



EUSKAL
LANKIDETZA
PUBLIKOA
Prestakuntza-eskuliburuak

COOPERACIÓN
PÚBLICA
VASCA
Manuales de formación

7

OSASUNA ETA GARAPENA LANKIDETZAKO

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES



EUSKAL
LANKIDETZA
PUBLIKOA
Prestakuntza-eskuliburua

COOPERACIÓN
PÚBLICA
VASCA
Manuales de formación

7

OSASUNA ETA GARAPENA LANKIDETZAKO

Ismael Díez del Val
Juan Luis Uria Serrano

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2005

DÍEZ DEL VAL, Ismael

Osasuna eta garapena lankidetzako / Ismael Díez del Val, Juan Luis Uria Serrano. – 1. argit. – Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005

p. ; cm. – (Euskal lankidetzaren publikoak. Prestakuntza-eskuliburuak = Cooperación pública vasca. Manuales de formación ; 7)

Port. y texto contrapuesto en castellano: "Desastres y acción humanitaria internacional"

ISBN 84-457-2345-6

1. Ayuda sanitaria-Países en desarrollo. 2. Salud pública-Países en desarrollo. I. Uria Serrano, Juan Luis. II. Euskadi. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. III. Título. IV. Título (castellano). V. Serie.

364.444(100-773)

614(100-773)

Argitaraldia:	1a, 2005eko urria
Ale kopurua:	1.500 ale
©	Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa Etxebizitza eta Gizarte Gaietako Saila
Internet:	www.euskadi.net
Argitaratzailea:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Egileak:	Ismael Díez del Val Juan Luis Uria Serrano
Koordinatzailea:	Amaia del Río Martínez
Azalaren diseinua:	Marra Publicidad
Fotokonposizioa eta inprimaketa:	RGM, S.A. Padre Larramendi, 4 - 48012 Bilbao
ISBN:	84-457-2345-6
LG:	BI - 2452-05

AURKIBIDEA

SARRERA	15
1. OSASUN TESTUINGURUA	17
1.1. Osasun arazoei buruzko sarrera	19
1.2. Osasun sistema eta zerbitzuak	24
1.2.1. Mailakako osasun arreta: aurrekariak	27
1.2.2. Osasunaren lehen mailako arreta	28
1.2.3. Erreferentzia maila: bigarren mailako arreta ..	35
1.3. Pobrezia eta osasuna hirietan	38
1.4. Osasun zerbitzuen finantzazioa	42
1.4.1. Osasun zerbitzuen finantza arazoak	43
1.4.2. Osasun jardueren finantzazioa hobetzeko neurriak	45
1.5. Osasunerako hezkuntza	51
1.5.1. Hezkuntzaren helburuak	51
1.5.2. Aplikazioko zailtasun edo baldintzatzaileak ...	51
1.5.3. Mezuaren ezaugarriak	52
1.5.4. Irakaskuntza metodoak	54
1.6. Osasuneko lankidetzeta eta borondatezko langileak ..	56
2. OSASUNEKO PLANGINTZA. PROGRAMAK ETA PROIEKTUAK	59
2.1. Osasunaren diagnostikoa	61
2.1.1. Diagnostikoaren ezaugarriak	62
2.1.2. Diagnostikoaren aldiak	63
2.1.3. Informazio iturriak	65

2.2. Metodo epidemiologikoa	69
2.3. Gaixotasun transmitigarrien epidemiologia	70
2.4. Zaintza epidemiologikoko sistema	73
2.5. Osasun plangintza	74
2.6. Osasun programa eta proiektuak	77
2.7. Osasun programa eta proiektuak egiteko metodologia	79
2.8. Balioztapena	83
3. OSASUN ARAZOAK	87
3.1. Arnas infekzio akutuak	92
3.2. Malaria	92
3.3. Beherakoak	94
3.3.1. Beherakoak saihestea: ingurumen osasuna	96
3.3.1.1. Edeteko ura	96
3.3.1.2. Irolak	101
3.4. Tuberkulosia	102
3.5. Sexu bidez transmititutako infekzioak eta HIES-a	106
3.6. Amatasunagatiko eta jaiotza inguruko heriotza	113
3.6.1. Famili plangintza	116
3.7. Txertaketa bidez prebeni daitezkeen gaixotasunak	122
3.8. Malnutrizioa	126
3.9. Osasun mentala	128
4. OSASUN LANKIDETZAREN BERARIAZKO TESTUINGURUAK	131
4.1. Larrialdi egoerak	133
4.1.1. Osasun egoeraren balioztapen azkarra: adierazleak	138
4.2. Iheslarien osasuna	139
4.3. Elikadura laguntzako programak	145
4.4. Osasuna eta gatazkak	150
4.4.1. Pertsonen aurkako minak	154
I. ERANSKINA: OINARRIZKO MEDIKAMENTUAK ETA FARMAZIAREN KUDEAKETA	161
II. ERANSKINA: BORONDATEZKO LANGILEEN OSASUNA	171
III. ERANSKINA: TERMINOEN GLOSATEGIA	181
BIBLIOGRAFIA IRUZKINDUA	189

KOADROEN AURKIBIDEA

1. KAPITULUA:

1. koadroa. Osasun zerbitzuak irisgarriak edo ez irisgarriak izateko moduak	23
2. koadroa. Etorkizun hurbilerako OMEren erronkak	25
3. koadroa. Garapen bidean dauden herrialdeetako osasun sistemetan komunak diren elementuak	26
4. koadroa. Eskualdeka banatzearen printzipioak	27
5. koadroa. Osasun sistema integratu baten ezaugarriak. .	28
6. koadroa. Alma-Atako adierazpena (1978-9-12)	29
7. koadroa. Lehen mailako arretan osasun arazoak planteatzeko estrategia aldatzea	31
8. koadroa. Osasun Zentroak jartzeko irizpideak: Zenbat? Non?	32
9. koadroa. Osasun Sustatzailearen trebakuntza mintegiak: balioztapen bat	32
10. koadroa. Landako osasun sustatzaileek (LOS) beren jarduerak egikaritzekoan ikusitako arazoak . .	34
11. koadroa. Nazioarentzat osasun proiektu bat. Osasun Sistemaren Erreforma	36
12. koadroa. Hiriko hazkundea bultzatzen duten prozesuak	39
13. koadroa. Emigratzeko arrazoiak	39
14. koadroa. «Unibertsaltasun berriak» OMEk proposaturiko osasun estalduran dituen ezaugarriak	43
15. koadroa. Osasun gastuen banaketaren ezaugarriak . . .	44
16. koadroa. Osasun egitura batean autofinantzazio sistema bat ezartzeko garaian kontuan eduki behar diren irizpideak	47
17. koadroa. Autofinantzazio moduak	48

18. koadroa. Siem Reapeko Probintziako Ospitalean zerbitzuen tarifakzio sistema bat ezartzeko hausnarketak	49
19. koadroa. Ikasketaren eremuak	54
20. koadroa. Azalpen teorikoetarako gomendioak	55
21. koadroa. Borondatezko langilearen kode deontologikoaren proposamena	57

2. KAPITULUA:

22. koadroa. Osasun arazoak aztertzeke metodo kualitativoak	63
23. koadroa. Biztanleriari buruzko informazio iturriak	65
24. koadroa. Osasun jardueren plangintza egiteko biztanleria homogeen baten adin taldekako egitura	66
25. koadroa. Jardueren «gutxieneko» erregistroak	67
26. koadroa. Neurri unitateak edo osasun adierazleak	68
27. koadroa. Metodo epidemiologikoaren aldiak	69
28. koadroa. Azterketa analitikoaren motak	70
29. koadroa. Triada epidemiologikoa	71
30. koadroa. Kate epidemiologikoaren elementuak	72
31. koadroa. Epidemien kontroleko jardura guneak	72
32. koadroa. Zaintza epidemiologikoko elementuak	73
33. koadroa. Nazioarteko mailako adierazi beharreko gaixotasunak (OME, 1983ko berrikuspenak, 1969ko Nazioarteko Arautzeei egindakoak)	74
34. koadroa. Plangintza aldiak	75
35. koadroa. Osasun lehentasunak definitzeko erabilitako irizpideak	76
36. koadroa. Lehentasunak ezartzerakoan ikerketak eta zaintza epidemiologikoak duten papera	76
37. koadroa. Proiektu bat egiteko aldiak	79
38. koadroa. Helburu baten ezaugarriak	80
39. koadroa. Osasun programa baten betekizunak	81
40. koadroa. Osasun programa bati aplikatu dakizkiokeen baliabide motak	82
41. koadroa. Programa martxan jartzeko baldintzak	82
42. koadroa. Balioztapenaren osagaiak	84
43. koadroa. Balioztapen mailak	84
44. koadroa. Lehen mailako osasun arretako estalduraren adierazleak	85

3. KAPITULUA:

45. koadroa. Eskualde «paludikoen» ezaugarriak	94
46. koadroa. Gaixotasun diarreiko larri mota nagusiak	95
47. koadroa. Kontsumorako uraren kalitatearen parametroak	98
48. koadroa. Ura tratatzeko metodoak	99
49. koadroa. 1000 litro urenzako klorazio kalkulua	99
50. koadroa. Erreferentzia interesgarriak	100
51. koadroa. Osasun egituretako ur beharrak	100

52. koadroa.	Irol batek bete behar dituen baldintzak	101
53. koadroa.	Irol baten bolumena	102
54. koadroa.	TBCaren aurkako programa bati ekiteko gutxieneko baldintzak	105
55. koadroa.	Jaiotzak tartekatzeke planaren helburu orokorrak	117
56. koadroa.	Biztanleriari buruzko beharrezko informazioa	118
57. koadroa.	Balioztapena: adierazleak	119
58. koadroa.	Antikontzeptibo idealak bete behar dituen irizpideak	120
59. koadroa.	Immunizazio Programa Zabalduaren (1974) helburuak	124
60. koadroa.	OMEk gomendaturiko txertaketa egutegia (Dosi jarraituen arteko gutxieneko epeak besterik ez dira. Ez dago gehienezko eperik)	124
61. koadroa.	250.000 biztanleko populazio batetako urtebete baino gutxiagoko haurren %80 txertatzeko beharrezko dosiaren kalkulua	125
62. koadroa.	Immunizazio Programa Zabalduaren balioztapena: adierazle erabilgarriak	126
63. koadroa.	Malnutrizio gaixotasunaren forma nagusiak	127

4. KAPITULUA:

64. koadroa.	Larrialdi esku-hartzeetako jarduera aldiak	133
65. koadroa.	Larrialdi mailak	134
66. koadroa.	Esku hartzeko erabakia hartzeko beharrezko informazioak	135
67. koadroa.	Larrialdi egoera batetako balizko berehalako beharrak	136
68. koadroa.	Hondamendi naturalen eta giza hondamendien arteko zenbait desberdintasun	138
69. koadroa.	Talde ahulak	140
70. koadroa.	Desplazatuaren egoeren aldiak	140
71. koadroa.	Larrialdi egoeretako hamar lehentasunak	141
72. koadroa.	Kanpamendua antolatzeke arauak	143
73. koadroa.	«Normalizat» hartutako zerbitzuen erabilera tasak	144
74. koadroa.	Krisi testuinguru batetako «gutxieneko» anoa	145
75. koadroa.	Inkesta nutrizionaletan neurketak egiteke modua	146
76. koadroa.	Malnutrizioaren sailkapena larritasunaren arabera	147
77. koadroa.	Faktore larrigarriak	147
78. koadroa.	Energia handiko esnea (HEM) prestatzeko errezeta	149
79. koadroa.	NGPko anoa motak	150
80. koadroa.	Nutrizio programa motaren araberako helburu «errealistak»	151
81. koadroa.	Barruko gerren kalte nagusiak	152
82. koadroa.	Gatazka egoeretako osasun programak	153

83. koadroa. Pertsonen aurkako minen ondorio sozial eta ekonomikoak	158
I. ERANSKINA:	
84. koadroa. Osasun zerbitzuak erabiltzeko arrazoiak	163
85. koadroa. Medikamentuen estatuko politikak egiteko oinarriak	164
86. koadroa. Medikamentuen tokiko erosketa laguntzen duten baldintzak	165
87. koadroa. Medikamentuen aldizkako eskaera (Eskabide-orriaren adibidea)	168
88. koadroa. Garraio motak medikamentuen guztizko kostuan duen eragina	168
89. koadroa. Aginduaren kalitatearen eta stockaren antolamenduaren adierazleak	169
90. koadroa. Medikamentuak emateko gida-printzipioak	170
2. ERANSKINA:	
91. koadroa. Bidaiariak GBHetan osasun arazoren bat izateko hileko intzidentzia balioetsia	174
92. koadroa. Eltxoen aurkako babesak	177

GRAFIKOEN AURKIBIDEA

1. KAPITULUA:

- 1. grafikoa. Asiako hego-ekialdeko eskualdeko adin piramideen gainjartzea, 1950 eta 2050 urteen arteko trantsizio demografikoa azaltzen duena 21
- 2. grafikoa. Hiriko pobreen osasun arazoak baldintzatzen dituzten faktoreak 41

2. KAPITULUA:

- 3. grafikoa. Epidemia kasuen irudikapen grafiko desberdinak 71
- 4. grafikoa. Plangintza eskema 77

3. KAPITULUA:

- 5. grafikoa. Metatutako hilkortasun tasa adin taldeka, garapen bidean dauden herrialdeetako 5 urte baino gutxiagokoen artean, bizirik jaiotako 1.000ko . . 91
- 6. grafikoa. Paludismoaren banaketa geografikoa 93
- 7. grafikoa. HIESaren bilakaera naturala 108
- 8. grafikoa. HIESaren eta azpigarapenaren arteko erlazioa 110
- 9. grafikoa. Jaioberrien heriotzak (5 milioiren artean) . . . 115
- 10. grafikoa. Biztanleriaren, garapenaren eta osasunaren arteko erlazioa 116
- 11. grafikoa. Prebalentzia antikonzeptiboa (joera) 117
- 12. grafikoa. Garapen bidean dauden herrialdeetako anti-sorgailuen kostuen aurreikuspena (1991-2000). Banaketa, 4.100 milioi dolarren guttizkoaren gainean 121

4. KAPITULUA:

13. grafikoa. Atzera begiratzeko duen inkestaz kalkulaturako hiru egoera desberdin, non abendu bukaerako batezbesteko eguneko heriotza tasa 8/10.000/egun izango den	139
14. grafikoa. NPTan edo NGPan sartzeko irizpideak (egoera nutrizionalaren eta erabil daitezkeen baliabideen arabera)	148
15. grafikoa. Karga hutseko minen (PMN modelo) funtzionamendu mekanismoa	155
16. grafikoa. Lesio ereduak	156
17. grafikoa. Odola behar duten zaurituen portzentajea, lesioaren kausaren arabera	157

I. ERANSKINA

18. grafikoa. Farmazian espazioa antolatze moduaren adibidea	166
19. grafikoa. Etiketatutuzuzenaren adibidea	166

TAULEN AURKIBIDEA

1. KAPITULUA:

1. taula. Jaiotzean dagoen bizi itxaropenaren desberdintasuna: lehenengo eta azkeneko hamar herrialdeak, Giza Garapenaren Indizearen (GGI) arabera . . .	20
2. taula. Garapenaren muturren arteko adierazleen alderaketak	20
3. taula. 1960 eta 1990 artean heriotza tasa jaistearren arrazoiak, sarrera ertain eta baxuak dituzten 115 herrialdetako datuen analisisan oinarritua	22
4. taula. Ohe eta ospitaleen proportzioa, afiliazio sektorearen arabera	26
5. taula. Zenbait hiri aglomerazioen bilakaera (milioi biztanletan)	38

3. KAPITULUA:

6. taula. 1998ko heriotza kausak	89
7. taula. 1998ko lehenengo hamar heriotza kausa indibidualak	90
8. taula. Gaixotasunaren karga, «galdutako bizitza osasungarriko urteen» (DALY) arabera	91
9. taula. GIBa hartzeko arriskupean behin bakarrik egonda kutsatzeko probabilitatea	109
10. taula. Amatasunagatiko, jaiotza inguruko, jaioberriaren eta haurren heriotza eskualdeka: zifra absolutuak milioietan eta jaiotako milako tasak	114

11. taula. Amatasunagatiko heriotzaren kausak	114
12. taula. Txertaketari esker urtean prebenitutako heriotzak (edo perlesia iraunkor kasuak poliomelitisaren ka- suan)	122
I. ERANSKINA	
13. taula. Stock fitxaren adibidea	167
II. ERANSKINA	
14. taula. Helduen farmakoen prebentzio dosia (kimiopro- filaxi), jatorduetan eta likido ugarirekin hartu behar dira	178
15. taula. Susmoa izanez gero, berehalako laguntza medi- korik ez dugunerako gomendaturiko tratamendua	178

SARRERA

Osasuna garapenaren osagai bat da eta aldi berean hura baldintzatzen duen elementu bat. Pertsonak, familiek eta komunitateek osasuna ulertzeko duten modua gizarte ongizate mailaren adierazle ona da.

Lankidetzaren orokorrean, eta osasunaren adarrean bereziki, alde batetik moda bihurtu da, baina askoz ere garrantzitsua den beste batetik premiazko eta ezinbesteko beharra ere bai eta oraindik ere, 2005. urtean, bizitzan, osasunean eta heriotzan dauden desberdinkeria sakonen aurrean ezin du jarrera epela izan. Han edo hemen jaiotzeagatik, gizarteko talde jakin batetakoak izateagatik, landako edo hiriko eremu batean bizitzeagatik, emigratzailea, desplazatua edo iheslaria, gizon edo emakume izateagatik, azal kolore bat edukitzeagatik bakarrik urte bat bete baino lehen hiltzeko arriskua biderkatu egiten da. Bizi baldintza guztiak hobetzeaz gain, osasun zerbitzu ekipatu eta gaiturik ez edukitzea, herrialde askotan, bizitza eta heriotzaren arteko diferentzia da oraindik ere.

Eskuliburu honek garapen bidean dauden herrialdeetako osasun profesionalen eguneroko zereginetako milaka ordu laburtzen ditu, Estatukoena nahiz nazioarteko agentzieta-koenak. Gure liburuak ere, askotan herri global honetako herritarren gehiengoa zergatik gaixotu edo hiltzen den ia kontuan hartzen ez duen «Iparraldeko zentrisismo» bateko ikuspuntutik idatzitakoak, kritikoki berrikusten ditu. Osasuneko GGKEen balioztapenak eta autokritikak oso baliaga-

rriak izan zaizkigu. Azken finean, hainbat osasun publikoko eskoletatik eta beren lan programetatik edan dugu joera berriak kontuan hartzeko, hala osasun arazoetan nola Osasun Zerbitzuen antolaketan.

Lan honek osasunetik lankidetzan jarduteko beharrezkoa den erreferentzi eremua emateko asmoa du, kontuan izanik laguntzaren ingurua osotasun heterogeneo bat dela, azken urteetan Sobietar Batasun ohia eta Europa bera gehitu zaizkiona, eta horrek egoera berezi bakoitzari egokitzeko ahalegina eskatzen du.

Lehenengo kapituluak orokorrean arduratzen gaituen errealitate desberdinean kokatzen gaitu, bere berezitasunekin. Bigarren kapituluaren errealitate hori analizatu eta aldaketa lankidetzako programa egoki eta koherenteetatik antolatzeko gakoak deskribatzen dira. Herrialde pobreetako gaixotasun eta heriotza kausa nagusien deskribapen indibidualak (3. kapituluak) borondatezko lankideei, hala prestakuntzaz osasunekoak direnei nola ez direnei, aukera ematen die bizi kalitatea okertzen duten faktore indibidualak, egikaritzen diren programen ohiko akatsak eta arriskuak ulertzeko, bai eta lehentasunezko jarduerak jarraibideak ere. Laugarren kapituluaren aurrez aipaturiko faktoreak modu oso apetatsuan nahasten diren zenbait testuinguru berrikusten dira, gerrak, gosea edo hondamendi naturalak hala uler badaitezke. Gehigarri gisa, jarduerak guztiei eragiten dieten bi gai nagusi: sendagaiak hornitzeko eta erabiltzeko moduaren antolaketa eta borondatezko lankideak bere osasunaren inguruan eduki behar duen arreta. Terminoaren glosategi batek eta komentatutako bibliografia labur batek osatzen dute bilduma.

Garapenerako nahikoa ez den testuinguru batean jarduten dugun osasuneko profesional gisa, errealitatearen egoera penagarriak beharrezkoa den lekuetan garapenerako lankidetzako proiektuekin elkarlanean aritzeko konpromisoa berritza gonbidatzen gaitu. Hau da lortu nahi dugun helburua: errealitatea ezagutzeko eta ulertzeko, hura aldatu ahal izatea oinarri oneko programa errealistetatik. Eta, nolana ere, amets egiteari utzi gabe.

1

Osasun testuingurua

1.1. OSASUN ARAZOEI BURUZKO SARRERA

1978ko Alma-Atako Biltzarrean, Osasunaren Munduko Erakundeak (OME) «2000. urtean guztientzako osasuna» lortzeko helburua ezarri zuen, «herri guztiei gizartean eta ekonomian produktiboa den bizitza bat eskaintzen dien osasun maila bat lortzea» bezala definitua. Mende aldaketaren bigarren erdian, OME sortu eta 50 urte eskasetara, arrakasta garrantzitsuak lortu dira, baztanga erradikatzea edo poliomielitisa, Gineako harraren infekzioa, Chagas-en gaixotasuna edo legenarra bezalako gaixotasunak desagertzeko joera kasu. Bizi itxaropena nabarmen igo da bai eta herrialderik pobreenetan ere, nahiz eta, aurkitzen garen prozesu historikoan, desberdintasunak badauden. Gaixotasun batzuen desageraraztean edo gutxitzean, zenbait tratamendu edo diagnosi ahalmeneko aurrerapenetan, bizi itxaropena igotzean edo haurren edo amatasunagatik heriotzak murriztean egindako lorpenak ez dituzte eskubide berdinetako biztanleria batzuen eta besteen artean topatzen ditugun osasun baldintzetako desberdintasunak arintzen.

Mila milioi pertsona baino gehiago sartu dira XXI. mendean osasuneko iraultza horretatik onurarik jaso gabe. Oinarrizko malnutrizioari loturiko lau gaixotasun infekzioso (txarranpina, malaria, beherakoa eta arnas aparatuko infekzioak), dira oraindik ere 5 urte baino gutxiagokoen arteko bost milioi heriotzen arduradun. Gainera, munduko osasunean beste eragile batzuk azaldu dira ustekabean, HIESA kasu, Afrikako biztanlerian hildako asko eragiten ari dena, aipaturiko aurrerapenerako joera alderantzikatuz eta orain arte ezarritako osasun politikak zalantzan jarritz. Jarraian datozen taulek ga-

rapenaren muturrean dauden herrialdeen arteko desberdintasunak ilustratzen dituzte.

1. taula. **Jaiotzean dagoen bizi itxaropenaren desberdintasuna: lehenengo eta azkeneko hamar herrialdeak, Giza Garapenaren Indizearen (GGI) arabera**

Herrialdea	GGI zenb.	Bizi itxaropena	Herrialdea	GGI zenb.	Bizi itxaropena
Sierra Leona	177	34,3	Norvegia	1	78,9
Niger	176	46,0	Suedia	2	80,0
Burkina Faso	175	45,8	Australia	3	79,1
Mali	174	48,5	Kanada	4	79,3
Burundi	173	40,8	Herbereak	5	78,3
Guinea-Bissau	172	45,2	Belgika	6	78,7
Mozambique	171	38,5	Islandia	7	79,7
Etiopia	170	45,5	AEB	8	77,0
Erdi Afrikako errep.	169	39,8	Japonia	9	81,5
Kongoko errep.	168	41,4	Irlanda	10	76,9

GGIk bizi itxaropena, hezkuntza maila eta per capita BPG erreala batzen ditu.

Iturria: Giza garapenari buruzko txostena. Garapenerako Nazio Batuen Programa, 2004.

2. taula. **Garapenaren muturren arteko adierazleen alderaketa**

	Sierra Leona	Norvegia
Biztanleria (milioi, 2002)	4,8	4,5
Biztanleriaren urteko hazkundearen % (2002-2015)	2,3	0,3
15 urtetik beherakoen %	44,2	19,7
Ugalkortasun tasa	6,5	1,8
Haurren heriotza tasa (bizirik jaiotako milako)	165	4
5 urte bete baino lehen hiltzeko probabilitatea (milako)	284	4
Jaiotzean dagoen bizi itxaropena	34,3	78,9
Amen heriotza tasa (bizirik jaiotako ehun milako)	2.000	16
Txarranpinaren aurka immunizatutako haurren %	60	88
Sektore publikoaren osasun gastua (BPGaren %, 2001ean)	2,6	6,9
Sektore publikoaren osasun gastua (BPGaren %, 2001ean)	1,7	1,2
Osasun gastua, per capita (pertsonako eta urteko, dolarretan)	26	2.920

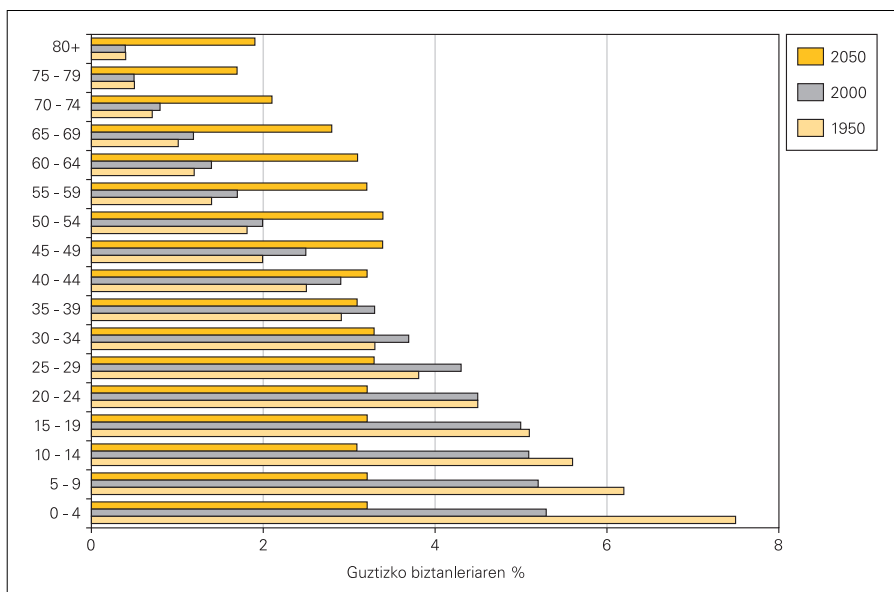
Iturria: Giza garapenari buruzko txostena. Garapenerako Nazio Batuen Programa, 2004.

OMEk osasuna gizarte eskubidetzat du eta Giza eskubi-deekin lotzen du. «Osasuna guztizko ongizate fisiko, mental

eta soziala da eta ez gaixotasunik ez edukitzea bakarrik». Era berean baieztatzen du «lor daitekeen osasunaren atsegin handiena dela gizaki guztien oinarrizko eskubideetarik bat, arraza, erlijio, ideologia politiko eta egoera ekonomiko eta sozialen bereizketarik gabe».

Lehen mailako arretaren estrategia eta osasunerako eza-gupen eta teknologia berriak sortzeak eta aplikatzeak gaixotasun transmitigarrien ondorioko heriotza tasa eta ugalkortasun tasa murriztu ditu eta horrek aldaketa bat eragin du adin piramidean, tradizionalki gazteak ziren biztanlerietatik helduen eta adinakoen proportzioa azkar handitu den gizartetara pasatuz. *Trantsizio demografiko* hori hurrengo grafikoan ilustratzen da eta *trantsizio epidemiologiko* batek laguntzen du, non minbiziak, gaixotasun kardiobaskularrek eta asaldu mentalek hartzen duten protagonismoa. Adibide adierazgarri bat jartzeko, Txileko biztanleriaren mende hasierako heriotzen arteko %30 inguru 5 urte baino gutxiagokoak ziren eta infekzio arrazoiengatik gertatzen ziren; 1999an, zifra hori %2 baino txikiagoa da eta guztizkoaren %45 85 urte baino gehiagorekin hiltzen da gaixotasun ez transmitigarrien ondorioz.

1. grafikoa. **Asiako hego-ekialdeko eskualdeko adin piramideen gainjartzea, 1950 eta 2050 urteen arteko trantsizio demografikoa azaltzen duena**



Iturria: UN Population Division, 1998.

Trantsizio demografikoak eta Hirugarren Munduko herrialde askotan gertatu den urbanizazio azkarrak, hazkunde ekonomikoari lotutako alderdi gisa, negatiboki eragiten diote osasunari, infekzioak barreiatzea lagunduz eta epidemia eta azpiegitura berriak sortuz, aurrekoak konpondu gabe.

Osasuna eta garapena eskutik doaz. Era berean, nutrizio egoera eta osasunaren hobetzea hazkunde ekonomikoaren arrazoiak eta ondorioak dira, eta osasunean inbertitzea pobrezia-aren aurkako eta, oro har, garapen politikako tresna gisa hartu behar da. Ondorengo taulak sarrerek, emakumeen alfabetatzeak eta teknologia berriak erabiltzeak zenbait osasun adierazleren bilakaerari egindako ekarpen proportzionala adierazten du.

3. taula. **1960 eta 1990 artean heriotza tasa jaistearen arrazoiak, sarrera ertain eta baxuak dituzten 115 herrialdeetako datuen analisis oinarritua**

	Ondorengoak hobetzeko egindako ekarpenen portzentajea		
	Sarrerek	Emakume helduen maila hezkuntza	Ezagupen berriak sortu eta erabiltzea
5 urte baino gutxiagokoen hilkortasuna	17	38	45
Emakumezkoen hilkortasun tasa	20	41	39
Gizonezkoen hilkortasun tasa	25	27	49
Bizi itxaropena (emakumeak)	19	32	49
Bizi itxaropena (gizonak)	20	30	50
Ugalkortasun tasa	12	58	29

Iturria: Wang J., Munduko Bankua, 1999.

Garapen bidean dauden herrialdeen oinarritzko ezaugarriak pobrezia —ekonomia, material eta giza baliabide gabezi gisa ulertua— eta giza garapenaren indize baxua dira. Nahiz eta badagoen erlazio argi bat Barne Produktu Gordinaren (BPG) eta haurren heriotza-tasaren artean, herrialde askotan hilkortasun tasa duten sarrera mailagatik espero beharko litzatekeena baino askoz ere altuagoa da. Berariazko osasun arazo batzuei lotzen zaie baliabideen banaketa ez eraginkor bat eta, ondorioz, osasun zerbitzuak ez dira nahi-

koak edo ez daude, ez dira egoki banatzen eta sendatzeko zerbitzuei lehenetsia ematen zaie, baliabide gehienak hiriko eremuan egoten dira, ospitaleetan inbertitzen da lehen mailako arretaren eta biztanleriaren gehiengoaren osasun baldintzentzako egokiak ez diren teknologiak eta medikamentuak erabiltzearen kalterako. Tradizioak eta erlijio sineskeren askotan zorigaitz elementu bat gehitzen diote gaixotasunari, kanpotik edo goitik datorren eta aurka egitea ezinezkoa den zer baiten moduan.

Era berean, garapen bidean dauden herrialdeetako osasun arazoek ingurumen baldintzen degradazio geroz eta handiagoarekin, urbanizazio azkar eta kontrolatu gabekoarekin, emakumearen esplotazioarekin (pobreziaren «feminizazioan» azaltzen da) eta kultura herrikoi eta indigenak baztertzearrekin (medikuntza tradizionala erabiltzea barne) dute zerikusia.

Osasun mailan, gaixotu eta hiltzeko arriskuek eta baliabide desegokiak eta nahikoak ez direnek definitzen dute Hirugarren Munduko gizarte gehienetako errealitatea.

Osasun sistemen beharrezko garapenarekin batera, osasun egoera hobetzeak gizarte bakoitzeko gehiengoak horiek lortzea zailtzen duten oztopoak gainditzea eskatzen du.

1. koadroa. **Osasun zerbitzuak irisgarriak edo ez irisgarriak izateko moduak**

- **FISIKOA:** distantzia, garraiorik eza, segurtasuna.
- **EKONOMIKOA:** garraioa, arreta edo tratamendua ordaintzea.
- **SOZIOKULTURALA:** tradizioa, erlijioa, hizkuntza.
- **OSASUN BALIABIDEAK:** medikamenturik, ekiporik, odol bankurik, langile aditurik ez egotea.

Erronka da gizarteko gehiengoaren osasun beharrak identifikatzea, esku-hartze alorrak lehenetsia, giza eta teknika eta material baliabideak koordinatu, mobilizatu eta banatzea adostutako helburuak betetzeko. Inguru instituzional konplexu horretan, faltan botatzen da beste garai batzutan OMEk zuen buruzagitza tekniko eta etikoa, non herrialde gehienek Nazioarteko Ordena Ekonomiko Berria proposatzen zuten.

Erronka ez da erraza. Osasun sektorean eta bestelako entitateetan esku-hartzeak dituzten Nazio Batuen sistemako erakundeek, Gurutze Gorriaren Nazioarteko Batzordeak (ICRC) edo GGKEen mugimenduak kasu, egoera zail hori arintzeko zeregin garrantzitsuak dituzte.

OMEko zuzendari nagusi ohiak, Gro Harlem Brundtland doktoreak, honela esaten zuen: «... xx. mendean munduan gizadiaren historia guztian zehar baino osasun aurrerapen gehiago egon ziren... Oraindik ere erronka izugarriei aurre egin beharko diegu, gehienbat pobrezia-iraukuntza-arekin zerikusia dutenei. Desorekak ikaragarriak dira. Garapen bidean dauden herrialdeetako biztanleriak jasaten du erikortasunaren %90, baina osasunera zuzenduriko baliabideen %10 eskuratzeko aukera besterik ez du. Hori onartezina da...». OMEren 1999ko Txostenaren sarreran, zuzendari ohiak berak azpimarratzen zituen munduko osasuna hobetzeko zein erronkei aurre egin beharko zitzaaien eta 2. koarduan laburtzen dira.

1.2. OSASUN SISTEMA ETA ZERBITZUAK

Osasun zerbitzuen antolamendu gisa ulertzen da osasun zentro eta programek herrialde edo komunitate jakin batean duten kokalekua, egitura, banaketa eta funtzionamendua.

Osasun zerbitzuetaz hitz egiten denean, ospitaleak, ambulatorioak, osasun zentro edo postuak, kontsultategiak, eta abar bezalakoek egiten zaie erreferentzia. Izendapena edozein delarik ere, guztietan gaixotasunetarako laguntza jarduerak egin eta osasuna edo errehabilitazio fisiko edo psikologikoa babestu eta sustatzen dira. Osasuneko informazioko, epidemiologiako, ingurumenaren kontroleko, kudeaketako, kontrol eta balioztapeneko unitateei ere osasun zerbitzu deitzen zaie.

Garapen bidean dauden herrialdeetan errealtate dual bat gertatzen da: alde batetik, biztanleriaren gehiengoa dago, neurri handiagoan edo txikiagoan medikuntza herrikoia eta tradizionala erabiltzen jarraitzen duena eta, bestetik, mendealdeko ekintza ekonomikotik eta ideologikotik datorren eragina.

Edozein herrialdeetako osasun zerbitzuaren antolaketa ereduak herrialde horretako giza eta ekonomia garapen ereduarekin du zerikusia. Zerbitzu horiek eta beren banaketa (hiriko

2. koadroa. **Etorkizun hurbilerako OMEren erronkak**

1. Pobreek jasaten duten gehiegizko hikortasun tasa eta erikortasuna murriztea:
 - Helburu orokorra: 2015erako erdira jaitea guztizko pobretasunean bizi diren pertsonen kopurua.
 - Jarduera guneak: tuberkulosiaren, malariaren, GIBaren, amatasun heriotzaren eta txertoen bidez prebeni daitezkeen gaixotasunen aurka borrokatzea.
 - Bazkideak: gobernuak, sektore pribatua eta gizarte zibila.
2. Osasunarentzat arrisku potentzialak murriztea, ekonomia krisitik, ingurumenetik edo arriskuzko jokabideetatik ondorioztatutakoak, tabakoaren aurkako borrokaren, ur eta aire garbiaren sustapenaren, hondakinen antolamendu egokiaren, elikadura eta etxebizitza osasungarrien, garraio seguruaren eta hezkuntzaren bitartez.
3. Arrazionalak diren eta lehentasun ezarriak dituzten osasun sistema garatzea, sektore publikoan soldata egokiekin eta pribatuan hazkunde erregulatuarekin. Helburuak ondorengo lortuko duten sistemak sortzea izan behar du:
 - osasun egoera hobetzea,
 - osasuneko desberdinkeriak murriztea,
 - bidezko itxaropenen inguruko ardurak ugaritzea,
 - eraginkortasuna hobetzea,
 - norbanakoak, familiak eta komunitateak gerta daitezkeen galera ekonomikoetatik babestea,
 - finantzarioki irisgarriak izatea eta arreta egokia eta iraunkorra (iraungarriak) eskaintzea.
4. Pobreenei eragiten dieten osasun arazoek ikerketan inbertitzea eta informazio sistemak hobetzea.

Iturria: Munduko ososunari buruzko txostena. OME, 1999.

eta landako eremuen artean, adibidez, edo lehen mailako eta ospitaleko arretaren artean), zorrozki osasunekoak ez diren eta herrialde osoaren egiturak eta sektoreak zehazten dituzten aldagaiak zehazten dituzte.

Garapen bidean dauden herrialde gehienetan osasun sistemaren ezaugarri diren zenbait elementu daude.

3. koadroa. **Garapen bidean dauden herrialdeetako osasun sistemetan komunak diren elementuak**

1. Estatuak zergen bidez finantzatzen duen **sektore publikoa**, Osasun Ministerioko establezimenduak biltzen dituen eta gizartearen gehiengoak erabiltzen duena.
2. Oso zabala ez den baina ondo hornitua dagoen **sektore pribatua**, aseguru pribatuak eduki ditzaketentzat, funtsean espezialitate mediko eta kirurgikoetan, teknologia medikoan eta ospitale monografikoan jartzen duena arreta.
3. **Derrigorrezko aseguruaren** (Gizarte Segurantzza) sektore bat, besteren konturako langileentzat, industrializazioak eta funtzionarioek herrialde horietan duten eragin eskasagatik murriztua.
4. «**Gizarte sektore pribatu**» bat, irabazirik gabea, sakabanatua, osasun zentro eta ospitaletakoa, orden erlijiosoek, fundazioek, GGKEek eta Gobernuen arteko Erakundeek kudeatu eta beren aurrekontuetan sartzen dutena.
5. **Osasun sektore militar** bat (bere garrantzia armadak gizartearen duen hedadura eta funtzioarekin erlazionatuta dago).
6. **Medikuntza tradizionalak**, sendabelarretan, esperientzian edo sineskeretan oinarritzen denak (Guatemalako indigenen artean mundu ikuskera maia, adibidez), herrialde edo komunitate batzuetan biztanlerian oinarri handia duen espresioa hartzen du.

Ondorengo taulak Latinoamerikan dauden osasun egitura desberdinak azaltzen ditu, sektore publikoaren eta pribatuaren arteko koordinazio posible bat islatu gabe, ez eta biztanleriaren zein portzentajek duen benetan sektore bat edo bestea erabiltzeko aukera ere.

4. taula. **Ohe eta ospitaleen proportzioa, afiliazio sektorearen arabera**

Afiliazio sektorea	Ospitaleak (*)		Oheak	
	Kopurua	%	Kopurua	%
Publikoa (Gizarte segurantzarik ez)	6.498	39,2	494.710	45,1
Publikoa (Gizarte Segurantzza)	876	5,3	83.356	7,6
Pribatua	7.783	47,0	383.353	34,9
Filantropikoa (GKEk barne)	1.284	7,8	124.923	11,4
Militarra	125	0,8	11.623	1,1
Guztizkoa	16.566	100	1.097.965	100

(*) 1.087 ospitaletan zenbat ohe dauden ez dakigu.

Iturria: Amerika Latindarreko eta Karibeko Ospitaleen Direktorioa, OPS datu basea, Washington, 1997.

Osasun sistema misto horien ezaugarri nagusiak dira ez direla gai biztanleriaren osasun beharrak zaintzeko eta estatuetako ekonomien bilakaera negatiboarekiko duen mende-kotasuna. Izan ere, Latinoamerikako biztanleriaren %40-60k, Asiakoaren %60-80k eta Afrikakoaren %90k ez du inolako osasun babesik.

Paradoxikoki, mendebaldeko medikuntzaren eraginak eta Munduko Bankuak emandako laguntzaren baldintzek ospitale handietan inbertsioak egitea eta teknologia eta materialak erostea laguntzen dute, lehen mailako arretaren eta prebentzioko medikuntzaren kalterako. PNUDen arabera, 1994an osasunaren alorreko garapenerako laguntzaren gutzitza %30 zuzendu zen lehen mailako arretara. Aurrekontu urriak hiriko eremura joaten dira, herrialde bakoitzaren barruko desberdintasunak areagotuz.

1.2.1. **Mailakako osasun arreta: aurrekariak**

Osasun zerbitzuen kokapenak biztanleek beren beharren arabera ahalik eta errazen eta azkarren lortzera zuzenduak egon behar dute. Horretarako, osasun zerbitzuek mailakatuak egon behar dute behar den laguntzaren konplexutasunaren arabera, bai eta zaindu behar dituzten biztanle kopuruaren eta bizi diren eremu geografikoaren arabera ere. Kontzeptu horietan oinarritzen da eskualdeka banatzea eta horren printzipioak Dawsonek 1920an egindako Txostenean biltzen dira.

4. koadroa. **Eskualdeka banatzearen printzipioak**

1. Prebenitzeko eta sendatzeko medikuntza integratzea.
2. Unitate sare bat (osasun zentroak eta ospitaleak), bere zerbitzuak lurralde geografiko jakinari eskaintzen dizkionak.
3. Unitaterik sinpleenak konplexuenak ikuskatzea.
4. «Arreta maila» kontzeptua ezartzea: lehen mailakoa, bertan mediku orokorrek eta bestelako osasun profesionalek eskaintzen dituzte zerbitzuak, eta bigarren mailakoa, langile espezializatuak ditu eta gaixoak aurreko mailatik bidaltzen dira maila horretara.

Iturria: Dawson Txostena, 1920.

Osasun sistema ideala sistema integratu bat da, sustapen, prebentzio, laguntza eta errehabilitazio neurriak bil-

tzen dituena eta onuradunen komunitate bera hartzen du bere baitan.

5. koadroa. **Osasun sistema integratu baten ezaugarriak**

1. Antolamendua eta koordinazioa helburu berdin baten arabera egiten dira: biztanleriaren osasuna.
2. Egoera guztiak modu koherentean babestuak daude lehentasunen arabera.
3. Sistemako elementu bakoitzak berariazko funtzioa du.
4. Elementurik egokiena da arazo bakoitzari erantzuten diona, edozein delarik ere sisteman sartzeko atea.
5. Barruko oztopoak ahalik eta gehien minimizatu behar dira (erreferentzien irizpideak, gastuak eta kontrola).

Lehenengo mailaren (osasun zentroa) eta bigarrenaren (ospitalea) arteko erlazioak ez du bata bestea hierarkizatzea suposatzen. Unitate biek bakoitzarentzat ezarritako helburrekin erlazionatuta betetzen dituzte beren funtzioak, osasun sistemaren eta dagokion Osasun Planaren helburuari lotuta.

1.2.2. **Osasunaren lehen mailako arreta**

Lehen mailako arreta da biztanleriak osasun sistemarekin duen lehenengo kontaktua eta horregatik da sistema horretan sartzeko atea. Era berean, arreta osoaren antolamendua ulertzeko estrategia bat da. Prebentzioa, osasuna sustatzea eta ohiko arazoak konpontzea izan behar dute ekintza lerro nagusia. Arreta maila horretan osasun arazoaren %80 konpon daitezke eta konplexutasun tekniko eta material txikia eskatzen du, nahiz eta nazioarteko mailan jasotako esperientzien arabera, antolatzeke eta funtzionatzeko konplexutasun maila oso altua den.

Lehen Mailako arretan hainbat elementu kontzeptual daude:

- Lehenik, arreta *integrala* da, hau da, osasun arazoei sustapen, prebentzio, laguntza eta errehabilitazio jarduerekin (hasierakoak nahiz osokoak) erantzuten die.
- Osotasun batean *integratuta* dago, ondorioz edozein atetatik beste zerbitzuak edo laguntza maila altuago edo espezializatuago bat eskuratzeko modua errazten du.

- *Jarraitua* eta *etengabea* da, hau da, ez da egungo arazora mugatzen, segimendu bat ematen du eta ez da beharra sortzen den momentuaren araberakoa. Bere jarduera egunean 24 ordutan egiten du urteko egun guztietan eta biitzaren hasieratik amaieraraino hartzen du.
- *Deszentralizatua* da, hau da, biztanleengandik gertukoa, eta horrek *geografikoki irisgarria* egiten du, zerbitzuetarako irisgarritasuna muga dezaketen beste oztopo batzuk ahaztu gabe.
- *Aktiboa* da, ez duelako arazoak ate joka etorri bitarte itxaroten, bilatzera irteten da, adibidez, inkesta epidemiologikoekin edo txertaketa kanpainekin.

Aipaturiko ezaugarriekin batera, badago programatutako objektu guztiak balioztatzeko aukera ematen duen jardueren erregistro bat. Disziplinarreko ekipoetan oinarritzen da eta komunitateen parte-hartzea laguntzen du. Irakasteko espirituekin, langileen eta biztanleen trebakuntza jarraitua da bere oinarrietako bat.

Osasunaren Lehen Mailako Arretaren (OLMA) printzipioen definizioa Alma-Atan egin zen (orduan SESB) eta 6. koadroan biltzen da.

6. koadroa. **Alma-Atako adierazpena (1978-9-12)**

- I. Osasuna, ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera gisa, oinarritzko giza eskubidea eta osasunekoaz gain, beste hainbat sektoreren esku-hartzea eskatzen duen helburua da.
- II. Biztanleriaren arteko osasun egoeren artean dagoen desberdinkeria larria sozialki, politikoki eta ekonomikoki onartezina da eta, ondorioz, herrialde guztientzat ardura arrazoia ere bai.
- III. Garapen ekonomiko eta sozialak izugarritzko garrantzia du guztientzat osasun mailarik altuena lortzeko. Osasuna sustatu eta babestea ezinbestekoa da garapen ekonomiko eta sozial iraunkor baterako eta bizi kalitatea hobetzen eta munduko bakea lortzen laguntzen du.
- IV. Herriak bere osasun arretaren plangintzan eta aplikazioan parte hartzeko eskubidea eta betebeharra du.
- V. Gobernuek beren herrien osasuna zaintzeko betebeharra dute. Helburu nagusietako bat izan behar du munduko herri guztiek 2000. urtean ekonomikoki eta sozialki produktiboa den bititza edukitzeko aukera ematen dien osasun maila edukitzea. Lehen mailako osasun arreta ezinbestekoa da helburu hori lortzeko.

- VI. Lehen mailako osasun arreta metodo eta teknologia praktikoetan oinarritzen da, zientifikoki sortutakoetan eta sozialki onargarrietan, gizabanako eta familia guztien eskura dago eta komunitatea eta herrialdea jasateko gai den kostua du. Estatuko osasun sistemarekin edukitzen den lehenengo kontaktua adierazten du.
- VII. Lehen mailako osasun arreta:
- Komunitateko osasun arazo nagusietara orientatzen da.
 - Gutxienez, jarduera hauek biltzen ditu:
 1. Osasunaren arazo nagusiei eta dagozkien prebentzio eta borroka metodoei buruzko hezkuntza.
 2. Elikagaiez hornitzea eta nutrizio egokia sustatzea.
 3. Edateko ura eta oinarritzko saneamendu hornikuntza egokia.
 4. Ama-haurrentzako laguntza, famili plangintza barne.
 5. Gaixotasun nagusien aurkako immunizazioa.
 6. Tokiko gaixotasun endemiko nagusien aurkako prebentzioa eta borroka.
 7. Ohiko gaixotasunen eta traumatismoen tratamendu egokia.
 8. Oinarritzko medikamenduez hornitzea.
 - Estatuko eta komunitateko garapenari loturiko sektoreen (nekazaritza, industria, hezkuntza,...) parte-hartze berdina du.
 - Komunitateen parte-hartzea sustatzen du OLMAREN plan-gintzan, antolamenduan, funtzionamenduan eta kontrolean, estatuko eta tokiko baliabideetatik ahalik eta probetxu gehien ateraez.
 - Erreferentzia sistema egoki bat du eta lehentasuna ematen die behar gehien dutenei.
 - Osasuneko langileetan oinarritzen da medikuak, erizainak, emaginak, laguntzaileak, komunitateko langileak eta medikuntza tradizionala erabiltzen duten pertsonak bilduz, osasun talde baten moduan lan eginez.
- VIII. Beharrezkoa da borondate politikoa erabiltzea herrialdeko baliabideak mobilizatzeko eta eskuragarri dauden kanpoko baliabideak arrazionalki erabiltzeko.
- IX. Herrialde guztiek beraien artean lankidetzan jardun behar dute, herrialde batek osasuna lortzea gainerako herrialdeen onurarako ere badelako.
- X. Beharrezkoa da munduko baliabideak hobe erabiltzea, baliabide horien zati garrantzitsu bat armamenturako erabiltzen delako, proportzio egoki bat Lehen Mailako Osasun Arretarako egokitu ahal izango litzatekeenean.

