



Nazioarteko Lankidetzaren eta Osasuna: Euskal Lankidetzaren ekarpenak 2016-2020 urteetan

Naroa Ubillos Echeverria

Tutoría / Tutorea
Jorge Gutiérrez Goiria

Esta publicación ha recibido financiación de aLankidetzta - Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo.
Argitalpen honek eLankidetzta - Garapenerako Lankidetzaren Euskal Agentziaren finantziazioa jaso du.



Máster Oficial en Desarrollo y Cooperación Internacional / Garapena eta Nazioarteko Lankidetzta Master Ofiziala

Trabajo Fin de Máster / Master Amaierako Lana
Curso 2021/2022 Ikasturte

Nazioarteko Lankidetzta eta Osasuna: Euskal Lankidetzaren ekarpenak 2016-2020 urteetan
Naroa Ubillos Echeverria

Tutoría / Tutorea: Jorge Gutiérrez Goiria

Hegoa. Trabajos Fin de Máster, n.º 78 / Master Amaierako Lanak, 78. zkia.

Fecha de publicación: noviembre de 2022
Argitalpen data: 2022ko azaroa



Hegoa
Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional
Nazioarteko Lankidetzta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua

www.hegoa.ehu.eus
hegoa@ehu.eus

UPV/EHU. Edificio Zubiria Etxea
Lehendakari Agirre Etorbidea, 81
48015 Bilbao
Tel.: (34) 94 601 70 91

UPV/EHU. Biblioteca del Campus de Álava / Arabako Kampuseko Liburutegia
Nieves Cano, 33
01006 Vitoria-Gasteiz
Tel.: (34) 945 01 42 87

UPV/EHU. Carlos Santamaría Zentroa
Plaza Elhuyar, 2
20018 Donostia-San Sebastián
Tel.: (34) 943 01 74 64



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Agiri hau Aitortu-EzKomertziala-PartekatuBerdin 4.0 Nazioartekoa (CC BY-NC-SA 4.0)
Creative Commons-en lizentziapean dago.

AURKIBIDEA

1. Sarrera.....	5
1.1 Helburuak	5
1.1.1 Helburu Orokorra	5
1.1.2 Helburu Espezifikoak	5
1.2. Metodologia eta egitura	6
2. Osasuna garapen teorian eta nazioarteko lankidetzan	7
2.1 Garapenaren Aroa eta Osasunaren Mundu Erakundea.....	7
2.2 Osasuna garapenerako funtsezko ardatz bilakatuz: Giza Garapena	11
2.3 Osasunaren garrantzia garapenaren agendetan.....	14
2.4 Osasunaren egoera gaur egun	17
3. Euskal lankidetzak osasunari egindako ekarpenak 2016-2020 urteetan	20
3.1 Osasuna euskal lankidetzako erakundeen planetan eta bideratutako funtsetan....	21
3.1.1 Eusko Jaurlaritza.....	22
3.1.2 Foru aldundiak.....	24
3.1.3 Lurraldeetako Hiriburuak	27
3.2 Euskal lankidetzaren lehentasun geografikoak.....	34
3.3 Proiektuen banaketa sektoriala	34
3.4 Osasun proiektuak bideratu dituzten erakundeen analisisa.....	39
4. Ondorioak	45
5. Bibliografia.....	47
Kontsultatutako web orrialdeak.....	48
Plan zuzendariak eta erakundeetako dokumentuak	49
I. ERANSKINA.....	50
II. ERANSKINA	52

Taulen aurkibidea

1. taula: 2016tik 20ra euskal erakundeek finantzaturako proiektuak	7
2. taula: erakunde bakoitzak osasunera zuzendutako proiektuak eta funtsen ehunekoak 2016tik 2020ra.....	21
3. taula: Euskal hiriburuetakako udalek bultzaturako proiektu eta funtsen sailkapena (2016-20).....	27
4. taula: Donostiako Udalak finantzaturako proiektuak DAC sailkapenaren arabera 2016tik 20ra.....	28
5. taula: Ipar Amerika, Erdialdeko Amerika eta Karibeko osasun proiektuetara zuzendutako funtsak (2016-20)	36
6. taula: Euskal erakundeek osasunera bideratutako proiektuen (2016-20) jomuga espezifikoak Afrikan eta Ameriketara, 2030 Agendan oinarrituta.....	38

Grafikoen aurkibidea

1. grafikoa: Ameriketako zerbitzuen estaldura indizea (GIH 3.8.1) eta osasun gastu zuzenak %10 edo %25eko langaren gainetik dituzten biztanleak (GIH 3.8.2).....	19
2. grafikoa: Afrikako zerbitzuen estaldura indizea (GIH 3.8.1) eta osasun gastu zuzenak %10 edo %25eko langaren gainetik dituzten biztanleak (GIH 3.8.2)	19
3. grafikoa: EJK osasunera bideratutako funtsak, DAC sailkapenaren arabera (2016-20)	23
4. grafikoa: Eusko Jaurlaritzak lankidetzara bideratutako funtsak (2016-20).....	23
5. grafikoa: Euskadiko Foru Aldundiek lankidetzara bideratutako funtsak (2016-20)..	24
6. grafikoa: Donostiako Udalak bultzaturako proiektuak eta funtsak (2016-20)	29
7. grafikoa: Bilboko Udalak bultzaturako proiektuak eta funtsak (2016-20).....	31
8. grafikoa: Gasteizko Udalak bultzaturako proiektu eta funtsak (2016-20).....	32
9. grafikoa: Hiriburuek osasunera bideratutako funtsen banaketa, DAC sailkapenaren arabera (2016-20)	33
10. grafikoa: Euskal erakundeek 2016tik 20ra oinarritzko osasun eta osasun orokorrera (DAC 120) zuzendutako proiektuen eta funtsen banaketa geografikoa.....	37
11. grafikoa: medicusmundik 2016tik 2020ra osasun proiektuetarako euskal erakunde publikoetatik jasotako finantzazioaren banaketa sektorial eta geografikoa.	41
12. grafikoa: Euskal erakunde publikoek 2016tik 20ra osasun proiektuetara bideratutako funtsen banaketa erakunde bideratzaile motaren arabera.	42
13. grafikoa: Euskadiko erakunde bideratzaileen eta tokiko erakundeen arteko elkarlana.	44

Irudien aurkibidea

1. irudia: MGHen epean irabazitako bizi itxaropen eta bizi itxaropen osasuntsu urteak munduko herrialdeetan, diru sarreraren arabera sailkatuta.....	18
2. irudia: oinarrizko osasun zerbitzuen estaldura, OEUaren zerbitzuen estaldura indizeak definituta (2017)	19
3. irudia: BFAk bultzatutako proiektuen banaketa sektoriala	25
4. irudia: Euskal Lankidetzak osasunera bideratutako funtsen banaketa geografikoa (2016-20)	35

1. Sarrera

Osasuna bizitzarako ezinbesteko atala da. Osasunak funtsezko garrantzia izan du historian zehar zibilizazio guztietan eta, gainera, zibilizazio askoren helburua izan dela esan dezakegu gizakiaren helburua luze bizitzea eta ondo bizitzea izan den heinean.

