sup>2</sup>	17,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
65 urteko emakumezkoen bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	21,4 <sup>2</sup>	23,5	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
65 urteko gizonezkoen ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	11,3 <sup>2</sup>	12,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
65 urteko emakumezkoen ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena	%10ean gehitzea	13,1 <sup>2</sup>	14,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Horniduretatik ontzat jotako ura hartzen duen biztanleriaren %a	%95	%89 <sup>15</sup>	%95	Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Suspentsio-partikulen urteko/ eguneko batez bestekoa (PM 10)	< 20 µg/m <sup>3</sup>	44 µg/m <sup>3</sup> <sup>5</sup>	< 20 µg/m <sup>3</sup>	Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Gaixotasun profesionalaren intzidentzia	%20an gutxitzea	2,3 <sup>16</sup>	1,8	OSALAN-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

<sup>1</sup> 1989 urtea.

<sup>2</sup> 1997 urtea.

<sup>3</sup> 1998 urtea.

<sup>4</sup> 1999 urtea.

<sup>5</sup> 2000 urtea.

<sup>6</sup> 100.000ko tasa, adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

<sup>7</sup> 100.000 langileko tasa. 1995-97 hirurteko batez bestekoa.

<sup>8</sup> Biztanleria osoaren portzentajea. 1997 urtea.

<sup>9</sup> 100.000ko tasa gordina. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

<sup>10</sup> Ez dago informazio zehatzik.

<sup>11</sup> 1997-98 hirurteko batez bestekoa.

<sup>12</sup> 1996-97 biurteko batez bestekoa.

<sup>13</sup> Bizirik jaiotako 100.000ko tasa, 1999an.

<sup>14</sup> Jaiotako 100.000ko tasa, 1999an.

<sup>15</sup> 1996-00 lau urteko batez bestekoa.

<sup>16</sup> 1.000 langileko tasa, enpresen jarduera ekonomikoko motaren arabera estandarizatuta. 2000 urtea.

<sup>17</sup> 1993-98ko aldia.