Iturria: Alma-Atako adierazpena, 1978.

Sendatzeko arreta hutsetik osasun arazoak prebenitzea helburu duen estrategiara aldatzeak mentalitatea aldatzeko ahalegina, egokitzapena eta osasun hezkuntza handia eskatzen du. Sendatzeko medikuntzak egungo arazo erreal bati berehala erantzuten dio, prebenitzeko medikuntza aldiz, sor daitezkeen arazoei edo arriskuei erantzuna ematen saiatzen da eta askotan lortutako onura ez dator bat sumatutako beharrekin.

7. koadroa. **Lehen mailako arretan osasun arazoak planteatzeko estrategia aldatzea**

	...-tik	...-ra
Helburuak	gaixotasuna sendatzea	osasuna prebentzioa eta arreta
Edukia	tratamendua noizbehinkako arreta berariazko arazoak	osasunaren sustapena arreta jarraitua arreta osoa
Antolamendua	espezialistak medikuak arreta indibiduala	mediku orokorrak bestelako profesionalak talde lana
Erantzukizuna	osasun sektore bakartua eremu profesionala arretak pasiboki hartzea	sektoreen arteko lankidetzak komunitatearen parte-hartzea autoerantzukizuna

Iturria: H. Vuori, 1993.

Osasun Zentroa osasun sistemaren oinarritzko unitatea, balioanitza eta deszentralizatua da. Baliabideak kontzentratzeari esker, egokitutako herriko osasun ekintza guztien arduraduna da, bai eta aurrez mugaturiko lurraldean dauden lan zentro, eskola eta bestelako komunitateko ekoizpen unitateetako ere.

Funtzio horiek betetzeko zentro bakoitzean osasun ekipo bat dago kalifikazio maila eta zeregin desberdinak dituzten profesional sanitario, ez sanitario eta komunitateko eragileek osatzen dutena. Horietaz gain, laguntza elementu batzuk ere baditu, farmazia, laborategia, erradiologia, hortz-haginen osasuna, emakumeentzako arreta, osasun mentala, komunitateko medikuntza eta osasun publikoa kasu.

8. koadroa. **Osasun Zentroak jartzeko irizpideak: Zenbat? Non?**

1. **Irizpide demografiko eta psiko-soziala:** zerbitzuak zaintzen duen biztanleria / gertutasuna / irisgarritasuna (*).
 2. **Irizpide ekonomikoa:** baliabideak (material garestia eta langile espezializatuak arrazionalki erabiltzea).
 3. **Irizpide teknikoa:** lehiakortasuna mantentzeko adinako jarduera.
- (*) Premia kasuetan oinez egin daitekeen gehieneko distantzia 5km dela kontsideratzen da.

Osasun sustatzaileak edo komunitateko osasun eragileak hartu ziren sistemako oinarrizko elementu gisa Alma-Atako adierazpenaren ondoren, «2000. urterako guztientzako osasuna» lortzeko helburuarekin. Komunitateko kide aktiboak dira, komunitateak berak aukeratu eta laguntzen dituenak tokiko hizkuntza eta ohiturak ezagutzen dituztenak, eta horrek pentsarazten du osasun zerbitzuetarako irisgarritasun zaileko baldintzetan beren herrixkako osasun arazo nagusiei aurre egin diezaioketela oinarrizko hezkuntza eraginkorragoa jasotzen badute. Hala eta guztiz ere, komunitate barruan egoten diren tentsioak jasatearen eta segimendu eta finantzazio zailtasun nabariaren ondorioz, emaitzak urteetan zehar desberdinak izan dira. Badirudi arrakasta osasun taldean eta sistema orokorrean sartzea lortzearen mende dagoela. Ondorengo koadroek existitzen den kontraesana irudikatzen duten bi adibide eskaintzen dituzte.

9. koadroa. **Osasun Sustatzailearen trebakuntza mintegiak: balioztapen bat**

1. Behaketa, parte-hartze eta laguntza zuzeneko lana hiru trebakuntza mintegitan (Santa Ana, Suchitoto eta La Libertadeko Departamentuetan) eta Cuzcatlan, Cabañas, La Libertad, Santan Ana, Sonsonate eta San Salvadorreko Iparraldeko departamentuetako 23 Komunitatetako lursailen bisitaldian egin zen.
2. Aipaturiko Departamentuetan komunitateetako hainbat erakundetako kide ziren 67 Osasun Sustatzaileekin harremanetan jarri ziren.

3. Trebakuntza prozesuaren balioztapenean deigarria gertatzen den lehenengo gauza dira komunikazio materialak, mintegien baldintzen antolamendua, informazio arazoak eta irisgarritasuna (garraioarengatik eta errepideen egoerarengatik).
4. Ez zen koordinaziorik antzeman tokiko osasun GKEetako Planen eta Proiektuen eta finantzatzen zituzten GKEenen eta mintegietako moduluen edukien artean. Planak eta jarduerak koordinatzea eta teoria eta praktika elkartzen saiatzeak antolamendu arina, malgua eta, ziurrenik, eraginkorragoa eskatzen du.
5. Sustatzaileen heterogeneotasuna handia zen, hala beren funtzioaren kontzientzian nola aurreko esperientzian ere. Gerta daiteke komeni izatea trebakuntza eskaintza dibertsifikatuak egitea, maila eta funtzio desberdinen arabera.
6. Santa Anan egin zen trebakuntza mintegiko esperientzia oso positiboa izan zen. Metodo pedagogiko aktiboak erabili ziren, sustatzaileen aurreko maila, haien kultura eta bizi ziren edo lan egiten zuten ingurua ezagutzen ziren. Egoera horrek informazioa komunikatu eta transmititzeko metodo oso egokiak erabiltzea ahalbidetu zuen.
7. Sustatzaileen eta sektore publikoko lehen mailako arretako zerbitzuen arteko erlazioak ez dira batere argiak edo desagokiak dira. Komeni da komunitate eta udalerrri gehienetan argitzea.
8. Osasun sustatzaileen eta komunitateko erakundeen (nekazaritzakoak, sindikatuetaoak, komunitatekoak, tokiko GKEetaoak) arteko erlazio estua komenigarria eta beharrezkoa izan daiteke.
9. Ikusi zen ez zegoela protokolorik osasun arazo desberdinei aurre egiteko. Lehenengo mailako arretako gaixotasun edo osasun arazorik ohikoenetarako (haurdunaldiak, erditzea eta puerperioa, desnutrizioa, beherakoa, giltzurruneko gutxiegitasun larria, dermatosia, zauriak, parasitosia, etxeko animaliek transmititutako gaixotasunak, txantxarra,...) diagnostiko eta tratamendu protokolo sinpleak egiteak egunetik egunera garrantzi gehiago hartzen du kalitatea eta sustatzaileek komunitateari eskaini behar dizkieten zerbitzu motak «homologatzeko» ildoan.
10. Behin dagozkion arazoak aurkiturik, nahiko garrantzia du sustatzaileen arteko komunikazio eta informazio ildoak argitzeak.

Iturria: Osasun Publikoaren aldeko Elkartea (OP), Euskadi, 1992.

10. koadroa. **Landako osasun-sustatzaileek (LOS) beren jarduerak egikaritzera koan ikusitako arazoak**

- Aukeraketa partziala da botere gatazken ondorioz eragiten duena sustatzailea askotan bere komunitateko buru naturala ez izatea, komunitateko aberatsa baizik.
- Bertan behera uzte tasa altua da, famili biziraupenerako beste zereginetan jarduteko beharragatik.
- Beren jarduerak ikuskatzea zaila edo ia ezinezkoa da (ez dago tratamenduak edo erregistraturiko ordainketak egiaztatzeko aukerarik erregistroek beren jardueren zati bat bakarrik islatzen dutelako).
- Beren jarduera terapeutikoak garatzen dituzte (duten irabazizko alderdiagatik eta eskaeragatik), prebentzioko edo sustapeneko alderdien kalterako.
- Prestakuntza mailan desoreka nabarmena dago errezeten inguruko prestakuntza eta praktikan erabili edo gomendatzen dituzten medikamentuen artean.
- «Autoprestakuntzagatik deformazio» arriskua dago. Landako osasun sustatzailea bakarrik sentitzen denean (segimendu eskasagatik, bere komunitatearen presioagatik edo horren barruko sustapen itxaropenengatik) «Medikurik ez dagoen lekuan» motako liburueta jotzen du eta bere modura interpretatu eta aplikatzen ditu.
- Ez dute beren komunitateekiko independentziarik, ezin dute medikamentu garestiak eta alferrikakoak (benabarneko serumak edo bitamina injektagarriak) edo erresistentziak sortzen dituzten tratamendu osatugabeak (antibiotikoak edo tuberkulostatikoak barne) gomendatzea saihestu.
- Osasun sistemako «hurrengo mailarekin» kontakturik ez dago eta, ondorioz, Landako osasun sustatzaileak ez du biztanleria osasun postura hurbiltzen, askotan hura ordezkatzeko du. Landako osasun sustatzaileak beti ez du estaldura zabaltzen.

Emaginek ez dituzte horrelako arazoak planteatzen, ez dituztelako beren komunitateetan argi aitortzen, ez dira artifizialki sorturiko baliabide bat eta ez dituzte medikamentuak agintzen. Beste alde batetik, hezitzaileek beren komunitateetan ohitura positiboen inguruko sentsibilizazio eta zabaltze funtzio garrantzitsua izan dezakete.

Iturria: Médicos sin Fronteras (MSF), Guatemala, 1996.

Komunitateak aktiboki parte hartu behar du bere tokiko buruen edo komunitateko beren erakundeen kideen bitartez. Garatu beharreko beren ekintzen artean dudarik gabe

azpimarratzekoak dira osasunerako hezkuntzakoak, bere autonomia eta jarreraren bi norabidetako aldaketa (osasunerantz eta gaixotasunerantz) laguntzen dutenak.

1.2.3. Erreferentzia maila: bigarren mailako arreta

Bigarren mailako arretak, arreta espezializatua ere deiturikoak, lehen mailako osasun arretak bidalitako gaixoak tratatzen ditu. Osasun Zentroan egin daiteke edo mediku adituek eta erizaintzako langile adituek modu ambulatorioan egin dezakete, edo ospitale txiki edo ertainetan, barrutikoetan, eskualdekoetan, departamentuetakoak edo erregioetakoak ere deiturikoetan. Ospitale horiek barne medikuntzako, pediatriako, kirurgiako eta gineko-obstetriziako jarduerak egiten dituzte, beste zerbitzu orokor eta laguntzako zerbitzu osagarriez gain, laborategia, erradiologia, farmazia eta bestelakoak kasu.

Hirugarren mailako arretak konplexutasun handiko ospitaletako unitateetan (kirurgia kardiobaskularra adibidez, edo erredura handietako unitateak) eta ikerketa Institutuetan egiten dira.

Zenbait herrialdetan, irisgarritasun zaileko arazoengatik, oheak dituzten Osasun Zentroak antolatu dira (adibidez infekzio gaixotasunen arretarako, kolera kasu) edo landako ospitale txikiak, haurdun dauden emakumeen edo prozesu larriak dituzten haurren arretarako. Baliabideek biztanleria nukleoak existitzean eta osasun beharretan oinarritu behar dute.

Mailen arteko erreferentzia sistemak behar bezala funtziona dezan, beharrezko mekanismoak ezarri (adostu) behar dira, bereziki bi norabidetako informazio sistema, osasun garraioa eta hornidura logistikoa.

Laburbilduz, lehen mailako arretan oinarritzen den orekatutako osasun sistema batek hau bete behar du:

- Biztanle guztiak biltzea ekitate eta parte-hartze arduratsu oinarrietan, osasun sistema publikoen edo sektore publikoko eta pribatuko proportzio aldagaien konbinaketaren bitartez, GKEak, gobernuen arteko erakundeak eta fundazioak barne.
- Osasun sektoreko eta erlazioa duten eta osasuna laguntzen duten jarduerak aurrera eramaten dituzten beste sektoreetako osagaiak sartzea.
- Lehen mailako osasun arretako ezinbesteko elementuak indibiduoak eta osasun sistemaren arteko lehenengo kontaktu puntura eramatea.

- Tokiko mailan lehen mailako osasun arreta zerbitzua laguntzea lehentasun garrantzitsu gisa.
- Tarteko mailetan osasun arazorik teknikoenak konponzeko arreta profesionala eta espezializatua eskaintzea, tokiko mailan konpondu ezin direlako, bai eta osasun langileei, komunitateei eta komunitateko eragileei prestakuntza eta orientazio etengabeak eskaintzea ere.
- Erdiko mailan eskaintzea plangintzan eta kudeaketan adituak diren zerbitzuak, osasun arreta espezializatua, adituentzako prestakuntza, zenbait erakunderen zerbitzuak, adibidez, laborategi nagusiak eta laguntza logistiko eta finantzarioa (finantzazio deszentranlizatuko esperientziak badaude, «kostuak errekuperatzean» eta osasunguneko ekoizpen unitateen gainbalioak berriz inbertitzean oinarritutakoak).
- Sistema guztiaren koordinazioa erraztea, kasuak maila desberdinetara edo horietariko bakoitzaren osagai desberdinetara bidaliz beharrezkoa denean.

Osasun sistema bateko elementu garrantzitsu horiek biltzen dira Salvadorreko hamar GKEk Osasun Ministerioari 1994an aurkezturiko proposamenean.

11. koadroa. **Nazioarentzat osasun proiektu bat. Osasun Sistemaren Erreforma**

- 1. estrategia.** Oinarrizko prestazioen saski bat definitzea Osasuneko Lehen Mailako Arretako zerbitzu sarean.
- 2. estrategia.** Osasun sektorean informazio eta orientazio sexu-aleko eta famili plangintzako lehenetsitako programak ezartzea eskola adinekoen, nerabe gaztetxoek (bi sexuak) eta ugaltzeko adinean dauden emakumeen taldeei zuzendua.
- 3. estrategia.** Alkoholismoarekin, toxikomaniarekin, gizarte indarke-riarekin eta osasun mentalekin erlazioa duten osasun arazoek eragina eta nagusitasuna zuzentzeko mekanismoak ezartzea.
- 4. estrategia.** Osasun sustatzailearen irudia indartzea Osasun Sistema Nazionalaren oinarrizko elementu gisa lehen mailako arretan.
- 5. estrategia.** Osasun Sistema Nazionalak sistema egoki bat bermatuko du komunitatearen osasun arazoek larrialdiak antolatzeko.
- 6. estrategia.** Komunitatearen parte-hartze egiturak eta prozedurak ezartzea Osasuneko Lehen Mailako Arretan.

7. **estrategia.** Kostuak berreskuratzea ezartzea, erabiltzailearen bidez, sistemaren irisgarritasun unibertsala puskatu gabe, zerbitzuen oinarritzko saskiaren (oinarritzko farmazia barne) finantzazioan parte hartuz.
8. **estrategia.** Programa bat diseinatzea lan egiten duen biztanleriaren laneko osasuna hobetzeko.
9. **estrategia.** Osasun Sistema Nazionalak ezgaituen tratamendu eta errehabilitazio fisiko eta psikikorako eta gizarteratze-ko duen gaitasuna ezarri eta handitzea.
10. **estrategia.** Osasun politikak, planak eta hornidura eta estaldura egokien bermeak egiteko Osasun Ministerioaren (Osasun Publikoko eta Gizarte Laguntzako Ministerioa) gaitasuna ezarri eta handitzea, lehenetsitako beharren arabera.
11. **estrategia.** Zerbitzuak eskaintzen dituzten sare guztiak Osasun Sistema Nazionalean sartzea.
12. **estrategia.** Osasun Sistema Nazionaleko bigarren eta hirugarren mailako (ospitaleak) eraginkortasuna erregulatu eta handitzea.
13. **estrategia.** Salvadorreko Gizarte Segurantzako Institutuko (ISSS) osasun zerbitzuen sareen Sistema Nazionala eta beste osasun azpi-sistema publiko batzuk antolatzea, haien eraginkortasuna handitzeko eta estaldura zabaltzeko irizpideetan oinarrituz.
14. **estrategia.** Guztizko osasun gastua handitzea.
15. **estrategia.** Prozedurak eta finantzazio iturriak koordinatzea.
16. **estrategia.** Kalitatezko Informazio Sistema bat ezartzea, baliabideak planifikatu, kontrolatu eta esleitzeko.
17. **estrategia.** Ikuskapen teknikorako eta kalitatearen kontrolerako mekanismoak ezartzea sistemaren maila guztietan (osasuneko «pribatu soziala» eta «pribatu komertziala» barne), osasun plan nazionalean jasotako helburuak, xedeak eta jarduerak betetzen direla bermatzeko ezinbesteko tresna gisa.
18. **estrategia.** Osasunerako giza baliabideak trebatzeko politika antolatzea.
19. **estrategia.** Osasunaren sektore publikoaren erregulazio funtzioa indartzea farmazia politikan.
20. **estrategia.** Osasun zerbitzuen hornikuntzako sektore pribatuarekin (GGKEak, fundazioak eta pribatu komertziala) hitzarmenekoak ez diren politikak ezartzea, estalduraren zabaltzearen, osagarritasunaren eta kostua-eraginkortasunaren irizpideei jarraiki.

Iturria: El Salvadorreko GKE batek Osasun Ministerioari egindako proposamena, 1994.

1.3. POBREZIA ETA OSASUNA HIRIETAN

Lehen mailako arretako kontzeptu gehienek landa ingurune bat eskatzen dute beren aplikazioan. Munduko errealtateko pixkanakako urbanizazioa dela eta, hiriko osasunak, haren berezitasunak eta biztanleriaren ongizatean duen eraginak leku bat behar dute kapitulu honetan.

xxi. mendeko lehenengo urteetan, munduko biztanleriaren erdia, 3.000 bat milioi biztanle, hirietan biziko da. Hirian bizi diren hiru pertsonatik bi egun garapen bidean dauden herrialdeetan bizi dira eta proportzio hori lautik hirukoa izango da 2015. urtean eta bostetik laukoa 2025ean. Ondorengo taulak aukeraturiko zenbait hiritan biztanleriak izan duen hazkunde desberdina azaltzen du eta maila desberdineko garapena duten herrialdeen arteko desberdintasunak islatzen ditu.

5. taula. **Zenbait hiri aglomerazioen bilakaera (milioi biztanletan)**

	1950	1990	2015 (Aurreikuspenak)
New York	12,1	16	17,6
Tokio	7	25	28,7
Paris	5,3	9	9,6
Shangai (Txina)	5,3	13,5	23,4
Kalkuta (India)	4,3	10,7	17,7
Mexiko DF	3,1	15,1	18,8
Bonbai (India)	3	12,1	27,2
Rio de Janeiro	3	9,6	11,6
Sao Paulo	2,3	14,8	20,8
Kairo	2,2	8,3	14,5
Lagos (Nigeria)	0,5	7,8	24,4
Jakarta (Indonesia)	1,7	9,4	21,2
Karachi (Pakistan)	1,1	8	20,6
Dhaka (Bangladesh)	0,3	6	19

Iturria: Harpham, T., Lusty, T. eta Vaughan, P., 1988.

Handitzen ari den urbanizazioak badu potentziala hala bizitza hobetzeko nola giza pairamenak larritzeko. Hiriek aukerak eman edo zapuztu ditzakete; osasun ona lagundu dezakete edo gaixotasunak sortu; pertsonak indartu ditzakete beren ametsak bete eta beren beharrak asetzeko edo

biziraupen hutsagatik oinarritzko borroka bat ezar diezaiekete.

12. koadroa. **Hiriko hazkundera bultzatzen duten prozesuak**

1. Hazkundera begetatiboa, hau da, jaiotzak heriotzekiko proportzioan.
2. Landa eremuetatik datorren migrazioa.
3. Inguruko landa eremuetatik hirietara joaten dira eta haren muga administratiboak berriz definitzen dira.

Hazkundera natural edo begetatiboa da orokorrean hiriko hazkundera eragiten duena eta %61eko ekarpena egin dio. Migrazioa da %40aren kausa eta Afrikan garrantzitsua da. Emigratzeko arrazoiak konplexuak dira, baina egun jasaten duten egoera errefusatzeko eta hiriko bizitzak eskaintzen dituen aukerak erakartzea elkartzen dira.

13. koadroa. **Emigratzeko arrazoiak**

1. Enplegua lortzeko itzaropena.
2. Oztopo gutxi: geografiakoa (garraioa) edo gizartekoa (hirian bizi diren senideak).
3. Zerbitzu maila hobea.
4. Landako bizimodua okertzea, atzerapen ekonomikoa, ingurumen arrazoiak (lehortea, uholdeak) eta gatazka barne.

Hiriko pobrezia landakoa baino azkarrago handitu da. Garapen bidean dauden herrialdeetako hiriko biztanleriaren ia %30ek ezin die bere oinarritzko beharrei aurre egin etxebizitzari, enpleguari, ur hornidurari, saneamenduari, osasun zerbitzuari eta hezkuntzari dagokienez. Zifra hori %79ra igo da Addis-Abeban eta %67ra Kalkutan. 2000. urtean, hiriko pobreak mila milioi inguru izango dira. Hiri handien inguruko pobrezia gerriko horiek paper garrantzitsua dute «sektore informal» eta eskulan merke gisa, ekoizpenean, merkataritzan eta zerbitzuetan. Garapen bidean dauden herrialde askotan, jarduerak hirietan nazioko produktu gordi-

naren %60-80 suposatzen dute eta baliabideak han pilatzen dira, benetan behartsuenei lagundu gabe.

Biztanleriarik ahulenak askotan giza dentsitatea handiena den guneetan egoten dira. Etxebizitza bakoitzean bizi den pertsona kopurua ere beste adierazle erabilgarri bat da. Era berean, gazteen proportzio erlatiboki altuak ere mendekotasun tasa igo egiten du. Hirietako gunerik pobreenetan lan egiten duten ama askoz ere gehiago daude.

Auzo pobreetako inguru fisiko eta instituzionala funtsean bortitza da biztanleentzat. Baliabide urriko familien %30 eskasek du hendiratutako ura erabiltzeko aukera Sao Paulo edo Manila bezalako hirietako zenbait asentamendutan. Zaborra eta irazkinen antolamendua guztiz eskasa da eta euriek eta lurraren erosioak larritzen dute eta elektrizitatea bezalako zerbitzuak normalean ez daude. Osasun zerbitzuak edukitzea zaila da eta guztiek ez dituzte aukera berdinak.

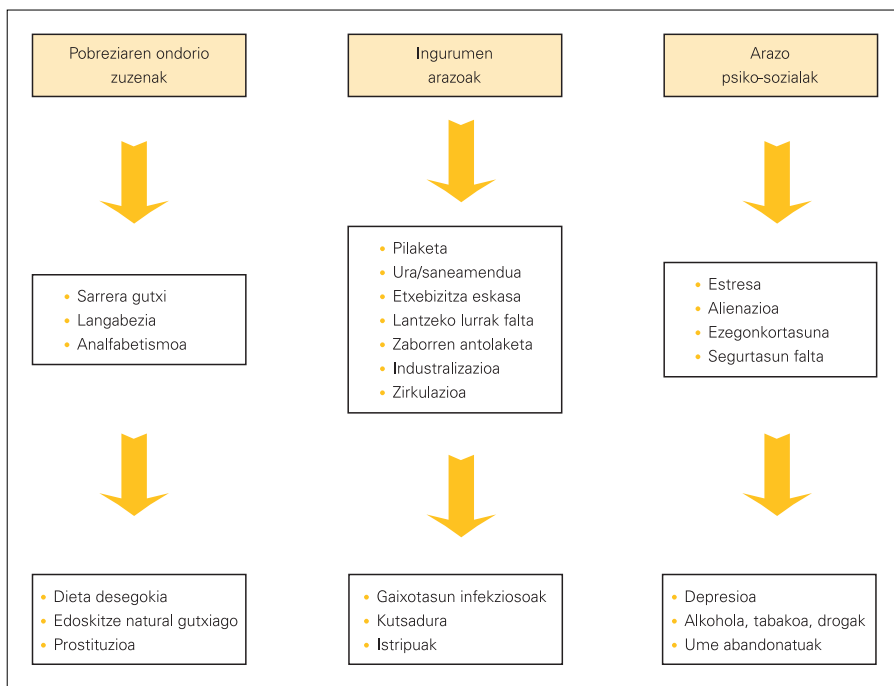
Beharrezkoa da baliabide gutxiko hiriko komunitateen artean eta haien barruan dauden desberdintasunak aitortzea. Hezkuntzan, okupazioan eta sarreretan daudenez gain, hainbat hizkuntza, erlijio edo kasta egon daitezke. Halako gizarte heterogeneotasunaren aurrean, zaila da edozein motatako programak egikaritzea. Lankidetzak falta eta eskumenak oztopo bat izan daitezke. Ahulenek boteretsuenekiko duten mendekotasunak zaildu egiten du programek ahulenei mesede egitea. Hiriko giro konplexuan, komunitate desberdinen ezaugarriak eta talde ahulak aurkitzeko modurik onena errealitateko parte hartzean oinarritutako diagnostiko bat egitea da.

Hiriko komunitate pobreetako kideen osasunarentzat kaltegarriak diren faktoreak hiru taldetan banatzen dira eta 2. grafikoan adierazten dira.

Nahiz eta malaria ez den hain arrunta hirietan, landako migrazioak tokiko transmisioa laguntzen du. Eltxo transmisorearen (*Anopheles*) garapena laguntzen dute ur geldiek. Eltxoek transmitituriko beste gaixotasun batzuk, dengea edo filariasia kasu nahiko arruntak dira.

Testuinguru horretan logikoa da pentsatzea beherakoak, hesteko bizkarroiak, arnas infekzioak, tuberkulosia, meningitisa, txarranpina, tosferina edo poliomieletisa bezalako gaixotasunak lehentasunezkoak direla. Prostituzioa, alkoholismoa, drogak eta gurasoek (batzutan guraso bakarrak) lana bilatzeko umeak abandonatzea eguneroko paisaiaren parte dira. Sexu bidez transmititutako gaixotasunak eta HIESAk inguru egokia aurkitzen dute barreiatzeko.

2. grafikoa. **Hiriko pobreen osasun arazoak baldintzatzen dituzten faktoreak**



Osasun estatistikak askoz ere positiboagoak izaten dira hirietan landako gunetan baino eta hori neurri batean aldirietako biztanleak hiriko egoiliar «ofizialak» ez direlako askotan estatistiken parte ez izatearen ondorio da. Gerta daiteke ere pobreenen datuak sarrera altuetako egoiliarren artean desagertzea. Badaude frogak hiri bereko talde desberdinen artean malnutrizio tasa, haurren hilkortasun tasa eta zenbait gaixotasunen maiztasuna oso desberdina denarena. Landako biztanleriaren aldean, hirikoak ere ez dira onik ateratzen, bereziki malnutrizio gaitan.

Osasun egiturak eskasak izan ohi dira hiri handietako inguruetan, batzutan gaizki ekipatuak, garestiak eta langile prestatu nahikorik gabeak. Nahiz eta osasun zerbitzuetatik nahiko gertu dauden, praktikan, askotan, jendea zuzenean farmazia pribatuetara, merkatura edo petrikilo tradizionaletara joaten da lehenengo eta ospitaleak larrialdietarako erreferbatzen dituzte. Hiriko pobreek osasunerako aukerarik ez izatea kultura, hizkuntza edo kostu gaitan neurtzen da (nahiz eta ondasun propioen zati bat saldu behar duten arreta lortzeko) distantzia fisiko hutsean baino. Sendatzeko me-

dikuntza ez da batere ona eta oso espazio txikia uzten die lehentasunezkoak diren prebentzio jardueri.

Beste behin, lehen mailako osasun arretak, komunitatearen parte-hartzea eta agentzia eta maila desberdinen arteko koordinazio osagai garrantzitsu batekin, hirietako biztanleen osasun arazoei aurre egiteko erreferentzia bat eskaintzen du.

Osasun egoera hobetzeko osasun hezkuntza programak, edateko ura, iraizkinak eta zaborrak antolatzea, etxebizitza baldintzak, sarrerak sortzeko jarduerak eta, funtsean, «hiria-
ren itzaletik» ateratzeko, pobreziari azpian dagoen arazo gisa aurre egiteko amaitu gabeko borroka ere behar da.

1.4. OSASUN ZERBITZUEN FINANTZAZIOA

1990eko hamarkadaren hasieran, mundu mailan osasun sektoreari zuzenduriko aurrekontua guztizko produktuaren %9 inguru zen (Munduko Bankua, 1997). Hala eta guztiz ere, ia herrialde guztietan dagoen inpresioa da osasun beharrak ez direla beharko litzatekeen moduan asetzen. Herrialderik aberatsenak oraindik ere kostuen hazkundera gelditzeko modua aurkitzen ari dira. Dirudienez, osasun profesionalek osasun beharrak asetzeko ezinbestekotzat jotzen dutena finantza baliabideak baino erritmo biziagoan hazten da. Biztanleriaren helburuak ere geroz eta gehiago dira. Osasun kostuak etengabe hazteak biztanleriaren zahartzeari (trantsizio demografikoa) nahiz trantsizio epidemiologikoari erantzuten dio, garestiagoa delako transmitigarriak ez diren gaixotasunei aurre egitea, tratatzeko zailagoak direlako eta teknologian inbertsio handiagoa eskatzen dutelako.

Osasun estaldura unibertsalaren printzipioan oinarrituz, ohituraz gobernuari esleitu zaie beren biztanle *guztien* osasun behar *guztiak* asetzeko erantzukizuna. Hala eta guztiz ere, kontzeptu horrek ez ditu kontuan hartzen ez eskuragarri dauden baliabideen mugaketak, ez eta gobernuenak ere. Kontrako muturrean, laguntza privatizatzeak desberdinkeriak laguntzen ditu eta pobreenak kanpoan uzten ditu. Bere 1999ko Txostenean Osasunaren Munduko Erakundeak «unibertsaltasun berri» bat proposatu zuen eta gobernuen mugak aitortuz, osasun zerbitzuen buru izateko eta haiek finantzatzeko ardura esleitzen die. Arreta publikoaren eta pribatuaren arteko osagarritasun koordinatua defendatzen du eta aitortzen du, nahiz eta onuradunen artean biztanle guztiek egon behar duten, zerbitzu guztiak ez direla hasieratik eman behar, errentagarrietatik hasi behar dela (lehentasunezkoak). Ondorengo koadroak kontzeptu horiek guztiak laburtzen ditu.

14. koadroa. «Unibertsaltasun berriak» OMEk proposaturiko osasun estalduran dituen ezaugarriak

- Osasun estaldura unibertsala: biztanleria guztiak egon behar du onuradunen artean, herritartasunagatik nahiz egoitza lekuagatik.
- Estaldura unibertsalak guztientzako estaldura esan nahi du, ez gauza guztietarako estaldura. Oinarrizko zerbitzuek guztientzat ekonomikoki irigarriak izan behar dute, lehentasun gutxiago duten beste batzuk aldiz, aurretik ordaindu beharrekoak izan daitezke, eskuragarri dauden estatuko baliabideen arabera.
- Zerbitzuak ordaintzeko moduak ez du mugatu behar pobreenek horiek erabiltzeko aukera izatea. Langabetuak edo urte-sasoiko edo noizbehinkako langileak ez kaltetzeko, ordainketa ez da aipatu zerbitzua erabiltzen den momentuan egin behar.
- Zerbitzuak hainbat iturritatik etor daitezke (publikoak, pribatuak, altruistak, eta abar), kalitateko eta kudeaketako zenbait estandar errespetatzen diren bitartean.

Iturria: Munduko ososunari buruzko txostena. OME, 1999.

1.4.1. Osasun zerbitzuen finantza arazoak

Zenbait gobernuk osasun kostuak gastu soil gisa kontsideratu dituzte tradizionalki, inbertsio gisa baino gehiago eta ahalik eta gehien minimizatzen saiatu dira. Zenbati herrialde pobretan, osasun aurrekontua ia ez da BPGaren %2ra iristen eta horrek esan nahi du neurrikerik merkeenak eta eraginkorrenak ere ezin direla praktikara eramane eta osasunera zuzenduriko per capita aurrekontua Munduko Bankuak prebentzioko eta sendatzeko neurrien gutxienerako multzoa ezartzeko iradokitzen duen 12 dolaretakoa baino askoz ere txikiagoa dela. Gauza da baliabideen banaketa desegokiak pobrezia zikloa iraunarazten duela.

Garapen bidean dauden herrialdeetako osasun administratzaileek *funtsa faltagatik* azaltzen duten kexua guztiz justifikatua dago eta instalazio, material eta langile prestatuen gabeziari gehitzen zaio.

Hala eta guztiz ere arazoa osasunaren oinarrizko beharrekin erlazionaturik kontsideratu behar da. Nagusiki sendatzeko laguntzara orientatzen diren osasun zerbitzuak ez dira nahitaez biztanleriaren osasun behar orokorreari erantzuteko instrumenturik onenak. Beharrezkoa da beste faktore batzuk

kontuan edukitzea, adibidez, etxebizitzak hobetzea, edateko uraren hornidura, nutrizioa eta bizi baldintzak orokorrean.

Garapen bidean dauden herrialdeetako osasun zerbitzu publikoen kalitate txarrarekin batera doazen ohiko sintomen artean daude oinarrizko medikamentuen falta, irisgarriak ez diren egiturak, lan absentismoa, funtzionatzen ez duten eki-poak eta ibilgailuak eta horiek guztiek mesfidantza sortzen dute eta, eraginkortasunari dagokionez, hobetu daitezke.

Osasun zerbitzuen banaketa kualitatibo txarrarekin bat, bere *banaketa geografiko* desegokiak bereziki garapen bidean dauden herrialdeetan oso muturrekoak diren formak hartzen ditu, ondorengo koadroan ikusten den moduan.

15. koadroa. **Osasun gastuen banaketaren ezaugarriak**

1. Hiriko guneetako osasun zerbitzuetako gastuak landako guneetakoak baino askoz ere handiagoak izatea.
2. Bigarren eta hirugarren mailako arretako zerbitzuetan gastu gehiago egotea lehen mailako arretako zerbitzuetan baino.
3. Sendatzeko zerbitzuaetako aurrekontua lehenestea, prebentziokoenen kalterako.
4. Kontusail finakoak esleitzea berariazko programa zehatzei (adibidez HIESA edo famili plangintza).
5. Landako biztanleriak bere osasun gastuen proportzio bat petrikiloetara eta medikuntza tradizionalera zuzentzen du.

Osasun zerbitzuen geroz eta handiagoa den kostuak, bitzizaren kostu orokorra baino azkarrago handitu denak, orokorra den funtsa nahikorik ez edukitzearen egoera okertzen du.

Badirudi egungo egoerari aurre egiteko konponbidea teknologia neurri egokiak hartzea, instalazioak egokitzea eta langileen funtzioak birdefinitzea izan daitekeela, bai eta egungo kudeaketa eta zaintza sistemak perfektionatzea ere.

Garrantzitsua da zerbitzu unitateko kostuak igotzearen eta osasun gastu orokorrak igotzea desberdintzea. Zerbitzu unitateko gastua neurri batean mantendu daiteke bere kostuaren proportzioan eraginkorragoak diren teknikak hartuz. Behin kostu horiek mantenduta, kostu orokorrak estaldura handitzearen edo kalitatea hobetzearen ondorioz bakarrik handitu beharko luke.

Koordinazio falta ere beste arazo garrantzitsu bat da. Osasun gastuak finantzatzeko funtsak orokorrean iturri desberdinetatik etortzen dira, baina horrek ez luke inolako arazorik planteatu behar sarrerak kontuan hartu eta ekitatez banatzen badira. Baina funtsek jatorri desberdina izateak eta estalita ez dagoen behar konkretu bati esleitzeko garaian malgutasunik ez egoteak beraien artean bakartuta dauden osasun programak hornitzea ekar dezake eta ekarri ohi du. Ohikoa da sexu bidez transmititutako gaixotasunak edo HIESA kontrolatzea edo famili plangintza bezalako programa bertikalei zuzenduriko kontu-sailak topatzea, ezin direnak desbideratu, nahiz eta finantzatzaile desberdinek eremu berean lehiatu.

Era berean, eraginkorrak ez diren kontrolen administrazioek eta praktikek —erregistro eta datu fidagarrien falta eta akastun plangintza barne— *produktiboak ez diren gastuak* sor ditzakete lehentasunezkoak diren sektoreetan. Kanpoko finantza iturrien mende egoteak askotan ziurgabetasuna eragiten du. Kanpoko laguntzak ere eragin dezake hornikuntzak gaizki erabiltzea eta herrialdeko osasun planari egokitzen ez zaizkion gastuak sortzea.

1.4.2. Osasun jardueren finantzazioa hobetzeko neurriak

Arazoa lehentasunezkoztat hartzen diren programak nabarmenki zabaltzeko beharrezkoa den laguntza lortzea da, beti ere *iraunkortasunaren* ikuspegitik. Helburua honela lor daiteke:

- Osasunean gastatzen den guztizkoa handituz, egungo finantzazio iturriak zabalduz edo berriak bilatuz.
- Lehentasunezkoztat jotzen ez diren zerbitzuetako gastuak pixkanaka murriztuz (edo zerbitzu horiek erabiltzaileei kobratuz) lehentasun handiagoa duten zerbitzuetako gastuak handituz.
- Eskainitako zerbitzuen maila murriztuz edo sistema guztian eraginkortasuna handituz.

a) *Eguno finantzazio iturriak zabaltzea*

Konponbiderik argiena da, bereziki, gobernuaren kargura eginez, zergak handituz edo bestelako gastu publikoak murriztuz. Osasun publikoko administratzaileek defendatu duten eta oraindik ere defendatzen duten aukera da.

Nahiz eta badagoen zergak ordaintzen hasten den sarrera maila jaisteko aukera edo inportatutako luxuzko artikuluei

ezarritako zergak handitzeko aukera, ez dago inolako bermerik horrela lortutako zenbatekoak osasun sektorerantz zuzenduko direnaren. Zenbait herrialdetan, zerga jakin batzuk tabakoa edo alkoholaren kontsumoa zergapetzen dutenak kasu, berariaz osasun zerbitzuak finantzatzera zuzentzen dira. Baina osasun sektorerantz zuzenduriko aurrekontuaren proportzioa ez da beti handiagoa izaten mota horretako zergak biltzen dituen kasuetan.

Hainbat txostenetan PNUDEk agerian utzi du kanpo zorra bakartzeak eta armadako gastuak murrizteak baliabide nahikoak liberatuko lituzkeela gizarte aurrekontuak, eta konkretuki osasunekoak, nabarmenki handitzeko.

b) *Sarrera iturri berriak*

Brasil edo Senegaleko adibideak (nekazaritza zerga berriak ezarri dituzte osorik osasunera zuzentzen direnak) interesgarriak izan daitezke, bai eta estatuko loteriaren edo Amerikako Estatu Batuen adibidea ere, non alkoholik gabeko edariak zergapetu ziren.

c) *Gizarte Segurantzako Sistema ezartzea*

Derrigorrezko gaixotasun aseguruia izan da osasun sektorerantz zuzenduriko funtsen kopurua handitzeko mundu guztian orokorrean erabili den estrategia.

Europako nazio industrializatuetan sortu zen XIX. mende amaieran, Japoniara zabaldu zen 1922an, Txilera 1924an eta, hurrenez hurren, Latinoamerika eta Mediterraneoko erregioetara. Garapen bidean dauden herrialdeetan aldiz, estatuko biztanleriaren %5-10 eskasek du aldizkako soldata erregular bat Gizarte Segurantzarako murriztapenekin eta, ondorioz, mota horretako programetatik etekina ateratzen duen biztanleriaren proportzioa ere oso txikia da. Salbuespen batzuekin, sistema horrek ez ditu nekazaritzako langileak eta nekazariak babesten eta horregatik sortu dira osasun zerbitzuak estatu mailako banaketa ekitatiboan duen eraginaren inguruko zalantzak.

d) *Komunitatearen ekarpenak*

Garapen bidean dauden herrialde askotan laguntzen ari dira, landako biztanleen autosufizientzia ahalik eta gehien sustatzeko osasun programak baliabide propioekin antolatzeko garaian. Tokiko autosufizientziaren irizpidea bereziki eraginkorra izan da prebentzio programak sustatzen eta le-

hen mailako arreta orokorki zabaltzen. Beste batzuen artean, eremu horretan esperientziak egon dira 1980ko hamarkadaren hasieratik Senegalen, Nikaraguan, Nigerren, Indian, Venezuelan, Txinan eta Bangladeshen. Ikuspegi horren ezau-garri garrantzitsu bat da osasun jardueren tokiko kontrola, hau da, baliabideen kudeaketa deszentralizatua.

Nahiz eta jada esan den OME interesatuak osasun zerbitzua erabiltzeko momentuan ordaintzearen sistemaren aurkakoa dela hasiera batean, pobreenek erabiltzea oztopatu dezakeelako, badaude esperientzia asko non gaixoak jasotzen duen kontsulta edo medikamenduak ordaintzen dituen. Edozein moduz, komunitatearen ekarpenek ez dute gobernu bere erantzukizunean ordezkatu behar.

Erabiltzailearen ekarpenek laguntzaren kalitatea hobetzen lagun dezakete, beste iturrietatik datozen sarrerak osatuz. Ordainketa modalitateen barruan, ez da berdina momentuan (gaixoa osasun zentrorra edo ospitalera joaten den bakoitzean) edo atalka ordaintzea (ordainketa bakarra, jasotzen den tratamendua edo sendatu bitarteko prozesuan egiten diren bisita kopurua kontuan eduki gabe) eta ez da berdina ezta ere urtean behin ordaintzea, Gizarte Segurantzaren sistema bezala, dauden atal kopuruak alde batera utzita. Sistema bat edo bestea ezarri edo laguntzeko garaian ondorengo irizpideak eduki beharko ditugu kontuan:

16. koadroa. **Osasun egitura batean autofinantzazio sistema bat ezartzeko garaian kontuan eduki behar diren irizpideak**

1. **Laguntzaren jarraitasuna:** ordainketa moduak ez du eragotzi behar gaixoa azterketara joatea edo beharrezko tratamendua betetzea.
2. **Gizarte elkartasuna (diskriminazioa eza):** gaixotasun batzuk besteak baino garestiagoak direnez, ordaintzeko moduak ez du eragotzi behar pobreek, adibidez, interbentzio kirurgiko bat edo tratamendu luze bat (adibidez, tuberkulosiaren kontrakoa) jasotzea.
3. **Onargarritasuna:** kultura testuinguru desberdinetan, osasun arretaren aukeren ugaritasunaren arabera edo sarrerak urteko zenbait momentutan bakarrik sortzen diren lekuetan, zenbait metodo onartezinak izan daitezke (aurrez ordaintzea edo kuota finkoa kasu).
4. **Larkontsumorako joera:** ordaintzeko moduak osasun zerbitzuak behar ez direnean erabiltzea moderatu behar du, saihestera iristen ez bada ere.

Aipaturiko irizpideetan oinarriturik, ondoren aipatzen diren komunitatearen bitartez finantzatzeko eskemetariko bat aukera daiteke. Edonola ere, iraupen handiko gaixotasunak, tuberkulosia edo lepra, adibidez, komunitatetik kanpoko laguntzekin edo estatuko berariazko programekin finantzatu behar dira, osasun komunitatearen mesederako ez baita tratamendua bukatu baino lehen eten behar.

17. koadroa. **Autofinantzazio moduak**

— **Momentuan ordaintzea**, zalantzan jarri dezake jarraitasuna edo gizartearen elkartasuna (zenbait prozesuk bisita bat baino gehiago eskatzen dituzte).

— **Atalka ordaintzea:**

- **Tasa aldagarria**, zenbait tratamendu garestiagoak eta, ondorioz, eskuraezinak izan daitezke (diskriminatzaileak) pobreenentzat.
- **Tasa finkoa**, kostu finkoa ezartzen dio tratamendu osoari, eta konpentsazio bat onartzen du, nahiz eta zaila den erabiltzaile guztiek onartzea (zaila da berdina kobratzea 3 egunetako tratamendu analgesiko batengatik, merkatuan edo farmazian merkeago eskura daitekeenagatik, edo astebeteko antibiotikoengatik).

— **Izena ematerakoan ordaintzea**, hasierako ordainketa baka-rragatik epe batean zehar laguntza mugagaberako eskubidea ematen duena (Gizarte Segurantzza edo kooperatiba bat sortzea), onartezina izan daiteke «inoiz gaixotzen ez diren» pertsonentzat eta larkontsumoa lagun dezake (berdin ordaintzen da edozein delarik ere kontsulta kopurua).

Tokiko biztanleriak modu eraginkorrean lagun dezake azpiegiturak hobetzen, kontsultategiak edo ur horniketa sistemak eraikitzen, adibidez, dohainik eskulana eta materialak emanez.

Tokiko osasun proiektu batzuk, erlijio misioek, GKEek edo irabazi-asmorik gabeko fundazioek hasitakoek, ondo funtzionatzen dute. Proiektu horien eraginkortasuna handiago da osasun aginpideek suspertzen eta teknikoki laguntzen dituztenean.

Ondorengo koadroak Kanbodiako probintzia mailako ospitale bateko finantzazio mistoaren adibidea azaltzen du (Osasun Ministerioa eta erabiltzailearen artekoa), GKE batek aholkatu zuena erabiltzaileen profila ezagutzea ahalbidetu

zuen «osasunerako irisgarritasun finantzarioari» buruzko ikerlan batean eta Osasun Plan Nazionalean ezarritako irizpideetan oinarriturik.

18. koadroa. **Siem Reapeko Probintziako Ospitalean zerbitzuen tarifikazio sistema bat ezartzeko hausnarketak**

1. Biztanle gehienak osasun zerbitzuak ordaintzeko prest daude, beharrezkoa bada beren ondasunak saltzera iristeraino, betiere langileak adituak badira eta medikamentuak baldin badaude.
2. Erabiltzaileen profil «ekonomikoa» desberdina da hiri bate-tik bestera, bai eta zerbitzu batetik bestera ere (erditzera joa-ten diren emakumeek tuberkulosia duten gaixoak baino maila sozio-ekonomiko altuagoa izaten dute).
3. Ministerioak osasuneko langileei eskaintzen dizkien solda-tak ez dira nahikoak beren familien beharrak asetzeko.
4. Zenbait langilek jarduera pribatu garrantzitsu bat izaten dute ospitaletik kanpo, batzutan han lortzen dituzten sarre-rekiko hainbesteko «mendekotasuna» ez edukitzeko aukera ematen diena.
5. Nahiz eta zerbitzuak teorian doakoak diren, ospitaleko langi-leei ordainketa extraofizialak egiten zaizkie modu ia sistema-tikoan. Hilabete batzuk lehenago egindako ikerlan batek ezartzen zuen ospitaleratutako en %95 inguruk batezbesteko ordainketa eta zerbitzu mailaren arabera ordaintzen zue-la eta %90ak justifikatuztat jotzen zuela ordaindutakoa (ex-traofizialki).
6. Ezarritako tarifak ezin dute ordainketa extraofizialak baino as-koz ere baxuagoak izan, ordainketaren bikoizketa saihesteko.
7. Tarifek ez dute pobreenek zerbitzuetara iristeko duten au-kerak mugatu behar eta horretarako irizpideak ezarri behar dira nork ordaintzen ez duen (pobreak) eta sistemaren apli-kazioaren gain zein pertsonak erabakitzen duten definitzeko. Tarifak ezartzeko orduan aurreikusitako pobreen tasa kon-tuan eduki behar da.
8. Zerbitzu jakin batzuk doakoak dira: tuberkulosoen pabilioian ospitaleratzea, segimenduko diagnostikoko baliabideak, be-rrinterbentzio kirurgikoak,... Besteak, erosotasunekatuztat jo-tzen direnak, adibidez, anbulatorioko zenbait gaixoren eko-grafiak, beharrezkoak baina pixka bat garestiagoak izan daitezke.
9. Tarifikazio sistema bat ezartzeak ez du aipatu egituraren jarduera maila (hilabeteko kasu berrien kopurua bezala de-finitua) murriztu behar.