Hau honela izanik, eta osasunaren pertzepzio edo deskribapena desberdina izan daitekeen arren munduko giza-taldeen artean, osasun arazo eta irtenbide batzuk berdinak izan daitezke munduko lurralde guztietan. Beraz, nazioarteko lankidetzak garrantzia handia hartu du munduko biztanle guztien osasuna bermatzeko helburua lortu nahian.

Lan hau COVID-19aren testuinguruan egin den heinean, osasunak gaur egun dituen jatorri eta ondorio globalek erantzun globala behar dutela ikusarazi digu pandemiak. Hala ere, epidemien arazoa historikoa da eta arazo globalei modu lokalean aspaldidanik ekin zaien bitartean, modu globalean ekiten duten erakundeak jaio dira azken mendean. Pandemia garai honetan ikusi dugu gobernuek maila lokalean erakutsi duten bakarkeriaren aurre agertu dela Osasunaren Munduko Erakundea, munduko biztanle guztiak aintzat hartzeko eskatuz eta infekzioen zabalketa munduko toki guztietan bukatu arte maila globalean ere ezingo dela amaitu azpimarratuz.

Master Amaierako Lan (MAL) hau Garapena eta Nazioarteko Lankidetzaren Graduondokoaren baitan egin da. Egilea osasun langilea izanik, garapen teorietan osasunari garrantzirik ematen zaion eta zenbaterainokoa izan den ikusi nahi izan da, graduondokoaren ikasketak borobiltzeko eta norberarengana hurbiltzeko. Gainera, teoria hauek lurreratu eta gehiago gerturatzeko asmoarekin euskal lankidetzaren deszentralizatuak osasunari egindako ekarpenak zenbatekoak eta nolakoak izan diren begiratzea erabaki genuen.

1.1 Helburuak

1.1.1 Helburu Orokorra

Osasun arloan Euskal Lankidetzak 2016tik 2020ra egin dituen ekarpenak azaltzea, 2030 Agenda eta Garapenerako Helburu Iraunkorren testuinguruan.

1.1.2 Helburu Espezifikoak

1. Nazioarteko lankidetzaren eta garapenaren teorietan osasunak izan duen garrantzia aztertzea.
2. Euskal lankidetzako erakunde nagusien gida planek urte tarte horietan osasunari emandako garrantzia aztertu eta burututako proiektuekin alderatu.
3. 2016tik 2020ra euskal erakundeek lankidetzaren proiektuetara bideratutako funtsen eta finantzatutako proiektuen analisi sakona burutzea, erakunde hauek lankidetzaren arloan osasunari egindako ekarpenen testuinguruan betiere, eta 2030 Agendaren ikusmoldea kontutan hartuz:

- a. Euskal lankidetza finantzatzan duten erakundeen identifikazioa eta hauen helburuen xehetasunak.
- b. Euskal lankidetza deszentralizatuaren banaketa geografikoa eta sektoreen arabera osasun proiektuei dagokienez.
- c. Osasunera bideratutako lankidetza proiektuak burutzen dituzten agenteen analisia.
- d. Osasun proiektuak burutzen dituzten euskal erakundeek Hegoaldeko erakundeekin sortutako loturen azterketa.
- e. 2016tik 2020ra osasunera zuzendutako proiektuen helburu zehatzen identifikazioa eta 2030 Agendarekin duten loturen analisia.

1.2. Metodologia eta egitura

Lan hau bi fase desberdinetan banatu dut, horietako bakoitza datu iturri eta metodologia propioarekin.

Lehenik eta behin, osasunak nazioarteko lankidetza eta garapenean izan duen garrantzia aztertzeko honen inguruan argitaratutako lanen bilaketa burutu dut. Informazio iturri bezala “Google Scholar” bilatzailea erabili dut, nagusiki, baina baita Hegoako liburutegi birtuala eta lankidetzarako erakunde nagusien web orrialdeak ere. Horietan, osasuna eta garapenarekin erlazionatutako artikulua bilatu ditut, eta baita osasunarekin erlazionatutako nazioarteko erakunde nagusien adierazpenak ere.

Bigarrenik, euskal lankidetza publikoak 2016tik 2020ra finantzatu zituen proiektuen analisia egin dut. Horretarako, lehenik, euskal lankidetza finantzatzan duten erakunde nagusiek argitaratuta duten dokumentazio estrategikoa bilatu dut. Erakunde hauek lankidetzari zuzendutako plan edota marko estrategikoak dituzte argitaratuta beraien web orrialdeetan, horietan erakunde bakoitzaren helburu estrategikoak islatzen dituztelarik. Euskal lankidetza deszentralizatu burutzen duten 7 erakunde nagusiak honakoak dira: Eusko Jaurlaritzak; Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako Foru Aldundiak eta; hiru lurraldeetako hiriburuak diren Gasteiz, Bilbo eta Donostia.

Beraz, gida plan eta marko estrategiko hauetako helburu nagusiak azpimarratu eta, ondoren, erakunde horien datuak maneiatu ditut.

Erakunde hauek bultzatutako proiektuen analisi estatistikoa burutzeko Euskal Lankidetza Publikoaren Atarian 2016tik 2020ra burutu diren ordainketak bilatu ditut. Hauek DAC sailkapenaren¹ arabera iragazi ditut eta osasunera zuzenduta dauden proiektuak aukeratu.

Osasunari zuzendutako datuak aztertzean DAC sailkapeneko 3 talde baneratu ditut: oinarrizko osasuna eta osasun orokorra (DAC 120), biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programak eta politikak (DAC 130) eta, ur hornikuntza eta saneamendua (DAC 140). Hauek osasunera bideratzen diren proiektuen taldean sartuta (“Osasuna” deituko

¹ Jarduera-sektoreen kode bidezko sailkapen normalizatua da, DACen (OECDko Garapenerako Lankidetza Batzordea) arabera. Jarduera sektore bakoitzari 3 zifradun zenbakia esleitzen dio.

zaio talde honi) gainerako proiektuekin (“Bestea” taldea) alderatu dira, eta baita osasun taldeko hiru sektore horiek euren artean ere.

Guztira, egindako azterketan 8134 proiektu hartu ditut baitan, proiektu horietatik gehienak Eusko Jaurlaritzak finantzatutakoak izanik (1. taula).

1. taula: 2016tik 20ra euskal erakundeek finantzatutako proiektuak

	Bestea	Osasuna	Guztira
Eusko Jaurlaritzza	3037	206	3243
Arabako Foru Aldundia	425	55	480
Bizkaiko Foru Aldundia	1000	73	1073
Gipuzkoako Foru Aldundia	820	46	866
Vitoria-Gasteizko Udala	546	148	694
Bilboko Udala	786	151	937
Donostiako Udala	782	59	841
Guztira	7396	738	8134

Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Honetarako, lanaren egituraketari dagokionez, garapenaren teorien berrikuspen bibliografiko batetik abiatuko gara teoria hauetan osasunari dagokion ikuspegia aztertzeke eta, ondoren, garapenaren azken agendetatik abiatuta euskal lankidetzak bere proiektuen bidez osasunari egindako ekarpenak sakonean analizatuko ditugu.

2. Osasuna garapen teorietan eta nazioarteko lankidetzan

2.1 Garapenaren Aroa eta Osasunaren Mundu Erakundea

Garapenean eta nazioarteko lankidetzan osasunari eman zaion garrantzia eta zuzendu zaizkion baliabideen erabilera oso aldakorra izan da.

Garapenaren aroa II. Mundu Gerra amaitzean hasi zen. Lehen aldiz munduko lurralde askotako ondoeza aldatu beharreko faktore moduan ikusi zen eta biztanleen ongizatea bakean bizitzeko ardatz zentral bezala identifikatu zen.

Ondorioz, garapenaren aro honen hasieran nazioarteko erakunde asko sortu ziren munduko biztanle guztien bizi kalitatea hobetzeko helburuarekin. Erakunde horien bidez, gerraren ondoriozko sufrimenduak ikusirik, gizartearen ongizatea gutxitzen zuten arazoei aurre egin nahi zen: bakea zabaltzea, aurrerapen teknologikoak denen eskuragarri izatea, gosearekin amaitzea, munduko lurralde guztietan hazkunde ekonomikoa bultzatzea, industrializazioa lurralde guztietan bermatzea, etab. (Cueto et al., 2011).

II. Mundu Gerraren ondoren sortutako eta aurretik aipatutako helburu horiek betetzeko nazioarteko erakunderik garrantzitsuena Nazio Batuen Erakundea izan zen. Erakunde honen sorrerarako arlo eta lurralde anitzetako jendea bildu zen. Horien artean, osasun arloan esperientzia zabala zuten bi mediku joan ziren: Sze txinarra eta Paula Souza brasildarra.

Bi mediku hauek konferentzia honetara helburu zehatz batekin joan ziren: osasunak munduko bakea eta ongizatea lortzeko zuen garrantzia gainerako ordezkarietara ezagutaraztea eta, bide batez, osasunera bideratuko zen agentzia espezializatu multilateral eta autonomo berri baten sorrera aurrera eramatea. Hau da, NBEaz at jardungo zuen eta soilik osasunera bideratuko zen beste erakunde bat sortu nahi zuten. Sze eta Souza konferentzia horretan egin zuten kontzientziazio lanari eskerrak, 1946ean NBEko kontseilu ekonomiko eta sozialak nazioarteko ospe handiko 16 mediku bildu zituen: 8 europar, 5 amerikar eta 3 asiarrak (Cueto et al., 2011).

Bilera honetan bildu zirenek instituzio berri bat eraiki nahi zuten erabaki politikoetatik eta beste agentzietatik at mantenduko zena eta, instituzio honen bidez, aurkikuntza medikoen eta osasun beharren arteko loturak indartu nahi zituzten.

Beraz, II. Mundu Gerraren ondoren hasitako Garapenaren Aroan, mundua biztanle guztientzako toki hobetoago bat egiteko osasuna ardatz zuen erakunde bat jaio zen 1948. urtean: Osasunaren Mundu Erakundea (OME).

Honela, Nazioarteko Lankidetzaren eta garapenaren historiaren hasieratik, osasuna kontutan beharreko faktore garrantzitsua bilakatu zen, baina, ez Nazio Batuen Erakundetik baizik eta OMEren bidez.

Osasunaren Munduko Erakundea (OME)

1945 urtean OMEk egindako definizioaren arabera, osasuna ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera oso bat da, eta ez soilik afekzio edo gaixotasunik eza. Horrela, argi dago patologiaz haratago, osasunaren barruan bakoitzaren bizi-kalitatean eragina duten hainbat faktore daudela. Pertsona osasuntsua, beraz, bizitza oso eta zoriontsuaz maila guztietan gozatzen duena izango litzateke, eta honetan kanpoko faktoreek eragin ukalezina dute.

Esaldi horrek medikuntza sozialaren ideiak aintzat hartzen ditu, hau da, osasun publikoaren helburua ezin dela izan soilik gaitzak kontrolatzeko kanpaina arrakastatsuek lortzea. Munduko Osasun Erakundearen helburua talde jakin baten gizarte-egoera osatzen duten faktore guztiak aztertzea da, taldeko edozein kideren osasun egoerari eragiten diotenak. Ondoren, ezagutza horretan oinarrituta, osasuna hobetzeko eta, ahal den neurrian, herritarrak gaixotasunaren prebentzioan eta tratamenduan zientziaren lorpenetara iristeko beharrezkoak diren neurri mediko, sanitario edo sozialak proposatzea (Rosen, 1985).

Era berean, OMEren hitzaurrea medikuntzaren dimentsio teknikoetik haratago zihoan, osasuna giza eskubide gisa aurkeztean («lor daitezkeen osasun maila maximoaren gozamina gizaki ororen oinarritzako eskubideetako bat da»). Hau oso aurrerakoia izan zen, kontuan hartuta Giza Eskubideen Adierazpen Unibertsala 1948an onartu zuela NBEk (Cueto et al., 2011).