10. Erabiltzaileen ekarpenetako sarreren banaketa argi definitu behar da, bai eta balizko desbideratzeen aurreko zigor neurriak ere. Langileen hobarietara zuzenduriko portzentajearen banaketak ekitatiboa izan behar du (zerbitzu batzuk bestiek baino gehiago ematen dute). Argi gelditu behar du zein portzentaje zuzentzen den, adibidez, konponketetara, bulego artikuluetara, erregaietara, eta abar. Sarreren zati bat pobreentzat edo malnutrizioa dutenentzat laguntza gehigarri gisa erabiltzen da, adibidez, elikadura gehigarri moduan.
11. Herrialdean badaude emaitza desberdinak izan dituzten antzeko esperientziak eta kontuan eduki behar dira probintzien arteko balizko desberdintasunak ahaztu gabe.
12. Indarrean dauden tarifak argi adierazita egon behar dute.
13. Ordainketak modu zentralizatuan egin behar dira, leku bakarrean, normalean ospitaleko administrazio zerbitzuan.
14. Hilero jardueretikiko sarreren proportzioa analizatzen da kontrol neurri gisa (segimendua).
15. Erabiltzaileek zerbitzuen zati bat ordaintzeak ez du gobernuaren erantzukizuna ordezkatu behar, laguntzaren kalitatea hobetzeko erabiltzen den aurrekontua handitzen lagundu baizik.

Iturria: MGM, Kanbodia, 1997.

e) *Kanpoko laguntza*

Alde biko edo nazioarteko kanpo laguntzako erakundeek emandako funtsak oso garrantzitsuak izan daitezke eta batzutan osasun gastuetarako estatuaren aurrekontua baino handiagoak izatera iristen dira.

Koordinazio mekanismoak desberdinak izan daitezke herrialde bakoitzaren gizarte eta politika sistemen arabera, baina beharrezko neurriak hartu behar dira —erakundeetako zenbait akordio sartuz— kanpo laguntza eta osasun politika nazionalak harmonizatzeko.

Kanpo laguntzan garrantzi handia du jarraitasunak eta erregulartasunak. Ez da ahaztu behar kapitala osasun instalazioetan inbertitzeak aldizka funtsak behar dituela haien funtzionamendua ordaintzeko eta horrek gastuen aurrekontu arruntaren gaineko presioa handitzen duela.

f) *Beste finantzazio metodo batzuk*

Badaude loteriak edo zozketak antolatzea bezalako metodoak osasun helburuetarako funtsak lortzeko, ohikoak di-

renak hala garapen bidean dauden herrialdeetan nola industrializatueta. Metodoak osasun gastuetarako zati batzuk onartzen ditu, dagozkien kenketak egin ondoren (komisioak, billeteak, sariak,...), eta ez da bildutakoaren %10 eta %30 bitartekoa baino gehiago izaten.

1.5. OSASUNERAKO HEZKUNTZA

Osasun hezkuntza da lehen mailako arretako estrategia-ren funtsezko oinarrietariko bat. Lankidetzaren proiektu gehienak, larrialdiko egoeretakoak ezik, ez lirateke ulertuko jarre-ren eta bizimoduaren ezagupenaren transmisio eta aldaketa osagai garrantzitsu bat gabe.

1.5.1. Hezkuntzaren helburuak

OMErentzat osasunerako hezkuntzaren helburua da biztanleria laguntzea bere ahaleginaren bitartez lortzen osasuna. Osasun hezkuntza, lehenik eta behin, indibiduoek beren bizi baldintzak hobetzearen inguruan azaltzen dituzten interesetan oinarritzen da eta indibiduo gisa ulertzen saiatzen da, familia batetako, gizarte batetako eta Estatu batetako kide gisa, eta osasun aurrerapenak beren erantzukizun pertsonaletik ondorioztatzen dira.

Osasunerako hezkuntza pertsonen arteko prozesu bat da, osasun arazoak kritikoki aztertze beharrezkoak diren informazioak ematera eta indibiduoak eta gizarte taldeak indibiduen eta gizartearen osasun fisikoan eta psikikoan eragin zuzenak dituzten erabakien erantzule egitera zuzendutakoa. Osasun hezkuntzak, beraz, badauzka helburu zehatzak, indibiduoek edo gizarteak jarrera konkretuak izatean bakarrik lortuko direnak.

1.5.2. Aplikazioko zailtasun edo baldintzatzaileak

Osasunerako hezkuntzako edukiak kultura eta filosofia ereduak baldintzatzen dituzte. Horregatik baliabideek tesuinguru orokorrera eta mezua zuzentzen zaien pertsona zehatzei egokituak egon behar dute, komunitateko kide nahiz osasunerako langileak izan. Oztopoak aurreko esperientzietan (adibidez: minbizia edo HIESA = heriotza) edo gizarteko tabuetan (adibidez: gaixotasun benerekoak = prostituten gaixotasunak) eraikiak egon daitezke. Hizkuntza beraren oztopoak askotan gutxietsi egiten dira eta emaitzak baldintza ditzakete.

«Kulturen arteko talka» ere bere zentzurik zabalenean kontuan eduki behar da. Borondatezko lankidearen eta proiektuaren biztanleria onuradunaren arteko kulturak topatzearen aberastasuna ez dago bi zentzuetan ulertezintasunak eta frustrazioak gertatzenetik salbuetsita.

Beste alde batetik, osasun hezkuntza ezarri daiteke aurrez hauteman diren edo ikasketa eta sentsibilizazio prozesua garatzearen bitartez konpon daitezkeen arazo zehatzak daudenean. Ondorioz, beharren analisia (hasierako balioztapena) oinarritzeko premisa da trebakuntza programa bat hasi baino lehen. Erregistro estatistikoen, ikerlan epidemiologikoen, behaketa zuzenean eta taldearekin eztabaidatzearen bitartez egin daiteke.

Hainbat elementu praktikoa beharrezkoak dira osasun hezkuntzaren helburuak lortzeko. Konkretuki, lortutako eza-gupenak aplikatzeko beharrezko baliabideek irisgarriak izan behar dute. Horrela bada, haurrak txertatzeko hezkuntzako esku-hartze batek gertueneko osasun egituraren zerbitzurik ez dagoelako huts egin dezake (adibidez, hozkailurik ez bada-go edo txertoak iristen ez badira); elikadura hobetzeko programa batek, zenbait elikagaien faltagatik; sexu hezkuntzako esku-hartze batek preserbatiboak ezin lortu izanagatik, farmazietan ez daudelako, oso garestiak direlako edo erostea gaizki ikusita dagoelako. Arnas infekzio akutu larriak tratatzeko protokoloan ezin da nazioko zerrendan ez dagoen, erregioan ez dagoen edo ekonomikoki aurre egin ezin da-kioketen antibiotikorik sartu.

Osasunerako eta prebentziorako ekintza batek indibiduen jarrera konprometitu eta gizartearen parte-hartzea inplikatu behar du. Komunitatearen parte-hartzeak beharrak definitzeko momentuan hasi behar du, errealitatea ezagutzeko momentuan. Konponbideak aztertzeak ere (osasun ekintzaren berariazko helburuak) haien parte-hartzea eskatzen du. Lehentasunak ezartzea, tokiko egoeretan, kulturen, tradizioetan konponbideak aplikatu daitezkeen publikoaren iritzia adierazten denean bakarrik baliozta daiteke. Baina batez ere konponbideak martxan jartzeko garaian da ezinbestekoa parte-hartzea, bai eta osasun ekintza edo zerbitzu baten eraginkortasuna frogatzeko momentuan ere (balioztapena).

1.5.3. Mezuaren ezaugarriak

Jarrerak aldatu eta ondorioz osasun hezkuntzaren gaia bizi-moduan eta eguneroko erabakietan sartzeko ekintza jarraituak behar dira eta ez noizbehinkako kanpaina edo ikasgaiak.

Egoera «kontingenteei» erreferentzia egiten dieten jarrerak izanik eta ondorioz denboran gainbegiratuak eta behin eta berriz eztabaidaturikoak, osasun hezkuntzak gehienbat eta egunero komunitatearekin kontaktuan dauden pertsonak inplikatu behar ditu, hau da, osasun, gizarte eta irakaskuntza arduradunak.

Talde batetara hurbiltzean, osasun hezitzaileak kontuan hartu behar du indibiduo bakoitza «aditua» dela osasun gaietan, bakoitzak bere organismoaren eta beharren inguruko ezagupen, gaitasun eta jarrera konkrituak dituela, norberaren eta partaide den taldearen esperientziaren arabera. Norberak ezagutzen ditu bizi baldintzak eta horiei eman behar zaien lehentasuna. Askotan hezkuntza erlazioa biztanleriari berriak transmititzean datza gure esperientzia bera edo inolako esperientziarik eduki izan ez balu bezala, gainerakoek arazoaren inguruko ikuspuntu bereziak izango ez balituzkete bezala.

Hezitzailearen lana da ideia eta informazio berriak eskaintzea eta ezagupen eta arazo propioak «interpretatzen» laguntzea, jabetza berriak kontuan hartuz. Osasun hezkuntzako prozesuan «gainerakoekin dugun erlazioa» ezin da zenbait preskripzio dogmatikoren bidez konpondu, arazoa zientzia ikuspegitik aurkeztearen eta konponbideak guztien artean bilatzearen bidez baizik. Horretarako beharrezkoa da teknikaria dakienetik datorkion boterea (lengoaia ulertezina botere horren tresna bat da) uzteko prest egotea, bere ezagupen eta ideiak zalantzan jartzeko, informazioak eta iradokizunak kontuan hartzeko prest egotea beharrezkoa da. Horrek guztiak eskolak ematen ez duen eta gizarte egituretatik bestelakoa den kultura heldutasun bat eskatzen du.

Hezkuntzako ekintzaren oinarrizko elementuetariko bat informazioa da. Datu zientifikoak ezagutzeak garrantzia izugarria du gerta daitezkeen jarrera berrien onespun kritikorako. Egiatasuna eta osotasuna dira osasun hezkuntzarako helburua duen informazio zientifiko zuzenaren oinarrizko betekizunak.

Baina informazioa edukitzea ez da nahikoa norberaren jarrera horri egokitzeke. Mezu bat onartzen da sentitutako beharren bat asetzen badu. Metodologikoki, indibiduoaren eta taldearen helburuak betetzen dituen ikuspegi positibo eta konstruktibo batek horiek arazoa konpontzeko zerbait egitera bultzatzen ditu. Nahikoa da publizitatearen emaitzetan pentsatzea segurtasuna eta arrakasta kontzeptuak esplotatzen dituztenetan, osasun hezkuntzan gehiegitan erabiltzen dira mehatxuzko berriak eta primitiboak (adibidea: heriotzaren sinboloa duten kartelak). Jarrera berri bat onar daiteke esperientzia zaharrak birdimentsionatuz, beste berri batzuk azal-

duz, larritasuna sortzen duten faktoreak desdramatizatuz, aurkako presioak eztabaidatuz eta elementu positiboak eskainiz.

Azken finean, beharrezkoa da indibiduoari laguntzea arazoaren konponbideak *praktikan* jartzen. Ez da nahikoa beharrezko ezagutzak eta motibazio nahikoa (*jarrerak*) edukitzea. Ondorengo koadroak ikasketaren «eremuak» edo osagaiak deiturikoak biltzen ditu.

19. koadroa. **Ikasketaren eremuak**

1. «**Jakintza**» = ezagupenen eremua (teorikoa).
2. «**Egiten jakitea**» = eskuzko trebetasunen eremua (zeregin praktiko edo teoriko jakinak).
3. «**Izaten jakitea**» = jarreraren eremua.

Iturria: Guía práctica para la formación del personal de salud, MGM, 1994.

1.5.4. **Irakaskuntza metodoak**

Komunikazioan oinarritzko hiru elementu daude: igorlea, mezua eta hartzailea. Mezua zentzu bakarren transmititzen denean, masa komunikabideetan bezala, hartzaileak edo ikasleak ezin du kontrakorik esan eta irakasleak ezin du publikoaren erreakzioa erregistratu ez eta bere mezua zein puntutaraino jaso, ulertu eta onartu edo arbuia den jakin ere. Bi zentzutako metodoetan irakaslearen eta ikaslearen arten elkartruke bat dago eta zenbait alderditan bi parteak aldatzera, beraien artean nahastera irits daitezke.

Irakaskuntza-ikasketa metodoak eragin nahi duten eremuaren arabera banatu behar dira.

—*Ezagupenak*. Ikastaro magistrala da klasikoena. Hemen sar daitezke hitzaldiak, panelak edo komunitate foroak. Mezua hobe irits dadin, zenbait printzipio errespetatu behar dira.

Taldeka egiteko hainbat eztabaida teknika daude, ezagupenak transmititzeko aukera ematen dutenak: eztabaidak, mintegia eta izen propioa duten beste batzuk azalpena hausnarketarekin, talde txikitan egindako eztabaidarekin, bateratzearekin eta ondorioekin txandakatzeko dutena. Osasun langileen artean oso erabilgarriak dira kasu kliniko konketuak azaltzean oinarrituriko teknika desberdinak.

20. koadroa. **Azalpen teorikoetarako gomendioak**

1. Ikastaroa baino lehen:
 - Aretoa harremana eta komunikazioa laguntzen den moduan jarri.
 - Materiala prestatu: arbela, posterrak, atrilak, proiektzioak, bideoak eta abar.
 - Ahal bada, talde txikiak lagundu (15 pertsona bitarte).
2. Ikastaroak dirauen bitartean:
 - Ozen hitz egin, lengoaia sinplearekin eta adibide askorekin.
 - Jarduerak aldatu arreta mantentzeko (azalpenak, ariketak, atsedenaldiak, galderak).
 - Estimuluak aldatu (ahotsa, keinuak, lekualdaketak, tresna didaktikoak).
 - Hausnarketa eta adibide galderak egin,... eta erantzuteko denbora utzi.
 - Gaiak gakoak diren esaldiak edo hitzak idatzi.
 - Azalpenak 15-20 minutuetako segmentuetara mugatu.
 - Atsedenaldiak aurreikusi.
3. Ikastaroa amaitzean:
 - Ondorioak eskematizatu eta laburtu.
 - Taldeari feed-back (atzeraelikadura) eman elkarriketa bizkortzeko.
 - Hartutako ezagupenak egiaztatu: ahozko edo idatzizko galdera motzak (osasun langileen taldeetan).

—*Praktikak.* Hemen biltzen dira nagusiki erakustaldiak eta lan praktikoak. Injekzio bat jartzen, zunda bat jartzen edo usa desinfektatzen (ohikoena den akatsa da irakindako ura edo ur kloratua kutsatutako ontzi batean jartzea) ikasteko erabiltzen dira. Dударik gabe garrantzitsua da «gaixoaren oheburuan» edo konpainia bidez (ezagupenen eta jarreraren alderdian ere aplikatu daiteke) irakastea ere.

—*Jarrerak.* Rol jokoak egokiak izaten dira osasun hezkuntzaren alderdi honetan: ama batek nola konbentzitzen duen beste bat bere haurra txertatzearen edo aho bidezko berridratazio gatzak ematearen garrantziaz, eta abar. Mahai inguruek esperientziak banatu eta baikoitzaren jarrerak komentatzeko aukera ematen dute.

1.6. OSASUNEO LANKIDETZA ETA BORONDATEZKO LANGILEAK

Osasuneko borondatezko langilea kanpotik sartzen da eragile gisa aldaketa prozesuan dagoen osasun errealitate batean. Presentzia eta lana jartzen ditu, pertsona eta profesional gisa azaltzen da. Oso larriak ez baino duinak ere ez diren bizi baldintzetan, dauden behar handiengatik eta erabil daitezkeen baliabideen mugaketagatik erronka garrantzitsuak jasaten dituen, pribatutasuna desagertu daiteke bakardadeak esutzen duenean ere, familiaren, lagunen edo aisiaren aukeren ohiko testuingurua galtzeagatik. Arazo pertsonalak areagotu egiten dira desagertu beharrean eta gure jarrera pertsonalak (hitz bakoitza, keinu bakoitza, gaueko ibilaldi bakoitza) erakundearen irudian eragiten du. Postuaren profila edo bakoitzaren erantzukizunak guztiz definituak ez egoteak ate izugarri bat uzten du irekia kreatibitatearentzat, proiektua gure lehenetsun pertsonaletarantz aldatzera edo gure eskumenetik kanpo dauden zereginak gure gain hartzera eramán gaitzakeenarentzat, «ezetz» esan nahi ez izateagatik edo esaten ez jakiteagatik, eta erroretara edo porrotetara edo mendekotasun berriak sortzera bultzatzen dutenak. Azken finean, aberasgarria bezain gogorra den esperientzia bat da.

Deskribaturikoa bezalako testuinguru batean, osasuneko GKE batek ondoren aipatzen direnak bezalako gutxieneko batzuk betetzea ziurtatu behar du:

1. Proiektuak egoki identifikatzea eta helburu errealistak azaltzea (beharrek GKEaren ahalmenarekin bat etorri behar dute).
2. Borondatezko langilearen erantzukizunak definitzea (postuaren profila).
3. Segimendu egokia, balioztapen jarraitua.
4. Tokiko osasun egiturak integratzea.
5. Proiektuak behar dituen ekonomia, material eta giza baliabideak egoki kudeatzea.
6. Teknologia egokia erabiltzea.
7. Borondatezko langilearentzat lan eta bizi baldintza egokiak bermatzea.

Bestalde, borondatezko langilea lan batean jarduteko aukeratu eta lankidetzara proiektu batetara bidali dute eta lan mota hori menderatu behar du. Borondatezko langileak baldintza batzuk bete behar ditu:

1. Proiektua, erakundea eta lan egingo duen herrialdea oso ondo ezagutzea.
2. Beteko duen zereginen esperientzia izatea.
3. Osasun publikoan eta patologia tropikalean prestakuntza izatea, gure jatorrizko herrialdearen antzeko patologia duten zenbait herrialdeetarako ezik.
4. «Mendebaldeko hizkuntza ofiziala» ezagutzea.
5. Motibazioa, uste sendoak eta elkartasuna izatea.

Ondorengo kode deontologikoa Garapenerako GKEen Koordinakundeak proposaturikoa da.

21. koadroa. **Borondatezko langilearen kode deontologikoaren proposamena**

1. Proiektua egikarituko den tokiko alderdi kontrarioari laguntza eman.
2. Tokiko alderdi kontrarioaren eta laguntza jasotzen duen komunitatearen auto-estimua handitzea suspertu.
3. Ez lagundu bere buruari laguntzen ez dionari.
4. Jokatu behar den aditza lankidetzan aritu da, ez eman.
5. Zure GKEaren helburua, eta zurea ere bai, desagertzea da, beharrezko ez izatea.
6. Prozesuaz arduratu, hori da beharrezkoena.
7. Tokiko kultura ulertu.
8. Zure analisi eta jarreretan saihestu «ipar-zentrismoa».
9. Ez ezazu inposatu, ez ezazu guztia onartu.
10. Ez ezazu zure burua engainatu, boterea desberdin banatua dago.
11. Logika desberdinak itzuli eta kultura elkarrizketa erraztuko duzu.
12. Zure proiektua beste lankidetzak erakundeekin koordinatu.
13. Zure lanaren helburua ez da pobreek maitatzea.
14. Ikasteko aukera ona da, aprobetxa ezazu.

Iturria: Latinoamerikako GKEen lan-taldea, 1996.

2

Osasuneko plangintza. Programak eta proiektuak

2.1. OSASUNAREN DIAGNOSTIKOA

Errealitatea ezagutzea da aurkituriko baldintzak aldatzeko komunitateko osasun esku-hartzeak planifikatzeko ezinbesteko elementua.

Komunitate baten osasun egoerak adierazten du, eta aldi berean zehazten du, lortutako garapen maila, bere kideen kopurua eta kalitatea, gizarte ondasun eta eskubideen banaketa maila komunitatean eta, azkenik, historiako momentu jakin batean gizarteko ongizate kolektiboko zein mailatan dagoen.

Osasun egoeraren analisisa eta haren azalpena, alor konkretu batean egindakoa, pasatako garai bati dagozkio, hau da, diagnostikoa egin zen momentu konkretuari edo justu aurrekoari. Horregatik da beharrezkoa osasun egoeraren eta aurreikusi daitezkeen joeren iragarpena egitea, esku-hartze proiektu eta programa errealistentzat oinarri gisa bali izateko, iragarritako osasun egoeraren aldaketa eredu gisa. Beste modu batera esanda, programek osasun maila hobetzea proposatzen dute eta hobekuntza hori lortu beharreko helburuetan eta egikaritu behar diren ekintzetan adierazten da.

Hala osasun egoeraren deskribapen prozesuan nola proiektuak eta programak egiterakoan, geroz eta garrantzi gehiago du ikerlanaren «subjektua» den gizarteak. Demokratikoagoa izateaz gain, esku-hartze programen eraginkortasuna eta efikazia handitu ditzake.

Prozedurak komunitateko osasun errealitatea ezagutzeko teknika epidemiologikoak, demografikoak, estatistikoak, so-

zialak, ekonomikoak, antropologikoak eta legalak erabiltzen ditu, bai eta metodo kuantitatibo eta kualitatiboak ere.

Osasun behar errealen artean, biztanleriak behar gisa hartzen dituen batzuk bakarrik bilarazten diote aktiboki osasun arreta: «eskaera» osatzen dute. Aldi berean, osasun diagnostiko batek dauden osasun zerbitzuen «eskaintza» balioztatu behar du: zenbat, non, nolakoak. Beharrezkoa da zerbitzuak dauden osasun beharrei nola egokitzen diren, irisgarritasuna (geografikoa, soziala, ekonomikoa, kulturala), aipatu zerbitzuen estaldura, eta abar balioztatzea, kontuan hartuta ez dagoela entitate homogeneoa den komunitaterik.

2.1.1. Diagnostikoaren ezaugarriak

Diagnostikoak unitate geo-sozial bat osatzeko behar bezain homogeneoak diren ezaugarri geografiko, ekonomiko, kultural, eta abar dituen zirkunskripzio batean bizi den komunitateari egin behar dio erreferentzia. Unitate ekologiko hori da programazioaren subjektua, horren osasun egoera analizatuko baita.

Bestalde, baita ere beharrezkoa da bere osasun sektorea mugatzea, zehaztuz zein diren osasunarenak diren ekintzak eta zeintzuk ez. Adibidez, beharrezkoa da definitzea edateko uraren instalazioak eraikitzea, eskoletako elikadura gehigarria edo gizarte zerbitzua osasun alorrari dagozkion. Horrek sektorea instituzionalki mugatzera eramaten gaitu, eta hori egitea askotan oso zaila izaten da.

- *Objektibitatea.* Askotan ikusten da osasun profesionalek garrantzia handiagoa ematen dietela osasun arazoei espezialitatearekin edo lehentasun pertsonalekin erlazionatzeari, errealitatearen analisi metodiko eta objektibo batekin erlazionatzeari baino. Horrek, noski, erabakiei arrazionaltasuna kentzen die eta ekintzei eraginkortasuna. Diagnostikoak gutxieneko subjektibismoa eduki behar du, eta ahal den neurrian, fenomenoak modu kuantitatiboan azaldu behar ditu, osasun arazo bakoitzaren garrantzi erlatiboa identifikatzeko irizpideak definituz. Komunitateak osasun arazoetaz duen pertzepzioak adierazten du horien transzendentzia soziala eta, ondorioz, metodo kualitatiboak erabiltzea geroz eta gehiago edukitzen da kontuan.

22. koadroa. **Osasun arazoak aztertzeko metodo kualitatiboak**

- Elkarrizketa egituratua.
- Berriemaile gakoak.
- Kasuen metodoa.
- Taldeko dinamiken teknikak.
- Eztabaida taldeak.
- Elkarrizketa kolektiboa edo komunitateko foroak.
- Idea zaparrada.
- Adituen panelak.

—*Osotasuna*. Diagnostikoak osoa izan behar du, hau da, komunitate guztiaren osasun egoera deskribatu, azaldu eta balioztatzeko gai izan behar du.

—*Denborazkotasuna*. Diagnostikoa osasun egoeraren analisi bat da denbora epe jakin batean, egutegiko urte batean adibidez, eta bertatik ondorioztatzen da egungo eta etorkizuneko egoera zein izango den, suposatzen dituen mugaketekin, aurreko paragrafoetan esan dugun moduan.

2.1.2. **Diagnostikoaren aldiak**

Errealitate jakin batean eragiteko beharrezkoa da ondo ezagutzea, diagnostikatzea, eta horrek egungo osasun egoeraren, aurreikus daitekeen abiapuntuaren analisia biltzen duen prozesua eskatzen du, adierazle egokiak erabiliz; egoera horretan eragiten duten faktoreak kontuan hartzea, egoera horretan erabilitako eta erabili daitezkeen baliabideak eta aurreikus daitekeen bilakaera, kanpoko baliabideak erabiliz edo erabili gabe, gure kasuan lankidetzat programa bat izango litzatekeena, adibidez. Prozesu horretan hainbat aldi bereiz daitezke:

a) *Osasun egoeraren deskribapena*:

- Osasun egitura eta maila.
- Hilkortasuna.
- Erikortasuna.
- Osasun adierazle positiboak.

b) *Osasun maila baldintzatzen duten faktoreak:*

- Populazio dinamika.
- Ingurumena.
- Kultura eta hezkuntza.
- Etxebizitza eta hiriko egitura.
- Edateko ura lortzea.
- Iraizkinak eta zaborrak deuseztatzea.
- Ekosistemaren dinamika.
- Egoera sozioekonomikoa.
- Sarrerak. Errenta maila. Errentaren banaketa.
- Gizarte dinamika eta klase egitura.
- Garraioa. Komunikazio bideak eta biltegiatzea.
- Sinesmenak, ohiturak eta jokabide sozialen jarraibideak.

c) *Osasun politikak:*

Egoera jakin bat oso okertua edo behartua egon arren, kasu gehienetan populazioaren ongizatearen arduradun teoriko bat aurki daiteke ezarritako planak eta, ziurrenik, nolabait antolaturiko helburu eta baliabideak dituen.

- Baliabideen bolumena:
 - Langileak.
 - Ondasun eta zerbitzuak.
 - Teknologia ekipoak.
 - Lokalak.
- Baliabideen antolamendua:
 - Kantitatea.
 - Antolamendu dinamika.
 - Osaketa.
 - Batezbesteko kostua.
 - Erabiltze maila.
 - Errendimendua.
 - Kontzentrazioa.
 - Estaldura.
 - Eraginkortasuna.

- Prozedurak: Protokoloak.
- Gida terapeutikoak.
- Efikazia.
- Kostua/eragina.

d) *Osasun egoeraren azalpena:*

- Zein dira faktore baldintzatzaileen eta osasun mailaren arteko erlazioak?
- Zein da arazo bakoitzaren larritasunaren arrazoia?
- Zein dira osasun mailak garapenean dituen ondorioak?

e) *Osasun egoeraren pronostikoa:*

Errealitatearen hasierako analisiaren ondoren, izango duen bilakaera eta momentu jakin bateko egoera aurreikus daitezke, lankidetzaren programa baten ondoren espero diren emaitzekin alderatzeko.

f) *Topatutako egoeraren balioztapena:*

Beharrezkoa da aurkitutako egoeraren arrakastaren balio judizio bat egitea, egokitzen jotzen den batekin alderatuz. Balio judizio hori da balioztapena.

2.1.3. Informazio iturriak

Populazioari eta baliabideei buruzko datuak biltzen dituzte. Ez dago iturririk komunitate batetako osasun arazoak identifikatzeko beharrezko informazioa ematen duenik. Pieza desberdinak lotu behar dira osasun diagnostiko bat osatzeko.

23. koadroa. Biztanleriari buruzko informazio iturriak

- Biztanleria zentsuak.
- Bizitzako gertaerak (hilkortasuna, natalitatea eta migrazioak).
- Laginen bidezko inkesta.

Zentsuak, unibertsalak, aldi berekoak (herrialde guztian momentu berean) eta aldizkakoak (10 urtetik behin) denak, sexua-
ren eta adinaren arabera biztanleriaren egitura kalkulatu eta biztanleriaren piramidea egiteko (bost urteko taldeak era-

biltzen ditu) aukera ematen du. Haurren, haurrak edukitzeko adinean dauden emakumeen eta adinako pertsonen portzentajea kalkulatu, eta mapak komunitateka, talde etnikoka, osasun zerbitzuen eskaintzaren arabera biztanleria taldeka eta beste hainbat modutan egiteko aukera ematen du.

Biztanleria adin taldeka banatzeak, osasun jardueren plangintza egiteko erabili denak (aurreikusitako beharrekiko janari anoa edo txerto kopurua, aurreikusitako kontsulta edo behar izango den langile kopurua, adibide batzuk aipatzeagatik), proportzio nahiko finkoak errespetatu ohi ditu garapen bidean dauden herrialde gehienetan, nahiz eta badauden salbuespen adierazgarriak, Txina eta India kasu, non jaiotze tasaren kontrol zorrotzak maskulinitate indizea gizonen aldera mugitzen duen. Ondorengo koadroa, beraz, plangintza instrumentu gisa hartu behar da eta ez dogma demografiko gisa.

24. koadroa. **Osasun jardueren plangintza egiteko biztanleria homogeneo baten adin taldekako egitura**

- Emakumeak: %51 / Gizonak: %49 (Sexu ratioa = 1,02).
- 5 urte baino gutxiagoko haurrak: %18.
 - Urtebete baino gutxiagokoak: guztizko biztanleriaren %4.
 - 1-5 urte: %14.
- 5-14 urte: %26.
- Haurrak edukitzeko adinean dauden emakumeak (15-45 urte): emakumeen %50, hau da, guztizko biztanleriaren %25.
- Haurdun dauden emakumeak: haurrak edukitzeko adinean dauden emakumeen %20 (guztizkoaren %5).
- Emakume eradoskitzaileak = 0-1 urteko haurrak.
Populazio bat homogeneotzat jotzeko baldintzak:
 - 15-45 urteko gizon eta emakumeen kopurua antzekoa izatea.
 - Sexu ratioa (emakume/gizon erlazioa) 1,10 edo gutxiago izatea.

Hilkortasun erregistroak erabil daitezke heriotza kausak zenbatu eta ezagutzeko, erregistro ofizial bat erabil daiteke edo komunitate txiki batean informazioa biltzeko zirkuitu bat egin. Komeni da Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena (GNS 9-MC) deiturikoa, gaixotasunak eta osasun arazoak *kodeen* arabera sailkatzen dituen sistema (egun 9. gainbegiraketa, Aldaketa Klinikoa, dago martxan, nahiz eta laster 10.a erabiliko den), ezagutzea eta erabiltzea. Nazioarteko

estatistikek, OMEk, UNICEFek eta zenbait GKEk gaixotasunak sailkatzeko sistema hori erabiltzen dute aldizka beren informazioa ezagutzera emateko.

Natalitate erregistroak dira jaiotzen inguruko informazio iturri nagusia. «Azpierreregistroa» oso altua denean (badaude frogak jaiotza gehienak «ofizialki» erregistratzen ez direnarena) komeni da informatzaile «gakoak» edo informazio iturriak erabiltzea jaiotza kopurua, amaren adina eta identitatea, aurrez dituen senideen kopurua eta beste hainbat datu ezagutzeko.

Erikortasunaren eta *osasun baliabideen* erregistroak ere erabiltzen dira. Lehenengoak, gaixotasun zehatzen arabera topa ditzakegu, estatuko programak (bertikalak) edo gaixotasun jakin baten kontrolerako kanpainak, tuberkulosia, txar-ranpina, poliomielitisa, malaria, minbizia, HIESA edo bes-telako gaixotasunak kasu, badaudenaren edo ez daudenaren arabera. Erikortasun erregistroak ez dauden kasuetan ezinbestekoa da informazio mekanismoak ezartzea, beharrezkoa eta posiblea bada sortzeko (epidemia batetako kolera kasuen erregistroa, adibidez).

Oro har, osasun jarduera guztiek oinarritzko erregistro sistema bat izan behar dute lagun. Ildo horretan, bi jarrera posible daude:

1. Herrialdean edo komunitatean badauden informazio sistemak sustatzea.
2. Ez dagoena osatzea jarduera erregistratzeko gutxiengo sistema batekin.

25. koadroa. **Jardueren «gutxieneko» erregistroak**

- Historia klinikoa.
- Zerbitzuak eskaintzen dituen unitate bakoitzeko eskaeraren kausen eguneroko erregistroa (medikuak, laguntzaileak edo osasun sustatzaileak).
- Haurren txartela (txertaketa egutegia biltzen du).
- Haurren hazkunde eta garapen taulak.
- Haurdun dauden emakumeen txartela.
- Adierazi Beharreko Gaixotasunen (ABG) erregistroa.
- Protokoloen edo programen erregistro orriak, historia klinikoan sar daitezkeenak.
- Epidemia edo kanpainen berariazko erregistroa.

Osasun adierazleek osasun errealitatearen ezagutza osatzeko aukera ematen dute, edo hobe esanda, adierazteko aukera ematen dute. Denboran zehar izandako bilakaera programaren lorpenak balioztatzeke oinarritzko instrumentua izango da.

26. koadroa. **Neurri unitateak edo osasun adierazleak**

- Gaixotasun baten eragin tasa.
- Gaixotasun baten prebalentzia tasa.
- Natalitate tasa gordina.
- Hilkortasun tasa gordina.
- Berariazko hilkortasun tasa:
 - kausen arabera,
 - adinaren edo adin taldeen arabera,
 - lurraldeka,
 - arrazaren edo talde etnikoaren arabera.
- 2.500 gramo baino gutxiagorekin jaiotako haurren %.
- Haurren hilkortasun tasa.
- Amen hilkortasun tasa.
- Garaiz aurreko hilkortasunaren tasa.
- Jaiotza inguruko hilkortasun tasa.
- 5 urte baino gutxiagokoen hilkortasun tasa.
- Ezintasun tasa.
- Ugalkortasun orokorraren tasa.
- Berariazko ugalkortasun tasa, adin taldeka.
- Hazkunde begetatiboa edo naturala.
- Guztizko hazkundea edo hazkunde garbia.
- Biztanleriaren urteko hazkundearen %.
- Emigrazio tasa.
- Inmigrazio tasa.
- Hiriko eta landako biztanleriaren banaketa.
- Mendekotasun tasa.
- Jaiotzean dagoen bizi itzaropena.

2.2. METODO EPIDEMIOLOGIKOA

Antzina «epidemiak ikertzen dituen zientzia» gisa ulerzen zen epidemiologia eta egun denboran eta espazioan osasun arazoak populazioetan zein maiztasunekin eta nola zabaltzen diren aztertzen du, bai eta gaixotasunak zehazten dituzten faktoreak ere.

Metodologia bat da: alderaketak, asoziazioen ikerketak (kasua-kontrola), eraginkortasunari buruzko entseguak eta eraginkortasunaren etorkizunari buruzko ikerketak egiten ditu. Arrazoitzeko modu bat ere bada: Zein puntutaraino orokortu edo aplikatu daitezke gure emaitzak? Zein da froga baten sentsibilitatea? Desbideraketarik izaten al da paziente talde baten aukeraketan?

Epidemiologia gaixotasuna komunitatean deskribatzeko egiten da, iragarpen instrumentu gisa (aurretiko diagnostikoak egiteko), jardueren balioespenak eta balioztapenak egiteko (lan teknika eta protokoloak), gaixotasunean eragiten duten faktore berriak bilatzeko, prebentzio neurriak definitzeko, gaixotasun baten koadro klinikoa osatzeko (sintoma berriak identifikatzeko) eta gaixotasun bakoitzaren aurrean ahulenak diren biztanleria taldeak bilatzeko.

Metodo epidemiologikoa erabiltzen da gaixotasun baten agente kausala edo mekanismo multikausala edo agerpen eta mantenu mekanismoak ezagutzen ez direnean edo bai eta oinarritzko ezagupenak daudenean eta prozesuan zein faktore konkretuk parte hartu duten jakin nahi denean.

Metodo epidemiologikoa bereziki erabilgarria da epidemia bat ikertzeko. *Epidemia* deitzen zaio espero zena baino altuagoa den eta lurralde eta denbora epe mugatu batean azaldu den gaixotasun jakin baten kasuen kopuru bati (handia ala txikia). *Endemia* bat denbora epe mugagabea gertatzen da, baina espazio mugatuan (esaten da, adibidez, dengea endemikoa dela Mendebaldeko Afrikan edo Ertamerikan, nahiz eta agerraldi epidemikoak egon daitezkeen momentu jakin batean espero diren kasu kopurua gainditzen badu).

27. koadroa. Metodo epidemiologikoaren aldiak

1. **Behaketa**, arreta handiz prestatua, sistematikoa, zehatza.
 - Gaixotasunaren diagnostikoa berrestea.
 - Epidemia edo endemia bat dela berrestea.

- Arazoaren egungo egoera.
- Inguruaren ezaugarriak: informazio demografikoa, klimatikoa, hondakinak eta irazkinak deusezte, ura, osasun higiena.
- Informazioa antolatu eta garatzea: taulak eta grafikoak prestatu eta alderatzea.

2. **Hipotesia:** galderak planteatzen ditugu, galderak egiten ditugu, erlazioak azaltzen saiatzen gara.

- Arrazonamendurako eskuragarri dagoen informazioa kon-tuan hartzea.
- Datuen analisia, sintesia eta alderaketa egitea.
- Arazoaren abstrakzioa, konkretzioa eta generalizazioa ezartzea.

3. **Egiaztapena** edo frogaketa

- Praktika da egiaren jatorriaren irizpide bakarra.
- Aldi honetan egiten da ikerketa esperimentalak.

Oro har, hiru aldi horiek normalean erabiltzen diren ikerke-ta metodoei gainjarri dakizkieke: ikerlan deskriptiboak, analiti-koak eta esperimentalak edo esku-hartzekoak.

28. koadroa. **Azterketa analitikoaren motak**

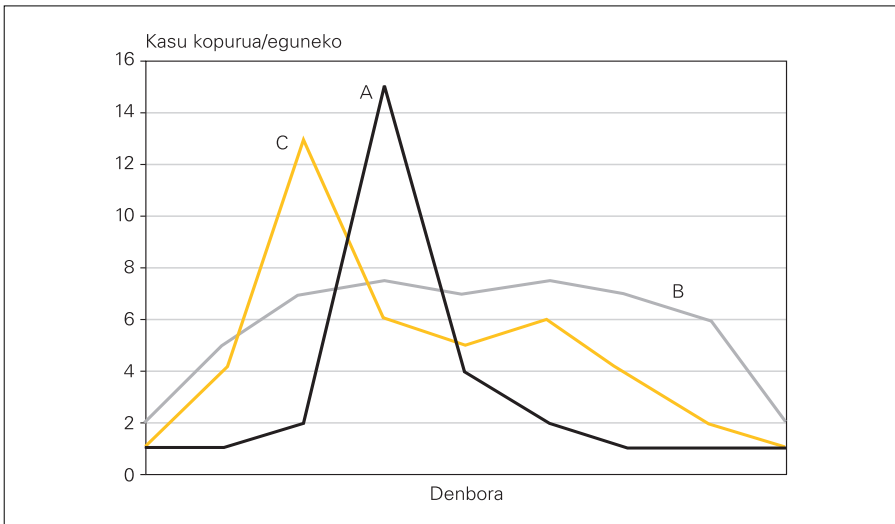
- Kasu kontrolen azterketak (atzera begirakoak).** Gaixotasuna-ren efektutik kausara joaten dira. Prebalentzia azterketak dira, zeharkako azterketak deiturikoak. Momentu jakin batean egi-ten dira, ez denbora epe luzean zehar. Aurretik zehazten da laginaren tamaina eta gaixotasun bat aztertzen da arrisku fak-toreko aldagai batekin.
- Kohorte azterketak (etorkizunera begirakoak).** Kausatik efek-tura: aurrez zehaztuta gelditzen da analizatu nahi den fak-to-rea duten pertsonen kopurua. Luzetarako azterketak ere dei-tzen zaie.

2.3. **GAIXOTASUN TRANSMITIGARRIEN EPIDEMIOLOGIA**

Epidemia bat bere kasuen banaketaren azterketa deskrip-tiboan sailka daiteke bere irudikapen grafikoagatik. Ondo-rengo irudikapen grafikoko ereduak aurki ditzakegu:

- Orratzekoa: uraren, elikagaien eta abarren ondorioko intoxikazioa (A irudia).
- Mesetakoa: bektoreek transmititutako gaixotasunetan edo arnas gaixotasunetan (B irudia).
- Orratzekoa buztanarekin: kutsapen iturri bakarra duten gaixotasunak gero beste iturri batzuk gehitzen zaizkienak (C irudia).

3. grafikoa. Epidemia kasuen irudikapen grafiko desberdinak



Gaixotasun kutsakorren transmisioan normalean hiru faktorek parte hartzen dute, triada epidemiologiko edo ekologikoa osatu eta kate epidemiologikoa osatzen duten elementu batzuen bitartez beraien artean eragiten dutenek.

29. koadroa. Triada epidemiologikoa

1. **Eragilea.** Elementu desberdinak balioztatzen dira, kantitatea, birulentzia, gordailua, bilakaera zikloa, infektibotasuna, patogeneitatea, antigenetasuna edo toxigenizitasuna.
2. **Bitartekaria.** Kontuan eduki daitezke: bitartekari fisikoa, kimikoa, biologikoa (bektoreak), psikikoa, soziala, lanekoa, osasunekoa,...
3. **Ostalaria.** Infektagarritasuna, erresistentzia, inmunitatea, kutsagarritasun aldia, adina eta sexua, sineskerak eta ohiturak, nutrizio goera eta gizarteko eta laneko estatusa eta abar.

Agente jakin bat (adibidez, A hepatitisaren birusa) ostalari bati transmititzen zaio ura bezalako bitartekariaren bidez. Irteerako atea eginkariak dira eta sarrerakoa ahoa. Bitartekaria izaki bizidun bat bada, adibidez, eltxo bat, bektore deitzen zaio.

30. koadroa. **Kate epidemiologikoaren elementuak**

- Gordailua.
- Infekzio iturria.
- Kutsadura iturria.
- Sarrerako atea.
- Transmisio bidea.
- Irteerako atea.
- Kontrol epidemiologikoa.

31. koadroa. **Epidemien kontroleko jarduera guneak**

—**Gordailuari eta fokuaren kontrolari buruz:**

1. Gaixotasunaren ziurtasun diagnostikoa, beharrezkoa izanez gero metodo osagarriak erabiliz, laborategiko analisi bakteriologikoak kasu.
2. Jakinarazpena (Informazio estatistikoaren sistema).
3. Bakartzea: kutsagarritasun epeari dagokion denboran zehar (gaixotasunaren inkubazio aldiaren arabera).
4. Tratamendua.
5. Historia epidemiologikoa.
6. Osasun hezkuntza.
7. Alta epidemiologikoa, irizpide kliniko eta bakteriologikoa eskatzen dituen.

—**Transmisio bideari buruz:**

1. Desinfekzioa: metodo fisiko eta kimikoak (beroa, kloroa, alkohola,...).
2. Inguruko higieena: edateko urak, irizpideak, bektoreak, elikagaien manipulatuak,...

—**Infektaberari buruz:**

1. Kontrol neurri orokorrak.
2. Kontrol neurri zehatzak: inmunizazioa, farmakoak, osasun hezkuntza, bakartzea,...

Triadako elementu bakoitzaren ezaugarrien edo interakzio motaren arabera epidemiologia mikrobiologikoaren, ekologiakoaren (San Martin) edo sozialaren aurrean egongo gara. Egile askok aztertu dituzte agenteek, bitartekariak eta ostalariek gaixotasunaren garapenean eta historian izan dituzten interakzio moduak, osasunak eta gaixotasunak nola interaktuaten duten azaltzeko. Horrela bada, MacMahonen multi-kausaltatearen teoriak, adibidez, eragin handia izan du epidemiologiaren munduan.

Epidemia baten kontrola egin daiteke gordailuaren, transmisio bidearen eta ostalari infektaberaren gainean.

2.4. ZAINZA EPIDEMIOLOGIKOKO SISTEMA

Gaixotasun transmitigarrien kontroleko lehen urratsa identifikatzea da eta ondoren dagokion tokiko osasun aginpideari jakinarazten zaio. Informazioa aginpide nagusiari iritsi zaionean, zenbait gaixotasun Osasunaren Munduko Erakundeari jakinarazi behar zaizkio.

Gaixotasun batzuk izaera indibidualarekin jakinarazi behar dira, pertsonaren pribatutasuna gordez, noski, eta beste batzuk izaera kolektiboarekin («x» malaria kasu, adibidez, «y» astean).

Zaintza epidemiologikoa da gaixotasunen banaketaren eta joeraren behaketa iraunkor eta sistematikoa, datuak biltzearen bidez, gaixotasunen ondorioko hilkortasun tasen txostenak eta beste datu interesgarri batzuk finkatu eta balioztatzearen bitartez.

32. koadroa. Zaintza epidemiologikoko elementuak

- Datuak biltzea.
- Tabulazioa egitea.
- Analisiak egitea.
- Informazioa zabaltzea.
- Erabakiak hartzeko politika.
- Balioztatzea.
- Jakinaraztea.

Dagokion osasun aginpideari egiten zaion jakinarazpen ofiziala da, adieraziz gaixotasun transmitigarri baten (gaixoa

edo eramailea) edo lan egiten den herrialdeko ABG taldean (adierazi beharreko gaixotasunak) dagoen beste izaeratako gaixotasunen baten gordailu bat dagoela.

Nazioarteko mailako adierazi beharreko gaixotasunek bi talde hartzen dituzte eta ondorengo koadroan biltzen dira, egun berrikusten ari diren 1983ko nazioarteko erregulazioen arabera (logikoki, bilakaera epidemiologikoagatik, adibidez, bildutako gaixotasunetariko bat desagerraraztea biltzen duena, baztangarena).

33. koadroa. **Nazioarteko mailako adierazi beharreko gaixotasunak (OME, 1983ko berrikuspenak, 1969ko Nazioarteko Arautzei egindakoak)**

—Nazioarteko arautzearen mende dauden gaixotasunak:

- Kolera.
- Izurria.
- Baztanga (erradikatua).
- Sukar horia.

—OMEk zaintzen dituen gaixotasunak:

- Poliomielitisa.
- Malaria.
- Sukar errekurrentea.
- Exantema-tifusa.
- Gripea.

Iturria: OME, 1983.

Bigarren talde batean biltzen dira normalean azaltzen direnean jakinarazi beharreko gaixotasun batzuk eta bertan biltzen dira sukar tifoidea edo difteria (izaera urgentea dute, infekzio iturriak edo kontaktuak ikertzearen edo zaintza neurriak ezartzearen garrantziaren ondorioz), edo aldian behingoak, bruzelosia (Maltako sukarra), lepra edo HIESA kasu.

2.5. OSASUN PLANGINTZA

Egun hainbat osasun plangintza aplikatzen dira, horietariko batzuk oso konplexuak, eta eskakizun zorrotzak dituztenak informazioaren kalitatea eta kantitateari dagokio-

nez; beste batzuk, zorrotzak dira baita ere, baina malguagoak eta itxuraz sinpleagoak, errealitatera egokitzeke helburuarekin. Guztiak bat datoz oinarrizko aldietan, planak eta integratutako osasun programak formulatzerakoan, bai eta eraginkortasun eta efikazia irizpideak jarraitzerakoan ere.

Pineaultek plangintza prozesua helburu batzuk lortzeko beharrezkoak diren baliabideak eta zerbitzuak aurreikusteko etengabeko prozesu gisa definitzen du eta baliabide eta zerbitzu horiek lehentasun ordena batek zehazten ditu, egungo testuingurua eta barruko edo kanpoko faktoreek eragindako aurreikus daitezkeen bere aldaketak kontuan hartuz. Plangintza aldiak eta instrumentuak menderatzea ezinbestekoa da osasun programa bat praktikan jartzeko.

Plangintza prozesuak aldi batzuk ditu «Zein egoeratan gaude?» galderatik «Zer egin dezakegu?» galderara joaten direnak eta garrantzitsua dena zehazten dutenak (egin deza-keguna eta egin nahi duguna, nola eta norekin egin). Ondorengo koadroak plangintzaren aldiak biltzen ditu.

34. koadroa. **Plangintza aldiak**

1. Hasierako balioztapena edo osasun egoeraren diagnostikoa:
 - Osasun egoera dekribatzea:
 - osasun maila,
 - faktore baldintzatzaileak.
 - Osasun arazoak identifikatzea.
 - Pronostikoa egitea.
 - Lehentasunak ezartzea.
2. Osasun programa eta proiektuen formulazioa:
 - Helburu eta xede operazionalak definitzea.
 - Jarduerak definitzea (Arreta protokoloak).
 - Arreta, estaldura eta errendimendu arauak definitzea.
 - Azpiegitura, giza eta teknika eta material baliabideak balioztatzea.
 - Aurrekontua balioztatzea (Finantza Plana eta Kontabilitate Plana).
 - Eskakizunak eta oztupoak.
3. Azterketa egin eta onestea.
4. Baliabideak mobilizatzea (egikaritzea).
5. Balioztapena/segimendua.

Lehentasunak zehazteak esan nahi du identifikaturiko osasun arazoei ordena hierarkiko bat ezartzea, lehentasunez jorratuko direnak aukeratzeko. Definizio horretan hiru hipotesi inplizitu daude: lehena, osasun arazo guztiak direla garrantzitsuak. Bigarrena, komunitateko kide desberdinek arazoak modu desberdinetan ikusten dituztela. Eta azkena, arazo bakoitzak biztanleriaren osasun egoeran duen eragina desberdina dela eta eraginkortasunez aurre egiteko gaitasuna gure baliabide teknologikoen arabera dela.