Beraz, munduko biztanle guztien osasunaren garrantzia azaleratzeko eta hobetzeko jaio zen erakunde honek, gaixotasun epidemikoen errepikapenean faktore sozial, politiko eta kulturalak duten garrantzia azpimarratzen zuen. Era berean, osasun publikoaren eta

praktika medikoaren ikuspegi holistikoa proposatzen zuen, gaitz askoren benetako kausen aurka borrokatzeko: pobrezia, hezkuntzarik eza, axolagabekeria politikoa eta aurreiritzia (Cueto et al., 2011).

OMEren hitzaurreko enuntziatuek NBEren adierazpena gogorarazten zuten, osasuna gobernuen erantzukizuna eta herritarren eskubidea bihurtuz, arraza, erlijio, ideologia edo egoera ekonomikoa bereizi gabe.

Hala ere, osasunaren ikuspegi hau lehenagotik landua zegoen. Izan ere, XIX. mendeko mediku batzuek medikuntza zientzia sozial moduan ikusi zuten. Hauen ustetan baldintza ekonomiko eta sozialek osasun eta gaixotasunean eragin handia zuten, eta baldintza horiek zientifikoki ikertu behar zirela defendatzen zuten. Are gehiago, medikuntza sozialaren ustetan heriotza goiztiarren eta bizitza bere osotasunean ez gozatzearen arrazoi nagusiak ez dira kausa naturalak, baizik eta modu artifizialean sortutako baldintza sozialen ondoriozkoak (Rosen, 1985).

OMEren sorreran osasuna zer den definitu zen, gizabanako guztien ongizate bezala definituz. Horrela, horrek iradokitzen du ekitate unibertsal baten aldeko motibazio idealista bat egon zela eta, zentzu askotan berria zena, batez ere Europako gobernu askotan, Bigarren Mundu Gerraren ondoren ere beren jabetza kolonialak harrotasunez eta suz gorde zituztenean. Halaber, OMEren sorrerako hitzaurreak osasuna gerraostean erabakigarriak izaten hasi ziren terminoekin lotzen zuen, hala nola «bakearekin». OMEren etorkizuneko zuzendari nagusiaren arabera, konstituzioan osasuna definitzearen abantaila zen hura betetzeak berekin zekarrela «hainbat herritako herrien artean harmonian bizitzeko gaitasuna, beste tradizio batzuekin, erlijio desberdinekin, munduko leku guztietan». Hau da, osasun publikoa, gainerako bizitza sozialetik isolatutako produktutzat hartzeari utzi behar zion, eta, areago, garapen sozialaren berezko prozesutzat hartu behar zen.

Garapenerako lankidetzaren izaera ekonomikoa

Hala ere, OME garapen teorien testuinguruan jaio zen eta hauen helburua biztanle guztien oparotasuna lortzea dirudien arren, garapena zientzia ekonomikoen espezializazio bat zela ez dugu ahaztu behar. Hau da, II. Mundu Gerraren ondoren nazioarteko lankidetzak garapenaren izenean burutu zituen ekintzen helburua lurralde txiroetako egoera ekonomikoa hobetzea zen. Garapena hazkunde ekonomikoaren sinonimo bilakatu zen. Hori dela eta, munduko lurralde guztien garapen maila lurralde horietako Barne Produktu Gordinaren (BPG) bidez bakarrik neurtu zitekeen. Garapena ulertzeko modu honek, lurralde bateko errentak bertako biztanleen biziraupen edo bizi kalitatearekin zuen elkarreragina ez zuen baitan hartzen (Higueta-Gutiérrez eta Cardona-Arias, 2018). Garapen prozesua helburu horretarako igarobide gisa planteatzen zen. Garapenerako lankidetzak, herrialdeek kapital eta teknologia gabeziak asebetetzeko behar dituzten baliabideak transferitzen laguntzen zuen tresna bihurtu zen eta, baliabide hauen bidez, garapenera bideratu “azpigaratutako” lurraldeak (Orellana, 2012).

Kanpoko laguntza goitik beherako izaera zuten proiektuen bidez bideratzen zen, estatistikek eta kanpo-analisi ekonomikoek menderatzen zituztenak eta herrialdeen testuinguruak kontuan hartzen ez zituzten proiektuak ziren sarritan. Nazioarteko lankidetzak Iparraldetik Hegoaldera teknologia transferitzea erraztu zuen garai batean, azpiegitura proiektu asko garatu ziren, eta zenbait plan nazional lankidetzaren agentzien laguntzarekin egin ziren, laguntza teknikoaren bidez, hazkunde ekonomikoa sustatzeko helburuarekin (Orellana, 2012).

Munduko Osasun Erakundearen kasuan ere, bere sorreran planteatu zituen ideiak kanpaina bertikalak izaten amaitu zuten, non medikuntza arloko teknologiari gehiegizko garrantzia eman zitzaion eta komunitateen partehartzeari kasurik ez zitzaion egin. Osasunaren arloan ere, txirotutako lurraldeen modernizazioa lurralde aberastuek ibilitako ibilbidea jarraitzean zetzan, teknika medikoen transferentziarekin soilik nahikoa izango zelakoan. Hala ere, osasun eta gaixotasunarekiko ezagutza eta sineskerak bestelakoak izanik ez ziren esperotako helburuak bete (Cueto et al., 2011).

Esan bezala, lurralde “garatuek” “azpigaratuen” industrializazioa bultzatu zuten historian zehar izan zuten eboluzioa beste lurraldeetan imitatu nahian. Hau da, Ipar globaleko lurraldeek zuten bizi kalitate eta oparotasuna industrializazioaren ondoriozko hazkunde ekonomikoarekin erlazionatzen zen eta Hegoalde globaleko lurraldeak bide beretik eramanez zituzten.

Hala ere, oso zaila da garapen ekonomikoaren eta biztanleriaren osasun baldintzen arteko loturari buruz orokortzea. Ildo horretan, esperientzia askok erakusten dute garapen ekonomikoak eta nekazaritzako azpiegituren hazkundeak ez dutela beti biztanleriaren ongizatea hobetzen laguntzen. Hala, makroekonomiaren ikuspegitik oso sinesgarriak diren politika batzuek, Egiturazko Egokitzapenerako Programek bereziki, ondorio suntsitzailak izan ditzakete herritarrengan, pobrezia areagotuz eta baliabideen banaketa txarra bultzatuz. Egoera horretan, osasun sistema ahuldu eta ezgaitu egiten da osasunaren eta ongizatearen narriadurari erantzuteko (Rapaport, 2000).