Oro har hainbat irizpide erabiltzen dira arazo jakin baten garrantzia zehazteko.

35. koadroa. **Osasun lehentasunak definitzeko erabilitako irizpideak**

1. Arazoaren **garrantzia**, bere **maiztasunak** eta **larritasunak** definitu eta heriotza tasa edo gaixotze tasaren bidez neurtzen dena.
2. Arazoak biztanlerian duen **garrantzia**. Inkestak edo komunitate foroak erabiltzen dira.
3. **Ahultasuna**, arazoari aurre egiteko egingarritasun teknologikoa biltzen duena.
4. **Eraginkortasuna**, hau da, emaitzekiko kostua.

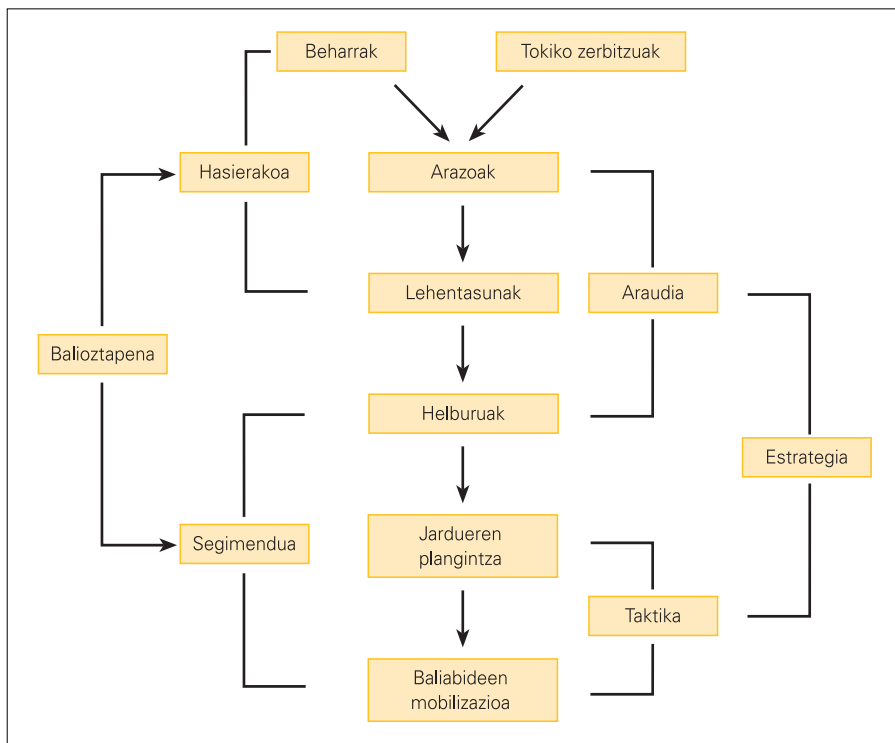
36. koadroa. **Lehentasunak ezartzerakoan ikerketak eta zaintza epidemiologikoak duten papera**

1. Kaltearen larritasuna.
2. Kaltearen edo gaixotasunaren ahultasuna esku-hartze profilaktiko eta terapeutikoen aurrean.
3. Kaltearen laztasuna (hilgarritasuna eta ezintasuna).
4. Esku-hartzeari sentikorrek diren arrisku faktoreak edo pronostiko faktoreak egotea.
5. Arriskuan dauden azpitaldeak eta esku-hartze formek arrisku faktore horietan eduki dezaketen balizko eragina identifikatzea.
6. Esku-hartzearen efikazia eta eraginkortasuna (kostua eta egingarritasuna).
7. Esku-hartze desberdinak bateragarri egitea kontrol mota desberdinetako programetan.

Logikoki, lehenetsunak ezartzeak zaintza epidemiologiko ko sitema batean nahiz ikerketetan oinarriturik osasun erreallitatea ezagutzea eskatzen du.

Plangintza prozesu osoak estrategia bat eduki behar du, hau da, lehenetsunen eta helburuen artean ordena bat definitu behar da, bai eta jardueretan eta baliabideen mobilizazioan ere. Ondorengo grafikoak eskematikoki definitzen du aipaturiko prozesua.

4. grafikoa. **Plangintza eskema**



Iturria: Perrin, ICRC, 1995.

2.6. **OSASUN PROGRAMA ETA PROIEKTUAK**

Berariaz helburu batzuk lortzera zuzenduriko jarduera multzoa dira, hau da, programa baten oinarria, ekintzen eta lortu nahi dugunaren arteko lotura. Osasun sistema baten lanean arrazionaltasuna sartzan dute, lortu nahi dugunaren

aurreko hausnarketa bat eskatuko lukeen metodo bat ezarzen dutelako.

Osasun programa bat benetan agiri bat da: helburu jakin batzuk lortzeko zer egin behar den idatziz adierazten du.

Programa, proiektu, kanpaina edo protokolo bezalako hitzak desberdintzen dituzten elementuak biltzen dituzten jardueren antolamendu ingurua eta egikaritzeko denbora dira, bai eta aukerako helburuak eta xedeak zehaztea ere.

Osasun proiektuekin lan egiteak arrisku batzuk ditu. Lehenik, denbora galdu daiteke eta, gainera, lehen mailako arretako lana desegin daiteke. Biztanlerian sortutako itxaropenek batzutan eskaera eskaintza baino handiagoa izatea eta baliabideak lehentasunekoak ez diren jardueretara desbideratzea eragiten dute. Programa batek nahi gabe gobernuaren ordezkariak bere erantzukizunetan, eraginez arlo horretara pixkanaka geroz eta funtsa gutxiago esleitzea, geroz eta gehiago GKEen eta kanpoko hornikuntzaren mende egotea eta jarraitasuna, iraungarritasuna, egungo zerbitzuek etorkizunean jarraitzearen aukera zalantzan jarriz. Arazoa larritu egiten da programak osasun langileen soldata errefortzuak biltzen dituen eta osasun sistema publikoko staff adituena ere kontratatzen duenean bestelako helburuetarako. Programa batek komunitateak estatuko giza eta material baliabideetan duen konfiantza sustatu behar du, atzerriko langileak eta instrumentuak «hobeak direla» pentsatzen jarraitzea saihesteko. Oinarririk gabeko edo beharrezkoa ez den elikadura osagarriko programa batek biztanleria kaltetu dezake, tokiko zenbait produktuk merkatuan duten prezioak jaitea eragiten duelako. Ez dago esan beharrik kalte handia egin daitekeela borondate onez beteriko eta plangintza egokirik ez duen programa batekin.

Ez dago osasun proiektu bat programatu edo egikaritzeko modu bakar bat ere egoera guztietan onena dena. Gertakizun bakoitzak konponbide egoki bat behar du. Kudeaketa prozesu gisa programatzeak ekintzarako orientazio argi eta esplizitua eskatzen du.

Programazio prozesuko pausu bakoitzak prozesua ahalbidetzen duen teknika bat identifikatzea eskatzen du. Programazio prozesu batek ezin du eta ez du lineala izan behar, etengabe atzeraelikatzen da. Bere pausu bakoitzak aurrekoak alda ditzake, bai eta azken balioztapenekoak ere, aurrez diseinaturiko helburuak zalantzan jarriz.

2.7. OSASUN PROGRAMA ETA PROIEKTUAK EGITEKO METODOLOGIA

Osasun proiektu bat egiterakoan aldi jakin batzuk errespetatu behar dira, ondorengo koadroan laburbiltzen direnak.

37. koadroa. **Proiektu bat egiteko aldiak**

1. Diseinua.
2. Justifikazioa.
3. Helburuak definitzea.
4. Estrategiak aukeratzea.
5. Jarduerak definitzea.
6. Arauak eta prozedurak egitea.
7. Bete behar diren eskakizunak kontuan hartzea.
8. Programa martxan jartzeko baldintzak bermatzea.
9. Programazio prozesua balioztatzea.
10. Azken agiria egin eta programa aurkeztea.

Programa bat diseinatzeak lan talde bat osatzea eta oinarrizko laguntza logistikoa antolatzea eskatzen du. Komeni da programatutako ekintzak egikaritutako dituzten pertsonak programa edo proiektua egiten duen taldeko kide izatea.

Programa ondorengo arrazoi batekin edo gehiagorekin justifika daiteke:

- Esku-hartzeak egingo diren osasun programen garrantziagatik.
- Finantza iturri segurua egoteagatik.
- Lan egingo den herrialdeko planean lehentasuna emateagatik.

Helburuak definitzea izan ohi da proiektua egitearen aldirik zailena, ideia bat, oro har zehaztugabea izaten dena, jarduera zehatz bihurtu behar delako. Lortu nahi dugunaren adierazpena da. Helburu batek zenbait ezaugarri bete behar ditu, koadroan adierazten den moduan.

38. koadroa. **Helburu baten ezaugarriak**

1. Osasun arazo bati zuzenduriko ekintza bat adierazi behar du (*adibidez: «Malnutrizio tasa murriztea...*).
2. Esku-hartzea zuzentzen zaion biztanleria («itua») definitzen du (*...5 urte baino gutxiagoko haurren artean...*).
3. Esku-hartze horrekin espero diren emaitzak kuantifikatzen ditu (*...%25etik %10era...*).
4. Denbora epe bat ezartzen du aurreikusitako emaitza lortzeko (*...3 hilabetetako epean*).

Estrategia definitutako helburuen artean, bai eta horiek lortzeko ondorioztatzen diren jardueren artean eta eskuragarri dauden baliabideen mobilizazioan ere, lehentasunen ordena aukeratzean datza. Komunitatearen orientazioa definitzen da ekintzen lehen mailako arretan edo arreta kliniko-asistentzia-lean oinarrituz.

Programaren helburu eta jarduerak biltzen dituzten ekintza ildo nagusiak dira. Egingarritasuna (Teknika, antolamendu eta finantza ikuspegitik egin dezakegu?) eta bidegarritasuna («Utziko digute» egiten?) kontuan eduki behar dira.

Ezinbestekoa da jarduerak helburuekin koherenteak izatea, horietatik ondorioztatzea. Helburuen eta ekintzen arteko kateaketa da programari koherentzia ematen diona. Osasun zerbitzuetan jarduerak kontuan eduki behar dira, bai eta komunitate mailan ere. Jarduerak, praktikan, zereginetan banatzen dira. Adibidez, «osasun zentroak oinarrizko medikamentuz hornitzea» banatu daiteke medikamentuen zerrenda egitean, estali beharreko kontsultategietan, erosketan, garraioan, banaketan, langileen trebakuntzan, kontsulta arauetan, erabilera balioztatzean,...

Arauk eta prozedurak egitea da aurrez definituriko jarduerak aurrera eramateko moduaren deskribapen xehatua. Protokolo klinikoak, ebidentzia zientifikoan oinarrituriko praktika klinikoko gidak, programa edo kanpaina baterako indibiduoak erakartzeko irizpideak, jarduerako batezbesteko denborak, errendimendu arauak, biztanleria ezaltzeko arauak, osasun hezkuntzarako metodologia ildoak, eta abar biltzen ditu. Beharrezkoa da «gehiegi planifikatzeko» arriskua kentzea.

Aldi horretan oso egokia da osasuneko profesionalen arteko bilerak dinamizatzea, adostuko diren jardueren alderdi desberdinetan bat etortzeko.

Programa egiteko beharrezkoak diren eta ondorengo koardroan biltzen diren zenbait baldintza betetzen dituen gainbegiratu beharko dugu.

39. koadroa. **Osasun programa baten betekizunak**

- Osasunekoak eta osasunekoak ez diren profesionalak behar ditu.
- Baliabide material inbentariagarrien eta suntsikorren beharra ezartzen da.
- «Nolabaiteko» antolamendua eskatzen du: programaren arduradun bat izendatzea, zereginak eta erantzukizunak esleitzea, langileak aukeratzea,...
- Programaren antolamenduak kontuan eduki behar du oinarri izango dituen erakundearen egitura.
- Programaren antolamendu egiturak sinpleak, argiak eta gardeak izango dira biztanleriarentzat eta programako kideentzat.
- Eraitzen, funtzionamenduaren eta erabilitako baliabideen balioztapen mekanismoak, bai eta erabilitako prozedurenak ere (prozesua).
- Osasun profesionalen kontrol mekanismoak, programetan parte hartu dutenetatik, politikoenetatik, tokiko buruenetatik, komunitakoetatik desberdinak direnak.
- Kanpo koordinazio mekanismoak tokiko erakundeekin, osasun erakundeekin, GKEekin eta Gobernuen Arteko Erakundeekin.
- Informazio sistemak, momentu eta modu egokietan. Sortzen den informazioaren bilketan, prozesamenduan eta erabileran pentsatu behar da.
- Aurrekontu nahikoa eskatzen du.
- Finantzazio segurua eskatzen du.

Ezinbestekoa da balioztatzea tokian dauden baliabideak, biztanleriak lor ditzakeen eta kanpoko baliabideekin zein neurritan osatu behar diren. Baliabide faltak helburuak aldatzea eragin dezake. Baliabideak lau mailatan banatzen dira.

40. koadroa. **Osasun programa bati aplikatu dakizkiokeen baliabide motak**

1. **Giza baliabideak:** tokikoak eta erbesteratutakoak.
2. **Baliabide materialak:** medikamentuak, tresneria, azpiegitura, elikagaiak, etab. Tokiko ohituretara egokituak egon behar dute eta mugitzeko, biltegitratzeko eta banatzeko errazak izan behar dute.
3. **Garraiobideak:** pertsona nahiz materialei edo gaixoei aplikatu dakizkiokeenak (arreta mailen arteko erreferentzia).
4. **Finantza baliabideak:** kanpokoak, estatukoak, komunitate mailakoak.

Aurkitutako osasun egoeratik azken programa egin eta martxan jarri bitarte planifikatu behar den eta normalean egiten ez den ibilbide bat dago. Bere protagonistek (biztanleria, borondatezko langileak eta finantzatzaileak) baldintzarik onenetan parte hartzea bermatu behar da.

41. koadroa. **Programa martxan jartzeko baldintzak**

- Programa egikarrituko duten profesionalak trebatu behar dira.
- Beharrezkoa da tokiko gizarte agenteak, komunitateko buruak, irakasleak, sindikatuak, buru erlijiosoak eta abar inplikatzea.
- Beharrezkoa da finantzatzaileak konbentzitzea.
- Komeni da plangintza taktika operatiboak erabiltzea jardueren egutegia egiteko (kronograma).

Egindako programa ikuspegiari lotzen zaien ala ez balioztatatu behar da, bai eta ondorengo ere:

- Zer lortu nahi dugu? (Helburuak)
- Zein zeregin izango ditugu? (Ekintzak)
- Zein baliabiderekin?
- Nola? (Metodologia)
- Nork egingo du?
- Nori egingo dio mesede?
- Nor da kudeaketaren arduraduna?

Azkenik, programa aurkezteko azken agiriak ez lituzke 10 orri baino gehiago eduki behar. Kontusailka banatutako aurrekontuak edo giza, material edo teknika baliabideak eranskinetan sartu behar dira.

Komeni da programa edo proiektua goieneko administrazio instantziari (ministroa, plangintzaren arduraduna, finantza agentzia, GKEaren proiektuen koordinatzailea,...), aldi-aldi batean programa prestatzen lagundu duten profesional taldeei eta mesede egingo dion biztanleriari aurkeztea.

2.8. BALIOZTAPENA

Balioztapenaren helburua da osasun programa eta proiektuak egikaritzeko hobetzea eta baliabideen banaketa jada hasi diren edo etorkizunean hasiko diren jardueren artera zuzentzea.

Balioztapena jarduera baten meritua edo balioa epaitzeko informazioa lortzeko prozesu bat da, balioztatutako fenomenoen inguruan erabakiak hartzen laguntzen duena. Aldaketako eta laguntzako tresna ere bada, ez kontrolekoa bakarrik, nahiko malgua, oro har segimendua bezala definitu daitekeena. Beraz, bere osasun jardueren egokitasuna, eraginkortasuna eta efikazia handitzera zuzendutako prozesu iraunkorra izan behar du.

Osasun programa eta proiektuen balioztapena egikaritzen diren herrialdeetako garapenerako kudeaketa prozesu zabalago batean kokatu behar dira.

Balioztapen prozesuan lortutako erdiespenak kuantifikatzea errazten duten aldagaiak diren *adierazleak* erabiltzen dira. Ekintza desberdinak neurtzeko arauak diren *kalitate irizpideak* ere erabiltzen dira. Adierazle edo irizpide egokirik ez dagoenean, beharrezkoa da balioztatu beharreko jarduerarekin erlazionaturiko galdera egokiak egitea. Balioztapenak informazio onargarri, egoki eta sentikorra izan behar du oinarri.

Komeni da balioztapenean prozesua (proiektua betetzea, plangintzan adierazitakoa eta egindakoaren arteko erlazioa, komunitatearen asebetetzea, komunitatearen parte-hartze maila, jardueren garapen maila, arazoaren koordinazioa eta kudeaketa,...), egitura (bitartekoen eta baliabideen erabilgarritasuna, nahikotasuna, erabilpena,...) eta emaitzak (lorpen maila, estaldura maila, baliabideak eta emaitzen arteko erlazioa,

jarraitasuna,...) kontuan edukitzea. Beste modu batera esanda, balioztapena hiru mailatan egin behar da, eta maila horiek 43. koadroan adierazten dira.

42. koadroa. **Balioztapenaren osagaiak**

1. Balioztatu beharreko gaia zehaztea.
2. Beharrezko informazioa lortzea.
3. Egokitasuna egiaztatzea.
4. Nahikotasuna balioztatzea.
5. Aurrerapenen azterketa egitea.
6. Eraginkortasuna balioztatzea.
7. Efikazia balioztatzea.
8. Eraginak balioztatzea.
9. Ondorioak ateratzea.
10. Etorkizuneko ekintzarako proposamenak egitea.

43. koadroa. **Balioztapen mailak**

1. Inbertitutako baliabideen (**input**) analisia:
 - Kuantitatiboki.
 - Kualitatiboki: medikamenduak beharrak asetzen dituzten, elikadura osagaiak kulturalki onargarriak diren, garraioa egokia den, langileen prestakuntza nahikoa den, eta abar.
2. Emandako zerbitzuen analisia (**output**).
3. Biztanleriaren osasun egoeran izandako eraginaren analisia (**outcome**), emaitzak programaren hasieran ezarritako helburuekin alderatzea eskatzen duena.

Balioztapena bere aldi guztietan eragile desberdinek negoziatu behar dute, balioztapen mota, helburuak, egutegia eta metodologia behintzat.

Edozein moduz, balioztapena zaila da eta osasun sektorean arazo bereziak ematen ditu, jardueren izaera dela-eta. Horregatik, gure iritzia kuantitatibotasunaren inguruko hitzekin adierazteaz gain, ezinbestekoa da epai kualifikatibo fidagarriak ematea.

Adierazleak aukeratzekoan kontuan eduki behar da zein puntutaraino diren baliozkoak, sentikorrak, espezifikoak eta objektiboak. Badaude osasun egoera eta osasun estaldura islatzen duten adierazleak. Guzti horiek aplikatu daitezke osasun proiektu baten hasierako balioztapenean, egoeraren diagnostikoak egiterakoan, eta proiektuaren lorpenak analizatzea beharrezkoa den hainbat egoeratan, proiektua aldatu/egokitzeari edo itxi eta bukatzeari begira.

Osasun egoeraren zenbait adierazle jada aurrez zerrendatu dira (26. koadroa). Jarraian estaldurako batzuk adierazten dira.

44. koadroa. **Lehen mailako osasun arretako estalduraren adierazleak**

- Osasuneko «analfabetismo» maila.
- Etxebizitzan edo handik gertu edateko ura eskuragarri izatea.
- Etxebizitzan edo ondoko etxeetan «osasun» instalazio nahikoak izatea.
- Amek eta hurrek tokiko osasun arreta lortzea.
- Trebatutako langileek erditzean laguntzea.
- Hautzaroko gaixotasun infekzioso nagusien aurka txertatuak dauden haurren %.
- Oinarrizko medikamentuak beti eskuragarri egotea.
- Lehenengo mailako eta erreferentziako egiturak irisgarriak izatea.
- Lehen mailako eta erreferentziako arretan biztanleko dauden osasuneko langile mota desberdinen kopurua.

3

Osasun arazoak

1998an, ia 130 milioi jaiotza izan ziren eta 54 milioi heriotza, 5.885 milioi biztanle dituela kalkulatzen den munduko populazioaren gainean. Gainera azalduz, hilkortasun tasa ondoren adierazten den moduan banatu zen, alde batek herrialde garatuak banatuz eta bestetik «baliabide eta sarrera gutxi» dituztenak (World development indicators 1999, World Bank lanean oinarrituriko kontzeptuak).

6. taula. 1998ko heriotza kausak

Heriotza kausak	GUZTIZKOA (milioitan)	%	Sarrera altuak (milioitan)	%	Sarrera ertain/baxuak (milioitan)	%
Gaixotasun transmitigarriak	13,3	24,7	0,4	5,4	12,9	28,1
Amatasuna eta jaiotza ingurukoa	2,6	4,9	0,05	0,7	2,6	5,7
Nutrizio eskasia	0,5	0,9	0,02	0,3	0,5	1,0
Tumore gaiztoak	7,2	13,4	2,0	25,1	5,2	11,3
Gaixotasun kardiobaskularrak	16,7	30,9	3,6	44,7	13,1	28,5
Arnas gaixotasun kronikoak	3,0	5,6	0,4	4,9	2,6	5,7
Transmitigarriak ez diren beste batzuk	4,8	8,9	1,0	2,7	3,8	8,3
Nahitakoak ez diren traumatikoak	3,5	6,5	0,3	4,1	3,2	6,9
Suizidioa, indarkeria, gerra	2,3	4,2	0,2	2,1	2,1	4,6
Guztizkoa	53,9	100	8,0	100	45,9	100

Iturria: Munduko ososunari buruzko txostena. OME, 1999.

Zazpigarren taulak 1998ko kausa indibidualen ondorioko heriotzen banaketa azaltzen du. Zifra horiek berdintsu jarraitu dute ondorengo txostenetan, GIB/HIESaren gorakadaren kasuan izan ezik. Kalkulatutakoaren arabera, horren ondoriozko heriotzak 3,1 milioi izan dira 2004. urtean.

7. taula. **1998ko lehenengo hamar heriotza kausa indibidualak**

	Heriotzak (milioiak)	Guztizkoaren %
1. Gaixotasun koronarioak	7,38	13,7
2. Garuneko gaixotasun baskularrak	5,11	9,5
3. Arnas infekzio akuatu baxuak	3,45	6,4
4. GIB/HIESa	2,29	4,2
5. Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoak	2,25	4,2
6. Gaixotasun diarreikoak	2,22	4,1
7. Jaiotza inguruko prozesuak	2,16	4,0
8. Tuberkulosia	1,50	2,8
9. Biriketako minbizia	1,24	2,3
10. Trafikoko istripuak	1,17	2,2

Iturria: Munduko ososunari buruzko txostena. OME, 1999.

Garapen bidean dauden herrialdeetan gaixotasun infekziosoak eta malnutrizioa bezalako gaixotasun tradizionalak beste batzuk gailentzen ari zaizkie, bihotzeko arazoak, depresioa edo traumatismoak kasu. Horregatik guztiagatik, osasun arazo bakoitzaren benetako eraginaren arabera beharrezko baliabideak eskaintzeko, ahalegin handiak zuzendu dira «gaixotasun bakoitzaren benetako karga» kuantifikatzera, hilkortasunaz gain herrietako garaiz aurreko heriotzak eta ezintasunak ere kontuan edukita. Horrela bada, DALYak (*Disability Adjusted Life Year*) beste herrialde batzuen aldean garaiz aurretik hiltzeagatik edo ezintasunen batekin bizitzeagatik, ezintasunaren mailaren arabera, galdutako urteak islatzen ditu, *DALY bat galdutako bizitza osasungarriko urte bat da*. Ondorengo taulak erakusten duen moduan, gaixotasunen profila guztiz aldatzen da eragiten dituzten heriotzak eta ezintasuna aldi berean hartzen baditugu kontuan:

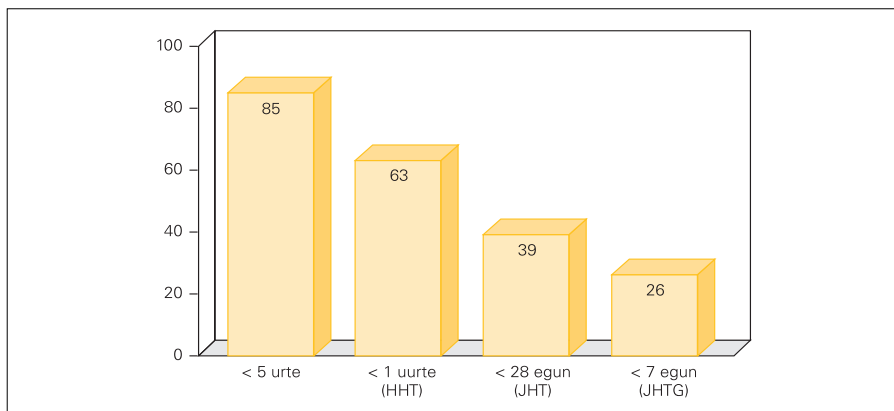
8. taula. **Gaixotasunaren karga, «galdutako bizitza osasungarriko urteen» (DALY) arabera**

	DALY (milioi)	Gutzizkoaren %
1. Jaiotza-inguruko arrazoiak	97,3	6,5
2. Beheko arnas infekzio akutuak	91,4	6,1
3. GIB/HIESa	84,4	5,7
4. Gaixotasun koronarioak	72,1	4,8
5. Depresioa	67,3	4,5
6. Beherakoak	62	4,2
7. Garuneko istripu baskularrak	49,2	3,3
8. Malaria	46,5	3,1
9. Trafikoko istripuak	38,7	2,6
10. Tuberkulosia	34,7	2,3

Iturria: Munduko ososunari buruzko txostena. OME, 2004.

Egoera asko aldatzen da eskualde edo adinen arabera. Oro har, gaixotasun ez transmitigarriek adierazten dute herrialde pobretako DALYen %39, eta herrialde aberatsetako %81. Afrikan, HIESA dago lehenengo lekuan eta malariak, beherakoek eta arnas infekzioek jarraitzen diete, bestalde, industrializatutako herrietan depresioa eta bihotzeko gaixotasunak dira lehenengoak.

5. grafikoa. **Metatutako hilkortasun tasa adin taldeka, garapen bidean dauden herrialdeetako 5 urte baino gutxiagokoen artean, bizirik jaiotako 1.000ko**



HHT= Haurren hilkortasun tasa.
 JHT= Jaioberrien hilkortasun tasa.
 JHTG= JHT goiztiarra.

Iturria: OME, 1996.

Garapen bidean dauden herrialdeetan, 5 urte baino gutxiagoko ia hamar milioi haur hiltzen dira urtero lau kausa nagusirengatik: jaiotza ingurukoak, beherakoa, arnas infekzioak, malaria eta txarranpina. Lehenengoa ez gainerako guztiak malnutrizioari lotuak daudela pentsatzen da.

3.1. ARNAS INFEKZIO AKUTUAK

Arnas infekzio akutuak dira garapen bidean dauden herrialdeetako 15 urte baino gutxiagokoen lehenengo heriotza kausa. Urtero gertatzen diren 2000 milioi kasuetatik kalkulatzen da 400 direla arnas infekzio akutu baxuen (pneumonia) gertakariak eta 4 milioi 2002an izan ziren heriotzak (bi heren baino gehiago 5 urte baino gutxiagokoen artean).

Bost urteak bete bitarte, haur bakoitzak urtean 6-8 gertakari jasaten ditu. Arnas infekzio akutuek adierazten dute herrialde pobreetako kontsulta pediatrikoen %30-50 eta Pediatría sailean egindako ospitaleko ingresuen %20-40.

Pneumonien barreiadura laguntzen duten faktoreen artean, jaiotzean pisu gutxi izatea eta malnutrizioa gailentzen dira. Amagandiko edoskitzerik ez jasotzeak, A bitamina duten elikagaiak ez hartzea, inguruko airearen kutsadurak eta pilaketak ere, neurri txikiagoan bada ere, laguntzen dute.

Arnas infekzio akutuaren aurka borrokatzeko, Osasunaren Munduko Erakundeak (OME) gomendatzen du, lehenik, aipaturiko faktore «laguntzaileei» aurre egitea. Bigarren, kontuan eduki behar da pneumoniak, tratamendurik gabe, %10-20 bitarteko hilkortasuna duela eta ondorioz beharrezkoa izango da forma larriak behar bezala diagnostikatu eta tratatu ahal izatea. Horretarako, osasun zerbitzuek irisgarriak izan behar dute eta langileek adituak izan beharko dute protokolo sinpleen aplikazioan, adibidez, «sukarra, eztula eta arnasketa azkarra duen edozein kasuri» (arnas infekzio akutu ertaina edo larriaren definizio klinikoa) ezarritako jarraibide antibiotiko bat ematea. Hirugarren, txarranpina, tosferina eta difteriaren aurka txertatzea gomendatzen da, horien arnas konplikazioak eragiten baitu heriotzen %15-25.

3.2. MALARIA

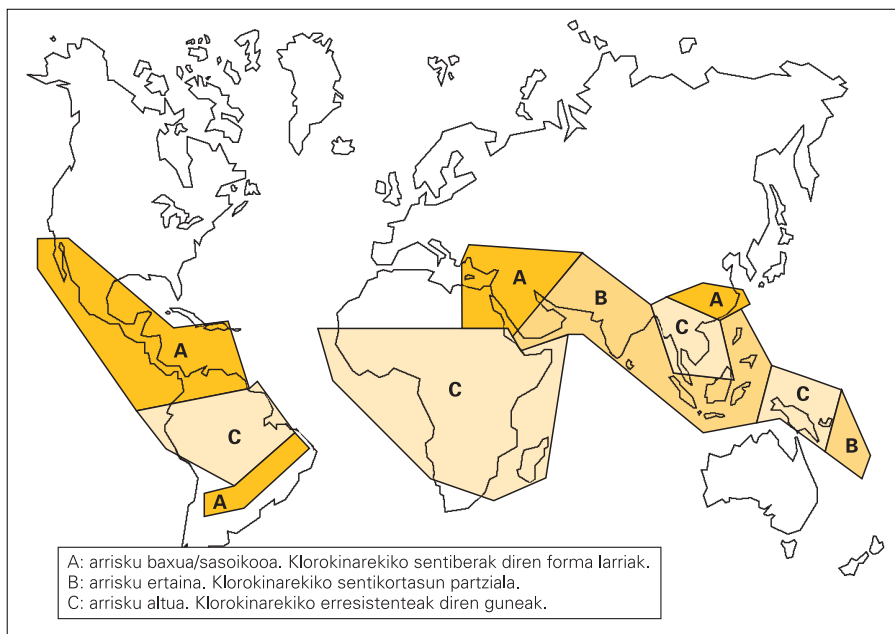
Malaria edo paludismoa *Plasmodium* protozooak sortzen duen gaixotasun kutsagarri bat da, *Anopheles* eltxo emearen ziztadaren bitartez transmititzen dena. Nagusiki sukarra eta

ondoezarekin azaltzen da eta ez bada garaiz tratatzen konplikazio larriak sor daitezke, koma (garuneko malaria), anemia larria edo beste organoen alterazioak kasu. Eragingdako nagusiak adin txikiko haurrak, immuneak ez diren helduak (basoetako edo minetako sasoiko langileak) eta beren lehen haurdunaldietan dauden emakumeak dira. Bazterturiko herriak bereziki ahulak dira: Sudaneko iheslari eremuetan (1985), Tailandian (1987-89) eta Ruandan (1994) hilabeteko intzidentzia mila biztanleko 100 eta 600 kasu bitartekoa izan zen.

Urtero malaria klinikoko ia 300 milioi kasu egoten dira, milioi bat heriotza baino gehiagorekin, eta horietatik %90 baino gehiago Afrika tropikalean gertatzen da. Endemikotasun garrantzitsua dagoen gunetan, anbulatorioetako kontsultetan ikusitako sukar gertakarien %30 paludismoagatik dira. Malaria larriagatik ospitaleratutako haurren arteko %10-30 hil daiteke.

Ondorengo grafikoak malariaren banaketa geografikoa irudikatzen du klorokinarekiko erresistenteak diren guneen arabera eta banaketa hori oinarritzkoa da gaixotasuna prebenitzeko edo tratatzeko politiketarako.

6. grafikoa. **Paludismoaren banaketa geografikoa**



Iturria: OME, 1999.

Malaria eta azpigarapena oso erlazionatuak daude. Gaixotasun horrek gizarte edo ingurumen krisietan hartzen du garrantzia. Munduko biztanleriaren %40 inguru arrisku eskualdeetan bizi da.

45. koadroa. **Eskualde «paludikoen» ezaugarriak**

ESKUALDE EZEGONKORRAK	ESKUALDE POBREA
Aldaketa sozial edo ekologiko handiagoak: — Basoen esplotazioa. — Arazo sozio-politikoak. — Biztanleriaren migrazioak.	Giza eta material baliabide oso mugatuak.
Munduko biztanleriaren %29.	Afrika guztiaren gaineko %9.

Malaria transmisioa baxua, ezegonkorra edo sasikoa den eskualdeetan, zenbait neurrik lagun dezakete paludismoa prebenitzen, ur geldiak kentzea edo etxebizitzak edo eltxo sareak intsektizidekin bustitzea kasu.

Paludismoaren tratamendua azken urteetan azaldutako erresistentziak markatu dute, bereziki Klokinarekikoak (Resochin®) eta ondoren azaldu ziren bere ordezkoe-kikoak. Hilkortasuna murrizteko, gune endemikoetan edo aldeko testuinguruetan, fokalitaterik gabeko sukarrak guztia paludismotzat hartzen da eta susmo klinikoa berehalako tratamendua bihurtzen da. *Plasmodium* espezie desberdinentzat erresistentziak arazo bat direnean edo tratamendua desberdina denean, laborategiko egiaztapena ezinbestekoa da.

3.3. **BEHERAKOAK**

Gaixotasun diarreiko akutuak dira munduan lehenengo gaixotasun kausak, urtean 4 mila milioi gertakaritako (kasu berriak) intzidentzia dute eta heriotza kausa nagusienetakoak dira: 2002an bi milioi heriotza baino gehiago eragin zituzten, eta horietatik %80 5 urte baino gutxiagokoak izan ziren. Garapen bidean dauden herrialdeetan kalkulatu da haur bakoitzak urtean beherakoko 2 edo 3 gertakari dituela eta

hilgarria da 6‰ kasutan (hau da, 1.000 gertakaritik 6 heriotzan amaitzen dira).

Ura, saneamendua, pilaketa eta malnutrizioa bezalako faktoreek beherakoen maiztasuna, barreadura eta larritasuna laguntzen dute.

Inguru tropikalean, rotavirusak dira beherakoen %20-60ren kausa. Beste infekzio kausa batzuekin batera, biberioiak, gaizki prestatutako esne hautsak, azkarregi titia kentzeak, malnutrizioak, txarranpinak edo meningitisak beherakoa eragin dezakete.

Beherako infekziosoak hiru talde handitan sailkatzen dira, ondorengo koadroan irudikatzen den moduan.

46. koadroa. **Gaixotasun diarreiko larri mota nagusiak**

MOTA	BEHERAKOA	DISENTERIA	HESTEETAKO SUKARRA
MEKANISMOA	JARIATZAILEA (TOXINA BIDEZ)	INBADITZAILEA (HANDIKORRA)	SARKORRA (MUKOSA OSORIK)
SINTOMAK	Beherako urtsua eta DESHIDRATAZIOA	Beherakoa odolarekin	Sukarra beherakoarekin edo gabe
ADIBIDEAK	Kolera Birusa	Sigelosia Amebiasia	Sukar tifoidea
TRATAMENDUA	Rehidratazioa	Antibiotikoak (erresistentziak ohikoak dira)	

Pena merezi du shigela bidezko disenteria eta kolera bezalako bi patologien arteko desberdintasunetan sakontzea. Hasteko, 100 germen baino gutxiago behar dira sigelosia kutsatzeko eta, aldiz, 100 milioi baino gehiago irentsi behar dira kolera harrapatzeko. Lehenengoaren tratamendu eraginkorra erresistentziak azaltzen direlako geroz eta garestiagoak diren antibiotikoekin egiten da, toxina kolerikoaren ondorioko beherakoa, aldiz, aho bidezko berridratazio gatzekin tratatzen da. Goman, 1994ko uztailean, Ruandako iheslarien artean 60-80.000 kasu kolera agertu ziren aste gutxitan eta hasieran eguneko mila bat hildako izaten zirelarik. Hala eta guztiz ere, larrialdi testuingurutik kanpo, singelosiak 200 milioi pertsoneri eragiten die urtean eta 650.000 hildako

baino gehiagoren kausa da. Hala 1996an nola 1997an, kolera izan zen urtean deklaraturako 150.000 bat kasu eta 6.000-7.000 heriotzen kausa.

Beherakoen prebentzioak edo profilaxiak ondorengo alderdiak biltzen ditu:

- Amagandiko edoskitzea.
- Norberaren eta etxeko higiena (eskuak garbitzea, elikagaiak manipulatzeko).
- Zaborra ateratzea.
- Eulien kontra borrokatzea.
- Komunak instalatzea.
- Edateko ur irisgarria.

Behin gaixotasuna harrapatuta, konplikazio larriak prebentzeko modurik onena aho bidezko berridratazio gatzak dira. Antidiarreikoak («beherakoa mozteko» medikamentuak) oso kaltegarriak izan daitezke eta egoera «gogaikarri-tara» bakarrik mugatu behar da, hegazkineko eta autobuseko bidaia kasu.

Aho bidezko berridratazio gatzak presta daitezke litro bat ur irakin eta hozten utzi ondoren 4 koilarakada azukre, 2 gatz apur eta zaporea hobetzeko fruta zukutu bat gehituz. Azukrea duten edariak oro har, ohiko freskagarrien moduan, erabilgarriak dira baita ere, baina askoz ere garestiagoak ere bai.

3.3.1. **Beherakoak saihestea: ingurumen osasuna**

3.3.1.1. ***Edateko ura***

Giza ingurunean (ura, elikagaiak, airea eta lurra) patogeneoak egotea da ingurumenetik zuzenean ondorioztatzen den mundu mailako arazo nagusia. Herrialde edo giro pobreetakoak diren gaixotasun gehienak ur ezaren edo kutsatuaren ondorio dira.

Ura baliabide finitua, ahula eta bizitzarako ezinbestekoa da eta bere kudeaketa beharrezkoa da. Lurrean dagoen guztizko uraren %97 gazia eta kontsumorako desegokia da. Gainerakotik, hiru laurden glaziarretan daude, %0,75 lurpeko urak dira eta lakuetan eta ibai handietan bildutako lurrazaleko ura baliogabea da. Kalkulatzen da erraz bildu eta berehala erabilgarri egon daitekeen ur geza ez dela guztizkoaren %0,03ra iristen.

Egun lau joera arriskutsu daude uraren inguruan: gehiegizko kontsumoa, kutsadura, lehorteak eta uholdeak. Emakumeak funtsezko papera du uraren hornikuntzan, kudeaketan eta babesean. Ingurumeneko saneamenduak ingurumenean eragitea du helburu, norbanakoen osasunarentzat eta osasun publikoarentzat kaltegarria izan ez dadin.

Edateko urtzat hartzen da tarteka edo maiz edaten duenari nahasketarik eragiten ez diona. Kontsumitzaileek onar dezaten ez du kolore, uhertasun edo usainik eduki behar eta zapore atsegina izan behar du.

Urarekin erlazionaturiko gaixotasunak transmisio mekanismoen arabera sailka ditzakegu:

1. Urak barreiatzen dituenak (adibidez kolera, A hepatitis, sukar tifoidea, amebiasia). Iraizkinak edo hondakin urek kutsaturiko urak patogenoen garraio pasibo gisa jokatzen du eta infekzioa edatean gertatzen da. Ura egoki tratatuz eta iturriak eta hornidura sistemak babestuz uraren kalitatea hobetzearen bitartez prebenitzen dira.
2. Urarekin «garbitzen direnak» (gaixotasun diarreiko akutua, sarna, konjuntibitisa). Infekzioak higiene eta ur faltatik sortzen dira. Desagertzea uraren kantitatearen esku dago kalitatearenean baino gehiago.
3. Uretan oinarria dutenak (eskistosomiasia, bilharziosia ere deitua). Infekzioa uretako ornogabe bat tarteko ostalari gisa erabiltzen duten helminteen ondorio da eta gaixoak uraren bitartez du helmintekin kontaktua. Kutsatutako urekin kontaktua murriztuz eta moluskuen biztanleria kontrolatuz prebenitzen da.
4. Uretan garatzen den intsektu-bektore batek eragiten dituenak (paludismoa, dengea, filarisia, onkozerkosia). Infekzioa urean hazten diren edo horren inguruan bizi diren intsektuen bitartez transmititzen da. Prebentzioa: lurrazaleko uren bilketa, ur geldiak saihestea, bideratzeko sistema itxiak erabiltzea,...

Uraren kontsumoak kontsumitzailea eta hornikuntza lekua-
ren arteko distantziarekin erlazio zuzena du. Pertsona batek behar duen gutxieneko ur kantitatea larrialdi egoeratan eguneko 5 litrokoa da, nahiz higienea, elikagaiak prestatzea, garbiketa eta beste hainbat bezalako oinarrizko beharrak kontuan hartzen baditugu, zifrak eguneko eta pertsonako 15-20 litrokoa izan behar duen (laborantzak eta ganadua ez dira ahaztu

behar). Mendebaldean egunean 450 litro kontsumitzen dira pertsonako.

Ura hiru jatorri nagusitatik jasotzen da: euria (mineral falta edukitzeak eragiten du ez egokia izatea epe luzerako kontsumorako, gerta daitezkeen balizko gabeziengatik), azalekoa edo sakonekoa. Ia ur guztiak erabil daitezke, baina batzuk besteek baino arazketa tratamendu gehiago behar izango dituzte. Beharrezkoa izango da analisi fisiko-kimiko (pH eta uhertasuna bereziki) eta bakteriologiko bat (koliforme fekalak eta patogenorik ohikoenak) egitea. Ura jasotzeko leku bat aukeratzeko ingurua ere zehaztu beharko da: animalien irisgarritasuna, irolak, zaborteziak, laborantzak, eta abar badauden. Era berean, jendeak erabiltzen dituen garraio ontziak eta erabilitako urak bildu eta kentzeko baldintzak zehaztu behar dira, bai eta kostu ekonomikoa ere.

47. koadroa. **Kontsumorako uraren kalitatearen parametroak**

PARAMETROA	GOMENDATURIKO MAILA ONARGARRIA
Uhertasuna	5 MOU (1 MOU kloroarekin tratatuko denean)
Kolorea	15 TCU (benetako kolore unitateak)
Zaporea eta usaina	Kontsumitzaile gehienentzat ez da kaltegarria
Koliformeak /100 ml	3 (gehienekoa)
Koliforme fekalak	0
pHa	6,5-8,5
Hondar kloroa	1-2 ppm (mgr/litro) (erraz neur daiteke igerilekuetako Test-chlorer batekin)

Behin ur iturria aukeratuta, lanak —bilketakoak, garraio-koak, banaketakoak— nola egingo diren pentsatu beharko da. Lurrazpiko uretan, putzuaren birsorkuntza ahalmena aztertu (bukatzeko arriskua) eta ponpaketa sistema mekanikoa edo eskuzkoa ezarri beharko da. Ez dira ahaztu behar beharrezko mantenua, konponketa kasuetarako ordezkoko piezak eta eskulana aurkitzeko aukera, bai eta horri guztiari lotutako kostua ere. Lurrazaleko urak erabiltzerakoan, garraioa grabitatezkoa izango da gehiegi ez garestitzeko eta uraren

tratamendurako gordailu sistema, dekantagailu edo filtro batetara eta handik banaketa sistemara eramateko. Ezinbestekoa da harguneak edozein kutsaduratik babestea.

Uraren kalitatea bermatzeko modu bakarra tratatzea da, nahiz eta iturria konfiantza osokoa dela iruditu.

48. koadroa. **Ura tratatzeko metodoak**

1. Sedimentazioa.
2. Filtrazioa.
3. Desinfekzioa:
 - Metodo fisikoak: erradiazioa, irakitea.
 - Metodo kimikoak: klorazioa, iodoa, permanganatoa, ozonoa.

Filtro sistemak erabilgarriak dira familia mailan edo osasun zerbitzuetan. Poro tamainak zehazten du hartzen den patogeno kopurua, baina filtrazio abiadura alderantziz proportzionala da eta geldoegia izatera irits daiteke (litro bat ordukora iritsiz). 15 egunero irakitea, garbitzea eta eskuilatzea gomendatzen da eta urtero aldatzea. Komunitate mailan erabilgarria izan daiteke hondarretako filtrazio geldoa.

Uhertasuna dagoenean 20 minutuz irakitea da prozedurarik eraginkorrena. Hala eta guztiz ere, ura 20 minutuz irakiteko beharrezko erregaiak kostu altua suposatzen du herrialde pobreetan, batez ere basamortu guneeetan. Efektua gal daiteke hozteko kutsatutako ontzietan jartzen bada.

Klorazioa da desinfektatzeko modurik merkeena, eta gainera eragina gehien mantentzen duena, nahiz eta nolabaiteko usain eta zapore ezatseginak sortzen dituen.

49. koadroa. **1.000 litro urentzako klorazio kalkulua**

Sodio hipoklorittoa (%12,5)	48 gr (*)
Kloro gasa (despresiotzailea/dosifikatzailea behar du) . .	6 gr
Kare kloruroa (%25)	24 gr
Kaltzio hipoklorittoa (60%)	10 gr

(*) Erabiliena.

Oro har, hasiera batean edateko ura kutsatzea saihestu beharko litzateke (iturriak babestea). Ondoren, sedimentazioaren bitartez esekiduran dauden solidoak kendu beharko lirateke. Kontsumitu baino lehen ura filtratu beharko litzateke eta beranduago kloratu.

Komunitate bateko ur banaketa puntuak ondorengo koadroan irudikatzen diren parametro erabilgarri batzuk zehazten dituzte.

50. koadroa. **Erreferentzia interesgarriak**

- Eskuzko bonba batek 1.000 litro/ordu ematen ditu.
 - Eskuzko bonba bat 500-750 pertsonako.
 - Iturri batek 200-250 pertsona inguru hornitzen ditu.
 - Iturriaren zorra 5 litro/minutu baino gehiago.
- Iheslarien edo baztertuen herrietan:
- Tangek etxebizitzetatik 30 metrotara egon behar dute.
 - Gehienez 6-8 iturri banaketa unitateko.
 - 250-500 gramo xaboi/pertsona/hilabete.

Osasun egiturek normalean etxeko kontsumokoak baino ur kantitate handiagoak behar dituzte. Ondorengo zifrek ospitale edo osasun zentro batetako ur beharra kalkulatzeko aukera ematen dute jardueren mailaren arabera, sukaldea, zoruak garbitzea, eskuak garbitzea, sendaketak edo ebakuntza gelan erabilitako oihalak garbitzea barne.

51. koadroa. **Osasun egituretako ur beharrak**

Sukaldea	5 litro/pertsona/egun
Sendaketak	0,5 litro/kontsulta
Ospitaleratutako gaixoak	5 litro/pertsona/egun
Interbentzio kirurgikoa	50 litro/interbentzio (*)
Oihalak eta txabusinak garbitzea . .	100 litro/interbentzio

(*) Esterilizazioa, instrumentuak garbitzea, eskuak garbitzea, etab.

Ur filtroak oso erabilgarriak dira osasun egituretan, bereziki, eskuen garbiketa kirurgikoan, sendaketetan, soluzio anti-

septikoen prestakuntzan, laborategian eta gaixoei edaten duten urean.

3.3.1.2. **Irolak**

Iraizkinak kontrolatzeko beharra giza kontsumora zuzendutako ura kutsatzeko duten ahalmenetik dator.

Pertsona bakoitzak egunean gutxi gorabehera kilogramo bat irazkin sortzen ditu, hau da, gordinen litro bat. Prakti-

52. koadroa. **Irol batek bete behar dituen baldintzak**

1. Lurrazpiko eta lurrazaleko ura ez kutsatzea, ondorioz:
 - Ibaiaren emaritik urrun kokatu behar da.
 - Putzu edo ibaietatik 30 metro baino gehiagora (nahiz eta terenoaren iragazkortasunaren arabera den).
 - Hondoa maila freatikotik 1,5 metro baino gorago.
 - Leku lehorra, ondo drainatua eta ibaiaren ur goraldien mailaren gainetik.
2. Etxebizitzetatik edo eraikuntzetatik (ospitaleetatik) 6 metro baino gehiagora kokatua, baina ez erabili gabe uzteko bezain urrun.
3. Intsektuentzat irisgarria ez izatea:
 - Zuloentzat estalkia izatea.
 - Aireztapen hodia oihal metalikoarekin estaltzea.
4. Animalientzat orokorrean helezina izatea:
 - Atea edo
 - Egitura kiribila.
5. Instalazio garbia eta usain txarrik gabekoa izatea:
 - Bere kokapenean haize nagusiak kontuan edukitzea.
 - Iraizkin berriak ez dira manipulatu behar.
 - Aireztapen sistema (ahal bada euliak sartzea eragotziko duen oihal metalikoarekin).
6. Hurrek erabiltzeko modukoa eta beraientzat arriskutsua ez dena (zuloaren diametroak haur bat bertatik ez erortzeko modukoa izan behar du).
7. Eraikuntza sinplekoa eta mantenu merkekoa izatea.
8. Ahal bada gauerako argiztapena izatea.

kan, bolumena txikiagoa da, oso zaila baita gernu guztia iroletan jasotzea, eta hori oso garrantzitsua da zenbait inguru endemiko berezitan.