Aurreko ikuspegi hau defendatu nahian gizakiaren oinarrizko behar edo oinarrizko premien perspektiba lantzen ere hasi ziren. Oinarrizko premietara hurbiltzeak, zehazki, aitortzen du behartsuak bizitza ekonomikoki produktiboa izateko beharrezkoak diren funtsezko premiez gabetuta dauden bitartean, ez luketela hazkunde ekonomikorik ekarriko, ez onurarik aterako, baizik eta prozesu ekonomikotik kanpo geratuko lirakeela, ondorio praktikoa guztietarako. Garapen ekonomiko orokorra ezin da gertatu biztanleriaren sektore guztietara iristen ez bada, eta hori ezinezkoa da pertsona-talde handiak pobretzen badira (Keeton, 1984).

Ikuspegi ekonomizista hori gainditu nahian, 90. Hamarkadan, ikuspegi teorikotik Giza Garapena eta Garapen Iraunkorra kontzeptuak agertzen dira lehen aldiz.

2.2 Osasuna garapenerako funtsezko ardatz bilakatuz: Giza Garapena

Ordu arteko garapen teoriak emaitza kaxkarrak izan zituzten garapen bidean zeuden herrialdeetako pobrezia murrizteko, garapen bidean dagoen herrialde bateko jendeak estimulu ekonomiko konbentzionalak jasotzeko beharrezkoak diren aurretiazko baldintza batzuk alde batera uztearen ondorioz. Hau da, lurralde batean garapen ekonomikoa gerta dadin eta garapen hori biztanle guztiengan emateko, biztanle horiek gutxieneko baldintza batzuk bete behar dituzte, aurretiaz oinarritzko beharrak bezala izendatu ditugunak (Keeton, 1984).

Pertsonen oinarritzko beharrak asebetetzearen helburuarekin, ikuspegi teorikotik Giza Garapena eta Garapen Iraunkorra kontzeptuak agertzen dira lehen aldiz. Ekitateak eta genero ikuspegiak funtsezko zeregina dute kontzeptu horietan. 1990ean, Garapenerako Nazio Batuen Programak (aurrerantzean, GNBPN) ikuspegi berri bat eman zuen ezagutzera, Giza Garapenarena: pertsonak funtsezko lekua izatera igaro ziren garapenean.

Giza Garapenaren teoria laurogeita hamargarren hamarkadan jaio zen. Ordura arte garapenaren teoriak zuten ikuspegi ekonomizistak sortzen zuen kezka ondorioz jaio zen eta garapenaren analisisian biztanleriaren alderdi sozialak integratzeko bilaketan oinarritzen zen. Giza Garapenaren teoriak gizartearen zereginen erdigunetik hazkunde eta produktibitatea alboratu eta, bere ordean, zereginen erdigunera garapenaren nozioa, honen hartzailak eta ingurumena lekualdatu nahi zituen (Picazzo Palencia, et al. 2011).

Ikuspegi berri horren helburua pertsonen bizitza da eta, beraz, produkzio prozesuaren eraginkortasunak eta hazkunde ekonomikoak garapenaren zati batean laguntzen dute, baina ez dira faktore garrantzitsuenak. Pertsona bere garapenaren kudeatzaile bihurtzen da. Giza gaitasunen eta horiek nahi den moduan erabiltzeko aukeren zabaltze gisa ulertzen den garapena (Orellana, 2012).

Giza Garapen Indizea (GGI)

Erakundeek dagokienez, GNBPNk giza garapenaren ikuspegia askatasunen zabalkundearen prozesu moduan hartu zuen eta ikuspegi hau txosten moduan azaleratu zuen, 1990 urtea geroztik urtero publikatzen dena. Txosten hori, besteak beste, Mahbub ul-Haq eta Amartya Sen bezalako garapenaren teorikoen ekarpenetatik sortu zen, zeintzuk hazkunde ekonomikoaren eta giza garapenaren arteko lotura automatikoa ez zela argudiatuz, BPG gaitzetzeko beharra agerian utzi zuten, nazioen aurrerapenaren neurri gisa, eta, horren ordean, Giza Garapenaren Indizea (GGI) proposatu zuten (Higuera-Gutiérrez eta Cardona-Arias, 2018).

GGI giza bizitzaren funtsezko hiru alderdiren berri ematen duen adierazlea da: bizi itzaropena, ezagutza edo hezkuntza-indizea (alfabetismoa eta oinarritzko hezkuntza-estaldura) eta per capita BPGan kristalizatutako bizi maila duina; hori dela eta, erreferentzia bihurtu da garapenaren egoera globala diagnostikatzeko eta aurkitutako oztupoak konpontzera bideratutako zenbait politika bideratzeko.

Munduko lurralde desberdinetako biztanleen garapena neurtzeko indize berri onek osasuna funtsezko faktore bilakatzen du lehenengo aldiz, bizi-itxaropen moduan irudikatuta (Abella, 2010).

GNBPren arabera (1990) bizi itxaropen adierazlea giza garapeneko faktore garrantzitsuenetako bat da, eta hiru arrazoi hauengatik erabiltzen da: bizitza luzeraren berezko balioa, pertsonen helburu desberdinak lortzen laguntzeko modu gisa duen balioa eta beste ezaugarri batzuekin duen harremana, hala nola osasun ona eta nutrizioa. Horrek esan nahi du bizitza luzeak lotura estua duela beste gizarte adierazle batzuekin, hala nola osasun-zerbitzuetarako sarbidearekin, hezkuntzarekin, nutrizioarekin eta osasun estaldurarekin, besteak beste. Horrela, bizitza luzerak eta osasun onak bizitzan zehar helburu baliotsuak lortzea ahalbidetzen dute; horietako bat da osasun maila oneko bizi zikloa izatea, gaitasunak, talentuak eta bizi proiektuak garatzea ahalbidetuko duena. Horrenbestez, bizi itxaropena giza garapenerako garrantzitsuak diren beste aldagai askoren ordezkari neurria da.