Irolak ez badira etxebizitzekiko eta ur iturriekiko leku egokietan jartzen kutsadura fekala handitzen lagun dezakete kontrolatzen baino gehiago. Idealki, irol bat egongo da 20 pertsonako, nahiz eta mantenerik onena famili mailan egiten den. Irola komun en edo komunitateko egituretako en (ospitaleak edo kontsultategiak) mantenua oso zaila da, ezatsegina delako, kasu horietan, konponbide errealista bakarra zeregin horregatik kobratuko duen taldeari beharrezko materiala ematea da.

Eraikitze ko irol ik sinple eta azkarrena zulokoa da, zulo bat eta tapa bat duen zementuzko tapa batekin estaltzen dena. Bere eragozpen nagusia da maila freatikokan kutsadura egon daitekeela ez badira segurtasun distantziak errespetatzen. Ongarritarako irol lehorrek mantenu sofistikuatuko eskatzen dute eta txiza alde batetik eta irazkinak bestetik egin behar izatearen zailtasuna du, baldintza hori betetzen ez bada ez baitira ez ongarririk ez eta lehorrak ere.

53. koadroa. **Irol baten bolumena**

$$V = C \times P \times N + 1$$

C = edukiera pertsona eta urteko (0,06 m³ gutxi gorab.)

P = erabiltzaile kopurua

N = urte kopurua, izanik

Adibidez, 20 pertsona eta 10 urtetarako irol batek $(0,06 \times 20 \times 10) + 1 = 13 \text{ m}^3$ neurtu beharko du, 2,6 m²tako azaleraren eta 5 m-ko sakontasunaren baliokidea dena.

Iraizkinen gainean larbak ugaltzea eragotzi daiteke astero karea, zaldi gorotza, gasolioa edo petrolioa boteaz. Irolak itxi egin behar dira eginkariak goiko mailatik 50 cm gailentzen direnean.

3.4. **TUBERKULOSIA**

Pentsatzen da munduko biztanleriaren heren bat *Mycobacterium tuberculosis* (Koch-en bazilo edo KB ere deituak) infektaturik dagoela. Kalkulatzen da urtero 8 milioi gaixo gehiago daudela (1998) eta horietatik 619.000 GIB (+)

dira. Afrika edo Asiako hego-ekialdeko eskualde pobreetan bere prebalentzia tasa 200 ingurukoa da ehun mila biztanleko, hau da, gune horietako mila biztanletik bik tuberkulosia dute (Latinoamerikan erdiak). Urtean hiltzen diren ia 2 milioi tuberkulosoetatik, 365.000 GIB (+) dira, eta ondorioz estatistiketan HIESaren ondorioko heriotzak bezala azaltzen dira.

Gaixotasun horren gorakadaren kausen artean hauek aipa ditzakegu:

1. Hazkunde demografikoa:

- baldintza sozio-ekonomikoen okerragotzearekin,
- migrazio mugimendu masiboekin,
- pilaketarekin eta
- malnutrizioarekin.

2. GIB bidezko infekzioak ugaritzea.

3. Programen eraginkortasun eza (TB erresistente-anitza).

Tuberkulosi (TBC) formarik arruntena biriketakoa da, arratsaldeko sukarra, ahultasun garrantzitsua eta eztula, batzutan odolarekin, dituena ezaugarri. Beste batzuetan lepo guztian azaltzen diren gongoilen bidez azaltzen da. Badaude tuberkulosi forma barreiatuak ere, genitaletakoa, giltzurrunetakoa, hesteetakoa, meningitisekoa edo artikulazioei eragiten diena. Biriketako TBCaren lehen mailako arretako susmo adierazgarririk garrantzitsuena hilabete baino gehiagoko eztula da, bereziki odoldun flemak ateratzen badira. Beste formak diagnostikatzeko oso zailak izaten dira, ez bada izaera kroniko eta ahulgarria dutela eta jasotako tratamendu antibiotikoen eraginik ez dietela egin.

GIB(+) gaixotasuna dutenen %40-50ek hartzen dute TBCa Afrikan, eta heriotzen %40 eragiten ditu. Era berean, GIBarekin infektatuta daudenengan maiztasun handiagoarekin agertzen dira birika-forma lausoak, bereziki ganglioetakoena eta meningekoa.

KB(+) gaixo deitzen zaio baziloa espektorazioarekin kentzen duenari eta ondorioz, kutsagarria denari. Bere kontaktuetatik, kalkulatu da %5 infektatuak geratuko direla. Horietatik %5-10ak gaixotasun tuberkulosoak garatuko du kutsapenaren ondorengo 5 urteetan eta gainerakoek infekzio kroniko sorra edukiko dute, alkoholismoa, desnutrizioa, adinean aurrera joatea edo GIBak infektatuta ego-

tea bezalako faktoreek lagunduta gaixotasun bihur daitekeena (%5-15).

Osasunaren Mundu Erakundeak tuberkulosiaren kontrako jardunean duen helburua dauden BK(+) kasuen %70 dektatzea eta horien %85 sendatzea da. Larrialdi kasueta-koak ezik (meningitis eta tuberkulosi barreatua), KB(-) formak ez dira hain larriak eta ez dira kutsakorak, beraz ez dira lehen-tasunezko zat jotzen.

Herrialde pobreetan eta lankidetzatza programen ohiko tes-tuinguruetan, koska tratatzea edo ez tratatzea da, tratamen-du desegokia emateak gaixotasunaren forma kutsakorra han-ditzea baitu ondorio, hasieran hobetu egiten delako eta forma erresistente-anitzak transmititzen dituelako. Osasun publikoari dagokionez, %60-70 baino baxuagoa den senda-keta tasak programa bat alferrikakoa edo negatiboa bihurtzen du biztanleriarentzat. «Ongi tratatzeak» praktikan OMEaren «DOTS» izeneko estrategia (Zuzenean Behatutako Trata-mendua) aplikatzea eskatzen du. Estrategia horrek honako alderdi hauek ditu oinarri:

1. Diagnostiko mikroskopiko egokia.
2. Tratamendu-erregimen laburra, 3-4 sendagairekin 6-8 hi-labetetan, zuzenean behatuta fase intentsiboaren ka-suan (erasoaldietan), betiere errifanpizina erabiltzen bada, eta berriz eman beharreko tratamenduetan.
3. Etengabeko hornikuntza.
4. Emaizten erregistroa eta ebaluazioa.
5. Konpromiso politikoa.

Aurrez adierazitakotik ondorioztatzen den moduan, inoiz ez da tuberkulosiaren aurkako programa bat hasi behar ez badira ondorengo koadroan adierazten diren gutxieneko bal-dintzak betetzen.

Tratamendua bi alditan banatzen da: 1) hasierakoa («erasokoa» deiturikoa), sintomen kontrol ona lortu eta espektorazioko baziloa desagerrarazten duena, gaixoak kutsakorak ez izatea egiten duena, eta 2) mantenukoa, behin betiko sendaketa ahalbidetzen du, hozia organismo-tik desagerrarazten du. Bigarren aldi horretan gaixoak ondo sentitu ohi dira, ia sintomarik gabe, eta ondorioz oso erraza da tratamendua utzi nahi izatea (benetan sendatuak egon gabe). Gainbegiraketa on bat bihurtzen da gaixobe-rritzeak eta KBa erabilitako medikamentuekiko erresisten-tea izatea saihesteko modu bakarra. Logikoki, tratamendu

54. koadroa. **TBCaren aurkako programa bati ekiteko gutxieneko baldintzak**

1. Larrialdiak eta oinarrizko lehenetsunak kontrolatuak egotea.
2. Eskualde egonkorra, epe luzerako proiektua (12-15 hilabete baino gehiago).
3. Protokolo terapeutiko bat ezartzea (baldin badago estaturakoa lehenetsi behar da).
4. Laborategi gaitua (ez da X izpirik behar).
5. Ikuskatzaile aditua eta egonkorra.
6. Bertan behera uzteak aktiboki jasotzea.
7. Beharrezko erregistroak: laborategia, fitxa indibiduala, etab.
8. Funtzionamenduaren balioztapena.
9. Hornikuntza arrunta eta gutxienez 3 hilabetetako segurtasun stocka, ezarritako epean (6 hilabete edo gehiago) 3-4 medikamenturekin emandako tratamendua osatzea ahalbidetuko duena.
10. Tratamendua jarraitzea «laguntzen dutenak» (adibidez, elikadura osagarriak, bereziki «eraso aldia» zehar).

motzagoetako protokoloak (6-8 hilabete) merkeagoak dira epe luzera, gainbegiraketa errazten dutelako eta bertan behera uzte kasuak, eta ondorioz erresistentziakoak, murrizten dituztelako.

Tratamendua gainbegiratzeko, gutxienez, hau egin behar da:

- Hartualdiak zuzenean behatzea, bereziki Rifampizina-rena.
- Ospitaleratzea beharrezkoa da (Eraso aldia).
- Bertan behera uzteak aktiboki jasotzea.
- Elikadura osagarriak.
- Langileen eta gaixoen arteko konfiantza erlazioa.

Baldintzak betetzen badira, hasieran hilabete baino gehiagoan zehar ez tula duten eta osasun zentroetara beren borondatez joaten diren gaixoen espektrazioak mikroskopioan analizatu (lehenengo aldia: diagnostiko pasiboa) eta KB(+) kasuak tratatu besterik ez du egin behar programak. Sendaketa tasa %85 baino handiagoa bada

eta baliabide nahikoak badauzkagu, kontaktu zuzenen bilaketa aktibora pasa gaitezke, batez ere 5 urte baino gutxiagoko haurrengan, eta ondoren diagnostiko orokorrera. Azken aldia, aurrekoak bermatu ondoren, KB(-) sartzea izango litzateke.

3.5. SEXU BIDEZ TRANSMITITUTAKO INFEKZIOAK ETA HIES-A

Sexu bidez transmititutako infekzioak (STI) dira 15 eta 44 urte bitarteko helduen bost kontsulta kausa nagusietako bat Afrikako herrialde askotan. Osasunaren Mundu Erakundearen arabera (1997ko txostena), sexu bidez transmititutako gaixotasunen 385 milioi kasu berri agertu ziren 1996an.

Garapen bidean dauden herrialdeetako sexu bidez transmititutako gaixotasunen intzidentzia altua zehazten duten faktoreen artean hauek aipa ditzakegu:

1. Kultura faktoreek zehazten duten sexu jarrera (poligamia barne).
2. Faktore demografikoak:
 - Sexualki aktiboa den adinean dagoen biztanleria gaztea.
 - Jaiotze tasa altua eta haurren hilkortasunaren beheakada.
 - Migrazio tasa altuak eta urbanizazio azkarra, sexu komertziala laguntzen duena.
3. Faktore ekonomikoak (ezegonkortasuna, pobrezia).
4. Gatazkak.
5. Tratamendu desegokiak, berantiarrak edo osatugabeak (eta, ondorioz, antibiotikoen kontrako erresistentzia handiagoak), eta erabilgarritasun-arazoak.
6. Osasun zerbitzuen irisgarritasunean eta onespenean zailtasunak.
7. GIB bidezko infekzioaren eta beste STGen arteko elkarrekintza.

Hainbat giza talde «arrisku-taldetzat» hartzen dira, hala nola prostitutak (Commercial Sex Workers), haien bezeroak, gaueko lokaletako langileak, militarrek (Malawi eta Botswanako armadetan, seropositiboaren prebalentzia %75 eta %80 da, hurrenez hurren), kamioilariak eta, oro har, etxetik kan-

po denboraldi luzeak ematen dituzten pertsonak, ikasleak barne. Gaur egun, ez dira «arrisku-taldeak» aipatzen, «arrisku-jarrerak» baizik.

STGen kontrolak infekzioaren transmisioa eten eta konplikazioen garapena prebenitu nahi ditu, hanturazko gaixotasun pelbikoak (jatorri genitaleko peritonitisa), uteroz kanpoko haurdunaldiak, ugaltu ezina, uteroaren lepoko minbizia, sortzetiko sifilisa eta jaioberriaren konjuntibitisa kasu.

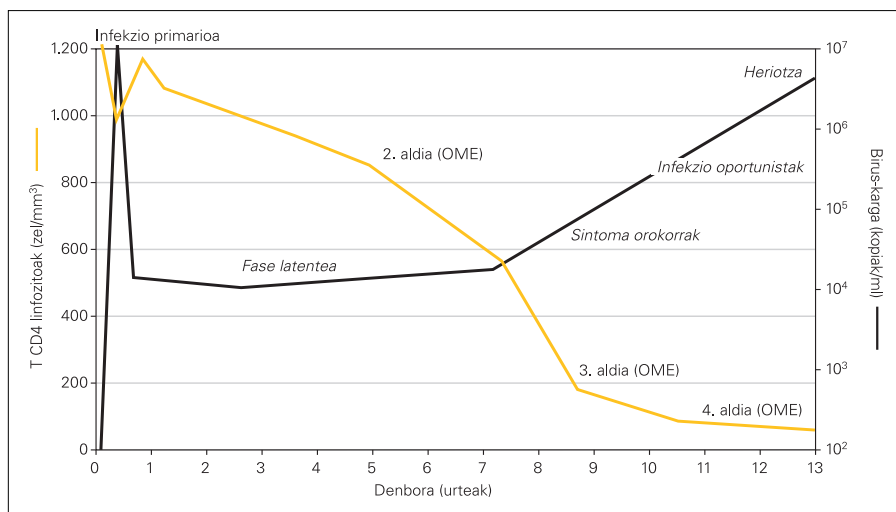
Hainbat metodo daude gaixotasun talde hori kontrolatzeko:

1. Infekzioa hartzeko arriskupean egondako denbora murriztea: arriskuan daudenen hezkuntza lantzea, bikote sexualak murrizteko, eta aholku egokia.
2. Preserbatiboak eta barrerako antikonzeptiboak erabiltzea sustatzea.
3. Diagnostiko goiztiarra erraztea eta tratamendu egokia bermatzea indibiduo sintomatikoek, asintomatikoek eta beren bikote sexualeri, horrela konplikazioak eta etorkizuneko transmisioak murriztuz.

STGen tratamendua gehienetan lehen mailako arretako zerbitzuetan egiten da, non manei errazeko protokoloak ezarri daitezken (behar diren), gaixoen eta beren bikoteek tratamendu egokia ematea, hezkuntza eta preserbatiboak sustatzea ahalbidetzen duena.

HIESa GIB bidezko infekzioaren azken aldia da. Birusak T-CD₄ linfozitoak infektatzen ditu, eta ADNan sartzen da. Zelula aktibatzen den bakoitzean, birusa erreplikatu egiten da eta beste T₄ zelula batzuk infektatzen ditu. Infektatutako zelulak deusezteak gizabanakoa infekzio oportunistekiko sentikorra izatea eragiten du. Oro har, antigorputzak infekzio hartu eta 3-6 hilabetera nabarmentzen dira («leiho» izeneko aldia). Seropositiboen %50ek HIES gaixotasuna garatzen dute 10-12 urtetan. Gainerakoek immunosupresio-klinikaren bat azaltzen dute (infekzio oportunistak) eta, oro har, onartzen da lehenago edo beranduago guztiek gaixotasuna garatuko dutela. HIESa garatzen denean, hau da, CD₄ linfozitoak 200/mm³-tik behera geratzen direnean, heriotza bi urte ingurutan gertatzen da (garapen-bidean dauden herrialdeetan lehenago). Ondoko grafikoan, gaixotasunaren bilakaera naturala ikus daiteke, birus-kargaren handitzea immunitatearen pixkanakako murriztapenarekin eta sintomen areagotzearekin erlazionatuta.

7. grafikoa. HIESaren bilakaera naturala



Iturria: Mandell, *Infectious Diseases* estik egokituta.

Garatutako herrialdeetan, heriotza, nagusiki, *Pneumocystis carinii* bidezko pneumoniaren ondorio izaten da. Garapen bidean dauden herrialdeetan, batez ere TBC eta pneumonia neumokozikoaren ondorioz.

xx. mendearen bigarren erdialdean osasun-aurrerapen handiak egin badira ere, datozen 10 urteetan HIESak bizitxaropena 25-40 urtetan murriztuko duela aurreikusita dago. Kalkulatutakoaren arabera, 2004. urtearen amaieran 40 milioi lagun bizi dira GIBarekin (seropositiboak), eta %47 emakumezkoak dira. Erdiak baino gehiago 25 urtetik beherakoak dira. HIES gaixotasunaren kasuen %90 baino gehiago garapen-bidean dauden herrialdeetan agertu dira. Seropositiboek dagokienez, ia 26 milioi Afrikan bizi dira, eta 7 milioi Asia-ko hegoaldean eta hego-ekialdean.

OMEaren arabera, Afrikan 11 heldutatik bat seropositiboa da, harreman heterosexualen bidezko transmisioaren ondorioz batez ere, eta emakumezkoak dira nagusi (%57). Afrikako ekialdeko eta erdialdeko zenbait hiri handitan, %30era bitarteko prebalentziak agertzen dira, eta erraz gainditzen da %50eko proportzioa arrisku-taldeak berariaz aztertzen badira (hala nola prostitutak edo sexu bidez transmititutako infekzioak hartu dituztenak).

STI-HIESak 3 milioitik gora heriotza eragin ditu 2004an, eta beste 5 milioi lagun infektatu dira.

Transmititzeko hiru modu nagusi daude:

- Sexuala (baginatik edo uzkitik).
- Parenterala: odol transfusioak edo deribatuak (adibidez, hemofilikoetan VIII. faktorea), bide parentalaren bidezko (ADVP) drogazaleek banatutako orratzak edo esterilizatu gabeko orratzekin egindako injekzioak.
- Bertikala (jaiotza ingurukoa), amarengandik semearengana, uteroan erditzean edo edoskitze naturalaren bidez.

HIESaren transmisioa errazten duten faktore nagusiak sexu-bikotekide ugari izatea eta preserbatiborik ez erabiltzea dira. Transmititzeko aukera handiagoa da birus-karga handieneko faseetan (infekzio primarioan edo aldi aurreratuetan), uzki-penetrazioetan (hartzailearengan) eta sexu bidez transmititutako infekzioen kasuan, ultzerosoetan batez ere (arriskua 10-100 aldiz handiagoa da). Gizonezkoarengandik emakumezkoarenganako transmisioa emakumezkoarengandik gizonezkoarenganako transmisioa baino 8 aldiz maizago agertzen da (faktore biologikoa: mukosaren kantitatea). Sexu-portaera faktore sozial, ekonomiko eta kulturalen arabera da, honako hauek barne hartuta: migrazioa, urbanizazioa, egoera zibila, prostituzioa eta merkataritza-bide garrantzitsuetan bizitzea. Hala eta guztiz ere ez dugu ahaztu behar infektaturiko emakume gehienak ez direla arrisku handiko taldeetakoak (Afrikan infektaturiko emakumeen %50-80k bikote sexual bakarria dute: beren senarra).

Jarraian irudikatzen da birusa hartzeko arriskupean behin bakarrik egonda kutsatzeko probabilitatea.

9. taula. **GIBa hartzeko arriskupean behin bakarrik egonda kutsatzeko probabilitatea**

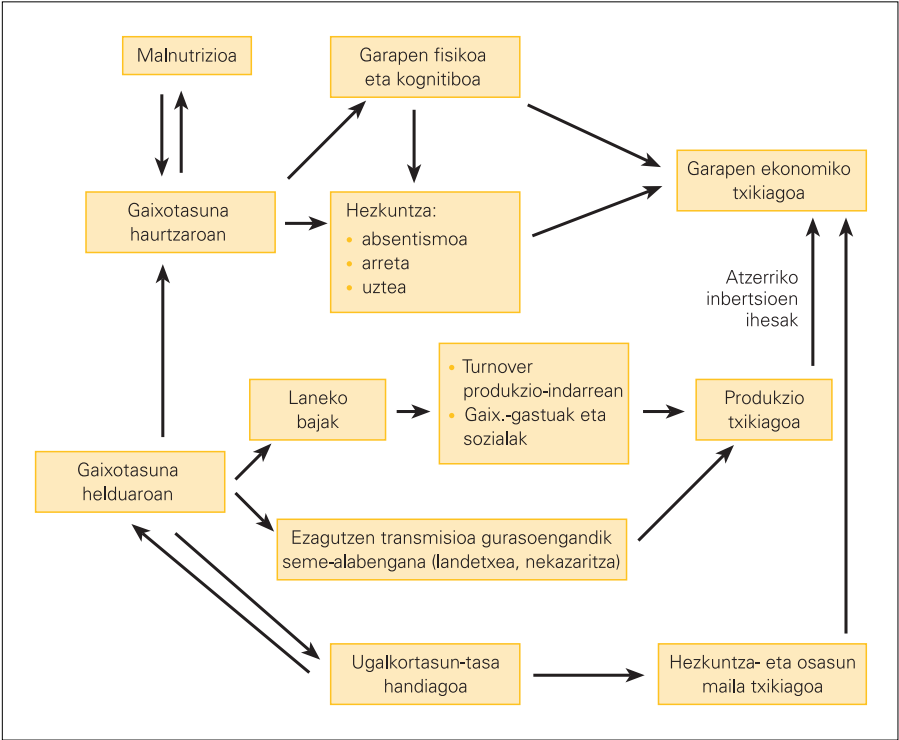
Gutzizkoaren %	Arrisku mota	Kutsatzeko probabilitatea
%3-5	Odola eta deribatuak	%90 baino gehiago
%5-10	Jaiotza ingurukoa	%30
%60-70	Heterosexuala	%0,1-1
%5-10	Homosexuala	%0,1-1
%5-10	Droga injehtagarriak erabiltzea	%0,5-1
%0,1 baino gutxiago	Osasun zaintzak	%0,5 baino gutxiago

Iturria: OME, 1992.

Munduko zenbait lekutan, HIESa helduen ospitaleratzeen eta heriotzen arrazoi nagusia da, eta horrek neurritz kanpoko eragin sozio-ekonomikoa sortzen du. Saharaz hegoaldeko Afrikako zenbait herrialdetan, ospitaleetako oheen %39-70 HIESari lotutako sintomak dituzten gaixoei hartu dituzte. Gainera, 16 herrialdetan, GIB/HIESaren tratamenduaren kostua BPGaren %3-5 ingurukoa da (duela hamarkada bat osasun-aurrekontu osoa zen herrialde horietan BPGaren %3). TBcak munduan izan duen hazkundera, neurri handi batean, GIB bidezko infekzioak eragin du.

Gaixotasunak, zalantzarik gabe, ongizatearen galera dakar oro har, diru-sarrera txikiagoen (osasun-gastuengatik eta lan-aukera txikiagoengatik), bizitza-luzera txikiagoaren eta alderdi psikologikoen ondorioz. Kalkulatutakoaren arabera, HIESak Afrikako BPGa %12 inguru murriztea dakar. Ondoko grafikoan, gaixotasunaren eta azpigarapen sozio-ekonomikoaren arteko erlazioa agertzen da.

8. grafikoan. **HIESaren eta azpigarapenaren arteko erlazioa**



Iturria: GIB/HIESaren munduko epidemiari buruzko txostena, UNAIDS, 2003.

«Mugarik gabeko Medikuen jardun-politika GIB/HIESaren inguruan» izenekoak gaixotasunari eta horren ondorioei aurrea hartzeko eta aurre egiteko jardueren multzoa barne hartzen du:

1. Odol-transfusio zentzuzkoak eta seguruak:
 - Kopurua murriztu.
 - Odolaren ordezkioak erabili.
 - Odol-emaileak hautatu: arriskuei buruzko galdera sortak, ez ordaindu.
 - Transfusioaren aurreko analisi sistematikoa.
 - Anemiari aurrea hartu eta tratatu.
2. Injekzio seguruen zentzuzko erabilera.
3. «Arreta-neurri unibertsalekiko» errespetua.
 - Objektu zorrotzen manipulazio/desagerrarazte segurua.
 - Esterilizazioa.
 - Eskuak garbitu.
 - Gorputz-likidoez babesteko oztopoak erabili: esku-larruak, maskarak, betaurrekoak...
 - Kutsatutako hondakin medikoen desagerrarazte segurua.
4. Diskriminazioaren kontrako babesa.
5. GIBaren transmisioaren prebentzioa:
 - Sexu bidez transmititutako infekzioen diagnostikoa eta tratamendu egokia; izan ere, seropositiboen proportzioa murrizten duela frogatu da (Tanzaniako landa-eremu batean, ia %50etan murriztu da).
 - Sexu seguruaren aldeko osasun-hezkuntza, sexu-bikotekideen kopurua murriztuta eta preserbatiboa erregulariki erabilita.
(Sexu-bikotekideen kopuruaren murriztapena errealista izateko, beharrezkoa izango da emakumeek harremanen inguruan aukeratu ahal izatea, noiz eta norekin, alegia).
 - Amarengandik seme-alabenganako transmisioa murriztu.
 - Zainetatik sartzeko drogen erabilizaileengan kalteak murriztu (xiringa konpartituen erabilera murriztu).

6. Gaixoentzako laguntza medikoa:

—Higiene-neurri orokorrak.

—Tratamendu sintomatikoa eta aringarria (beherakoen kasuan batez ere), minaren arintzea eta familiarentzako aholkuak.

—Infekzio oportunisten tratamendua (TBCa batez ere).

7. Sexu-indarkeria jasateko arriskua duten emakumeen babesa.

8. Antirretobiralen (ARV) bidezko tratamendua, berariazko esku-hartze gisa.

9. Lekukotasuna.

Gauza jakina da ezin dela prebentzio eraginkorrik lortu tratamendurik eman gabe: tratamendua hartzeko aukerarekin, handiagoa izango da aholkularitzarako eta borondatezko probetarako hautagaien kopurua, baina arrisku-jarrerak ere areagotu egin daitezke (gaur egun, infektatuen %5ek baino ez dute beren egoeraren berri).

Amarengandik seme-alabenganako transmisioa murrizteko hainbat tratamendu-protokolo labur daude, Zidobudinarekin (ZDV, lehen AZT) edo Nebirapinarekin. Nolanahi ere, amagandiko edoskitzeak %10-15etan areagotzen du transmisioaren arriskua. Programa orok, beraz, medikoa baino soziala den alderdi hori kontuan hartu behar du. Izan ere, ama laidoztatzea eragin dezake amagandiko edoskitzea araua den testuinguruetan, eta, poluitutako ura dela eta, haurrak behar-koengatik hiltzeko arrisku handiagoa izan dezake. Esne artifizialak, gainera, kostu handia eta erabiltzeko zailtasuna dakar.

Munduan, gaur egun, 6 milioi gaixo inguru daude tratamendua hartzeko moduan eta, horietatik, 400.000 lagunek baino ez dituzte antirretobiralak hartzen. Herrialde industrializatuetan, hainbat botikaren arteko konbinazioan oinarritutako HIESaren tratamenduari esker, heriotza-tasa %75etan murriztu da 3 urtetan, eta erikortasun-tasa %73tan. Hala ere, tratamenduaren kostu handia eragozpen nagusia da garapen-bidean dauden herrialdeetan erabiltzeko. Afrikan, tratamendua behar duten gaixoen %1ek baino ez du jasotzen tratamendurik.

Prezioetan eragina duten faktoreen artean, honako hauek azpimarra daitezke:

—Monopolio-eskubideak.

—Generikoen produkzioa.

—Salmenta-prezioaren eta produkzio-kostuaren arteko loturarik eza.

—Nazioarte-mailan koordinatutako programak (txertoak edo antisorgailuak, adibidez) garapen-bidean dauden herrialdeetan AEBetan baino 130-240 aldiz merkeagoak.

Horrela, beraz, sendagaien kostu handiari aurre egiteko, generikoen erabilera sustatu behar da, eta MMEak eskaintzen dituen aukerak erabili behar dira, hala nola inportazio paraleloak eta nahitaezko lizentziak. Generikoen fabrikazioari esker, gaixo eta urte bakoitzeko 200 dolar inguruko kostuak lortzen ari dira Brasilen eta Thailandian (200 dolar/gaixo/urte).

Antirretobiralen artean, hiru multzo handi bereiz daitezke:

1. Alderantzizko transkriptasaren inhibitzaile nukleosidoak (IN).
2. Alderantzizko transkriptasaren inhibitzaile ez-nukleosidoak (IEN).
3. Proteasaren inhibitzaileak (PI).

Oro har, erresistentziak bizkor gara ez daitezzen, bizitza osorako hiru sendagaiko tratamendu bat behar da. Konbinaziorik klasikoenak eta sinpleenak 1. multzoko 2 sendagaik eta 2. multzoko sendagai batek osatzen dituztenak dira. «Erregimen sinplifikatua» edo «1 × 2» esaten zaiona hiru sendagaiak dituen konprimitu bakarra egunean bi aldiz hartzean datza, eta izugarri hobetu du tratamenduarekiko atxikidura. Porrotaren kasuan, «2. lerroa» erabili behar da, hau da, 1. multzoko aurreko ez bestelako 2 sendagaik eta 3. multzoko sendagai batek osatzen dutena.

3.6. AMATASUNAGATIKO ETA JAIOTZA INGURUKO HERIOTZA

Amatasun heriotza da haurdunaldian zehar edo erditu ondorengo 42 egunetan gertatutako emakumeen heriotza, beren haurdunaldiarekin erlazionaturiko edo horrek larrituriko edozein kausaren ondorio bada, halabeharrezko kausen ondoriozkoak ezik. Amatasun heriotza tasa (benetan ratio bat da) bizirik jaiotako 100.000 jaioberriko amatasun heriotza bezala definitzen da.

Amatasun heriotzaren kausak zuzenekotan (%80), hau da, konplikazio obstetrikoen ondorioz, eta zeharkakoetan (%20), hau da, gaixotasun interkurrenteetan, bana daitezke.

Haurdunaldiaren eta erditze ondoko epearen arteko alditik kanpo, garapen bidean dauden herrialdeetako 3 emakumetatik batek bere bizitzan zehar amatasunarekin erlazionaturiko

arazoak jasaten ditu: fistulak, anemia kronikoa, infekzioak, uteroaren prolapsa (umetokia erortzea), eta abar.

10. taula. **Amatasunagatiko, jaiotza inguruko, jaioberriaren eta haurren heriotza eskualdeka: zifra absolutuak milioitan eta jaiotako milako tasak**

ESKUALDEA	BJJB	AH	AHT	Arriskua	JIH	JIHT	JBH	JBHT	HHT
Afrika	30,7	235	870	1/16	2,4	75	1,3	42	85
Asia	83,4	323	390	1/65	4,6	53	3,4	41	57
Europa	8,3	3,2	36	1/1400	0,1	13	0,07	8	12
Latinoamerika	12,0	23	190	1/130	0,5	39	0,3	25	41
Iparramerika	4,4	0,5	11	1/3700	0,04	9	0,03	6	7
Ozeania	0,2	1,4	680	1/26	0,01	44	0,005	24	50
Munduko guztizkoa	140,7	585	430	1/60	7,6	53	5,1	36	57
Eskualde garatuena	14,4	4	27	1/1800	0,16	11	0,1	7	9
Hain garatuak ez dauden eskualdeak	126,4	582	480	1/48	7,5	57	5,0	39	63

BJ: Bizirik jaiotako jaioberriak.

AH: Amen Heriotzak (milakotan).

AHT: Amen Heriotza Tasa.

JIH: Jaiotza Inguruko Heriotzak.

JIHT: Jaiotza Inguruko Heriotza Tasa.

JH: Jaioberrien Heriotzak.

JHT: Jaioberrien Heriotza Tasa.

HHT: Haurren Heriotza Tasa.

Iturria: OME, 1996.

11. taula. **Amatasunagatiko heriotzaren kausak**

	Intzidentzia (kasu berriak) (urteko milakotan)	Heriotzak (urteko milakotan)
Hemorragia	14.000	145.000
Sepsia	11.800	89.000
Abortu konplikatua	19.900	76.000
Gaixotasun hipertentsiboa	6.900	73.000
Distozia	7.200	45.000
Bestelako kausa zuzenak (*)	3.500	42.000
Zeharkako kausak (**)	13.200	115.000
Guztizkoa	76.500	585.000

(*) Uterotik kanpoko haurdunaldia, konplikazio anestesikoa edo enbolia.

(**) Anemiagatik, malarlagatik, HIESgatik gaixotasun kardiobaskularrengatik, hepatitisagatik edo diabetesagatik.

Iturria: OME 1996.

Amatasunagatiko heriotza emakumeen estatus sozio-ekonomikoaren, osasuna lortzeko duten aukeraren eta herrialde batetako osasun zerbitzuen kalitatearen adierazle fidagarria da. xxi. mendearen hasieran, garapen bidean dauden herrialdeetako 50 emakumetatik 1 haurdunaldian sortutako konplikazioengatik hiltzen da (Afrikako herrialde askotan 1/10).

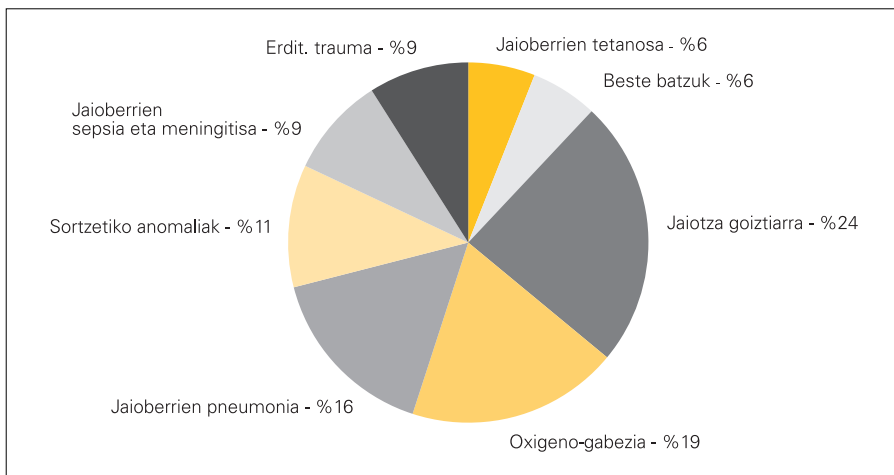
Haurdunaldiaren konplikazioetarako edo larrialdietarako osasun arreta gaitua lortu ezin izatea da askotan amatasunagatiko heriotzaren azpian dagoen kausa. Gutxiago garaturiko herrialdeetan, emakume bat bizi ala hiltzea, askotan, arazo logistikoa da.

OMEren 2000. urterako helburuen artean amatasunagatiko heriotza 1990eko erdira murriztea dago eta hori emakumearen egoera nutrizionala hobetzearekin lor daiteke, bai eta honela ere:

1. Nahigabeko haurdunaldiak, gertuegi gertatutakoak edo helduegi izandakoak murriztuz (familia plangintza).
2. Konplikazioak murriztuz: jaiotza aurretiko kontrol irisgarria eta erditzerakoan laguntza egokia.
3. Konplikazioen aurreko erantzuna hobetuz: ekipoa, langinleen prestakuntza eta erreferentzia sistema.

Jaiotza inguruko heriotzak fetu epealdian, hau da, haurdunaldiaren 22. astetik aurrerakoan, eta bizitzako lehen astean gertatzen direnak biltzen ditu.

9. grafikoa. Jaioberrien heriotzak (5 milioiren artean)



(JB = jaioberriaren)

Iturria: Osasunaren Munduko Txostena, OME, 1997.

Jaiotza inguruko eta jaioberriaren heriotza tasa osasunaren, hezkuntza sistemaren, gizartearen eta osasun publikoaren, egoera nutrizionalaren, erditzeko arretaren eta neonatologiaren eta garapen sozio-ekonomikoaren egoeraren adierazgarri da.

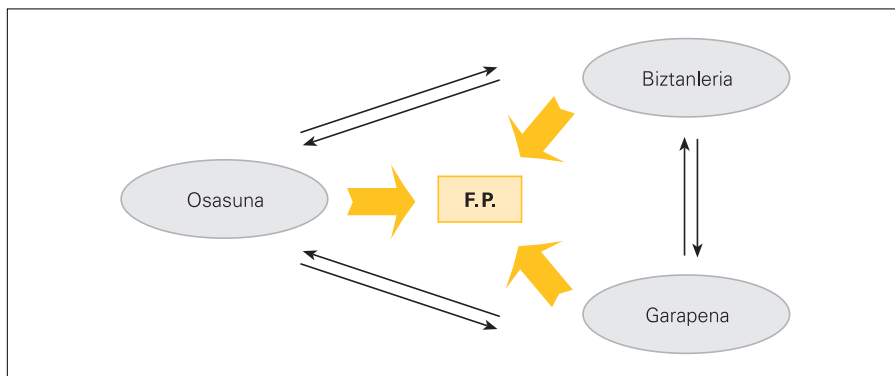
Neurri hauek jaiotza inguruko heriotza murrizten lagun dezakete:

1. Jaiotzen artean tartea uztea.
2. Jaiotza aurretiko kontrola:
 - Arteri presioaren kontrola.
 - Burdina eta azido foliko gehigarriak.
 - Tetanos aurkako txertaketa.
 - Hezkuntza: nutrizioa, higiena, jaioberriaren zaintza.
 - Erreferentzia: kontsultartekoa, ekografia, erditzea.
3. Erditzerako eta jaioberriarentzako arreta egokiak.

3.6.1. Famili plangintza

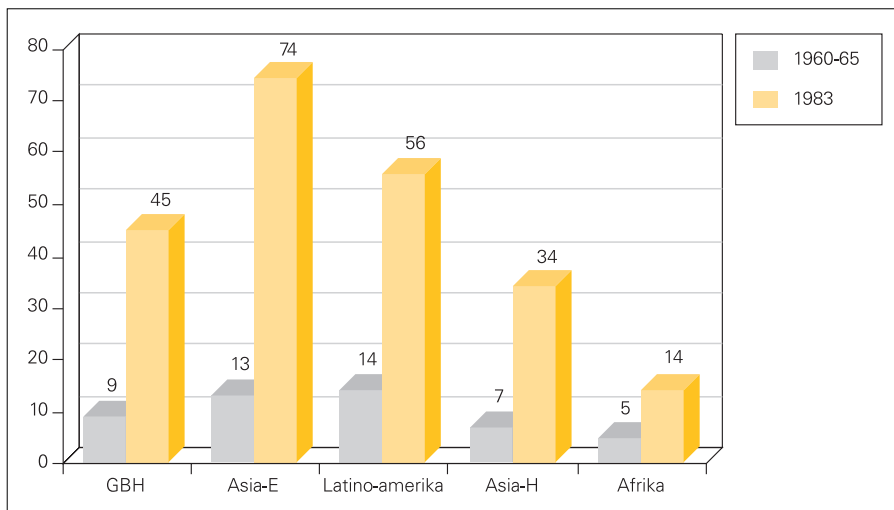
Biztanleria mailek osasunean nahiz garapenean eragiten dute. Garapenak osasuna eta bizi maila hobetzeko aukerak sortzen ditu. Aldi berean, jendeak osasuntsu egon behar du garapen sozio-ekonomikoari ekarpenak egiteko. Hazkunde demografiko azkarraren geldialdiarekin, famili plangintzak garapen iraunkor bat laguntzen du.

10. grafikoa. Biztanleriaren, garapenaren eta osasunaren arteko erlazioa



Famili plangintza (FP) da boluntarioki haurdunaldiak tartekatzearen eta ugaltzeaz adin erlatiboki goiztiarrean uztearen bitartez amaren eta haurraren osasuna hobetzea lortuko duen praktika hartzea, familiaren tamaina eta haurdunaldirako momenturik onena egokituz (Giza Eskubideen Deklarazio Unibertsala, 1971). 1987ko arriskurik gabeko amatasunari buruzko Nairobiko Biltzarrean OMEk helburu gisa finkatu zuen amatasunagatik heriotza 2000. urterako erdira murriztea.

11. grafikoa. **Prebalentzia antikontzeptiboa (joera)**



Iturria: UNFPA, 1991.

Famili plangintzako programa batek, jaiotzak tartekatzea ere deiturikoak, berariaz eskaera antikontzeptiboari erantzun behar dio. Bere helburu orokorrak ondoren adierazten direnak izan behar dute.

55. koadroa. **Jaiotzak tartekatzeko planaren helburu orokorrak**

- Amatasunagatik heriotza eragiten duten gaixotasunen tasa murriztea.
- Nahigabeko haurdunaldiak prebenitzea.
- Abortuak prebenitzea.
- Ugalkortasuna babestea.
- Haurren heriotza eragiten duten gaixotasunen tasa murriztea.

Eskaeraz gain, beharrezkoa da testuinguru juridikoa, erlijioso eta politikoa kontuan edukitzea: natalitatearen kontrola, familiari, dibortzioari, jaraunspenari buruzko legedia, metodo antikontzeptiboen edo haurdunaldiaren borondatezko etenaldiaren (abortua) irisgarritasuna eta horien lege esparrua. Famili plangintza (FP) tradizionalak egon daitezke. Osasun zerbitzuetan, dauden famili plangintza kontsultak erregistratu behar dira, prestatutako langileak eta beren maila, bai eta famili plangintza beste kontsultetan sartzen den ere. Beharrezkoa da familia plangintzan parte hartzen duten erakunde desberdinak ezagutzea, estatukoak (Hezkuntza Ministerioa, Osasunekoak...) nahiz nazioartekoak, bai eta herrialdean egiten diren informazio kanpainak ere. Azkenik, gazteek sexuaren aurrean duten jarrerak eragin handia du antikontzeptiboen eskaeran.

56. koadroa. **Biztanleriari buruzko beharrezko informazioa**

- Jaiotza eta hilkortasun tasak.
- Biztanleriaren hazkundea.
- Amatasunagatiko heriotza tasaren estimazioa eta abortuaren ondorioko heriotzen proportzioa.
- Haurren heriotza tasa.
- Xede biztanleriaren estimazioa: 15-49 urteko emakumeak, guztizko biztanleriaren %25.
- Metodo bidezko prebalentzia antikontzeptiboaren estimazioa.

Famili plangintzako zerbitzuen antolamenduan kontuan eduki beharko dugu irisgarritasun fisikoa (distantzia edo ibilbidearen iraupena), finantzarioa eta kulturala, bai eta kontsultaren kokapen aukerak ere, independentea izan nahiz ama haurrentzako osasunaren, osasun ginekologikoaren edo Sexu bidez Transmittitutako Gaixotasunen barruan egon. Diskrezioa eta pribatutasuna lagundu behar dira.

Langileei dagokionez adierazi behar dugu famili plangintza ez dela jarduera oso teknikoa, ezinbestekoa gaixoak motibatzea dela baizik. Langileek programaren arrakasta mugatzen duten jarrerak eta aurreiritziak hartzen dituzte. Beren prestakuntzak alderdi klinikoak, informaziokoak, hezkuntzakoak, komunikaziokoak eta programaren antolamendukoak bildu behar ditu, oro har, eta kontsultakoak bereziki. Emaginetan eta erizaintzan oinarritu daitezke, petrikilo

tradizionalak ere tartean sartuz. Zereginak banatzea ezinbestekoa da.

Ekipamendu antikonzeptiboari dagokionez, eskura dauden metodoen kopurua mugatu egin behar da estatuko programaren legeen eta tokiko lehentasunen arabera. Metodo bakoitzarentzat aurreratutako prebalentzia antikonzeptiboaren arabera kalkulatu da hornidura, gehi segurtasun stockerako %15, gehi urterako aurreikusitako igoera. Beste edozein medikamentu bezala gorde beharko litzateke.

Urteko erregistro egoki batek ondorengoak bildu behar ditu oinarrizko datu gisa:

1. Kontsulten segimendua:
 - kontsulta kopurua,
 - kontsulta berrien kopurua eta
 - erabiltzaile zaharren kontsulta kopurua.
2. Erabiltzaileen segimendua:
 - erabiltzaileen guztizko kopurua,
 - erabiltzaile berrien kopurua, e.a.
 - urteko erabiltzaileen kopurua (bertan behera uzteagatik, haurdunaldiagatik edo segimendua galtzeagatik).

57. koadroa. **Balioztapena: adierazleak**

1. **JARRAIPEN TASA** (programaren arrakasta neurtzeko faktore-rik sentikorrena da): urtean zehar estalitako emakume-hilabete kopurua eta estaltzeko izena emandako emakume-hilabete kopuruaren arteko zatidura bider ehun.

Programan martxoan sartzen den emakume batek teoriar delako metodo antikonzeptiboa 10 hilabetetan zehar hartu behar du (zenbakitzailea), martxotik urrira erabiltzen badu, zenbakitzaileari 8 emango dizkio.

2. **ONESPEN TASA** (guztizkoa eta metodokakoa): erabiltzaile berrien kopuruaren eta xede biztanleriaren arteko zatidura bider ehun.
3. **PREBALENTZIA ANTIKONTZEPTIBOA** (hilabeteko edo urteko):erabiltzaile kopurua eta xede biztanleriaren arteko zatidura bider ehun.

Garapen bidean dauden herrialdeetan gehien erabiltzen diren metodoak dira aho bidezko antikonzeptiboak, hormona injekzioak, UBGa, preserbatiboa eta behin betiko esterilizazioa.

58. koadroa. **Antikontzeptibo idealak bete behar dituen irizpideak**

1. **Eraginkortasuna:** Pearlén Indizearen bitartez neurtzen da, metodoa erabili arren urtean haurdun gelditzen diren emakumeen kopurua islatzen du. Eraginkortasun teorikoa (bal-dintza idealetan) eta praktikoa (faktore ekonomikoak, sozia-lak,...) desberdindu behar dira.
2. **Segurtasuna** edo kalterik ez egitea.
3. Tolerantzia edo **onargarritasuna**.
4. Metodoa utzi ondorengo **itzulgarritasuna**.

Pilula antikontzeptibo konbinatuek (estrogenoak eta progesterona konbinatzen dituzte) segurtasun garrantzitsua dute, %0,1-0,5 arteko Pearlén indizearekin. Emakumeen %99 utzi eta hiru hilabetera obulatzen hasten da. Duten estrogeno edukiagatik ez dira erabili behar gaixotasun kardiobaskularretako edo hipertentsioko aurrekariak badaude. Hilerokoaren fluxua murriztu eta zikloa erregulatzeko balio dute.

Pilulak agintzeko orduan kontuan eduki beharreko oztopoak dira kostu altua eta zenbait lekutako hornikuntza zailtasunak. Eguneroko dosia desabantaila garrantzitsua da eta haien inguruan dauden ideia faltsuei buruz osasun hezkuntza ematea beharrezkoa da. Emateko modua errazteko, 28 pilulatako zerrendak erabiltzea gomendatzen da 21ekoak behar-rean, burdinazko edo azido folikoazko 7 pilula gehituz, horrela etengabe hartzeko.

Ezinbestekoa da erabiltzeko azalpenak pazientearentzat argiak izatea. Komeni da hilabete ondoren bigarren kontsultabat egitea.

Antisorgailu injektagarriak muskulubarneko progesterona injekzioak dira eta iraupen handia dute eta 1, 2, 3, edo 6 hilerero jartzen dira. Pearlén indizea %0,2koa da. Bere itzulgarritasuna guztizkoa da, nahiz eta geldoa ere baden. Bere eraginkortasun altuarekin batera, bere abantaila nagusia da erabiltzeko erraztasuna, betiere amenorrea (hilerokorik ez edukitzea) edukitzeko aukera onartzen bada. Desabantailen artean jarioak dituen amenorrea dago, hemorragiak sor ditzakeena (kasuen %5) eta pisua handitzea eragin dezakeena.