Beraz, giza garapenaren teoriak garapena lantzeko eta neurtzeko kontzepzio berri bat proposatu zuen. Hazkunde ekonomikoa, BPG moduan aztertua, kontutan hartzen zen teoria honetan baina ez da faktore determinante bakarra. Giza garapena neurtzeko kalkulu berri onek osasuna eta hezkuntza ere bere baitan hartzen dituen heinean, diru eta merkantziak edukitzean zentratutako ikuspegi ekonomizista gailendu eta ikuspegi holistikoa batekin ordezkatu zuen, gizakiaren izate eta egitean (ongizate eta gaitasunak) oinarrituta zegoena. Garapena gizakiaren gaitasun eta askatasunak indartzeko erreminta da eta, osasuna, funtsezkoa da pertsonen gaitasunak indartzeko eta garapen indibiduala hobetzeko. Osasunari eskerrak pertsonak beraien helburuak betetzeko gaitasun eta askatasunak garatu ahalko dituzte.

Horrela, garapenaren hartzaileengan oinarritutako neurketa berri baten bidez, nazioarteko joera bat bultzatu nahi zen, herrialdeak baldintza estrukturalak, instituzionalak, sozialak eta kulturalak sortzeaz arduratu zitezela, gizabanakoek beren helburu justuak lortzeko askatasuna izan zezaten eta gizarte-ekitaterantz aurrera egiteko aukera izan zezaten (Picazzo Palencia et al., 2011).

Osasuna Giza Garapenean

Teoria hauen arabera, gizakiak bere askatasun instrumentalen esparruan dituen gabezia nagusien artean, pertsona batek osasun zerbitzuetara iristeko dituen mugen ondorio negatiboak daude. Muga horiek osasun estaldurarik ezak, azpiegitura urritasunak eta zerbitzu medikoaren eta ospitalekoaren kalitateak osatzen dituzte. Beraz, osasuna, Amartya Sen-ek aipatzen duen bezala, garapen on baten parte da. Horrela, gizakiak izan dezakeen askatasun garrantzitsuenetako bat gaixotasunen eta saihestu daitezkeen heriotzen kausen eraginpean ez egotea da, bizi maila eta bizi kalitate hobea izaten lagunduko duten elementuak eskura izatea, eta pobrezia saihestea (Sen, 2000).

Lotura estua dago bizi luze baten eta elikadura egokia, osasun ona, hezkuntza eta beste lorpen baliotsuen artean. Beraz, bizi itxaropena giza garapenaren beste aldagai garrantzitsu

askoren ordezkaria da. Amartya Senek defenditzen du osasuna garapenaren funtsezko atala denez, osasun esku-hartzea ez litzatekeela instrumentalki frogatu behar edota osasunak hazkuntza ekonomikoari egiten dizkion ekarpenak ikertu behar (Sen, 1999). Hala ere, badaude ikerketak osasun-gaixotasun aldagaia garapen ekonomikoaren osagai garrantzitsua dela erakusten dutenak. Ikerketa baten arabera (Arora, 2001), ekonomia baten epe luzeko hazkunde osoaren %30-40a, osasunarekin erlazionatutako aldagaiei egotzi daiteke. Aldi berean, heriotza goiztiarreatatik ematen diren galera ekonomikok eta gaixotasunen ondoriozko ezgaitasunak lurraldeen errentaren ehuneko esanguratsu bat ordezkatzan dute. Horren adierazle izan zen GIB/HIESaren pandemia, Afrikako ekonomiaren hazkuntza %2-4ean jaitsi zuena, modu batez adin produktiboan zeuden biztanleen heriotzaren ondoriozkoa (Higuaita-Gutiérrez eta Cardona-Arias 2018).

Beste faktoreekin gertatzen den bezala, osasun onak eta oparotasun ekonomikoak bata bestea indartzeko joera dute. Pertsona osasuntsu batek diru sarrerak errazago lortuko ditu eta, aldi berean, diru sarrera altuagoak dituen pertsona batek arreta medikoa errazago lortuko du, elikadura hobetuko du eta aurrekoei eskerrak bizitza osasuntsuago bat eramateko askatasuna lortuko du (Sen, 1999).

Hala ere, aurrerapen ekonomikoak eta osasun lorpenak zuzenean erlazionatuta daudela dirudien arren, erlazio hau politika faktoreen ondorioz ahuldu daitekeela iritzi du Sen-ek. Lurralde bateko osasunaren hobekuntza, hazkunde ekonomikoak ekarritako diru sarreren erabilpen moduaren menpekoa da. Hau da, hazkunde ekonomiko bat izan ondoren tokiko osasuna hobetzeko zerbitzu publikoen hazkundera eta pobreziaren gutxitzera bidali behar dira diru sarrerak.

Hazkunde ekonomikoak aberastasuna handitzen du herrialde askotan, baina, berez, ez du hobetzen osasun egoera nazionala. Mozkinak ez badira zuzen banatzen, hazkunde ekonomikoak ekitate ezak edo disparekotasunak larriagotu ere egin ditzake, gaur egun Iparraldeko lurraldeetan gertatzen ari den bezala. Osasun arazo gehienak eta heriotza goiztiararren kausa nagusiak gizartean zehaztutako faktoreek baldintzatzen dituzte, hala nola, hezkuntzak, lan egoerak, errentak, inguruneak, lurraldeak edo gizarte bazterketak. Faktore horiek ez dute eragin bera biztanle guztietan, eta osasun-sektorea gainditzen dute. Oso ospitale onak izan ditzakegu, baina osasuna hobetzeak desberdintasunak murriztea ere barne hartu behar du. Gaur egun, desberdintasunak dira izurrite handiena, eta ez dira ezaugarri edo akats biologikoen ondorio (Prosalus eta Espainiako Gurutze Gorria, 2014).

Bestalde, nahiz eta ekonomia txiroa izan, hobekuntza sanitario handiak egin daitezke dauden baliabideak arlo sozialetara bideratuz gero. Kontutan hartu behar da osasun atentzioak esku-lan handia eskatzen duela eta, beraz, errenta baxuko lurraldeetan esku-lanari zuzendu beharreko diru sarrerak baxuagoak direla Iparralde Globaleko gastuekin konparatuz. Hau da, soldata baxuko lurraldeek osasun arretari lehentasuna emanaz gero abantaila handiagoa lortzen dute, osasun sistema bat eraiki eta mantentzeko beharreko kostuak baxuagoak direlako (Sen, 1999).