Umetoki barneko gailuak edo UBGak hantura erreakzio bat eragiten du obulua umetokiko paretetan itsastea eragozten duena. Pearlén indizea %1-3koa da, erabiltzailearen-gandik independentea dena. Itzulgarritasun handiko metodoa da, merkea, praktikoa eta eraginkorra izateaz gain. Bere

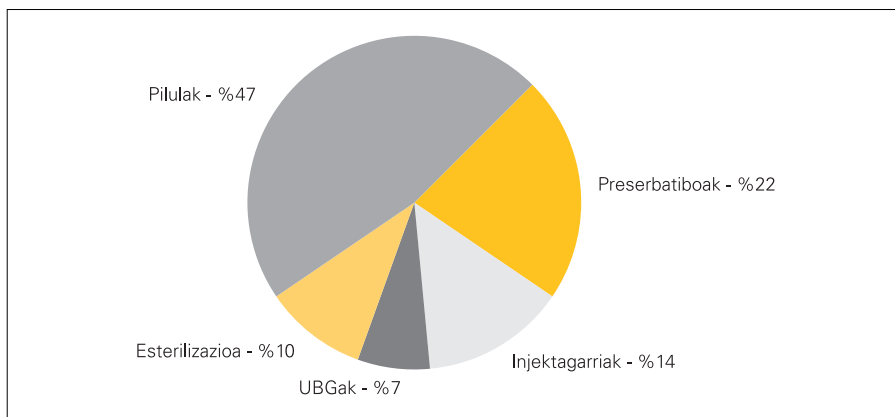
kontraindikazio absolutuetako bat STGak edo horiek jasateko arrisku altua da. Hemorragiak edo infekzio pelbikoak (hanturazko gaixotasun pelbikoa) sor ditzake. Ezartzeko berriaz trebatutako langileak eta teknika aseptikoa behar dira.

Preserbatiboa, askotan, gehiago ikusten da sexu bidez transmititutako gaixotasunen aurkako babes gisa metodo antikonzeptibo gisa baino. Ildo horretan, badago desberdintasun nabaria eraginkortasun teorikoaren (Pearlen indizea: %1-2) eta praktikoaren (Pearlen indizea: %5-30) artean. Logikoki STGak prebenitzeko egokia da, noizbehinkako sexu harremanetarako eta beste metodoen kontraindikazioak daudenean edo baliabiderik ez dagoenean.

Esterilizazioa gizonena (basektomia) edo emakumeena izan daiteke eta tronpen lotura da munduan gehien erabiltzen den famili plangintza metodoa, nahiz eta kontuan hartu beharreko lege eta erlijio konnotazio garrantzitsuak badauzkan. Prozedura kirurgiko baten bitartez egiten da eta gizonarengan (tokiko anestesiarekin) emakumearengan baino errazagoa da.

Norberaren erabakia edo medikuaren aholkua izan daiteke (haurdunaldia bizitzarentzat arriskua denean), baina beti ziur egon behar da. Beharrezkoa da hainbat kontsultetan ziurtatzea bikoteak ondo ulertu duela ebakuntzaren itzulezintasuna eta komeni da azken seme edo alabak gutxienez urtebete edukitzea, biziraupena «ziurtatzeko». Pertsona batek teorikoki itzulezinak diren metodo horiek leheneratu nahi izateko arrazoi nagusiak dira seme edo alaba bat hiltzea edo bikotea aldatzea.

12. grafikoa. **Garapen bidean dauden herrialdeetako antisorgailuen kostuen aurreikuspena (1991-2000). Banaketa, 4.100 milioi dolarren guztizkoaren gainean.**



Iturria: UNFPA, 1991.

Abortua edo haurdunaldiaren borondatezko etendura, aspizazio bidez edo legratuz (umetokia arraspatzea) egiten da eta ez da famili plangintza metodo bat. Gizarte guztietan dago, nahiz eta legean hutsune bat egon eta amatasunagatiko heriotza kausen %14 izan zen 1998an. Bere ondorio demografiko eta sanitarioak kuantifikatzea, bereziki konnotazio erlijiosoen ondorioz, zaila da. Era berean, prebentzioa lege faktoreen eta beste metodo batzuen erabilgarritasunaren eta irisgarritasunaren araberakoa da. Batzuentzat, ezinbestekoa izango litzateke langileak prestatzea modu seguruan haurdunaldiak eteten jakiteko.

3.7. TXERTAKETA BIDEZ PREBENI DAITEZKEEN GAIXOTASUNAK

Garapen bidean dauden herrialdeetan urtero hiltzen diren 5 urte baino gutxiagoko 11 milioi haurretatik ia bi milioi modu merke eta eraginkorrean txertaketaren bidez prebeni daitezkeen gaixotasunen ondorioz hiltzen dira. Ondorengo taulak orokorrean txertaketak bere xede gaixotasun nagusiengan duen eragina islatu nahi du.

12. taula. **Txertaketari esker urtean prebenitutako heriotzak (edo perlesia iraunkor kasuak poliomelitisaren kasuan)**

	Imunizaziorik gabekoen heriotzak	Prebenitutakoen %	1998an eraginkorrak
Baztanga	5.000.000	%100	0
Difteria	260.000	%90	5.000
Tosferina	990.000	%60	350.000
Txarranpina	5.800.000	%85	890.000
JB tetanosa	1.200.000	%65	410.000
B Hepatitisa	1.200.000	%33	800.000
TBC	3.200.000	%6	1.900.000(*)
Polioa (**)	640.000	%95	20.000

(*) 1.500.000 GIB (-)dira.

(**) Paralisi iraunkorraren kasuak.

Iturria: Nazioen aurrerabidea, UNICEF, 1996.

OMEk *txarranpina* honela definitzen du, azalean hiru eguneko edo gehiagoko orban gorri zehaztugabeak edukitzea, 38°C baino gehiagoko sukarrarekin eta ezturekin batera edo sudurreko jario urtsuekin edo begi gorriekin. Milioi bat heriotza inguru eragin zituen 1997an kalkulaturiko 31 kasu berriren gainean (intzidentzia). Nahiz eta txarranpinaren aurkako txertoaren munduko estaldura tasa urtebeteko hau-

rreren artean %80 inguruan kokatzen den, Afrikan %57koa da bakarrik (10 herrialdetan %50 baino gutxiagokoa).

Jaioberriaren tetanosak, «7. eguneko gaixotasuna» deiturikoak, ama aurrez immunizatua izan ez bada erditzearen momentuan zilbor hestearen higiene txarrarekin duen erlazio argiatatik, 1993an 580.000 heriotza eragin zituen eta 410.000 inguru 1998an eta kasuen %90 20 herrialdetan biltzen da. Konbultsio orokortuak ditu ezaugarri gaixotasun horrek eta ia beti hilgarria da, eta osasun zerbitzu prekarioak dituzten urrutiko eskualdeetan ohikoa da. OMEk kalkulatu du kasuen %3 eskas ematen direla aditzera. Nahiz eta zifra absolutuak azpimarragarriak diren Txina, India eta Pakistanen kasuen %60ekin, 12 herrialdek (Afrikako 11 eta Kanbodia) bizirik jaiotako mila jaioberritatik 5 kasutako tasa gairatzen edo berdintzen dute. OMEren helburua da herrialde guztietan 2000. urterako bizirik jaiotako mila jaioberritatik kasu bat baino gutxiagoko zifra lortzea. Horretarako ondorengoak beharrezkoak dira:

1. Gutxienez tetanosaren (TT) aurkako txertoaren bi dosi ematea haurdun dauden emakume guztiei.
2. Erditzean arreta higienikoa edukitzea kasu guztietan.

Tosferinak 1998an 346.000 hildako eragin zituen. B hepatitisari dagokionez, munduan dauden bi mila milioi infektatutako eta 300 eramaile kronikok urtean milioi bat inguru hildako adierazten dituzte, batez ere epe luzeko konplikazioen (zirrosia eta gibelego minbizia) ondorioz.

1996an *poliomiELITISAREN* ondorioko 10,5 milioi ezindu zeudela munduan kalkulatu zen. Bere eragina gutxitzen joan da: 1980an 400.000 kasu/urte, 1995ean 90.000, 1996an 20.000, eta 1998an 6.000 kasu inguru konfirmatu ziren. Urteko 270 milioi baino gehiagoko inbertsioarekin, OMEk helburu du 2000. urterako erradikatzea. Nahiz eta aurrerapausoak ikusgarriak izan diren herrialde askotan, oraindik ere oztopo garrantzitsuak daude gatazka egoeran dauden herrialdeetan eta munduan benetan birusaren gordailua diren beste batzuetan. Kalkulatu da mundu mailako txertaketaren estalketa %80koa dela, nahiz eta Afrikan %53koa bakarrik den.

Immunizazio Programa Zabaldua OMEk proposatu zuen 1974an txertaketaren bidez «prebeni zitezkeen» sei gaixotasunei (tuberkulosia (BCG), difteria-tosferina-tetanos (DPT), poliomiELITISA eta txarranpina) aurre egiteko. Herrialde batzuetan B hepatitisari sartzen hasi dira eta bere txertoa DPTari lotzen zaio. BCGa, nahiz eta eztabaidatuta izan, gomendatu egiten da haurren tuberkulosi forma larriak prebenitzen di-tuelako (meningitisa, miliarra).

59. koadroa. **Immunizazio Programa Zabalduaren (1974) helburuak**

1. %90eko estaldura 2000. urterako.
2. Jaioberriaren tetanosa erradikatzea 1995. urterako.
3. Poliomielitisa erradikatzea 2000. urterako.
4. Txarranpinaren intzidentzia %90ean murriztea 1995. urterako.

Praktikan jartzeko OMEk eta UNICEFek hau gomendatzen dute:

1. Osasun kontaktu bakoitzean txertatzea eta informazioa, hau da, haurra osasun egituretatik pasatzen den aukera guztiak aprobetxatu behar dira.
2. Lehenengo eta azken txertaketaren arteko bertan behera uztearen tasa murriztea, txerto gehienek hainbat dosi behar dituztelako babes egokia eskaintzeko.
3. Txarranpinaren, poliomielitisaren eta tetanosaren kontrako borroka lehenestea.
4. Biztanle guztien txertaketa zerbitzuak hobetzea. Txertatzeko aukerak beti erabilgarri egon behar du beti osasun egituretan. Masako txertaketa kanpainak oso eraginkorrak direla ikusi da ohiko txertaketa osatzeko, bereziki txarranpinarena eta poliomielitisarena.

Txertaketak sistematikoa izan behar du. Sukarra, malnutrizioa, beherakoa edo infekzioak, oro har, ez dira kontraindikazioak.

60. koadroa. **OMEk gomendaturiko txertaketa egutegia (Dosi jarraituen arteko gutxieneko epeak besterik ez dira. Ez dago gehienezko eperik)**

- Jaiotzean: BCG eta 0 Poliomielitisa.
- 6 astetara: 0 DPT eta 1 Poliomielitisa.
- 10 astetara: 1 DPT eta 2 Poliomielitisa.
- 14 astetara: 2 DPT eta 3 Poliomielitisa.
- 9 hilabetetara: Txarranpina.

Larrialdi egoeratan ez da Immunizazio Programa Zabaldua bere horretan aplikatzen. Edozein moduz, 6 hilabete eta 15 urte arteko biztanleria guztia (gutzizkoaren %45 gutxi

gorabehera) txarranpinaren aurka txertatzeko helburua bilatu behar da. Beharrezkoa bada, dosi bakarrean immunizazioak diren txertoak ere erabili daitezke, meningitisarena edo sukar horiarena kasu.

Beharren kalkulua eta txertoak lortzea herrialde bakoitzean maila zentralean egiten dira, estalduraren datuen, xede biztanleriaren eta lortu beharreko helburuen arabera. Behar bezala kontserbatzeko, «hotz katea» deiturikoa errespetatu behar da, garraio egokia, tenperaturaren eta itxuraren kontrola bermatuz mailarik periferiokoeneraino. 0-8°C artean mantendu behar dira eta batzuk epe luzeetarako izoztu daitezke (difteria, tosferina eta tetanosa inoiz ez). Egoki administratzeko, komeni da azala ur irakinarekin garbitzea. GIBa edo B eta C hepatitisaren birusa transmititzeko arriskua dela-eta, ezinbestekoa da injekzio bakoitzean orratz eta xiringa esterilak erabiltzea.

Biztanleria orokorra ezagutuz, epe jakin batetarako txerto beharrak kalkula daitezke: gutxi gorabehera, urtebete baino gutxiagokoak guztizkoaren %4 dira eta haurdun dauden emakumeak %4,5. Beti egoten dira galerak multidosietarako flaskoen ondorioz, behin bat irekita, nahiz eta bukatu ez, ezin baitira hurrengo egunera arte gorde.

61. koadroa. **250.000 biztanleko populazio batetako urtebete baino gutxiagoko haurren %80 txertatzeko beharrezko dosiaren kalkulua**

- 1) Urtebete baino gutxiagokoak: 250.000tik %4 = 10.000 haur.
- 2) Xede biztanleria: urtebete baino gutxiagokoen %80 = 8.000 haur.
- 3) Beharrezko dosia/urte:
 - BCGko eta txarranpineko 8.000 (dosi bakarra behar da).
 - DTPko 24.000 (3 dosi).
 - Poliomielitiseko 32.000 (4 dosi).
- 4) Beharrezkoa da galeretarako %25 gehitzea (BCGko %50) eta beste %25 erreserbarako:
 - BCG: 8.000 + %75 = 14.000 dosi behar dira.
 - Txarranpina: 8.000 + %50 = 12.000 dosi.
 - DPT: 24.000 + %50 = 36.000 dosi.
 - Poliomielitisa: 32.000 + %50 = 48.000 dosi.
- 5) Praktikan eskariak hilabeteka (zati 12) eta flaskoka kalkulatu ohi dira (zati flaskoko dosi kopurua). Adibidez, Poliomielitisa kasuan, flasko bakoitzak 20 dosi ditu: 4.000 dosi/hilabete = 200 flasko/hilabete.

Programaren hasieran txertaketaren estaldura oso baxua bada, helburuak 3 urte baino gutxiagokoetara zabal daitezke (betiere errealistak izanik) BCGarentzat, DPTarentzat eta Txarranpinarentzat eta Sukar Horiarentzat (%16).

Aldizkako txertaketa inkestek Immunizazio Programa Zabaldua helburuekin balioztatzeke aukera ematen dute, egindako akatsak analizatu eta dagozkien neurriak hartzeko. Datuak 12 eta 23 hilabete bitarteko haurren txertaketa txarteletatik egingen dira (familiei galdetzea baino hobe).

62. koadroa. **Immunizazio Programa Zabalduren balioztapena: adierazle erabilgarriak**

1. **Txertaketaren estaldura:** Txertaketa guztia jaso duten urtebete baino gutxiagoko haurren portzentajea.
2. **Galdutako aukerak:** Txertatu gabe dauden haurrak, zentrorra bestelako arrazoiengatik joaten direnak.
3. **Bertan behera uzte tasa (Ideala %5baino gutxiago):** Txertaketa hasten duten baina amaitzen ez duten haurrak. Zerbitzuak bere xede biztanleria jarraitzeko duen ahalmena neurtzen du. Ondorengo formularen bidez kalkulatzen da:

$$\frac{(DPT1 - DPT3) \times 100}{DPT1}$$

Adibidez, 12 eta 23 hilabeteke 10.000 haurren gainean, suposa dezagun 6.250 haurrek 3 DPT dosiak jaso dituztela, 1.540k 2, 1.100ek bakarra eta gainerakoek ezta bat ere. Estaldura %62,5ekoa izango litzateke (6.250/10.000) eta bertan behera uztearen tasa 8.890ekoa (6.250 + 1.540 + 1.100 txertaketa hasi zuten haurrak, hau da, gutxienez dosi batekin) ken 6.250 zati 8.890, hau da, %29,7.

3.8. MALNUTRIZIOA

Afrikar baten eguneko anoa 2.250 kilokaloriakoa da eta Europan edo Iparramerikan, aldiz, 3.500 ingurukoa da. OMEren nutrizio unitatearen datu basearen arabera, egun garapen bidean dauden herrialdeetako 5 urte baino gutxiagokoen %38 elikatu gabe daude, eta hori munduko guttizkoaren %34 da. «Guztientzako osasuna XXI. mendean» programaren barruan, markatutako helburua da 2020rako %20 izatea.

Esan den moduan, adin talde horretan urtean gertatzen diren heriotzen %54 baino gehiago malnutrizioari lotuak daude eta nagusiki malariak, beherakoek, arnas infekzioek

eta txarranpinak eragiten dituzte. Infekzioek eta malnutrizioak elkar eragin eta bata bestea indartzen dute. Malnutrizioa izan zen 1998an 281.00 heriotzen kausa.

Gaixotasun gisa, malnutrizioa bi mota handitan banatzen da, gabezia nagusiki energetikoa edo proteikoa denaren arabera. Bi formak erlazionatzea ohikoa da, noski, eta oro har malnutrizio proteiko-kalorikoaz hitz egiten da.

63. koadroa. **Malnutrizio gaixotasunaren forma nagusiak**

	Proteikoa = Kwashiorkor	Energetikoa = Marasmo
Jatorria	Proteina gutxi irenstea	Kaloria gutxi irenstea
Ingurua	Eskualde pobreetan	Larrialdi egoeratan
Adina	Titia kentzearekin erlazionatua (batez ere 18tik 24 hilabetetara)	5 urte baino gutxiagokoak
Itxura	Potoloak, puztuak	Haur oso argalak dira, zahar aurpegiarekin eta azala hezurren gainean dute, koi-pea eta muskuluak galdu izanagatik.
Pisua/altura erlazioa	Normala	%70-80ren azpitik
Edemak	Ohikoak: hanketatik hasi ohi dira eta aurpegi eta besoetara zabal daitezke	Ez
Jarrera	Apatikoak, ez dute goserik	Aktiboak, biziak eta zahar aurpegiarekin
Azaleko eta buruko ile larruko lesioak	Ohikoak: azala ezkatatu egiten da, ile hauskorra eta koloregabetua	Normalean ez

Biztanleria jakin baten egoera nutrizionala hiru faktore nagusi konbinatuz baliozta daiteke: pisua, altura eta adina. Edemak edukitzeak malnutrizio akutu larria adierazten du. Besoaren perimetroa neurtzea ez da zehatza, baina oso erabilgarria izan daiteke hasierako aukeraketa gisa, batez ere larrialdi egoeratan. 6-59 hilabetetako adin taldeak ondo adierazten du biztanleria guztiaren egoera nutrizionala.

Adinarekiko altura (Altura/Adina) haur baten hazkunderen adierazle ona da. Historia nutrizionala islatzen du eta, ondorioz, akutua baino larriagoa den malnutrizio kronikoa. Epe luzerako hazkunderan pilatutako defizita neurtzen du, kronikoki nahikoa ez den eguneroko anoa, dibertsitate eskasa eta dietaren oreka, infekzio sarriak eta, ziurrenik, estatus sozio-ekonomiko baxua bezalako faktoreekin erlazionaturik.

Adinarekiko pisuak (Pisua/Adina) hala bilakaera luzeko malnutrizioa (kronikoa) nola egungo-akutua adierazten du. Ez du haur potolo eta baxu bat altu eta malnutritu batetatik bereizten. Erabilgarria da denboran haur batek izan duen bilakaera nutrizionala ikusteko (bere osasun zentroan egindako haur osasuntsuaren hazkunde grafikoak).

Pisua/Alturak malnutrizio akutua adierazten du, eta hori da larrialdi goeretakoa adierazlerik onena, arrazoi hauengatik:

- Egungo egoera islatzen du.
- Aldaketa azkarrekiko sentibera da, errekupeazioa barne. Estres nutrizionala duen haur bat bere pisuaren %20 galtzera irits daiteke aste gutxitan.
- Ondo aurreikusten du berehalako heriotza arriskua.
- Biztanleriaren egoera nutrizionala kontrolatzeko erabil daiteke.
- Egoera horietan, askotan zaila izaten da adina zehaztea.

3.9. OSASUN MENTALA

Osasun fisikoa xx. mendean zehar mundu guztian hobetu den arren, osasun mentala gelditu mantendu edo okertu egin da. Bizi itxaropena handitzea (bere ondorioen artean dago pertsona gehiago iristea hainbat gaixotasunen arrisku adinera) depresio klinikoaren, eskizofreniaren, dementziaren eta bestelako gaixotasun kronikoen intzidentziaren gorakadak lagundu du. Neurri batean gorakada urbanizazioak eta «modernizazioak» landako kulturei ezarritako ikaragarriko karga psikologiko eta sozialen ondorio da.

Urbanizazio azkarraren ondorioak, migrazio masiboak, krisi «humanitarioak», talde etniko txikiei (edo gizartean gehiengoa diren taldeek, emakumeena kasu) eragiten dieten hondamendiak, giza eskubideak zapaltzea, iheslariaren kondizioa, desplazatutako pertsonen bolumena edo indarkeria zabaltzea estres kausa gisa alkoholismo, drogen abusu eta suizidio tasa handiagoak laguntzen ari dira.

Arazo horiek askotan larritu egiten dira osasun arreta eta, bereziki, osasun mentala eta laguntza humanitarioa eskaintzeko baliabide ekonomiko eta politiko faltagatik. Pobreziak eta geldialdi ekonomikoak eragin zuzena eta zeharkakoa dute ongizate sozial eta mentalean. Pobreziak berekin ekartzen ditu gosea, desnutrizioa, bizi baldintza desagokiak, osasunarentzat arrisku gehiago eta, maiz, osasun zerbitzu nahikoak ez egotea. Hiriko aglomerazioak eta lan baldintza txarrak antsietateko, depresio edo estres kronikoko kausak izan daitezke eta aldi berean familien eta komunitateen bizi baldintzetan eragin negatiboa izan dezakete. Labor esateko, munduko osasun krisi baten aurrean gaude.

Esandakoaz gain, badago osasun mentaleko arazoei behar den lehentasuna emateko eta politikak eta programak garatzeko baliabideak —giza eta materialak— esleitzeko halako mesfidantza bat. Egungo krisi humanitarioek, erreprezioak eta giza eskubideen zapalketa sistemak, biztanleriaren desplazamendu masiboak eta iheslari eremuen hazkunde izugarriek GKEei hausnartu arazi diete beren programetan osasun mentala biltzeko.

1995ean Osasunaren Erakunde Panamerikarrak bere ikerketa azterlana argitaratu zuen «Osasun mentala munduan: sarrera gutxiko biztanlerietako arazo eta lehentasunak» titulua zuena. Gainera OMEren 1999ko Munduko Txostena kontuan hartuz, esan dezakegu arazo mentalak bakarrik munduko gaixotasun kargaren %8-12 direla (DALYtan, edo «galdutako bizitza osasungarriko egunetan» neurtuta). Ia %2 gehiago gehitu behar zaio «nahita norberak egindako lesioak» ere sartzen baditugu. Indibidualki, depresioa munduko 5. DALY kausa da, arnas infekzioak, jaiotza inguruko infekzioak, beherakoak eta HIESaren atzetik eta gaixotasun kardiobaskularren edo malariaren aurretik. Depresioa, norberak eragindako lesioak, dementzia (Alzheimerra barne) eta alkohol mendekotasuna dira prebalenteenak. Oro har, kalkulatzen da munduko gaixotasun kargaren %34, besteak beste, jarrerekin, indarkeria barne, sexu bidez transmititutako gaixotasunekin edo zirkulazio istripuekin erlazionaturiko arazoan ondorio dela.

Sarrera gutxiko gizarteetako guztizko eskizofrenia kasuak 1985eko 16,7 milioietatik 24,4 milioira pasatu ziren 2000 urtean, %45eko gorakada izan zuten. Bestalde, adimen atzeratasunaren eta epilepsiaren prebalentzia tasak 3-5 aldiz altuagoak dira sarrera baxuak dituzten herrialdeetan industrializatueta baino. Munduan lehen mailako arretan egindako kontsulten guztizkoaren laurden eta heren baten

artekoen kausak nahasketa depresiboak eta antsietatekoak dira. 2005erako, dementzia duten adinekoen hiru laurden —80 milioi gutxi gorabehera— sarrera baxuetako gizarteetan biziko dira.

Drogen abusuak, hala gizarte aberatsetan nola pobreetan, gaixotze tasa igotzea eragiten du eta indarkeria handitzea, HIES tasak igotzea eta gaixotze tasa mediko eta psikiatrikoa igotzea laguntzen du.

Munduan dauden ia 50 milioi desplazatuk egun depresio, antsietate nahasketa, trauma ondoko estresa eta bestelako gaixotasun mental tasa altuak aurkezten dituzte. Hondamendi naturaletako biktimen heren bat inguruk (hiru bat milioi 1967 eta 1991 artean) arazo mentalen bat dute.

Nutrizio eskasiek defizit neurologikoak, garuneko disfunczioak eta jarreraren nahasketak eragin ditzakete.

Emakumeei gehiegi eragiten die. Familiaren barruan, emakumeek intentsitate handiagoz pairatzen dituzte berregituraketa ekonomikoaren ondorio negatiboak. Eragindako abortuak, nesken hilketa, familia pobreenetako gaixo dauden nesken tratu bereizgarria, mutilazio genitala eta amatasunagatko heriotza emakumeen osasunean okerrerako eragiten duten faktoreak dira. Etxeko indarkeria tasa bereziki altuak gizonen alkoholaren abusuari lotuak daude.

Milioika haur zorigaitzaren eta degradazioaren biktima dira lanean, sexu merkatuaren industrian abusu eta esplotazioak jasaten dituztelako, beren bizitzaren denbora gehiena etxetik kanpo pasatzen dutenean («kaleko haurrak»), gatazka etnikoak eta politikoak gailentzen diren giroetan eta baldintza estresagarriak dituzten familietan.

Alderdi horiek guztiek osasun gaien garapenerako beste hainbeste lankidetzak aukera adierazten dituzte, alderdi mental eta sozialetik. Gaixo mentalen giza eskubideak askotan arriskuan egoten dira eta normalean osasun mentalaren arreta gizarte kontrolari lotuta egoten da. Kalitatezko zerbitzuen garapenari kontra egiten dieten oztopo handiak dira, oso banatuak eta izaera integralekoak. Biztanleriaren mobilizazioa, gaixo mentalei arreta eskaintzeko trebetasunak irakastea eta laguntza baliabide egokiak ematea, medikamentuak eta esku-hartze psikosozialak barne, baliabide eraginkorrak dira gaixotasun mentalei aurre egiteko eta, oro har, bizi kalitatea hobetzeko.

4

Osasuneko lankidetzaren berriazko testuinguruak

4.1. LARRIALDI EGOERAK

Oro har, *larrialdi* deitzen zaio ekintza azkarra behar duen edozein egoerari. Egoera horretan, biztanleriak berehalako laguntza behar du krisitik ateratzeko. Era berean, *krisi* bat biztanleria baten moldatze ahalmena gaindikatu ikusten den egoera bezala defini daiteke.

Krisi bat bat-bateko ezarpenekoa izan daiteke, lurrikara kasuetan bezala, edo pixkanakakoa, adibidez, nutrizio egoera txarra gosete bihurtzen denean. Krisia konpon daiteke baliabideak handituz (kanpotik datozenak, adibidez) edo beharrak gutxituz, biztanleriaren ihes masiboagatik nahiz, kasurik txarrenean, heriotza tasa altuagoagatik.

GKE baten ikuspegitik, urgentzia (edo larrialdia) erantzun azkarra eta iraupen mugatukoa behar duen krisi egoerako ekintza kategoria gisa definitzen da.

64. koadroa. **Larrialdi esku-hartzeetako jarduera aldiak**

1. Hondamendi bat iragartzea.
2. Esku hartzeko (edo ez hartzeko) erabakia hartzea.
3. Ekintza mota aukeratzea.
4. Praktikan jartzea eta segimendua egitea.
5. Esku-hartzearen balioztapena-egokitzapena.

Bi larrialdi maila uler ditzakegu. *Berehalako larrialdietan*, ekintzan gertatzen diren atzerapen guztiek ondorioak (herio-

tzak edo arrastoak) larritzen dituzte. Faktore mugatzailea baliabideak 48 ordutan edukitzea da eta egokitzapena bigarren mailakoa da. *Atzeratutako larrialdietan* egun batzuk edo aste bat daukagu beharren balioztapen azkar bat egin eta erabili beharreko baliabideak egokitzeko (materialak, giza baliabideak, beste finantzazio iturri batzuk).

65. koadroa. **Larrialdi mailak**

MAILA	KATEGORIA	MOTA
BEREHALAKO LARRIALDIA	Hondamendi naturalak	— Lurrikarak — Sumendien erupzioak
	Gatazkak	— Bat-bateko krisia
ATZERATUTAKO LARRIALDIA	Hondamendi naturalak	— Uholdeak — Urakanak, zikloiak
	Gatazkak	— Pixkanakako krisia
	Epidemiak	— Kolera — Meningitisa — Sukar tifoidea — Disenteria (sigelosia) — Txarranpina
	Goseteak	

Gobernuz kanpoko osasun erakunde baten ikuspegitik, esan dezakegu larrialdi esku-hartzeetan *printzipio nagusi* batzuk daudela:

1. Esku hartzeko erabakia ez da teknikoa bakarrik, momentu jakin batean erreakzionatzeko ahalmenak (beste ekintza batzuk ere egon daitezke martxan), eragindako biztanleriarengana iristeko aukerak, finantzazio aukerak eta finantzatzaileen presioak edo nazioarteko testuinguru jakin batean presente egoteko eta adierazgarri izateko behar-interesek eragiten dute.
2. Esku-hartzea osasun beharretara (osasun arazo nagusiei erantzutea, zerbitzuak eskuratzea, nutrizioa, txertaketa, medikamenduak eta materiala kudeatzea) eta ur eta saneamendu arazoetara mugatzen da. Biztanleria

desplazatuak, prekarietate eta nahasketa handiko tes-
tu inguru etako birtaldekatzeak, beti lehenasunezkoak
dira. Bokazio globalagoa duten beste erakundeak ez
daudenean, ostatusa, klimaren aurkako babesia edo eli-
kagaien banaketa bezalako hil edo biziko beharrei lo-
gistikak eta garraioak ekintzan lehenasuna izateko
moduan egin behar zaie aurre.

3. Esku hartzeko erabakia ondorengo koadroan labur-
biltzen den gutxieneko informazioan oinarritzen da.

66. koadroa. **Esku hartzeko erabakia hartzeko beharrezko informazioak**

NOIZ?	Hondamendiaren eguna eta ordua.
NON?	Lekua, ingurua (hiria/landa), komunikabideak. Klima (tenperatura, elurra,...).
NOLA?	Eragindako biztanleria. Hilkortasun eta erikortasun tasak (nahiz eta hasieran zifrak kaskarrak diren eta oso fidagarriak ez diren). Pertsona desplazatuak. Kalte materialak: habitata, (tele)komunikabideak, energia iturriak, osasun zerbitzuak.
NOREKIN?	Bizilagunen zerrenda.

4. Biktimei zuzenduriko sorospen ekintzen eta esku-
hartzeak praktikan jartzeko laguntza ekintzen (ga-
rraioa, komunikabideak, ekipoen bizi baldintzak) ar-
teko oreka bat behar da.
5. Ekintza aurrez prestaturiko estrategia estandarretan oi-
narritzen da, azkar eta modu eraginkorren jarduteko
modu bakar gisa: medikamentu kitak eta materiala,
ambulatorio mugikorrek edo tokiko egiturak indartzea,
tangak eta ura kloratzea, oinarritzko saneamendua,
habitata babestea, eta abar.
6. Erantzun mota hondamendia gertatu zenetik pasata-
ko denborak baldintzatzen du. Adibiderik onenak
lurrikarak dira: zaurituei laguntza eman ahal izateko,
beharrezkoa da lehenengo 48 orduetan eragin-
korra izatea; ezin badugu denbora tarte horretan

egin, arazo hori ahaztu egin behar da. Erantzunaren azkartasuna eta eraginkortasuna hobetzeko, zenbait erakunde larrialdien kudeaketa deszentralizatzen saiatu dira.

7. Askotan datuak biltzea ahaztu egiten da eta esku-hartzea oso gutxitan balioztatzen da (zoritxarrez).
8. Laguntzaren koordinaziorik eta kudeaketarik ez egoteak eraginkortasuna nabarmen murrizten du, batez ere nazioarteko erantzuna masiboa denean eta interesak eta helburuak desberdinak direnean (biktimei laguntzeko helburu orokorra alde batera utzita).
9. Hondamendiak oso mediatizatuak daude eta, ondorioz, ekipoak askotan prentsak eskatzen ditu. Beharrezkoa da komunikazio estrategia bat definitzea, bidaltzen diren mezuek esku-hartzearen martxa oztopatu baitzakete.
10. Larrialdiko esku-hartze batek Erakundearen sektore guztiak mobilizatzen ditu eta martxan dauden beste esku-hartze batzuk kaltetu ditzake.

67. koadroa. **Larrialdi egoera batetako balizko berehalako beharrak**

1. Aldi baterako ostatueterako materiala.
2. Babes pertsonala: mantak edo beroki arropa.
3. Edateko ura.
4. Elikadura egokia, berariazko programekin edo gabe.
5. Janaria prestatzeko tresnak, ur gordailuak, erregaia.
6. Osasun zerbitzuak: egiturak, ekipoak, langileak, medikamentuak.
7. Higiene neurriak: irolak, zaborren antolamendua, xaboa, bektoreen aurkako babesa (eltxo sareak,...).
8. Bakarrik dauden haurrei eta talde ahulei eskainitako arreta.
9. Beharrezko logistika eta garraioa.

Iturria: Assisting in emergencies. UNICEF, 1986.

Hondamendi bakoitzak behar desberdinak ditu. *Lurrikarra* batean, patologia traumatikoak menderatzen du larrialdiaren lehenengo fasea, bereziki lehenengo 48 orduak.

Esku-hartzeak berehalako laguntza mediko-kirurgikoa, batez ere hiriguneetan, eta hain irisgarriak ez diren gunetako beste arazo eta behar batzuk bateratu behar ditu eta azken horiek beranduago lehentasunekoak izango dira. Bigarren aldian (hirugarren egunetik hilabete bitartekoa) suntsiketarik eta antolamendu faltagatik ondorioztatutako arazoak planteatzen dira: ostatua, ur horniketa, higiena, osasun arreta eskaera handiagoa, zerbitzu ez funtzionalekin eta medikamentu faltarekin batera eta, batzutan, desplazatutako biztanleen asentamenduak. Normalean, hilkortasun tasa eragindako biztanleriaren %10 (%5etik %20 bitarte) izaten da eta zaurituen kopuruak hildakoena hirukoizten du.

Medikamentu nahikoa ez izatearen eta eskaerari erantzun txarra ematearen arazoa sistematikoki azaltzen da eta horregatik aurreikusi behar da dauden osasun egituren baliotzapen azkarraren ondoren. Malnutrizioa salbuespeneko da eta inoiz ez berehalakoa, biztanleriaren lekualdaketan egoera batetatik kanpo. Epidemia arriskua txikia da, nahiz eta transmisio oral-fekaleko gaixotasunak berehala ugaritu daitezkeen eta horien maiztasunak segimendu epidemiologikoaren parte izan behar du (osasun informaziorako sistema).

Zikloiek, tifoiek eta urakanek beren atzean hilkortasun tasa altua (eragindako biztanleriaren %5etik %50erakoa), zauritu gutxi eta bizirik irtetzen direnak ia ezer gabe uzten dituzte. Horrela bada, beharrak materialak dira osasunekoak baino gehiago: edateko ura, elikagaiak, berokia. Larrialdiak 2-4 aste irauten du eta horietan gutxitu behar dira oinarrizko beharrak. Hainbat hilabete iraun dezakeen birgaitze aldieren ondoren, egiturei gehiago dagokien berreraiketa aldi bat hasten da. Nahiz eta osasun arazoak lurrikara batek eragiten dituenen antzekoak diren, inguruko higienekoak desberdinak dira: hilotzak ebakutzeari lehentasunekoak izan daiteke, ur gezako erreserbak desegokiak izan daitezke hilabetetan zehar, elikagaiak banatzea beharrezkoa da lehenengo astetan, habitataren hondatze sistematikoa eta biztanleriaren leku aldaketa tipikoak gertatzen dira, baina modu sakabanatuan, taldekatze masiborik gabe, ez bada aginpideek horrela antolatzen dutela.

Biztanleriaren leku aldaketa masiboak, egoera horrek eragiten dituen berariazko arazoekin [ikus dagokion atala], gatazka egoeren eta goseteen (lehorteak) ondorio izaten dira, lurrikarak, uholdeak edo zikloiak bezalako hondamendi naturalena baino gehiago, nahiz eta sumendien erupzioen ondoren ere ikusi ohi diren.

68. koadroa. **Hondamendi naturalen eta giza hondamendien arteko zenbait desberdintasun**

1. Lehorteak errazago aurreikus daitezke eta ia errepikariak dira eta alerta sistema goiztiarrak eta prestatu eta arintzeko mekanismoak garatzeko aukera ematen dute.
2. Lehorte baten iraupena 2-3 urtetakoa izaten da, gerra aldiz, mendetan zehar errotu daiteke.
3. Familiako deskapitalizazioa askoz ere sakonagoa da gerren kasuan, ondasunak suntsitu eta aurre egiteko estrategiak oztopatzen direlako.
4. Gerrak azpiegitura ekonomikoan (meategiak, fabrikak, laborantzak) askoz ere eragin suntsikorragoa du.
5. Gatazkak zatiketa sakonak eragiten ditu gizartean eta politikan.

Iturria: Guía de rehabilitación postbélica. Hegoa, 1997.

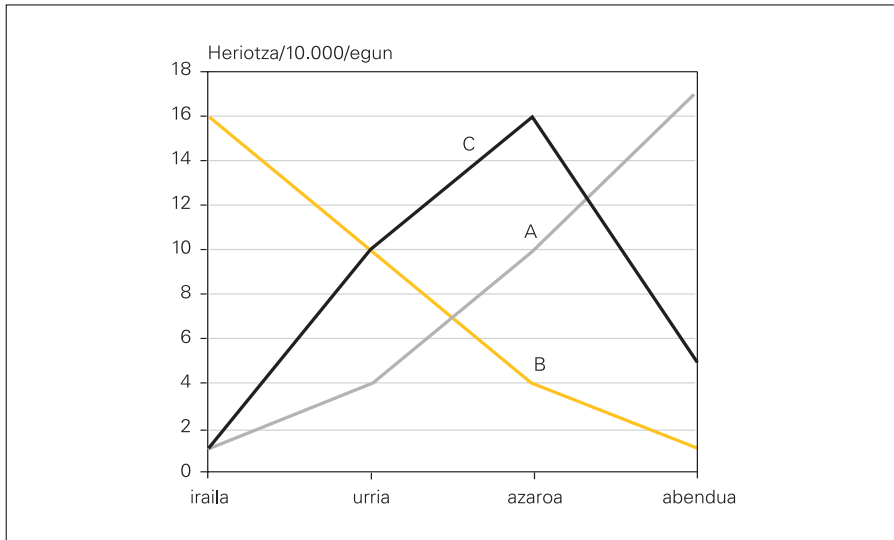
4.1.1. **Osasun egoeraren balioztapen azkarra: adierazleak**

Larrialdi egoera batean ezinbestekoa da guztizko biztanleria eta bere egitura ezagutzea, gaixotasunen ondorioko hilkortasun tasa, elikadura estatusa eta hil ala biziko beharren estaldura (erabilgarri dauden elikagaiak, ura, saneamendua, berokia).

Hilkortasun tasa da egoera baten larritasunari buruz informazio onena ematen duen adierazlea. Egoera bat larritzat jotzen da hilkortasun tasa 1/1000 pertsona eta eguneko baino handiagoa denean (Afrikan eta krisitik kanpo, «normaltzat» jotzen da 0,5 heriotza/10.000 biztanle/egun).

Atzera begiratzuz, denbora epe jakin bateko hilkortasun tasa (eta bere ondorioak, hilkortasun proportzionala zehazteko) kalkula daiteke. Adibidez, Hodduren (Somalia), inkesta batek 1993an 3.323 biztanleko herri batean 134 egunetan gertatutako 434 heriotza zehaztu zituen, ondorengoaren baliokidea dena: $[434 / (434 + 3323)] \times 10.000 / 134 = 8,6$ heriotza/10.000/egun. Zifra horrek lau hilabete eta erdiko batezbesteko egoera adierazten du, baina ez joera ez eta kanpoko balizko ekintza batekin duen erlazioa ere. Horregatik, beharrezkoa da hilkortasuna atzera begiratzuz azaltzea tauletan. Ondorengo grafikoak hainbat adibide adierazten ditu.

13. grafikoa. **Atzera begiratzen duen inkestaz kalkulaturako hiru egoera desberdin, non abendu bukaerako batezbesteko eguneko heriotza tasa 8/10.000/egun izango den**



- A = pixkanaka okerragotzen da;
- B = heriotza tasa pixkanaka murrizten da;
- C = egoera azaroa bitarte egoera okertu egin da eta orduan heriotza tasa jaisten hasi da, agian, kanpoko esku-hartze batengatik.

Iturria: Evaluation rapide l'état de santé, MSF, 1996.

4.2. IHESLARIEN OSASUNA

Egun munduan 50 milioi desplazatu inguru daude eta horietatik erdiak iheslariak dira eta beste erdiak IDPa (internally displaced people).

Exodo masiboek askotan iheslari eremuak sortzea eragiten dute, denborarekin gogortu edo kroniko bihurtzera jotzen duten behin-behineko egitura gisa ulertuak. Horietan, biztanleek berriz ere jatorrizko bizi baldintzak hartzen dituzte, bai eta beren zatiketa eta botere gatazkak ere, askotan hartzen dituen herrialdeak larritzen dituenak. Sarritan, talde armatuek kontrolatzen dituzten eremuak eta iheslariak babes edo laguntza gisa erabili eta gatazkak betikitzen dituzte («santutegi humanitarioak»), mendebaldeko potentzien laguntzarekin edo gabe.

Eremu *itxiak* ia eskusiboki kanpoko laguntzaren mende daude, *irekietan* aldiz, iheslariak salerosketan jardun, lan egin edo inguruan integratzeko aukera dute. Beharrezkoa da

kontuan edukitzea tokiko aurreko biztanleen egoera, afluxu masiboak sortutako desorekak nabarmen kaltetu dezakeena: merkatuko prezioak aldatzea, beren produktuak saltzeko zailtasuna, dohainikako osasun arreta tarifakazio sistema baten aurrean,...

Desplazatuaren ongizatea, haien biziraupena barne, nagusiki lau faktoreren mende dago: ura, janaria, ostatua eta osasun arreta.

69. koadroa. **Talde ahulak**

1. Emakumeak eta emakumezko familia buruak.
2. Haurrak, batez ere laguntzarik gabekoak.
3. Adinakoak.
4. Urritu fisikoak.
5. Gutxiengo etniko, erlijioso eta politikoak.
6. Landa ingurunean dauden hiriko iheslariak.

Iheslariak indartu behar dira, laguntza programen plan-gintzan eta egikaritzean aktiboki parte har dezaten. Nahiz eta itxuraz nekatuak, gaixo, gaizki elikatuak daudela eta pobreak direla diruditen, ez dute beren hezkuntza, gaitasuna edo erantzukizunak hartzeko aukera galdu, ez eta agian duintasuna edo itxaropena ere. Oro har, ez da espero behar komunitate guztiak larrialdi akutuko aldiaren parte hartzea.

70. koadroa. **Desplazatuaren egoeren aldiak**

1. **LARRIALDI ALDIA:** Hilkortasun tasa orokorra 1/10.000/egun baino handiagoa (biztanleria egonkorretan normala: 0,5/10.000/egun).
2. **SENDOTZE ALDIA,** 1/10.000/egun baino hilkortasun tasa txikiagoarekin eta oinarritzko beharrak asetuta.

Desplazatuaren herri baten aurrean hauek dira lehentasuneko hamar ekintzatzat («top ten») hartzen direnak.

71. koadroa. **Larrialdi egoeretako hamar lehentasunak**

1. Hasierako balioztapen azkarra.
2. Txarranpinaren aurkako immunizazio masiboa.
3. Edateko ura eta saneamendu hornikuntza.
4. Nutrizio egoeraren balioztapena.
5. Etxebizitza.
6. Gaixotasun arruntei aurre egiteko osasun arreta (1000 pertsonentzat 3 hilabetetarako kit aurrezarriak).
7. Gaixotasun transmitigarrien eta epidemien kontrola, adibidez, kolera, shigella, meningitisa, txarranpina, eta beste hainbat.
8. Jagoletza epidemiologikoa: eguneroko bilketa eta osasun adierazleen analisia.
9. Giza baliabideen trebakuntza.
10. «Partenaire» operazionalen arteko koordinazioa.

Hasierako balioztapenak esku hartu ala ez erabakitzeko aukera ematen du, lehentasunak definitzeko, ekintzaren plangintza egin eta nazioarteko komunitatea informatzeko.

- Krisiaren testuinguru politikoa: jatorri eta xede herrialdearen egoera, segurtasun baldintzak.
- Populazioaren, talde ahulen, eta abarren altura, banaketa eta mugimenduak kalkulatzeko.
- Tokiaren mapa.
- Ingurumeneko baldintzak.
- Gaixotasun epidemikoak eta hilkortasun tasak.
- Ur eta elikagai baliabideak.
- Erabil daitezkeen material/giza baliabideak:
 - Staff kualifikatua, bereziki osasunekoak.
 - Elikagai erreserbak, anoak banatzea.
 - Familiako sukaldeko tresnak eta ur edukiontziak.
 - Xaboia, mantak.
 - Etxebizitzak babesteko plastikoak.

- Erabilgarri dauden energia iturriak.
- Gunean dauden osasun zerbitzuak.

—Herrialde jasotzaileak egoera onartzea.

—Nazioarteko edo tokiko erakundeak egotea eta lanean jardutea.

Hilkortasun tasa da egoeraren larritasunaren eta laguntza programaren eraginkortasunaren adierazlerik onena. Beharrezkoa da berariazko heriotza kausak identifikatzea.

Wad Kowlin (Sudan, 1985), txarranpinak 2.000 heriotza eragin zituen 4 hilabetetan. Mauritania (1992-1993), 6 hilabete eta 12 urtekoen arteko taldeko heriotzen %45en kausa izan zen. Txertoak 9 hilabete baino gehiagokoetan %90eko eraginkortasuna du dosi bakarrarekin. Jada arriskuan dauden artean, hilkortasuna murrizten du lehenengo 3 egunetan ematen bada. Xede biztanleria 6 hilabete eta 15 urte bitartekoek osatzen dute (guztizko biztanleriaren %45) eta adin taldeen eraso tasen arabera zabal daiteke. Estalduraren %100era hurbiltzen saiatu behar da.

Ur horniketan lehenengo pausua ur kantitate nahikoa edukitzea da, hau da, larrialdi aldiaren lehenengo egunetan 5 litro/pertsona/egun eta, ahal den bezain laster, 15-20 litro. Gainazaleko ura da, beti kutsatuzat hartzen dena, normalean larrialdi aldiari azkarren erantzuten dion aukera. Bigarren pausua, logikoki, uraren kalitatea hobetzea da (kontsumora zuzendurikoak 10 koliforme fekal/100 ml-ko baino gutxiago eduki behar ditu.

Iraizkinen antolamenduan, hasieran 50-100 pertsonentzako irol edo lubakiak kalkulatzeko dira eta, ahalik eta azkarren, 20 pertsonentzako bat. Mantenuz onena edukitzeko ideala familia bakoitzeko bat da.

Espazioaren antolamenduan, dentsitate handiko aglomerazioak saihestu behar dira, gaixotasunak transmititzeko, sute eta segurtasun arriskuagatik. Ondorengo irizpideak eduki behar dira kontuan:

—Segurtasuna eta babesa: mugarekiko edo gatazka gu-neekiko distantzia, minak.

—Hasieran beharrezkoa izan daitezke aldi baterako berokirako materialak (ACNUReko plastiko urdina).

—Ur baliabideak.

—Espazioa: 30 m² pertsonako.

- Urte guztian irisgarria izatea (euri urtaroa).
- Tokiko biztanleria errespetatzea.
- Malda txikia, uraren drainatze naturala ahalbidetzeko.
- Energia iturriak eta deforestazio arriskua kontuan edukitzea.

72. koadroa. **Kanpamendua antolatzeko arauak**

- Pertsonako gunea: 30 m².
- Pertsonako estalitako gunea: 3,5 m².
- Ur iturri bakoitzeko pertsonak: 250.
- Irol bakoitzeko pertsonak: 20.
- Ur iturrira iristeko distantzia: gehienez ere 150 m.
- Irolera iristeko distantzia: 30 m.
- Ur iturriaren eta irolaren arteko distantzia: 100 m.
- Suebakiak: 300 m bakoitzeko 75 m.
- Bi berokiren arteko distantzia: gutxienez 2 m.

Osasun arretari dagokionez, ezer baino lehen beharrezkoa da azpimarratzea iheslarien artean gertatzen diren heriotzen %50-95 4 gaixotasun transmitigarriren ondorio direla (gaixotasun diarreiko akutuak, arnas infekzio akutuak, txarranpina eta malaria) eta malnutrizioak faktore larri gisa jokatzen duela. Funtsean sendagarria izan behar du (eskaera handia), zerbitzu prebentibo gutxiarekin, brote epidemikoei egoki daitekeena eta irisgarria, 10-30.000 iheslariko osasun zentro batekin, ospitaleratzeko zenbait oherekin eta 3-5.000 pertsonako kanpoko osasun postu deszentralizatu bat eduki behar du. Komeni da etxerako bisitatzaile bat trebatzea 500-1.000 iheslariko, kasuak aktiboki zaindu eta bilatzeko: hilkortasun datuak, malnutrizioa, tratamendua betetzea (adibidez disenterian). Erreferentziako ospitale gisa lehentasunez aurretik zegoena (indartu daitekeena) hartu behar da, kirurgiarako eta erditze zailtarako.

Beharrezko *Osasun Informazio Sistema* bat datu batzuk sistematikoki biltzean oinarritzen da:

1. Bizi estatistika: demografia eta heriotza datuak.

2. «Kasuen definizioan» oinarrituriko gaixotze tasa.
3. Jarduera medikoen erregistroa, osasun zerbitzuen erabilpena islatzen duena. Ospitaleetako heriotza tasa, arretaren kalitatearen adierazle gisa.
4. Berariazko ikerketak.

73. koadroa. «**Normaltzat**» hartutako zerbitzuen erabilera tasak

- Biztanleria egonkorra: 0,5-1 kasu berri pertsona eta urteko.
- Biztanleria iheslaria: 4 kasu berri pertsona eta urteko.

100.000 iheslaritako biztanleria batean pertsonako eta urteko 2 kasu berri baino gutxiago egotea (hau da, urtean 200.000 kontsulta baino gutxiago) irisgarritasun desegokiaren (geografikoa edo talde zehatzena, emakumeak edo gutxieneko etnikoak kasu) edo zerbitzuek gaitasun nahikoa ez izatearen ondorio da. Zerbitzuak deszentralizatzeko edo zabaltzeko beharra adierazten dute. Beste muturrean, 5 baino handiagoko zifrak izendatzailearen kalkuluan (zerbitzuak erabiltzen dituen tokiko biztanleria) errore baten edo zerbitzuak gehiegi erabiltzearen ondorio izan daitezke, askotan medikamentuak dohainik ematearen ondorio dena.

Hainbat programa *larrialdi ondorengo* aldian hasi daitezke, iheslarien egoera egonkortzen denean. Beharrezkoa da iheslarien egoerak eduki dezakeen bilakaera kontuan edukitzea etorkizuneko jardueren plangintza egiteko orduan. Hurbileko aberriratzea aurreikusten bada, TB bezalako epe luzerako programak ez dira hasi behar: iheslariak biztanleria ostalarian integratuko badira, osasun sistemak integratzeko joera hartu beharko da.

Prebentzioko jarduerak behin betiko sar daitezke dauden osasun zerbitzuetan. Pixkanaka finantzazio sistema bat sar daiteke. Ama-haurren kapituluan, nutrizio gehigarriko zentroen, haurdunaldiko tetanosa biltzen duen immunizazio programa zabalduaren jaiotza aurretiko eta ondorengo kontrolaren, erditzearen konplikazioen erreferentziaren eta familia plangintzaren egokitasuna balioztatu behar da.

STGen kontrolak edo gaixo seropositiboan gain-infekzioen tratamenduek sendatzeko zerbitzuen parte izan behar dute. Kondoiak banatzea beharrezkoa izan daiteke. HIESaren

aurkako gainerako babes neurriak larrialdi alditik existitzen dira. Inplikaturako gobernuek eta finantzatzaileek presio handia egin dezakete tuberkulosiaren aurkako programa bat sortzeko, osasun egituretara erraz iristen baitira. Dagokion kapituluaren deskribaturako «gutxieneko baldintzak» errespetatu behar dira.

4.3. ELIKADURA LAGUNTZAKO PROGRAMAK

Malnutrizio larriak tratamendu erasokorra eta egokia eskatzen du. Ospitalean, sartzen direnen %20-30 hil egiten dira, beste heren bat alta hartu ondoren hiltzen da. Argi dago etxean jasotako tratamendua ez dela nahikoa. Zentro Nutrizional Terapeutikoko (Feeding Centre) tratamendua hobesten da, beharrezkoa bada elikadura gehigarriko programekin osatuz.

Biztanleria baten egoera nutrizionala balioztatzeko (hasieran, segimendu edo aldaketa nabarmen baten susmogisa) beharrezkoa da batezbesteko anoa orokorra kalkulatzea, gutxieneko jakin baten gainetik egon behar duena, eta inkesta nutrizional bat egitea 6-59 hilabetekoen taldean malnutrizio akutuaren portzentajea ezagutzeko (biztanleria guztiaren egoera islatzen duena, estres nutrizionalari eta normalean programak zuzentzen zaizkienekiko sentikorragoak direlako).

74. koadroa. **Krisi testuinguru batetako «gutxieneko» anoa**

2.100 kkal/pertsona/egun, energiaren jatorriak gutxienez %10ean proteinetakoa izan behar du eta beste %10 koipekoa.

Oinarrizko beste behar batzuk ez badira asetzen (berokia, erregaia, ura, garraioa,...), jasotzen den anoaren zati bat merkataritzarako erabiliko da. Jendeak anoa onartu behar du: ez da egia «gosea badute edozer jango dutela». Galerak egon daitezke banaketa kate guztian zehar, elikagaien jatorriaren eta indibiduoak erabiltzearen artean.

Inkestetan, gutxienez, informazio hau bildu behar da: adina, sexua, pisua, altura, aldebiko edema, txarranpinaren aurka txertatua dagoen ala ez, iriste data (iheslari eremuak badira) eta etxeetako sukaldeko tresna, erregai eta elikagai baliabi-

deak. Besoen perimetroa neurtzea edo MUACa (mid-upper arm circumference) erabilgarria izan daiteke hasierako aukeraketa-ko irizpide gisa.

Egoera diagnostiko bat egiteko biztanleria batetako kide guztiei inkesta egitea luzeegia, garestiegia eta zailegia izango litzakete. Horregatik, egoera nutrizionala ezagutzeko taldea «irudikatzen» duen lagin bat aukeratzen dugu. Laginaren tamaina dagokion formularekin aukeratzen da.

Laginketa egiteko metodo nagusiak ondorengoak dira:

- Zorizko laginketa, indibiduo guztien zerrenda eskatzen duena.
- Laginketa sistematikoa, «x» etxeko etxe bat aukeratuz, erabilgarria da etxeak «zenbakitzeko» moduan antolatuak daudenean.
- Multzokako laginketa (30 aukeratuz, laginaren tamaina bikoiztea eskatzen duena, «diseinu efektuagatik»).

75. koadroa. **Inkesta nutrizionaletan neurketak egiteko modua**

- Pisua:** Salter motako balantza 25 kg bitarte (100 gr-ko tartetan mailakatua).
- Altura:** 2 urte bitarte etzanda (85 cm-ren baliokidea), hortik aurrera zutik.
- Adina:** ikus osasun edo txertaketa txartela edo gertaera garrantzitsuekin erlazionatu. Ezin bada modu fidagarrian zehaztu, **laginketan 65 eta 100 cm bitarteko haurrak (6tik 59 hila-betetara) bakarrik sartu.**
- Edema:** hanka estutu (tibiaren aurrean) hatz lodiarekin 3 segundoz. Positiboa da zapaldua gelditzen bada.
- MUAC:** besoa erlaxatuta dagoela, ukondoa eta sorbaldaren arteko erdiko puntuan.

Hasieran, ikusi behar da taldeak berdin ordezkatuak dauden, adina eta sexuaren arabera (laginaren analisia). Adibidez, mutil gutxi egon daitezke adin talde batean hilkortasun tasa handitu delako edo inkesta egin zen egunean ez zeudelako edo gerta daiteke neska gutxiago egotea ere. Beranduago malnutrizio akutu globalaren eta larriaren indizeak lor daitezke eta emaitzak alderatu, adibidez, eremura azkena iritsitakoen eta han denbora daramatenen artean...

76. koadroa. **Malnutrizioaren sailkapena larritasunaren arabera**

EGOERA NUTRIZIONALA	% PISUA/ALTURA
Malnutrizio akutu ertaina	%70tik %80ra
Malnutrizio akutu larria	%70 baino gutxiago edo edema
MALNUTRIZIO AKUTU GLOBALA (= ertaina + larria)	%80 baino gutxiago edo edema

Egoera desberdinak sor daitezke:

1. *Nahikoa ez den anoa orokorra* (2.100 kkal/pertsona/egun baino gutxiago): anoa osatzea beharrezkoa da.
2. *Egoera nutrizional larria*:
 - Malnutrizio tasa %20 baino handiagoa edo
 - Malnutrizio tasa %10-19, faktore larrigarriekin.
3. *Alerta egoera*:
 - Malnutrizio tasa %10-19, edo
 - %5-9ko tasa, faktore larrigarriekin.
4. *Egoera nutrizional onargarria*, hau da, %10 baino gutxiagoko malnutrizio tasa eta faktore larrigarririk gabea, berariazko programak beharrez, dauden osasun egituretatik malnutrizioa dutenei arreta indibiduala ematea justifikatu ohi duena.

77. koadroa. **Faktore larrigarriak**

- Hilkortasun tasa 1/10.000 pertsona/egun baino handiagoa.
- Anoa orokor desegokia.
- Txarranpina, shigella (disenteria) edo beste gaixotasun transmitigarri garrantzitsuen epidemia.
- Hotz handia eta beroki desegokia.

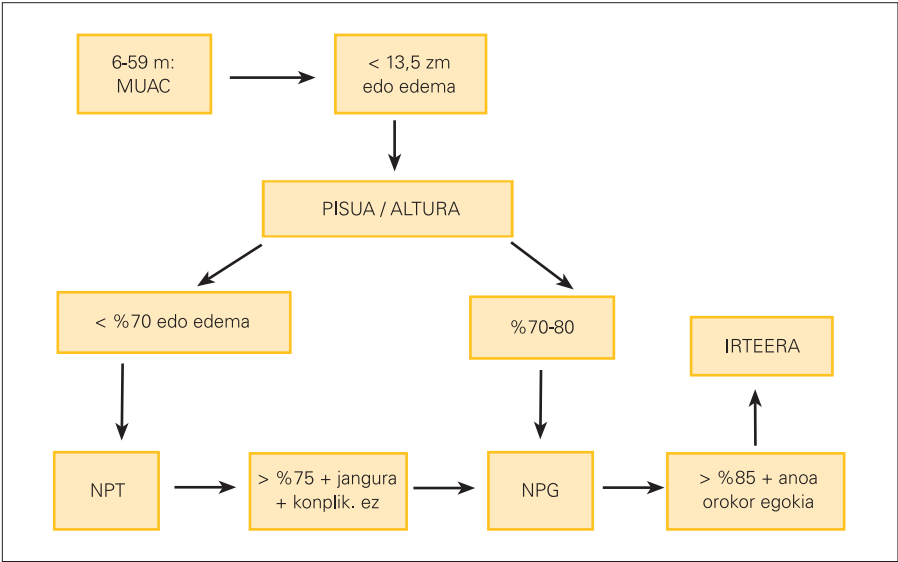
Egoera «onargarri» batetatik kanpo, beharrezkoa da *nutrizio programa terapeutiko (NPT)* bat sortzea nutrizio gabezia larriak dituztenentzat (%70 baino gutxiago edo edema), bai eta *berariazko nutrizio gehigarriko programa (BNGP)* bat ere

nutrizio gabezia «ertaina» dutenentzat, eta horrek %70 eta %80 arteko Altura/Pisua indizea duten 5 urte baino gutxiagoak, nutrizio programa terapeutikoan alta emandakoak eta nutrizio gabezia duten 5 urte baino gehiagokoak biltzen ditu. Gerta daiteke arrisku handiko talde jakin batzuk ere (haurdun dauden edo eradoskitzaileak diren emakumeak, gaixoak edo zenbait talde sozial) anoa gehigarriak behar izatea.

Ez dira gutxietsi behar biztanleria garrantzitsu batentzat janaria prestatzeko beharrezko eskakizun logistiko handiak. Are gehiago, programa horiek behin-behineko konponbideak dira. GKEek oso gutxitan har dezakete beren gain elikagaien banaketa orokorra, baina horien irisgarritasuna gainbegiratzeko (maila desberdinetako saskiaren monitorizazioa), koordinatzen eta, beharrezkoa bada, salatzen lagun dezakete.

Behin egoera nutrizionala ezarrita, programa mota bakoitzean (terapeutikoa edo gehigarria) onartuko direnak zehazteko, eta erabil daitezkeen baliabideak kontuan edukiz, ondorengo algoritmoa jarrai dezakegu.

14. grafikoa. **NPTan edo NGPan sartzeko irizpideak (egoera nutrizionalaren eta erabil daitezkeen baliabideen arabera)**



Iturria: *Guía de nutrición*, MSF, 1995.

Hasiera batean beharrezkoa da Zentro Nutrizional bat (NTP) sortzea malnutrizio larria duten 60-100 pertsonako. Lehenengo aldiak ez du astebete baino gehiago iraun behar,

emandako dietak (100 kkal/egun eta 3gr proteina baino gutxiago kilo eta eguneko) berez ez duelako pisua hartzen uzten. Deshidratazioa eta infekzioa kontrolatzeko eta malnutrizio larria duten pertsonak bigarren aldiari jasoko dituzten elikagai kantitate handiak onartzeko prestatzeko helburua du. Haur guztiak txarranpinaren aurka txertatu behar dira sartzen diren momentuan bertan. Formula praktikoa gisa «energia handiko esneko» (HEM) 100 ml emango dizkiegu kg eta eguneko (100 kkal/kg/egun eta 2,9 gr proteina/kg/egun-en baliokidea), egunean gutxienez 6 hartualditan eta bat gauzez eman behar zaie. Hileko eskaerak egiteko, batezbesteko beharrak 1,8 litro HEM hurreko eta eguneko kontuan hartuz kalkulatu dira.

Adibidea: 9 kg pisatzen duen eta malnutrizio larria duen haur batek 900 ml HEM hartu beharko ditu egunean, 150 ml-ko hartualditan banatuak (onena lehenengo bi egunetan 12 hartualditan eta zazpigarrena bitarte 8tan banatzea da).

78. koadroa. **Energia handiko esnea (HEM) prestatzeko errezeta**

- 80 gr esne-hauts gaingabetua (dried skimmed milk = DSM).
- 60 gr landare-olio.
- 50 gr azukre.
- litro bat bitarte urarekin osatu.

Bigarren aldiari konplikazio medikoak kontrolatu eta jangura berreskuratu direnean hasten da. Orain gehiegizko elikadura onartzeko gai dira, orain %10 proteinak dituzten 200 kkal/kg/egun irensteko gai dira (hau da, 5 gramo kg eta eguneko). Egunean 20 gr/kg/egun gizontzera irits daitezke. Haurrak etxera joaten dira lotara. HEMA 100 ml-ko 150 kkal eta 4 gr proteina eskaintzen dituen ahiarekin edo egoskariekin txandakatu behar da. Hainbat «errezeta» daude, nahiz eta gerta daitekeen tokiko elikagaien nahasketa hobe onartu eta gehiago eskertzea.

Nutrizio gehigarriko programek (NGP), baldintzen arabera, bi motako anoak eskain ditzakete eta haien konposaketa erabil daitekeen janariaren (kanpoko emaileen eta tokiko merkatuaren arabera) eta biztanleriaren onspenaren arabera izango da. Jada badauden artoaren edo gariaren eta sojaren arteko nahasketak (CSB edo WSB) edo zereala eta beste proteina iturri baten (adibidez, lekak) eta energiako beste baten (zaporea hobetzeko azukrea gehitzen zaion olio) arteko erabil daitezke.

79. koadroa. **NGPko anoa motak**

	Anoa hezeak, «hartzeko prest»	Anoa lehorrak, «eramateko»
Banaketa	Egunero	Astero
Banaketa zentroko onuradunen kopurua	250	150-200 egunean = 750-1000 astean
Gehieneko distantzia	30-45 minutu oinez	2 ordu oinez
Anoa	500-700 kkal eta 15-25 gr proteina/egun.	1000-1200 kkal eta 35-45 gr proteina/egun
Justifizioa	<ul style="list-style-type: none"> — Beste janari iturririk ez dagoenean. — Erregai edo sukaldeko tresna nahikorik ez. — Etxeko bidean lapurtzeko arriskua. 	<ul style="list-style-type: none"> — Langile gutxi. — Xede biztanleria handiagoa. — Gaixotasun infektziosoak transmititzeko arrisku gutxiago. — Amak denbora gutxiago inbertitzea. — Segurtasun edo distantzia arrazoiengatik irisgarritasun zaila. — Biztanleriaren lekualdaketa eragozten lagun dezake.
Oharrak	Ez dira familiako janariarekin batera banatu behar, hura «ordezka» dezakete.	Janariaren zati bat malnutriziorik ez duten familiako beste kideek hartuko dute

Nutrizio programa balioztatzea ahalbidetzeko, 80. koadroak planteatu beharreko balizko helburuak adierazten ditu.

4.4. OSASUNA ETA GATAZKAK

II. Mundu Gerra gertatu zenetik pasatu diren 50 urteetan, gutxienez 20 milioi pertsona hil dira tokiko 150 gerra baino gehiagotan. Bangladesen, Camboyan, Txinan, Iraken, Iranen, Nigerian, Ruandan eta Vietnamen, horietariko bakoitzean, milioi bat hildako baino gehiago egon ziren. Joan den hamarkadan, bi milioi haur inguru hil ziren gerraren ondorioz, eta askoz ere gehiagok beren etxeak utzi behar izan zituzten. Kalkulatzen da 4 milioi direla gatazka armatuen eta, batez ere, pertsonen aurkako minen ondorioz ezgaitutako haurrak.

80. koadroa. **Nutrizio programa motaren araberako helburu «errealistak»**

- **Errekuperazio tasa:** NTPan %80 baino handiagoa eta NPGan %70 baino handiagoa.
- **Hilkortasun tasa:** %5 baino gutxiago eta %3, hurrenez hurren.
- **Programa bertan behera uztearen tasa:** %10 (NTP) baino gutxiago edo %15 (NGP) baino gutxiago.
- **NGPko asistentzia tasa:** %80 baino handiagoa (programan ize-na eman/hasten diren eta benetan joan/jarraitzen dutenen %).
- **Estaldura** (xede biztanleriaren gutzizkoaren gainean): %50 baino gehiago landaguneetan eta %75 baino gehiago hiriguneetan.
- **Batezbesteko egonaldia:** 30 egun (NTP) baino gutxiago eta 60 egun (NGP) baino gutxiago.
- **Batezbesteko irabazten den pisua:** 10-20 gr/kg/egun (2. aldia/edemarik gabeko haurrak).
- **Txarranpinaren aurkako txertaketa:** %100.

1945 geroztik, arma «konbentzional» deiturikoez 230 hildako zuzen baino gehiago eragin dituzte. Gerren zuzeneko biktimen arteko zibilen portzentajeak pixkanaka gora egin du azken urteetan eta gutzizkoaren %90 izatera iritsi da.

Sarrera ertainak eta baxuak dituzten herrialdeetan gerrek, indarkeriak, erailketek eta nork bere buruari egindako agresioek 1998an traumatismoen %30 eragin zuten eta «galdutako bizitza osasungarriko egunen» (DALYak) 20 arrazoi nagusien artean kokatu ziren, gaixotasun kardiobaskularren eta minbiziaren aurretik jarritz (%10 eta %5 hurrenez hurren).

Armek osasunean duten eragin zuzenaz gain, badaude militarizazioari egotzi dakizkiokeenak ere. Baliabideak helburu militarretara zuzentzeak herrialde pobreen garapen ekonomikoan eragiten du eta nutrizioan, etxebizitzan, hezkuntzan eta osasunean ondorio garrantzitsuak izaten ditu.

Nazioarteko zuzenbidearen arabera, gatazkan dauden alderdiek (eta beren armek) zibilen eta militarren artean diskriminatu behar dute. Debekatua dago gehiegizko eragina duten edo beharrezkoa ez den sufrimendua eragiten duten armak erabiltzea. 1970eko Genevako Konbentzioko II. Protokoloak berariaz erregulatzen du pertsonen aurkako minen erabilera. Hala eta guztiz ere, ezarritako erregulazio gehienek nazioarteko gatazkei egiten diete erreferentzia eta egun

gehienak barrukoak dira. 1995 bitarte, 50 herrialde eskasek besterik ez zuten berretsi Genevako tratatua.

Berriki gertatutako gerra gehienak, oro har, talde etniko batekin izandako fronte lerro argirik gabeko barruko gatazka izan dira eta horrelakoetan zaila izaten da zibilen eta militarren artean bereiztea. Askotan luzeak izaten dira eta bake hauskorra eta liskarrak berriz hastea tartekatzen dira. Taktika nagusia etsaiaren oinarritzko ekoizpena eta hornikuntzak deusezte da, hura menderatzeko.

81. koadroa. **Barruko gerren kalte nagusiak**

1. Porrot ekonomikoa, hainbat faktoreren ondorioz:
 - Azpiegitura eta ekoizpen baliabideak galtzea.
 - Baliabide publikoak helburu militarretara zuzentzea.
 - Eskulan produktiboa murriztea biztanleriaren exodoaren eta errekrutatzearen ondorioz.
 - Segurtasun ezagatik merkataritza zirkulazioa, jarduera ekonomikoa eta atzerriko inbertsioa etetea.
2. Pertsona eta merkantzien joan-etorri librea oztopatzea, ekonomian, laguntza humanitarioaren irisgarritasunean edo krisiaren aurkako estrategiak garatzean duen eraginarekin.
3. Oinarritzko osasun zerbitzuak murriztea (osasuna, hezkuntza, ura).
4. Osasun krisia eta gaixotasun transmitigarrien hedapena.
5. Elikadura segurtasuna galtzea.
6. Desberdintasun sozio-ekonomikoak areagotzea, krisiak talde batzuk besteak baino gehiago kaltetzen dituelako.
7. Eskulana ez hain kualifikatua izatea, eskolatze ezagatik eta exodoagatik.
8. Erakundeen porrota, Estatuaren autoritatea zalantzan jartzearekin, eta delinkuentzia eta ustelkeria areagotzea.
9. Genero erlazioak aldatzea, orokorrean emakumeen kalterako, familiaren sostenguaren berme gisa erantzukizun gehiago jasotzen dituztelako.
10. Eragin morala eta psikologikoa, gizartearen balio etiko eta moralen eskala aldatzen da eta osasun mentalean dituen ondorioez gain (trauma-ondoko estresa) etorkizunean konfiantzarik ez izatea eragiten du.
11. Ingurumenaren narriadura laboreak hondatzeagatik, deforestazioagatik, giza kontzentrazioengatik (desplazatuak).

Iturria: Guía de rehabilitación postbélica. Hegoa, 1997.

Gatazka baten barruan, osasun programek beren ekintza eremuak (targets) eta horien barruan beren lehentasunak ezarri behar dituzte. Larrialdi mailaren arabera (berehalakoa edo geroratua), arazoak identifikatzeko aldia eta jarduerak martxan jartzea batera edo bata bestearen atzetik egingo dira. Segurtasun baldintzek ardura etengabea izan

82. koadroa. **Gatazka egoeretako osasun programak**

EKINTZA EREMUAK		JARDUERAK
EGITURAK	OSPITALEA	<ul style="list-style-type: none"> — Materiala eta medikamentuak hornitzea. — Sendatze zerbitzuak: hasieran kirurgia eta larrialdiak. — Laguntza zerbitzuak (Laborategia, Farmazia, Erradiologia). — Administratiboa: kudeaketa, osasuneko informazio sistema. — Mantenua: zerbitzu teknikoak. — Errehabilitazioa.
	OSASUN ZENT., ANBULATORIOAK	<ul style="list-style-type: none"> — Hornikuntza. — Asistentzia.
ARAZO BEREZIAK	ELIKADURA	<ul style="list-style-type: none"> — Terapeutikoa. — Gehigarria. — Banaketa orokorra.
	URA	<ul style="list-style-type: none"> — Kontrol sistema (bakteriologikoa + kimikoa). — Hiri-ingurunea: hornikuntza sistema zentralizatua. — Sistema deszentralizatua: zisterna-kamioia, ur tangen sistemak, motoponpen hornikuntza.
	INGURUMEN HIGIENEA	<ul style="list-style-type: none"> — Iraizkinak hustutzea. — Zaborrak.
	EPIDEMIAK	<ul style="list-style-type: none"> — Zaintza. — Masako txertaketak. — Desinfekzioa. — Zentro terapeutikoak.
	TRAUMA OSTEKO ERREHABILITAZIOA	<ul style="list-style-type: none"> — Anputazioen edo erreduren errehabilitazioa. — Osasun mentala.
	ETXEKO OINARRIZKO BEHARRAK	<ul style="list-style-type: none"> — Higiene kita. — Berokia. — Sukaldeko tresnak.
BIZTANLERIA-TIPOAK	INGURU ITXIKO DESPLAZATUAK	Aipaturiko jarduera guztiak.
	IHESLARIAK	
	INGURU IREKIKO DESPLAZATUAK	Nahierako jarduerak, identifikaturiko lehentasunen arabera.
	BIZTANLERIA BAKARTUAK	
ARAZO GEHIGARRIAK	MEDIKU-SOZIALAK	

Letra lodiz idatzitakoak berehalako lehentasunak dira.

Iturria: Les programmes en situation de conflit, AEDES, 1994.

behar dute. Ebakuazio plan eguneratu bat eta aurrera eramateko baliabideak (ibilgailuak, mapak, erregai erreserba) definitu behar dira eta langileek jakinaren gainean egon behar dute.

4.4.1. **Pertsonen aurkako minak**

Eraginean oinarrituz diseinu teknikoan baino gehiago, pertsonen aurkako mina (PAM) da zauritu, moztu edo hiltzeko gai den eta biktima beraren kontaktuaren edo hurbiltasunaren bidez aktibatzen den lehergailua.

Minen biktimak ez dira leherketak zuzenean eragiten dien pertsonak bakarrik, minek hil edo ezgaitutako pertsonen mende dauden senitartekoak ere hala dira eta, oro har, bizi diren edo lan egiten duten lekuetan daudelako beren eguneroko jarduerak aldatuak ikusten dituztenak.

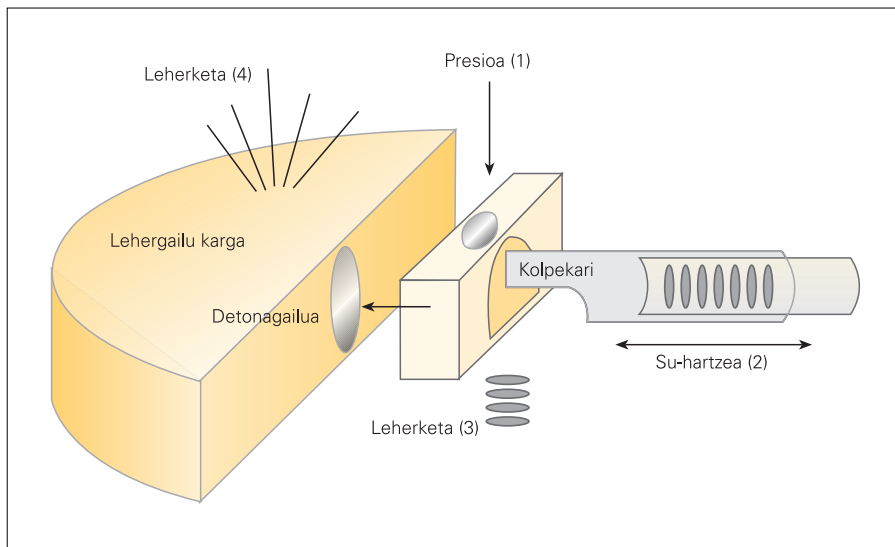
Pertsonen aurkako minak gurdien aurkako minak kentzea saihesteko sortu ziren, egun, haien helburuak zabaldu egin dira: oztopoak indartzea, etsaiak bideratzea, baliabideen aprobetxamendua zailtzea, laguntza logistikoa oztopatzea, instalazio gakoak babestea, eta abar. Minen ezaugarriak azpimarragarriena da hil gabe zauri larriak sortzeko duten gaitasuna. Ikusteko ikaragarriak diren zauriek, sarraskiak kasu, etsaia kikiltzen dute. Zauritu bat ebakutzeko hainbat pertsona behar dira, hildako bat mugitzeko aldiz, ez.

Gaur egun, 100 milioi mina inguru daude 90 herrialdeetan barreiatuak, eta horien ia kopuru bikoitza biltegitratua. 146 herrialdek Ottawako Ituna sinatu dute, baina beste 49 herrialdek ez dute sinatu. Azken horien artean, geratzen diren 14 herrialde produzitzaileen arteko batzuk ditugu: Txina, Errusia, AEB, India eta Pakistan. Urteko salmenta-bolumena 30 mila milioi pezetatik gorakoa da (egia esan, ehiza-hegazkin bonbaketari bakar batek balio duena baino gutxiago). 1995ean, 100.000 mina kendu ziren, baina beste 2 milioi gehiago jarri.

Afganistan, Angola eta Kanbodia bezalako herrialdeek jarritako 10 milioi mina baino gehiago eta minen ondorioko 30.000 anputatu baino gehiago dituzte bakoitzak. Azken bietan 3 anputatu daude mila biztanleko.

Bi modu nagusi daude pertsonen aurkako mina bat leherrazteko: lehergailuaren gainean presio zuzena eginez edo trakzioz, normalean bidea zeharkatzen duen alanbre bat nahi gabe bultzatuz.

15. grafikoa. **Karga hutseko minen (PMN modeloa) funtzionamendu mekanismoa**



Duten eraginagatik, hiru mota nagusi daude PAMen artean:

1. *Karga hutseko minak.* Barruan dagoen lehergailua da lesioen arduradun nagusia. Normalean biktimak hankarekin edo eskuarekin egindako *presioarekin* aktibatzen dira. «Tximeleta-mina» edo PFM-1, sobietarrek fabrikatu zutena, adibide dramatikoetariko bat da, bere formak haurrak erakartzen baititu.
2. *Zatiketa minak.* Mina horiek zatiak dituzte barruan edo leherketaren momentuan «zazitzen» den metalzko gainazal bat kanpoan. Oro har, biktimak mina trakzioz aktibatzen du eta leherketa metro batzuetara gertatzen da eta handik zatiak indarrez ateratzen diren gorputzean sartzeko. MON-50 (SESB ohia) eta Amerikako M-18 Claymora mina mota horren adibide dira.
3. *Mina jauzilariak.* Mina 1-1,5 metroko altuerara igozten duen lehenengo karga bat dute. Oro har, trakzioz aktibatutako zatiketa minak dira.

Gurdien aurkako minek 10 kilo inguru pisatzen dute eta horietatik zazpi lehergailuarenak dira. Normalean karga hutsa izaten dute eta 200 kilo baino gehiagoko presioarekin aktibatzen dira, hau da, ez dira zapaltzerakoan lehertzen, baina tanke bat edo autobus bat leherraraz dezakete.

PAMek urtean 26.000 biktima eragiten dituzte, hau da, hilean 800 hildako eta 1000-2000 zauritu eta 500 elbarri baino gehiago. Pertsonen aurkako mina baten leherketak, batez beste, 2 biktima eragiten ditu. Mina bat zapaltzen duten pertsonen ia erdiak osasun zentro batera iritsi baino lehenago hiltzen dira. Beste erditik %30ari gutxienez gorputz-adar bat moztuko diote.

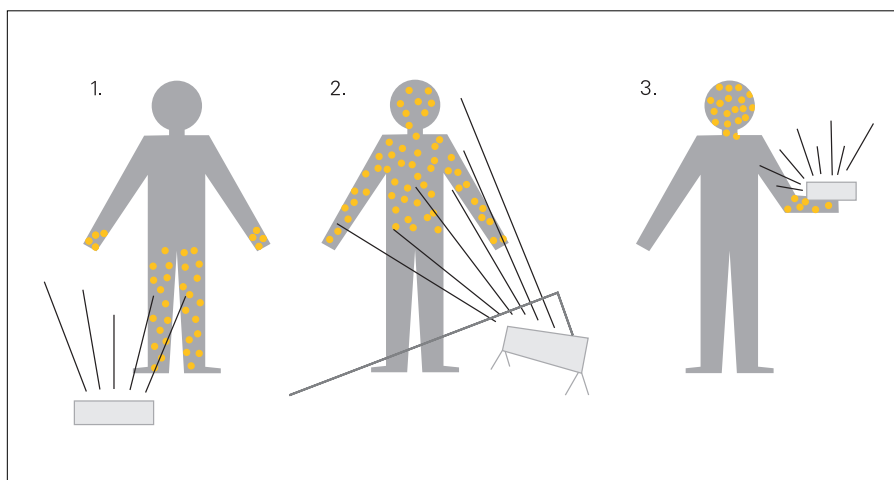
Minek eragindakako zauri gehienak eredu hauetarikoren batekin bat datoz (maiztasuna asko aldatzen da testuinguru batetik bestera, herrialde batetik bestera, gatazka batean zehar edo hura amaitu ondoren):

Lesioen %27 *1. motakoak* dira, *leherketakoak* («gaixoak mina bat zapaldu zuen»). Normalean presioz aktibatutako karga hutseko minak dira. Oina edo hanka airean jausten da (anputazio traumatikoa) eta beste hankan, genitaletan eta besoetan larritasun aldagarriko lesioak eragiten ditu.

Lesioen %49, *2. motakoak*, *zaticetakoak* («mina baten zatiek harrapatu zuten»). Toraxean eta abdomenean lesio sakonak, bai eta aurpegian eta lepoan ere.

Lesioen %5 *3. motakoak* dira, hau da, *manipulaziokoak* («mina bat eskuan hartu zuen» edo «mina batekin jolasten ari zen»). Aurpegian eta eskuetan gertatzen dira lesioak, eta maiz goiko gorputz-adarretan anputazio traumatikoak ere gertatzen dira (hatzak, eskua edo besoa), bai eta larritasun aldagarria duten eta begiei eragiten dieten (itsutzera ere irits daitezke) lesioak ere.

16. grafikoa. **Lesio ereduak**



Iturria: Adaptado del Comité Internacional de la Cruz Roja, 1995.

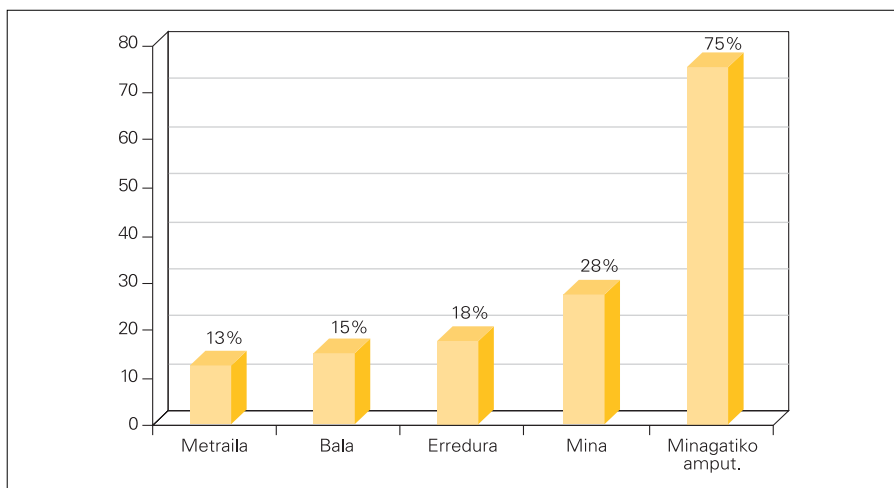
Ebakuazio denbora da pertsona batek leherketaren momentutik ebaketak egiteko baliabideak dituen osasun zentro batera iristeko behar duen denbora. Esan dugun moduan, zaurituen %50 ez da inoiz iristen. Beste erditik, %10-25 eskas iristen da 6 ordu baino gutxiagotan eta %30ak egun bat baino gehiago pasatzen du. Garraio falta da garaiz ez iristearen kausa nagusia.

Ebakuazio mota hobetzeak erreferentzia sistemak funtzionatzea eskatzen du, hau da, kanpoaldeko osasun zerbitzu gaituak, iraunkorrak eta irisgarriak izatea biztanleria guztia- rentzat, garraioa hobetzea eta erreferentzia ospitaleak giza eta material baliabide nahikoekin hornitzea (kirurgia, anes- tesia, esterilizazioa, oinarrizko medikamentuak, odol ban- kuak). Dударik gabe, onuradunak ez dira minetako biktimak bakarrik izango, larrialdiko patologia duten gaixo guztiak bai- zik. Ezin dugu ahaztu «osasunaren irisgarritasun» finantza- rioa, ordaindu ezin duten gaixo edo zaurituak askotan ez baitituzte zaintzen.

Batez beste, zauritu bakoitzari hiru ebakuntza egin behar izaten zaizkio ospitalera iristen den egunetik alta hartzen duen eguna bitarte. Anputazioren bat jasan dutenak, aldiz, ebakuntza-gelatik 5 bat aldiz pasatzen dira.

Minaz zauritutakoen *transfusio beharrak* handiagoak dira erredurak dituztenenak edo bala edo metrailen biktima izan direnenak baino. Oro har, minaz zauritutakoen ia %30ek

17. grafikoa. **Odola behar duten zaurituen portzentajea, lesioaren kausaren arabera**



Iturria: Comité Internacional de la Cruz Roja, 1995.

transfusio bat jaso behar du. Anputatuak bakarrik hartzen baditugu kontuan, %75ak odola behar du.

Ezin ditugu ahaztu herrialde pobreetan odol banku bat funtzionarazteko dauden zailtasun handiak. Oro har, jendea uzkur da odola emateko eta beharrezkoa da sistematikoki analizatzea HIESaren birusak, B edo C hepatitisak, sifilisak edo malariak infektatuta dagoen eta, bestalde, biltegitratzeko 24 ordutan funtzionatuko duen hozkailu bat behar da. Talde jakin bateko odol guztia erabiltzen badugu zauritu larri batekin, agian ezer gabe geratuko gara erditu ondoren hemo-rragia duen emakume batentzat.

Ondo egindako hanka baten anputazioak protesi bat egokitzeke aukera ematen du eta protesi hori haurrengan 6 hile-
ro eta helduengan 3 edo 5 urtero aldatu beharko da (hau da, 10 urteko haur batek 25 protesi beharko ditu bere bizitzan zehar, eta horrek, protesi bakoitzak 20.000 pezeta inguru balio izanik, milioi erdi inguruko kostua suposatuko du, hileko soldata 2.000 pezeta baino gehiago ez den herrialdeetan). Hanka belaunetik behera anputatua daukan batek pentsatzen da ia bere autonomia eta lanerako gaitasun guztia berreskuratu-ko duela. Besoaren edo eskuaren paralisi partzial edo osoa duenarentzat hanka anputatua duenarentzat baino zailagoa izan daiteke gizartean berrintegratzea edo lana aurkitzea.

83. koadroa. **Pertsonen aurkako minen ondorio sozial eta ekonomikoak**

- Bizilekua tokiz aldatzea edo ohikora ezin bueltatu izatea.
- Baserriko, artzaintzako edo egurra mozteko eguneroko ekin-tzei eragitea.
- Landu daitekeen lurra murrizten du.
- Abelburuak galtzea (batez ere biztanleria nomadetan).
- Osasun Zerbitzuen gehiegizko karga.
- Gizarteak baztertzea. Mendekotasun handiagoa.
- Depresioa, auto-estimua gutxiago, gorputz-irudia aldatzea.
- Dibortzioa, zailtasun sexualak edo ezkontzeko zailtasunak.
- Langabezia.
- Hirietara emigratzea: eskaletza, delinkuentzia.

Minak desagerrarazteak lau aldi ditu: minatutako gunea mugatzea, mina bakoitza topatzea, neutralizatzea eta deu-

seztea. Azken biak batera egin ohi dira, manipulazioaren aurkako mekanismoak badaudelako. Pertsona batek *eskuzko metodoekin egunean 20tik 50 m²* bitarteko espazioko minak ken ditzake. Metodo mekanikoekin, 15.000 m²-tara irits daiteke, baina fidakortasuna askoz ere baxuagoa da.

I. Eranskina
Oinarrizko medikamentuak
eta farmaziaren kudeaketa

Egun 700 printzipio aktibo eta 100.000 marka erregistratu inguru daude eta horrek OMEk egindako oinarritzko medikamentuen eredu zerrenda (26 maila terapeutikotako 220 produktu) eta izen generikoa edo Nazioarteko Izendapen Komuna (NIK) erabiltzera bultzatzen du.

84. koadroa. **Osasun zerbitzuak erabiltzeko arrazoiak**

1. Medikamentu baliabideak.
2. Langile gaituak egotea.
3. Irisgarritasuna (fisikoa eta ekonomikoa).

Osasun laguntza bilatzen duten pertsonak medikamentuak badaudela dakiten lekura joaten dira, osasun langile gaituak egotea baino gehiago axola baitzaie. Kasu larrietan, gaixoaren senitartekoak distantzia handiak egiteko gai dira edo bai eta beren ondasunak saltzeko ere bidaia edo asistentzia ordaintzeko. Ospitalean edo osasun zentroetan ez badago medikamenturik, erabiltzaile asko zuzenean farmaziara, merkatu-ara edo klinika pribatuetara joango dira.

Faktore horiek kontuan hartuz, mailakako zerrendak egin beharko dira estatu mailan, hau da, zein medikamentu, material eta ekipamendu dagozkion ospitalari, osasun zentroari edo anbulatorioari, programa bertikalen (tuberkulosia, lepra, malaria, eskistosomiasia) edo kirurgia edo oftalmologia be-

zalako departamentu espezializatuei zuzenduriko programen arabera.

85. koadroa. **Medikamentuen estatuko politikak egiteko oinarriak**

- OMEren eredu zerrenda.
- Farmakoaren eraginkortasuna eta segurtasuna.
- Medikamentuko printzipio aktibo bakarra.
- Estatuko osasun lehentasunak.
- Egoera ekonomikoa eta finantzazio iturriak.
- Osasun langileen trebakuntza eta esperientzia.

Larrialdi hutseko testuinguru batetatik kanpo, lankidetzaren programa batek planteatu dezake eta planteatu behar du helburu gisa oinarritzko medikamentuak beti eskuragarri egotea bermatzea. OMEren oinarritzko medikamentuen zerrenda eta estatuan erabiltzen diren protokoloak eredutzat hartuz, GKE batek lagun dezake mailakako zerrendak hobetzen edo egokitzen, hornikuntza (denboraldi batean falta diren oinarritzko medikamentu batzuk osatuz), biltegiak eta banaketa egokia bermatzen, langileak medikamentuen kudeaketa eta erabilera eta balioztapen jarraituan trebatzen. Mota horretako lankidetzaren iraungarritasunak eskatzen du herrialdearen errealitatea eta proiektua amaitzean izango dituen baliabideak kontuan edukitzea.

Medikamentuak atzeritik inportatzea egingarria izaten da GKE batentzat, baina askotan ezinezkoa da baliabide mugatuak dituzten herrialdeentzat. Tokiko medikamentuen erosketak oztopo batzuekin topo egiten du, adibidez, teknologia nahikoa ez egotea eta lege esparrua eskasa eta produktuen kalitatea oso aldagarria izatea, dosifikazioari, degradatutako edo falsifikatutako produktuei dagokienez. Hala eta guztiz ere, egoera jakin batzutan tokiko erosketak hori justifikatua egon daiteke.

Farmaziaren kudeaketa beharrezkoa da kostuak murriztu, lana optimizatu eta stockaren kontrola erraztu eta beharrei modu iraunkorrean erantzun ahal izateko. Kudeaketa horrek sinplea eta zehatza izan behar du gutxi kualifikatuak dauden langileak eta ez dauden egunetan erraz ordezkatzeko langileek erabili ahal izateko eta sistema konplexuago bate-rantz aurrera egiteko.

86. koadroa. **Medikamentuen tokiko erosketa laguntzen duten baldintzak**

- Inportazioa debekatua egotea.
- Etorkizuneko transmisioa aurreikusita egotea, gure kontraparteak hornitzaile berekin jarrai dezan saiatzeko.
- Stocka puskatu edo galtzea edo eskaeran errorea egotea. Momentu jakin batean zerbitzu konkretu baten jarraipena mantentzeko modu bakarra izan daiteke.

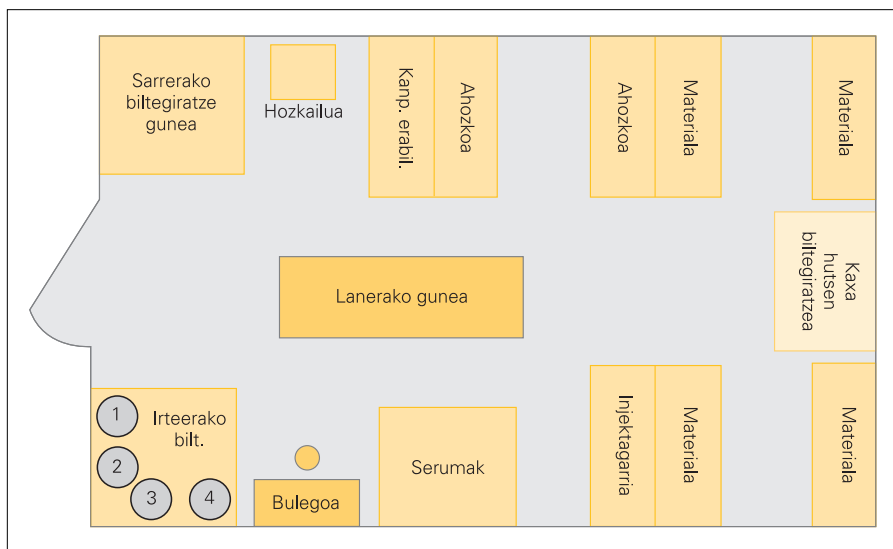
Adibidez, familia plangintzako programa batean, momentu batzutan eskaera asko igotzen da eta gerta daiteke hurrengo hilabeterako aurreikusitako stocka gainditzea.

Farmaziaren antolaketan komeni da arau edo gomendio batzuk errespetatzea, adibidez:

1. Ziurrenik, medikamentuak antolatzeko modurik praktikoa da administrazio moduaren araberrako ordena alfabetikoa da: aho bidezkoak, injektagarriak, perfusioak (serumak) eta kanpoko erabilerakoak (desinfektatzaileak, pomadak).
2. Kalkulatu da aurreikusi beharreko espazioak honelakoak izan behar duela: 2E aho bidezkoentzat, E injektagarrientzat, E serumentzat, E kanpoko erabilerarakoentzat eta 3 edo 4E materialarentzat (zundak, xiringak, gazak, eta abar). Ikus 18. grafikoa.
3. Biltegiak zabala eta segurua, aireztatua, ez oso beroa eta lehorra izan behar du eta zoruek aldapa eduki behar dute urak ateratzeko.
4. Sarrerako biltegitratze gune bat egon behar du bilgarrria kentzeko eta irteerako beste bat.
5. Etiketatuzuzena: izen generikoa (NIK), aurkezteko modua eta dosia (5. irudia). Iraungitze datak ontzi indibidual bakoitzean azaldu behar du.
6. Beren merkatuko izenarekin ezagutzen diren produktuak generikora (NIK) bidaliz sar daitezke, adibidez, Aspirina (ikus Azido Azetilsaliziliko) edo Valiuma (ikus Diazepam).
7. Iraungitze epe gutxien duten produktuak aurrean jarzen dira, lehenago erabiltzeko.
8. Estupefazianteek giltzaz itxitako armairu batean egon behar dute.

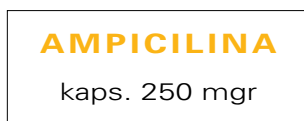
9. Stockaren fitxek sailkatuak eta eguneratuak egon behar dute eta, ahal bada, pertsona bakar batek erabili behar ditu, horrek lana erraztu eta espero ez diren momentuetan stockik gabe gelditzea eragotziko baitu.
10. Baldintza berezietan gorde behar diren medikamentuak kontuan eduki behar dira, adibidez, hozkailuan gorde behar direnak (oxitozina, txertoak, laborategiko zenbait produktu anestesiko edo erreaktibo...).

18. grafikoa. **Farmazian espazioa antolatzeko moduaren adibidea**



Iturria: Oinarrizko sendagaien gidaliburua, MGM, 2002.

19. grafikoa. **Etiketatu zuzenaren adibidea**



Fitxategi bat da farmazia batetako kontrol tresna nagusia. Bere antolamenduak farmaziarenarekin bat etorri behar du, hau da, gutxienez ondorengo ataletan zatitua egon behar du: materiala, injektagarriak, aho bidezkoak, kanpoko erabilera-koak eta serumak. *Stock fitxa* bakoitzak medikamentu bati egiten dio erreferentzia eta sarrerak, irteerak, jatorria, helmuga eta data bildu behar ditu, bai eta eskariak eta inbentarioa

ere. Hileko kontsumoa erreferentzia garrantzitsua da. Kantitateak unitateka idatzi behar dira eta ez kaxaka, hau da, konprimitu, kapsula edo anpuluaren unitateak adierazi behar dira.