Hala ere, giza garapena neurtzeko erabilitako balioek biztanleria globaleko disparekotasun handiak ezkututzen dituzte. GGI joerak neurtzeko eta erabakiak hartzeko

erabilgarria den arren, neurketa orokorrak direnez, ez ditu aintzat hartzen taldeen edota eremu desberdinen artean eman daitezkeen disparekotasunak. Aurrerago ikusiko dugun moduan, lankidetzaz gidetan proiektuak burutzeko herrialde bati lehentasuna ematean, pobrezia irizpideak malgutu behar dira herrialde bateko GGI globala oinarri hartzen denean, kontuan izanik herrialde bereko arlo jakin batzuetan muturreko pobrezia egon daitekeela, estatuko batezbestekoak islatzen ez duen arren.

Aurrekoa laburbilduz, 90eko hamarkadan osasuna eta garapena ulertzeko moduaren eraldaketa eman zela azpimarratu behar da. Ordura arte, garatu gabeko lurraldeetan, garapen ekonomikoa ezinbesteko baldintza zela uste zen gizarte baten osasun egoera hobetzeko. Ikusi dugunez, sineskera hauek aldatzen joan ziren gobernu, politikari eta buruzagiak ulertzen joan ziren heinean pertsonen osasunean inbertitzea garapen ekonomikorako aurre baldintza izan zitekeela. Hau da, giza garapenaren teorian defenditzen da instituzioek duten parte hartzea erabakigarria dela (Picazzo Palencia et al., 2011).

Hamarkada horretan, garapen proiektuen emaitzei egindako kritikak ingurumen mugimenduetatik ere etorri ziren, batez ere ekosistemen osotasunean eta biztanleriaren bizi kalitatearen galeran zuten eraginaren ondorioz (Gutiérrez Garza, 2007).

2.3 Osasunaren garrantzia garapenaren agendetan

Giza Garapenarekin batera, laurogeita hamarreko hamarkadan garapenaren erronkei aurre egiteko beste proposamen bat sortu zen, hau ere ikuspegi holistiko eta diziplina anitzeko batetik, garapen jasangarri edo iraunkor gisa ezagutzen duguna (Aguilar Barajas, 2002).

Egia esan, garapenaren paradigmako aldaketa sakonen alderdi esanguratsu bat, zalantzarik gabe, ingurumenarekiko kezka da. Ingurumena garapen gaiekin txertatzeko lehen saiakerak Erromako Klubak sustatutako Hazkundearen Mugak izeneko lana izan zen, 1972an argitaratua, Giza Ingurumenari buruzko Stockholmeko Konferentzia egin zen urte berean. Konferentzia horrek mugarri bat ezarri zuen mundu mailan, eta Nazio Batuen Ingurumenerako Programa sortzea ahalbidetu zuen (Picazzo Palencia et al., 2011). 1995. urtean Giza Garapenaren inguruko goi-bilera izan zen Kopenhagen NBEaren baitan; bertan, ordura artean agerian geratu ziren globalizazio ekonomikoak eragindako arazoei aurre egiteko irtenbideak lortzeko proposamenak egin ziren. Goi-bilera hark 2000. urtean etorriko zen NBEaren Milurteko Adierazpenaren bidea ireki zuen (Labaien Eiguren eta Gutiérrez Goiria, 2017).

Garapen iraunkorraren paradigma honetan ere osasunak funtsezko garrantzia izan zuen. Izan ere, osasuna gizabanakoen, familien eta komunitateen ongizaterako garrantzitsua izateaz gain, garapen sozial eta ekonomikoa lortzeko tresna boteretsua ere bada. Garapen iraunkorrean ingurumen, gizarte eta ekonomia dimentsioen arteko loturak sendoak eta ugariak dira. Dimentsio ekonomikoa ingurumenarekin lotuta dago; ingurumen dimentsioa sozialarekin lotuta dago; eta dimentsio soziala, berriz, ekonomikoarekin (Brundtland, 2002).

Milurteko Adierazpena eta Milurteko Garapen Helburuak (MGH)

Milurteko Adierazpenean onartutako Milurteko Garapen Helburuek (MGH) giza garapenaren teoria jaso zuten, eta helburu zehatzak ezarri zituzten, duten izaeragatik, garapenaren hainbat dimentsio aldi berean kontuan hartuz aurrera egitea ahalbidetzen dutenak. Helburu hauek garapenaren lanean urgentziazko dimentsio bat sartu zuten, emaitzak denboran zehar kuantifikatuta eta behartuta baitzeuden (ALBOAN, 2008).

Milurtekoaren garapenerako xedeak eta jarraipena errazteko adierazle zehatzak ezarri ziren. Horrek aurreko beste bilera batzuetan egindako proposamenen profil orokorregia eta zabalagoa gainditu zuen. Azkenik, 15 urteko denbora-muga zehaztu zen, adituen ustetan aldaketa horiek lortzeko beharrezkoa zen denbora (Torres eta Mujica, 2004).

Hitzartutako helburuak hauexek dira:

1. helburua: Pobrezia gorria eta gosea errotik desagerraraztea.
2. helburua: Lehen Hezkuntza unibertsala erdieste.
3. helburua: Generoen arteko berdintasuna eta emakumeen botere-hartzea sustatzea.
4. helburua: Bost urtetik beherako haurren heriotza tasa murriztea.
5. helburua: Amen osasuna hobetzea.
6. helburua: GIB/HIESari, paludismoari eta beste gaixotasun batzuei aurre egitea.
7. helburua: Ingurumenaren iraunkortasuna bermatzea.
8. helburua: Garapenerako munduko itun bat sustatzea

MGHeK planteatzen zuten helburu garrantzitsuena, lehenengoa, pobrezia murriztea zen, eta nazioarteko komunitatearen ahaleginetan funtsezko lekua hartu zuen. Helburu hori pobrezia ikuspegi estutik ateratzen saiatzen dira gainontzeko helburuak, soilik diru sarrerarekin lotuta zegoena, eta garapenari buruzko ikuspegi zabalago bat txertatzen dute, aldagai sozialak biltzen dituen, hala nola osasuna eta hezkuntza. Inklusio hori aurrerapausoa izango litzateke giza garapenean oinarritutako esparru bat hartzeko bidean. Helburu horiek garapenaren ingurumen dimentsioari ere erreparatzen diote, esparru hori gero eta garrantzitsuagoa baita giza bizitzarako. Azkenik, 8. helburua nazioarteko politikei buruzkoa da, garapenean eragin handia baitute eta ezarritako gainerako jomugetan aurrera egitea baldintzatzen baitute. Baina helburu horien alderdi azpimarragarrienetako bat da aitortzen dutela, nahiz eta hasiberria izan, Iparraldeak herrialde pobretuen garapenean duen erantzukizuna (ALBOAN, 2008).