13. taula. **Stock fitxaren adibidea**

Azido azetilsaliziliko 500 mgr-tako pilulak (Aspirina®)					
DATA	JATORRIA EDO HELMUGA	SARRERAK	IRTEERAK	STOCKA	ESKAERAK
97/12/2	X-GKE				130.000
98/1/4	X-GKE	130.000		130.000	
98/1/5	A osasun zentroa		30.000	100.000	
98/1/5	B osasun zentroa		5.000	95.000	
98/1/6	C osasun zentroa		25.000	70.000	
98/1/30	Inbentarioa			70.000	
98/2/1	Y erakundea				150.000
98/2/1	A osasun zentroa		20.000	50.000	
98/2/5	D osasun zentroa		40.000	10.000	
98/3/4	Y erakundea	150.000		160.000	

Medikamentuen aldizkako eskaerak egiteko pauso hauek jarrai daitezke:

1. *Hasiera*: Hasierako stocka aurrez ezarritako jarduera edo kiten arabera egin daiteke (adibidez, OMEk 1.000 pertsona eta 3 hilabetetarako iradokitzen duena).
2. *Batezbesteko hileko kontsumoa*: 3, 6 edo, hobe, 12 hilaren gainean kalkulatu behar da, urtarotako muturren eragina saihesteko. Kontsumoak gehiegizkoa badirudi,

balioztatu behar da zentroa aurretik birgaitu den edo tratamenduen protokoloa errespetatzen ez ote den. Batzutan medikamentu gutxi kontsumitu dira, ez zeudelako bakarrik (stock haustura).

3. *Zirkulazio Stocka* (Z.S.): bi hornikuntzen artean kontsumitutako kantitateari dagokio (3-6 hilabete).
4. *Segurtasun edo erreserba Stocka* (S.S.): balizko entregako atzerapenak, kontsumoaren ezusteko gorakada, galerak edo jarduera berriak estaltzeko. Zirkulazio stockaren berdina edo zertxobait handiagoa izan ohi da. Eskabide-orrian agertuko dira izena eta aurkezpena, stocka, hileko kontsumoa, eskatutako kopurua eta jasotako kopurua.

87. koadroa. **Medikamentuen aldizkako eskaera (Eskabide-orriaren adibidea)**

ESKATUTAKO KOPURUA = Z.S. + S.S. – IZAKINAK

Imajina dezagun, adibidez, 3 hileroko hornitzen den zentro bat, lau hileko erreserba stocka duena, non hilean 250gr-ko 4.000 Amoxizilina kapsula kontsumitzen diren eta stockean 16.000 ditugun. Eskatu beharreko kopurua ondorengoa izango da:

$$4000 \times 3 \text{ (Z.S.)} + 4000 \times 4 \text{ (S.S.)} - 16000 = 12000 \text{ kapsula.}$$

Medikamentuak airez garraiatzearen kostua kontuan eduki behar da. Ikus dezagun adibide batzuekin zer eragin duen guztizko prezioan, suposatuz kilogramo batek 10 dolar balio duela, hau da, 10 euro inguru (88. koadroa).

88. koadroa. **Garraio motak medikamentuen guztizko kostuan duen eragina**

	Paracetamola 500 mgr	Anpizilina 500 mgr	Serum %5ean glukosatua
Oinarrizko prezioa	1.000 tab = 3 euro	1.000 tab = 60 euro	1 litro = euro 1
Produktuaren 1,2 kg-ren prezioa	6 euro (= 2000 tab)	120 euro (= 2.000 tab)	Euro 1 (= 1 litro)
Airezko garraioaren prezioa	12 euro	12 euro	12 euro
Guztizko prezioa	18 euro	132 euro	13 euro
Produktuaren prezioak jasaten duen errekargua	%200	%10	%1200

Medikamentuak zentzuz erabiltzeak hau eskatzen du:

1. Diagnostiko zuzena.
2. Tratamendu egokia:
 - Gaixo bakoitzeko farmako kopurua mugatzea.
 - Gidalerro zuzena (iraupena, dosia).
 - Antibiotikoak gehiegi erabiltzeari arreta jartzea.
3. Gaixoak tratamendua ulertzea.
4. Gaixoak tratamendua hartzea:
 - Hartualdia ikustea.
 - Ahal bada, dosi bakarra.

Egoera jakin batzuetan, badaude dosi bakar batean eman daitezkeen medikamentuak eta horrek tratamendu osoa errazten du, eta ondorioz, gaizki sendatutako gaixotasunen edo erresistentziak azaltzearen ondorioko gaixoberritzeak murrizten dira, adibidez, emakumeen sukarririk gabeko gernu infekzioak, guztiz immunizatu gabeko pertsonengan azaltzen den malaria, gonokozia eta abar.

Ondorengo koadroak osasun egitura jakin bateko aginduen kalitatea balioztatzeko parametro batzuk biltzen ditu. Gehien ikusi diren erroreen artean daude antibiotikoak gehiegi erabiltzea beharrezkoak izan ohi ez diren egoeretan, birusek eragindako beherako askoren kasuan bezala, gaixo bakoitzari medikamentu asko errezetatzea edo epealdi luzeak pasatzea farmako jakin batzuk eduki gabe.

89. koadroa. **Aginduaren kalitatearen eta stockaren antolamenduaren adierazleak**

- Gaixo bakoitzeko medikamentu kopurua.
- Antibiotikoak hartzen dituzten gaixoen %.
- Antibiotikoekin edo gabe tratatutako beherakoen edo arnas infekzio akutuen %.
- Oinarrizko zenbait medikamenturen stock haustura.
- Iraungitako medikamentuak (deuseztuak).
- GKEak edo Gobernuak eskainitako medikamentuen %.

Amaitzeko, garatutako herrialdeetan ohikoa den arazo bat aipatuko dugu: erabilitako medikamentuak ematea. As-

kotan, parrokietakako edo auzoetakako elkarteetakoko kideek medikamentuak biltzen dituzte eta garapen bidean dauden herrialdeetan erabiltzea nahi dute. Ez da arraroa hasitako kaxak izatea, iraungitze-data hurbila dutenak eta agian berariaz «hemengo eta ez hango» gaixotasunentzako direnak. Sailkatzea gogaikarria izan daiteke eta batzutan itzulpena beharko lukete eta ez da ahaztu behar zuzenean ohiko hornitzaileei erabilgarritasun frogatuko ontzi klinikoetan datozen medikamentu generikoak eta helmuga herrialdeetako oinarritzko beharren eta estatuko zerrendako parte direnak eskatzea baino garestiagoa izan daitekeela garraioa. OMEk 1996an gida-printzipio batzuk gomendatu zituen.

90. koadroa. **Medikamentuak emateko gida-printzipioak**

1. Jasotzailearen profil epidemiologikoan adierazitako eta ego-
kitutako beharretan oinarritutakoak.
2. Herrialde jasotzailearen estatuko zerrendan bildutakoak.
3. Herrialde jasotzailearen osasun politikarekin bat datozen
aurkezpena eta dosia dutenak.
4. Jatorri fidagarria (nazioarteko kalitate araudiaren arabera-
koa).
5. Gaixoeak bueltatutako medikamentuak edo doako laginik ez
ematea.
6. Iristean, urtebete baino gehiagoan zehar baliozkoak izatea.
7. Etiketatze egokia (hau da, gutxienez NIKa, dosia, aurkezpen
modua, sorta eta iraungitze-data) eta hizkuntza ulerkorrean.
8. Ontzi klinikoetan prestatuak (kantitate handiak).
9. 50 kg baino gutxiagoko kaxetan ontziratua eta batera doan
beste produkturik gabe.
10. Bidean dauden edo aurreikusten diren bidalketen jakinaren
gainean egotea.
11. Herrialde jasotzailean edo munduko merkatuan indarrean
dauden tasen araberako aitortutako balioa.
12. Garraioaren, biltegiatzearen, aduanatik irtetearen, eta aba-
rren gastuak ematearen kargura izatea.

Iturria: OME. 1996.

II. Eranskina
Borondatezko langileen osasuna

1969an, Osasunaren Munduko Erakundeak nazioarteko osasunean arautze batzuk egin zituen, gaixotasunak beste herrialdeetara barreiatzea saihesteko bidaiariarentzat ahal den desegokitasun gutxienekin. Urtean OMEren eguneraketa bat argitaratzen da eta bere aholku garrantzitsuenak, herrialde tropikalei zuzendurikoak, eranskin honetan azaltzen dira.

Nahiz eta lankidetzaren esparrua azken urteetan Europa eta sobietar errepublika ohietara zabaldu den, gutxi dira bidaiariak osasun ikuspegitik behar dituen berariazko arretak, osasun arazoak jatorrizko herrialdekoen oso antzekoak baitira, noizbehinkako edo geografikoki ondo lokalizatutako gaixotasun transmitigarrien brote batzuk izan ezik. Brote horietako gaixotasunak difteria, poliomielitisa edo B hepatitisia izan daiteke eta kasu bakoitzean informazioa banan-banan bilatzea gomendatzen da. Ez dugu ahaztu behar herrialde horietako batzuetan izugarrizko hotza egiten duela.

Tropikora bidaiatzeak ez du esan nahi gaixotasunak izkina bakoitzaren atzean mehatxatzen gaituen munduaren azken izkinara joatea. Hala eta guztiz ere, askotan testuinguru desberdina izaten da, klima beroa eta hezea, urtaroen araberako aldaketekin, gure inguruan baino gutxiago kontrolatzen den elikagaien higieinarekin eta intsektuen, airearen, uraren, odolaren edo sexu bidez transmititzen diren gaixotasunekin. Horrek guztiak sen ona eskatzen du, bidaia aurretik antolatzea eta zenbait arreta hartzea, atzerrian egingo dugun egonaldia ahalik eta atseginena izaten lagunduko digutenak.

Bidaiaren ezaugarri batzuk baldintzatuko dituzte hartu beharreko neurriak: helmuga (herrialdea, landagunea edo hirigunea,...), egonaldiaren iraupena, egin beharreko lana. Era berean, bidaiari bakoitzaren egoera berezia kontuan hartu beharko da: adina, sexua, haurdunaldia, gaixotasun kronikoak, ohiko medikamentuen hartualdiak, eta abar.

Ondorengo koadroak irudikatzen du garapen bidean da-
goen herrialde batean hilabete pasatzen duen bidaiari batek duen gaixotzeko arriskua.

91. koadroa. **Bidaiariak GBHetan osasun arazoren bat izateko hileko intzidentzia balioetsia**

Osasun arazoa	Intzidentzia
Bidaiariaren beherakoa	%30-80
Malaria (profilaxirik gabekoa/Mendebaldeko Afrika) Arnas infekzio akutua	%10etik %1era
A hepatitis Gonokozia Animalien hozkada (amorreris arriskua)	%1etik %0,1era
B hepatitis Sukar tifoidea	%0,1etik %0,01era
GIB bidezko infekzioa	%0,01 (10.000tik 1)
Legionella (Mediterranea) Kolera	%0,001etik %0,0001era
Poliomielitis paralitiko Meningitisa	%0,0001 baino gutxiago

AHOLKU OROKORRAK

Bidaia askotan lotarako ordutegia aldatzen du, herrialde baten eta bestearen arteko ordu-diferentziagatik. Egokitza-
pen aldiak astebete edo gehiago iraun dezake eta beharrez-
koa da atsedendia aurreikustea edo lehenengo gauetan lo egiteko pilularen bat hartzea.

Bidaia itsasontziz egiten bada eta ez bagaude ohituta, zo-
rabioa saihesteko beharrezko neurriak hartu behar dira.

Medikamentuak hartu ohi dituzten pertsonak bidaian har-
tzeko modua galdetu eta buelta bitarteko beharrezko horni-

dura eraman behar dute, ahal bada eskuko ekipajea. Betaurrekoak erabiltzen dituztenek ordezeko pare bat eraman behar dute.

Bainu bat hartzeko leku seguru bakarrak ur kloratua duten igerilekuak eta itsasoa dira. Gaixotasun asko transmititu daitezke erreketan edo urtegieta bainatzeagatik.

Ez da komeni oinutsik ibiltzea.

Gehiegizko beroak eta hezetasunak ur eta gatz galera handiak sor ditzake eta beharrezkoa izango da behar bezala berritzea (tea, zopak, zukuak). Inguru horietan azaleko narritadurak ohikoak izaten dira eta komeni da egunero dutxatzea eta algodoizko arropa lasaia erabiltzea.

Eguzkiarekin kontu handia eduki behar da, benetako intsolazio eta erredura arriskuagatik. Txapela, eguzkitako betaurrekoak eta babes-krema erabil daitezke.

Gaixotasun asko intsektuen bidez transmititzen dira eta intsektuek bereziki eguzkia ateratzean eta sartzean ziztatzen dute. Ziztadak askotan hatz egitearen ondorioz zoltzen dira. Horregatik, ordu horietan uxagarri egokiak erabili eta besoak eta hankak eta batez ere orkatilak estali behar dira.

Ibilgailuak erabiltzen badira, ziurtatu aseguruaren baldintzak eta balazten, pneumatikoen, argien, segurtasun-uhalen eta abarren egoera. Istripua edozein baldintzatan gertatzen dela ere, atzerriratu eta natibo batek hartzen badute parte, oso litekeena baita errua atzerritarrari botatzea. Zenbait GKEk sistematikoki tokiko gidariak kontratatzen dituzte.

URETIK ETA ELIKAGAIETATIK ONDORIOZTATUTAKO ARRISKUAK

Kutsatutako ura eta elikagaiak dira behekoaren eta disenteriarene kausa nagusiak, ameba, sukar tifoidea, A hepatitis, poliomielitisa eta hainbat parasito-infekzio barne. Ardura nagusia da segurutzat ez hartzea esne pasteurizatu gabea, elikagai gordinak, zuritu gabeko fruta eta barazkiak, izozkiak, izotzak eta saltsak oro har. Aholku herrikoiak dioen moduan: «prestatu, zuritu edo utzi». Oso garrantzitsua da deshidratazioari gatza eta azukrea duten likido asko edanez aurre egitea. Antidiarreikoek sintomak arindu ditzakete, baina gehiegi erabiliz gero arriskutsuak dira, ez dutelako behekoaren kausa tratatzen.

SEXU BIDEZ TRANSMITITUTAKO GAIXOTASUNAK

350 milioi STG gertakari sendagarri inguru gertatzen dira urtean munduan. GIBa ia herrialde guztietan dago eta bazuetan epidemikoa da. Afrikan zortzi heldutatik bat seropositiboak dira eta hiri handietan hirutik bat izatera iristen dira.

Ez dago zorizko kontaktu bidez, lanean edo gizarte erlazioetan transmititzeko arriskurik.

GIB/HIESetik babesteko, lehenengo pausua da itxuraz ez fidatzea. Seropositibo gehienek itxura osasuntsua dute eta ez dute sintomarik. Sexu erlazio batean babesteko modu bakarra da gizonak (emakumeentzako ere badaude, baina ez daude hain hedatuak) preserbatibo bat erabiltzea.

Injekzio bat beharrezkoa bada, bidaiariak ziurtatu behar du erabilera bakarreko xiringa eta orratzak erabiltzen direla eta berak eraman ditzake. Arrisku bera dago tatuaiekin, instrumentu kirurgikoekin edo hortzetakoekin edo beste edozein objektu puntazorrotzekin. Transfusioa derrigorrezkoa bada, odolak GIBaren, B hepatitisaren eta sifiliaren frogak eginak eduki behar ditu.

Nahiz eta zenbait herrialdek seropositiboei sarrera debekatzen dieten neurriak ezarri dituzten, ez dago inolako nazioarteko lege oinarriarik eta HIESa ez duzula ziurtatzen duen edonolako egiaztagiria OMEren araudiaren aurka doa.

MALARIA

Urtero milaka bidaiarik harrapatzen dute malaria gune endemikoetara egindako bidaietan. *Plasmodium falciparum* erasandakoen %1 hil egiten da. Prebentzioa eta tratamendua zailak dira erresistentziak pixkanaka eta geroz eta zabalago azaltzen direlako, batez ere duela urte gutxi arte tratamendu estandarra zen kloroquinarekikoa.

Malariaren aurkako babesak lau printzipiotan oinarritzen da:

1. Arriskuaz jakitun izatea.
2. Eltxoen ziztadak saihestea.
3. Profilaxia aginduta dagoenean hartzea.
4. Diagnostikoa eta tratamendua garaiz bilatzea.

92. koadroa. **Eltxoen aurkako babes**a

1. Batez ere iluntzean eta egunsentian DEET (N,N-dietil-m-toluidina) edo dimetil-ftalato motako uxagarriak erabili agerian gertatzen den azalean. Beharrezkoa bada 3-4 ordu berriz eman eta ez erabili fabrikatzaileak gomendatutakoa baino dosi handiagoa.
2. Ateak eta leihoak eltxoen aurkako oihal metalikoekin babestu: ezin bada, gauean itxi.
3. Ohean eltxo-sareak erabili, ahal bada permetrinaz edo deltametrinaz bustiak, koltxoiaren azpian jarriak, ziurtatuz ez dela eltxorik gelditzen barruan.
4. Intsektizida-espriak erabili edo hormak piretrinekin busti (modu horretan 6-9 hilabete irauten dute).

Asia eta Hegoamerikako hiri gehienetan ustez ez dago malariarik, baina Afrikan eta Indian ez da horrela. Geografikoki, gaixotasuna guneka banatzen da mota larrien arriskuaren eta Klorokinarekiko sentsibilitatearen arabera (ikus 6. grafikoa 96. orrialdea). Xehetasun gehiago OMEren web orrialdean lor daitezke, herrialdeen zerrenda sartuz (www.who.int/ith).

- A gunea*. Astero Klorokina duen profilaxia (Resochin®) hartzea gomendatzen da edo oso arrisku txikiko gunee-tan ezer ez.
- B gunea*. Klorokina + Proguanil (Paludrina®) hartzea gomendatzen da edo ezer ez, arriskua oso txikia bada.
- C gunea*. Meflokina (Lariam®) lehenengo aukera gisa edo Klorokina + Proguanil bigarrena bezala. Kanbodia, Myanmar (Birmanian ohia) edo Tailandiako muga gunee-tan: Doxiziklina (Vibracina®). Asiako gunehorietan Fansidarrekiko® erresistentzia sistematikoa da eta Afrikan eta Amerikan ohikoa.

Profilaxia hartzen bidaia baino astebete lehenago hasi eta itzulera ondorengo 4 asteetan mantendu behar da. Meflokina hartzen bidaia baino 2-3 aste lehenago hasi daiteke, kontrako ondorioak egonez gero, bereziki neurologikoak edo psikologikoak, balizko ordezkioak erabiltzeko. Aurrekari psikiatrikoetako edo epilepsia kasuetan saihestu egin behar da. Haurdunaldi kasuan, erregimen perfektua Klorokina-Proguanil da eta C gunean Meflokina har daiteke bigarren eta hirugarren hiruhilekoan.

*Inolako erregimen profilaktikok ez du ematen guztizko babes*a. Malarian pentsatu behar da ulertzen ez den edozein sukarr sumatzen bada gunehorietan iritsi eta astebete eta

itzuli eta hilabete (baita bi ere) bitarte, diagnostiko eta tratamendu goiztiarrak baitira biziraupena baldintzatzen duten faktore nagusiak.

Ondoko tauletan ikus daitezke, orientabide gisa, profilaxiaren eta helduentzako tratamenduaren ohiko jokabideak, berehala sendagilearen laguntzarik jasotzeko modurik ez dagoeanean erabiltzen direnak. Ez da botika berririk kontuan hartu, hala nola Malarone[®] edo Artemisininatik eratorritakoak; botika horien erabilgarritasuna banan-banan baloratu behar da, bi-daiaren aurretik, edo xede-herrialdean duten eskuragarritasun-egoeraren arabera.

14. taula. Helduen farmakoen prebentzio dosia (kimioprofilaxi), jatorduetan eta likido ugarekin hartu behar dira

Farmakoa	Merkataritzako izena	Aurkezpena (konprimituko)	Konprimitu kopurua	Maiztasuna
Klorokina	Resochin [®]	150 mgr base	2	astero
Proguanila	Paludrine [®]	100 mgr	2	egunero
Meflokina	Lariam [®]	250 mgr	1	astero
Doxiziklina	Vibracina [®]	100 mgr	1	egunero

Iturria: OME, 2004.

15. taula. Susmoa izanez gero, berehalako laguntza medikorik ez dugunerako gomendaturiko tratamendua

Profilaxia	Tratamendua	Jarraibidea (konprimitutan)
Batere ez	Klorokina (A gunea)	4 + 4 (2. eguna) + 2 (3. eguna)
Klorokina Proguanilarekin edo gabe	Fansidar [®] (B gunea eta Afrika)	3 dosi bakarrean
	Meflokina	4 dosi bakarrean
	Kinina	500 mgr /8 ordu astebetez
Meflokina	Fansidar [®] (Afrika)	Ikus gorago
	Kinina	Ikus gorago
	Kinina + Doxiziklina	Kinina bera + Doxi 1 konpr/egun 7 egunetan
Doxiziklina	Meflokina	4 + 2 (6-24ordu beranduago)
	Kinina + Doxiziklina	Ikus gorago

Iturria: OME, 2004.

TXERTAKETAK

Aurrerapen nahikoarekin antolatu eta hasi behar dira, bidaiaren momentuan babes egokia bermatzeko.

Sukar horiaren aurkako txertaketa beharrezkoa da Saharaz hegoaldeko Afrikara eta Latinoamerikara (Panamatik Brasileko iparraldera eta Boliviatik hegoaldera) bidaiatzeko. Eraginkorra da ia %100ean dosi bakarreko txertoa hartu zenetik hamar egunera eta 10 urte irauten du.

PoliomiELITISAREN aurkako txertoa gomendagarria da. Haurtzaroan txertoa hartu bazen nahikoa da dosi bakarra. Baliotasun iraunkorra du, nahiz eta indartze dosi gehigarria gomendatzen den birusa hartzeko arrisku handia aurreikusuten bada.

TETANOS KONTRAKOA ere gomendagarria da. Behar bezala txertatuak bagaude, nahikoa da oroitzapen-dosi bat eta 10 urtetan zehar baliozkoa da. Ekialdeko Europan eta Sobietar Errepublika Sozialisten Batasun ohiko herrialdeetan egun *DIFTERIAREN* aurkako oroitzapen-dosi bat gomendatzen da.

SUKAR TIFOIDEOAREN aurkako aho bidezko txertoak gainera, txandakako egunetako hiru dositan hartuta, bidaiariei beharrezkoaren beste kausa batzuen aurkako babesa ematen die. Ez da sukari horiarenarekin nahastu behar, azken horrek Neomizina baitu. Hirugarren dosia ondorengo zazpigarren egunetik babesten du eta 1-3 urte irauten du.

A HEPATITISAREN aurkako txertoa komenigarria da, nahiz eta garapen bidean dauden herrialdeetan edo herrialde industrializatueta 1945 baino lehen jaiotakoek haurtzaroan pasa eta immunizatuak egon daitezkeen. Bi dosi banatu behar dira, 15 egun eta hilabete bitarteko tartearrekin.

B HEPATITISA sexuaren edo odolaren bidez transmititzen da, injekzioak edo azala infektatutako objektuekin zeharkatzen duen edozein ekintza barne (tatuaiak, akupuntura, medizina tradizionalaren eskarifikazioak, eta abar). Hilabeteko tartearrekin hartutako bi dosi behar ditu eta 6-12 hilabete beranduago beste bat. Talde hauei komeni zaie hartzea:

- osasun langileak,
- gune endemikoetara maiz bidaiatzen dutenak edo bertan 6 hilabete baino gehiagoz bizi direnak,
- egunero beste haurrekin jarduten diren haurrak (haurtzaindegiak, erresidentziak),

—sexu harremanak izan dituzten edo orratzak bana ditzaketen bidaiariak eta

—atzerrian prozedura medikoak edo hortzetakoak jasan behar dituzten bidaiariak.

Testuinguru jakin batzutan komeni da *meningitisaren* aurka txertatzea. Dosi bakarraren ondoren, babesak ondorengo 15. egunetik 3-5 urte bitarte irauten du.

OMEren arabera, koleraren aurkako txerto injektagarria ez zaie bidaiariei eskatu behar, izan ere, Txertaketako Nazioarteko Ziurtagirian ez dago horrentzako orririk.

Amorruaren aurkako txertaketa gomenda daiteke baldintza berezietan eta kasuak egon direla dakigun herrialdeetan: hozkadak jasateko arriskupean lan egingo duten bidaiariak, arrisku handia duten herrialdeetan egonaldi luzeak egin edo osasun asistentzietatik urrun dauden guneeetara bidaiatuko dutenak. Baldintza horietatik kanpo, arriskupean egon ondorengo txertaketa gomendatzen da, zauria arreta handiz garbitu ondoren.

III. Eranskina

Terminoen glosategia

Amatasunagatiko heriotza tasa: haurdun dauden bitartean edo erditzearen ondorengo 45 egunetan hiltzen diren emakumeen kopurua zati epealdi berdinean bizirik jaio direnak, bider 100.000.

Antigenotasuna: ostalariak antigorputzen produkzioa estimulatzeko edo organismoan erresistentzia sortzeko duen gaitasuna.

Antisorgailuen erabileraren prebalentzia tasak haurrak edukitzeko adinean dauden ezkonduko emakumeen artean edozein metodo antikonzeptibo, moderno edo tradizional, erabiltzen dutenen portzentajea biltzen du (senarrek erabiltzen badute ere kontuan hartzen da).

Batezbesteko ospitaleko egonaldia: epealdi bateko benetako ospitalizazio egunak eta epealdi bereko alta edo irteera kopuruaren (sendatzeagatiko alta + lekualdaketak + joandakoak + hildakoak) arteko zatiketa.

Bektorea: gaixotasun baten transmisioan parte hartzen duen espezie biziduna. Aukerakoak (iraizkinak elikagaietaraino eramaten dituzten euliak, adibidez) edo derrigorrezkoak (*Anopheles* malariaren kasuan) izan daitezke.

Benetako ospitaleratze egunak (edo ohe-egunak): denbora epealdi batean zehar okupatuta egon diren oheen batuketa.

Berariazko hilkortasuna (adin-taldearen arabera): adina horretako biztanleriaren artean aipaturiko taldean hildakoen portzentajea.

Berariazko hilkortasuna (kausaren arabera): guztizko biztanlerian kausa horren ondorioz hil direnen taldea.

Bertan behera uzte tasa (tratamendu batena, txertaketarena): jarraibidea hasten duten baina bukatzen ez duten pertsonen portzentajea.

Txertaketaren kasuan, DPTaren lehenengo dosia hartzea baina beharrezkoak diren hiru dosiak ez hartzea bertan behera uztea bezala hartzen da.

Birulentzia: gaixotasun baten larritasun edo laztasun maila.

Bizi itxaropena: bizi daitekeen edo bizitzea espero den urte kopurua, hilkortasunaren egoera aldatzen ez bada jaiotzatik (**jaiotzako bizi itxaropena**) edo adina jakin batetatik.

Compliancea (betetze maila): parte hartzea onartzen duen eta aurreikusitako programaren aldi guztietan parte hartzen duen programa baten xede biztanleriaren proportzioa. Askotan tuberkulosiaren tratamenduan aplikatzen da eta tratamendu hori luzea da eta bertan behera uzteko aukera asko daude. Tratamenduko complianceaz hitz egiten da gaixoak modu egokian jarraitzen duenean amaiera arte.

Efizientzia (= errendimendua, kostu-etekina): osasun jardueraren baten eta lortzeko erabilitako baliabideen arteko erlazioa da. Kostua lortutako etekinei nola egokitzen zaienari egiten dio erreferentzia. Gerta daiteke saiakuntza kontrolatu batek eraginkorra dela frogatu duen sendatzeko edo prebenitzeko jarduera bat oso efikaza ez izatea, behar dituen baliabideak konplexuegiak edo garestiegiak badira.

Endemia: gaixotasun bat taldeko fenomeno gisa azaltzea denboran, baina espazio mugatu batean (hau da, gune jakin batean ohikoa den gaixotasuna).

Epidemia: denbora epe eta lurralde jakin batean azaltzen den gaixotasun baten ezohiko edo ezusteko kasu kopurua.

Eraginkortasuna (Esku-hartze epidemiologiko batena): lortutako eraginaren eta ezarritako helburuen arteko erlazioa da, erabilitako baliabideak alde batera utzita. Esku-hartze bat eraginkorra da ezarritako helburuak erdiesten direnean.

Erditze lagunduak: gaitutako langileek lagundutako erditzeen portzentajea.

Erresistentzia: infekzio batek aurrera egitea eragozten duten gorputzeko mekanismoen multzoa.

Gaixotasun baten eraso tasa: epe epidemiko batean arrisku biztanleriaren artean detektatu diren kasu berrien kopurua (epidemia kasuetan aplika daiteke, adibidez, kolerari, disenteriari, txarranpinari, eta abarri).

Gaixotasunaren eramailea: hozi infekzioso bat modu iragan-korrean edo iraunkorrean duen eta hedatzen duen pertsona, gaixotasunaren ezaugarri klinikorik aurkeztu gabe.

Gaixotze-tasa: gaixotasunari dagokiona. Gaixotasun jakin batek biztanleria jakin batean dituen kasu kopuruari egiten dio erreferentzia (intzidentzia eta prebalentzia biltzen ditu).

Gordailua: agente infekzioso bat bizi den lekua. Infekzio iturri bat bihur daiteke eta gizakiarentzat infektatzaile zuzena izan.

Guztizko hazkundera edo hazkunde garbia (demografikoa): jaiotzen, heriotzen eta migrazio saldoaren arteko diferentziaren ondorioko biztanleria aldaketa.

Haurren hilkortasun tasa: urtean hildako urtebete baino gutxiagokoak zati epealdi horretan bizirik jaio direnak, bider 1.000.

Hazkunde begetatibo edo naturala: jaiotzen eta heriotzen arteko diferentziaren ondorioko biztanleriaren aldaketa.

Hilgarritasuna: gaixotasun jakin baten ondorio diren heriotzak.

Txarranpinaren ondorioko heriotzaz hitz egiten dugunean hilgarritasunari egiten diogu erreferentzia, hau da, gaixotasuna harrapatu dutenen artean hil direnen portzentajeari.

Hilkortasun (tasa): biztanleria bateko heriotzen kopurua.

Hilkortasun proportzionala (tasa): hildakoen artean gaixotasun jakin baten ondorioz hil direnen portzentajea.

Iheslarien eremu batean 800 hildako erregistratu dira denbora epe jakin batean. Horietatik 250, adibidez, disenteriatatik hil dira. Esango dugu hilkortasun proportzionala $250/800 = \%31,25$ ekoa izan dela.

Immunitatea: antigorputzekin edo mikroorganismo jakin bati edo bere toxinei aurka egiten dieten zelula batzuekin erlazionatu ohi den erresistentzia.

Infektibera: egoera naturaletan agente infekziosoari ostatu hartzeko aukera emango dion pertsona edo animalia.

Infektibotasuna: agente infekziosoak organismo bizi batean sartu eta instalatzeko duen gaitasuna.

Infekzio iturria: pertsona, animalia, baliabide edo sustantzia, zeinetik infekzio agente bat ostalari batera pasatzen den.

Infekzioa: mikroorganismo bat makroorganismo batek inbaditzea eta parasitazioa (ez du bere horretan gaixotasuna inplikatzeko).

Inkubazio aldia: infekzioa eta gaixotasunaren sintomak azaldu bitarteko epealdia.

Intzidentzia (tasa): epealdi jakin batean biztanleria batean azaltzen diren gaixotasun bateko kasu berrien multzoa. Denbora sartzen du intzidentziarekin erlazionaturik. Aztertutako epealdian biztanleria asko aldatzen bada, erdian dagoena hartzen da.

Adibidez, malariak osasun zentro batek 1999an estaltzen zuten gune batean izan duen intzidentzia neurtu nahi badugu: 12.000 pertsonako biztanleria batean gaixotasun

horrengatik 2.400 kontsulta erregistratu dira eta horietatik 800 segimendukoak izan dira. Beraz, urte horretako malararen intzidentzia 1.600 kasutakoa izan da 12.000 pertsona artean, hau da, %13,3koa.

Jaioberrien hilkortasun tasa: 28 egun baino gutxiagoko haurren heriotzen kopurua zati epealdi jakin batean bizirik jaio direnak, bider 1.000.

Jaiotza (tasa gordina): biztanleria jakin batean bizirik jaio direnen maiztasuna.

Jaiotza inguruko hilkortasun tasa: haurdunaldiaren 28. astearen eta jaiotza ondorengo 7. egunaren artean hiltzen direnen kopurua zati bizirik jaiotakoak, bider 1.000.

Jaiotzean pisu gutxi: 2.500 gramo baino gutxiagorekin jaiotako haurren portzentajea.

Kasu berria: kontsulta batean diagnostikatutako gaixotasun gertakari bat izendatzen du. «**Kasu zaharrak**» aurreko kontsulta batean diagnostikatu zen baina oraindik sendatu ez den gertakari bati egiten dio erreferentzia.

Kutsadura iturria: infekzio iturritik desberdindu behar da. Adibidez, azalerako ura kutsatzen duen putzu septikoari egiten dio erreferentzia edo entsalada kutsatzen duen ontzi zikin bati.

Maiztasun tasa (osasun zerbitzu jakin batena): epealdi jakin batean (hilabetea edo urtea) zerbitzu hori erabiltzen duten kasu berrien kopurua, estalitako biztanleriaren arabera. Afrikako landa inguru batean, normaltzat hartzen da osasun zentro batek 0,6 kasu berri/biztanle/urteko erabiltze zifra izatea, onuradun biztanleriatzat 5 km baino gutxiagora bizi direnak hartuz. Hau da, 6.000 kasu berri, estalitako biztanleria 10.000 pertsonakoa bada.

Mendekotasun tasa: mendeko gisa definitutako biztanleriaren (15 urte baino gutxiagokoak eta 64 baino gehiagokoak) eta adina aktiboan dagoen biztanleriaren (15 eta 64 urte bitartekoak) arteko zatidura.

Ohe okupatuen tasa (urtekoa): urte guztiko ospitalizazio egun eraginkorren batura zati ohe kopurua, bider 365 egun.

Osasun zerbitzuetara iristea: tokiko osasun zerbitzuetara gehienez ere oinez edo tokiko garraiobideetan ordubetean irits daitekeen biztanleriaren portzentajea.

Ospitaleko hilkortasun tasa (edo edozein osasun egiturarena): ospitaleko hildakoen kopuruaren eta alta emandakoen guttizkoaren (sendatutakoak, transferituak, joandakoak eta hildakoak barne) arteko erlazioa.

Pandemia: denboran mugatua baina espazioan mugarik gabea den gaixotasun bat azaltzea, nahiz eta orokorrean ez den

garrantzitsua izaten. Mundu guztia hartzen duen epidemia bati esaten zaio (HIESa da adibide bat).

Patogenotasuna: agente infekzioso batek ostalari infektaberan gaixotasun bat sortzeko duen gaitasuna.

Prebalentzia (tasa): biztanleria jakin baten kasuen guztizko kopurua (berriak eta zaharrak).

Esaten da Kanbodiako prebalentzia tasa %2koa dela eta horrek esan nahi du 2 bat tuberkuloso daudela mila biztanleko, alde batera utzita gaixotasuna berriki edo duela urteak harrapatu duten. Ez dio epealdi jakin bati erreferentzia egiten, momentu jakin bati baizik.

Ratioa: bi entitate desberdinen arteko erlazioa edo zatidura. Zenbakitzailea ez da izendatzailean sartzen.

Izen okerra emandako amatasunagatik heriotza tasa benetan ratio bat da, zenbakitzailea (hildako amak) ez delako izendatzailean sartzen (jaioberriak).

Tasa: ezaugarri jakin bat duten indibiduen kopurua eta kide diren biztanleria taldearen guztizkoaren arteko erlazioa. Definizioz, zenbakitzailea izendatzailean sartuta dago.

Transmitigarritasun aldia: infektatutako pertsona bat beste ostalari infektaberentzat kutsagarria den denbora epea.

Ugalkortasun tasa orokorra: denbora epe batean izan diren jaiotza kopuruaren eta haurrak edukitzeko adinean dauden (15etik 44 urte bitartekoak, nahiz eta batzuk 49 bitarte zabaltzen duten) emakumeen biztanleriaren arteko zatiketa, bider 1.000.

5 urte baino gutxiagokoen hilkortasun tasa (haur-gaztetxoen): 5 urte baino gutxiagokoen heriotzen kopurua zati adin talde horretako haurren kopurua (bider 1.000).

Bibliografia iruzkindua

ABRAMSON, J.H.: *Métodos de estudio en medicina comunitaria*, Díaz Santos arg., S.A., 1990.

Balioztapen prozeduren eta azterketa epidemiologikoen analisi praktiko, irakurgarri eta erraza. Osasun programetako esku-hartze eta parte-hartze komunitarioa garatzen ditu.

ANDERSON, N y otros: *Social cost of landmines in four countries: Afghanistan, Bosnia, Cambodia and Mozambique*, BMJ arg., 311. liburukia, 718-721 orr., 1995 (ingelesezko edizioa).

British Medical Journalak hemen lau herrialde horietan pertsonen aurkako minek dituzten eragin sozial eta ekonomikoen ikuspegi objektiboa eskaintzen du, adibidez, Afganistango komunitate nomadetan abelburuak galtzean edo laborantza lurretan izan duen eragina edo elbarriek gizarteratzeko dituzten zailtasunak eta eguneroko bizitzara nola egokitzen diren.

ARMIJO ROJAS, R.: *Epidemiología*, Intermédica arg., 1978, I eta II liburukiak.

Epidemiologiako gure erreferentziako klasikoa da. Laburpen irakurgarria eta arina da, bere garaian berritzailea izan zena eta epidemiologiako printzipioak, irizpideak eta metodoak ezarri zituena.

AEDES (GARAPENERAKO ETA OSASUNERAKO EUROPAKO ELKARTEA): *Système d'information sanitaire*. AEDES arg., Brusela, 1996 (frantsesezko edizioa).

Osasun informazio sistema baten printzipioak ezartzen ditu, bai eta osasun adierazleek biztanleria jakin baten egoera edo egitura edo zerbitzu konkretu baten funtzionamendua islatzeko duten erabilgarritasuna ere. Kanpoko kontsultaren, txertaketaren, ama-haurrentzako programaren edo tuberkulosiaren aurkakoaren parametro nagusiak ezartzen ditu, bai eta noiz aplikatu eta nola kalkulatu ere.

BEAUDOUX, E. y cols.: *Guía metodológica de apoyo a proyectos y acciones para el desarrollo*. IEPALA arg., 1992.

Egileek adierazten duten moduan, «... garapenaren eta nazioarteko lankidetzaren erabilera praktikorako izaera instrumentala duen kontsulta agiri bat da ...».

BURRION, J.B. y DELAMALLE, J.P.: *Les programmes en situation de conflit*. AEDES arg., 1994 (frantsesezko edizioa).

BURRION, J.B. y DELAMALLE, J.P.: *Les urgences: proposition pour un manuel de référence opérationnel*, AEDES arg., 1992 (frantsesezko edizioa).

Bi gidaliburu txiki hauek larrialdi egoeratan jarduteko oinarriak ezartzen dituzte: lehenengoak gatazka egoerako programetan jartzen du arreta, bigarrenak, aldiz, bereziki hondamendi naturalak analizatzen ditu. Kontuan eduki beharreko baldintzatzaileak, aurkitutako osasun egoeraren espero daitezkeen ezaugarriak eta jardueren arteko lehentasunak zehazten dira.

CICR (GURUTZE GORRIAREN NAZIOARTEKO BATZORDEA): *Landmines must be stopped*, ICRC arg., Geneva, 1995 (ingelesezko bertsioa).

Gurutze Gorriaren Nazioarteko Batzordeak hainbat argitalpen ditu pertsonen aurkako minen oinarri juridikoen, ondorio sanitarioen, sozialen eta ekonomikoen inguruan. Argitalpen honek laburpen interesgarri bat eskaintzen du eta gainera lesio motak eta transfusio edo kirurgia beharrak biltzen ditu, bai eta minak kentzearen baldintzak eta trauma-ondoko errehabilitazioaren oinarriak ere. Proteksien egokitzapena da erakundeak munduko gunerik gorienetan aurrera eramaten duen programarik garrantzitsuenetakoa.

ELVIRA MARTÍN, F.: *Metodología de la evaluación de programas*. CIS arg., 1991.

Programen balioztapen metodoen analisi sakon eta sintetikoa da, batez ere gizarte arloko adituentzat.

FÜLÖP, T. y ROEMER M.I.: *Reviewing health manpower development*, Cuadernos de Salud Pública, 83. zenb., OME arg.

Osasun sistemetako azpiegituren eta plangintza, kudeaketa eta ekoizpen prozesuen analisi labor baina sakona. Herrialde konkretu batzuk aztertzen dira.

HARPHAM, T., LUSTY, T. y VAUGHAN, P.: *In the shadow of the city: Community health and the urban poor*. Oxford University Press arg., 1988 (ingelesezko edizioa).

Adibide konkretu asko ditu eta munduko urbanizazioarekin hasten da hiriko komunitate pobreen ezaugarrietara eta haien osasun arazo nagusietara iristeko. Hiriko ingurura egokitutako lehen mailako arretatik jarduteko oinarriak ezartzen ditu eta nutrizioa, saneamendua, hezkuntza, osatua eta sarrerak sortzen dituzten jarduerak azpimarratzen ditu, osasun zerbitzuek pobrenei mesede egiteko errespetatu behar dituzten ezaugarriak ahaztu gabe, noski.

KLECZKOWSKI, B.M.: *El sistema sanitario al servicio de la Atención Primaria de salud*, Cuadernos de salud pública, 80. zenb., OME arg.

Lehen mailako Arretari buruzko Alma-Altako adierazpenaren garapen kontzeptual interesgarria.

MAC MAHON, B.: *Principios y métodos de epidemiología*, La prensa médica mexicana arg., Mexiko.

Bere garaian berritzailea izan zen liburua da, osasun arazoei aurre egiteko ikuspegi multikausala proposatzen duena eta, oro har, ikuspegi metodologikoak eta gaixotasun kronikoen azterketa lehenesten duena diskurtso epidemiologikoaren analisisan.

MARTÍNEZ NAVARRO, F. y cols.: *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana arg., 1998.

Osasun publikoan adituak direnentzat erreferentzia liburua da, osasun zientzien diskurtsoa kritikatu, eguneratu eta modernizatu duena, hezkuntzan eta zientzian maila altuko egileen talde bat biltzea lortu duena, osasunaren ekintza transformatzailearen ikuspegi historikoa galdu gabe. Bereziki programen eta balioztapenen kapituluetan erabili dira, bai eta Hirugarren Munduko osasun zerbitzuen testuinguruetako deskribapenetan ere.

MGM (MUGARIK GABEKO MEDIKUAK): *The health of refugees*, MGM arg., Brusela, 1996 (*ingelesezko edizioa*).

Iheslarien osasunaren hainbat alderdiren errepaso egiten du, komunitateen ezaugarri sozio-politikoak eta arreta programen printzipio-gidak, ostatua, edateko ura eta saneamendua ahaztu gabe. Xehetasunez analizatzen ditu inguru horretan azal daitezkeen gaixotasun nagusiei aurre egiteko berariazko ekintzak.

MGM (MUGARIK GABEKO MEDIKUAK): *Guía de nutrición*, MGM arg., Brusela, 1995 (*gaztelaniazko edizioa*).

Larrialdietako asistentzia nutrizionaleko programetarako derri-gorrezko poltsiko-liburua. Egoeraren balioztapena, arazo nutrizionalaren kuantifikazioan erabil daitezkeen laginketa teknika nagusiak eta berariazko nutrizio programetan onartua izateko irizpideak biltzen ditu, bai eta egoera bakoitzean erabil daitezkeen errezetak ere, betiere erabiltzeko errazak diren eta orokorrean erabilgarri egoten diren produktuekin.

MGM (MUGARIK GABEKO MEDIKUAK): *Medicamentos esenciales. Guía práctica de utilización*, MGM arg., Paris, 1993. 2002an berrikusitako edizioa.

Osasun programa baterako oinarrizkoak diren medikamentuak hornitzeko sistema baten antolamendurako ezinbesteko liburua. Bere lehenengo zatian Vademecum moduko bat biltzen du erabilitako medikamentu garrantzitsuenen indikazioekin, aurkezpenarekin, posologiarekin eta arreta/kontraindikazioekin (alfabetikoki ordenatuak daude eta administrazio modua ere azaltzen da). Bigarren za-

tian, farmazia antolatu eta kudeatzeko, erabilera erregistroen mantenturako eta aldizkako eskaerretarako printzipioak ezartzen ditu. Eranskin zabal batek xehetasunez deskribatzen du OMEren larrialdi egoerako 10.000 pertsonentzako eta 3 hiletarako kitaren osaketa eta erabilera.

MINSAs (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA): *Manual de educación para la salud*, Científica-Técnica arg., Habana, 1985.

Liburu praktikoa eta osatua, osasuneko programa integralen inguruko hezkuntza ekintzei buruzkoa. Kubako Osasun Zerbitzu Nazionalean hartutako esperientziaren sintesi ona da.

OME (OSASUNAREN MUNDUKO ERAKUNDEA): Osasunak munduan bizi duen egoerari buruzko txostena, OME arg., Geneva, 1999 (*urteko bertsioa, OMEren web orrialdean —www.who.int— pdf formatuarekin eskuragarri dagoena*).

xx. mendean zehar osasun gaitan erdietsitako lorpenak azterten ditu 1999ko txostenak. Trantsizio demografikoaren eta epidemiolokoaren kontzeptuak ezartzen ditu egungo osasun eta gaixotasun joerak justifikatzeko. Osasuna eta garapena erlazionatzen ditu eta arreta berezia jartzen dio herrialde pobreetako bizi kalitatea hobetzeko osasun sistemak garatzeko interesari eta horiek finantzatzeko oinarriak finkatzen ditu. Urteko txosten bakoitzak aztertzen ditu gori-gorian dauden gaiak (2004ko alea HIESari buruzko monografikoa da). Estatistika eranskinak derrigorrezko erreferentziak dira.

OME (OSASUNAREN MUNDUKO ERAKUNDEA): *International travel and health*. Urtero argitaratzen da, ingelesez, OMEren web orrialdean: www.who.int/ith

OMEk urtero egiten duen banaketa geografikoaren arabera gaixotasun garrantzitsuenen zerrendaren eguneraketa da, bidaiariek beharrezko arreta hartzera zuzendurikoa. Uraren, elikagaien edo sexu bidez transmititzen diren gaixotasunen aurkako prebentziorako edo malariaren aurkako babeserako (farmakoak edo uxagarriak erabiltzea, kasu bakoitzean gomendatzen diren txertoak eta beste hainbat gauza barne) gomendio orokorrak laburbiltzen ditu. Arrisku-mapak ematen ditu, bai eta herrialdez herrialdeko eta gaixotasunei buruzko informazioa ere.

OME (OSASUNAREN MUNDUKO ERAKUNDEA): *Financiación de los servicios de salud. Serie de Informes Técnicos*, 625. zenb., OME arg., 1978.

OMEko aditu talde baten txostena da, ezagutzen diren esperientziei eta horien joerei argitasuna eta sendotasuna ematen diena osasun zerbitzuen finantzaziorari dagokionez.

PHILLIPS, D.R.: *Health and health care in the third world*. Longman Scientific & Technical arg., 1990.

Garapen prozesuetako osasun arazoak aztertzen ditu, bereziki azpimarratuz trantsizio epidemiologikoaren deskribapena, osasu-

neko lehen mailako arreta, osasun zerbitzuen erabilera eta garapenerako laguntzaren eta lankidetzaren hainbat ikusmolde.

PHILLIPS, D.R, VERHASSELT, Y.: *Health and development*, 1994.

Garapenaren arazo guztiak jorratzen ditu: aldaketa prozesuak, doikuntza ekonomikoa, kultura, medikuntza tradizionala, urbanizazioa eta hiri ereduak, industria farmazeutikoa. Era berean, osasun programak analizatzen ditu biztanleria talde ahulen arabera eta garapen adibideak eta osasunarekin duten erlazioa aztertzen du, geografikoki zehatzak diren herrialde edo guneeetan.

PINEAULT, R y DAVELUY, C: *La planificación sanitaria*, Masson arg., 1989.

Ezinbesteko kontsulta liburua, pedagogikoa, erabatekoa eta eskuragarria, plangintzaren eta bere metodoen, kudeaketaren eta osasun zerbitzuetan profesionalek eta hiritarrek duten parte-hartzearen arteko erlazioari buruzkoa. Kanadako osasun zerbitzuen plangintzaren garapenaren adierazpena da, hala bere irakaskuntza alderdikoa nola bere zerbitzuen ezarpen errealekoa.

UNAIDS (GIB/HIESerako Nazio Batuen programa): *GIB/HIESaren mundu-izurriari buruzko 2004ko txostena*. UNAIDS-OMS arg., Geneva, 2004.

OME eta UNAIDS erakundeek batera kaleratutako argitalpena, urtebeteko maiztasuna duena. Aztergaia: HIESak munduan duen egoera. Estatistika-eguneraketa orokorrak ditu eta eskualdez eskualde antolatuta dago. Azpimarkatu egiten da arrisku-talde nagusien egoera. Grafikoak eta gauzatzen ari diren borroka-estrategien emaitzak agertzen dira. Web orrialde honetan eskuragarri dago, gaztelaniaz: www.unaids.org.