Osasunari lotutako hainbat gai Milurteko Goi Bilerako Adierazpenean sartu ziren. Osasunaren Mundu Erakundeko Idazkaritzak 2003ko apirilean aurkeztutako txostenean ezartzen denez, zortzi helburuetatik hiru, 18 jomugetatik 8 eta 48 adierazleetatik 18 osasunarekin lotuta daude. Adierazpenaren edukian ikus daitekeenez, jomugak populazioen osasunaren hobekuntzarekin lotuta badaude ere, alderdi sanitario puntualei ere egiten diete erreferentzia (nahitaez jakinarazi beharreko gaixotasunak, sendagaiak eskuratzeko aukerak, ugalketa osasuna, edateko ura), sektoreko erantzukizun maila desberdinekin (Torres eta Mujica, 2004).

Identifikatutako hiru helburuak esplizituki bideratuta daude populazio zaugarrienen osasun arazo larrietako hirurekin lotutako arriskuak murriztera: amen heriotza tasa, haurren heriotza tasa eta GIBak eragindako infekzioa. Helburu horiei dagozkien jomugek 1990-2015 aldian 5 urtetik beherako heriotza-tasa bi heren murrizteko borondatea ezartzen dute (4. jomuga); 1990-2015 aldian amen heriotza-tasa hiru laurden murriztea (5. jomuga); eta 2015erako GIBaren epidemia geldiaraztea eta iraultzea; halaber, malariaren, tuberkulosiaren eta lehentasunezko beste gaixotasun batzuen intzidentzia iraultzea (6. jomuga) (NBE).

Osasunaren arloari dagokio, halaber, beste bi helbururekin lotutako jomugak betetzen saiatzea: funtsezko sendagaietarako sarbidea hobetzea (8. jomuga) eta edateko ura eskura ez duten biztanleen proportzioa murriztea (7. jomuga). Kasu horietan, osasunaren sektoreak lantalde zabalagoen parte izan behar du, industriad, ur horniduraz, saneamenduz eta abarrez arduratzen diren ministerioek eta erakundeek osatu eta koordinatuta (Torres eta Mujica, 2004).

1992ko Lurraren Goi Bilerak eta Agenda 21ek, garapen jasangarriari buruzko ekintza-programa globalak, ingurumen eta garapen gaiak tratatzeko ikuspegi berri bat iragarri zuten. Garapen iraunkorra terminoak, ekimen horiek deskribatzeko erabiltzen denak, pertsonen beharrei erantzungo dien bide baten ideia hartzen du, eta, aldi berean, garapenaren oinarri sozial, ekonomiko eta ingurumenekoak babesten ditu (Brundtland, 2002). Aipatu bezala, garapen iraunkorrak ingurugiroaren babesa bultzatzen du eta, honek ere, zuzeneko eragina du gizarte baten osasunean. Hau da, osasuna eta garapen iraunkorra estuki lotuta daude. Populazioen osasuna ur-iturri garbietara iristeko aukeraren, hondakin-urak husteko sistemen, kutsadurarik gabeko inguruneen, gaixotasunen eta epidemien kontrolaren eta osasun-zerbitzuetara iristeko aukeraren mende dago zuzenean.

Aitzitik, pobreziak, hezkuntzarik eta prestakuntzarik ezak, gizakiak eragindako hondamendi naturalek eta neurritz kanpoko urbanizazioak osasun arazoak areagotu ditzakete. Ondorioz, osasun pobrea produktibitatearen beherakadarekin lotuta dago, bereziki nekazaritza sektorean (Sen, 2000).

2010etik aurrera, eta 2012az geroztik modu biziagoan, Nazio Batuek elkarrizketa global zabala izan zuten 2015aren osteko garapen helburu berriak formulatzeko (Perales, 2014). 2015eko irailean, bost urteko eztabaida, negoziazio eta kontsulten ondoren, Garapen Iraunkorrerako Helburuak (GIH) adostu ziren Nazio Batuen Batzar Nagusian, 2030era arteko garapenerako esparru nagusi gisa. MGHak ez bezala, GIHak helburu globaltzat jotzen dira, eta munduak Iparraldean eta Hegoaldean duen banaketa gainditu nahi dute, herrialde eta eskualde guztiek konpromisoa hartu behar baitute hori lortzeko.

Garapen Iraunkorrerako Helburuak (GIH)

Helburu berri hauek formulatzeko prozesu hau, MGHak sorrarazi zituen baina horizontalagoa, zabalagoa eta inklusiboagoa izan zen. 2010ean hasi zen, Batzar Nagusiak MGH betetzeari buruzko Goi-mailako Osoko Bilkuran hartutako Ebazpenarekin, zeinak

idazkari nagusiari eskatu baitzion has zezala 2015aren osteko jomugei buruzko hausnarketa prozesua. Une horretatik aurrera, idazkaritza eta gizarte osoa inplikatu zituen, baita Nazio Batuetako hainbat kide eta eragile ere (Perales, 2014).

Nahitaezko erreferentzia da lankidetzarako nazioarteko marko berria, NBEren Batzorde Orokorrak 2015eko abuztuan onartua: 2030 Agenda eta bere zehaztapena diren Garapen Iraunkorreko Helburuak. GIHeK ere pobrezia amaitzea dute helburu, desberdintasuna eta bidegabekeriaren aurka borrokatzea, eta aldaketa klimatikoari aurre egitea, munduko edozein tokitako pertsonen giza eskubideen betetzea bermatuz. Mundu mailako helburu berriak eta garapen iraunkorrerako agenda, MGHak baino askoz harago doaz, pobrezia oinarritzko kausak eta pertsona guztien garapenerako behar unibertsala aztertuz. Lehen aldiz, nazioarteko agenda batek desberdintasuna arazo nagusi moduan jartzen du, arazoak partekatuak direla eta neurriak herrialde guztietan aplikatu behar direla planteatzen du, eta politiken eta gizarte zibilaren parte hartzearen arteko koherentziaren garrantzia azpimarratzen du.

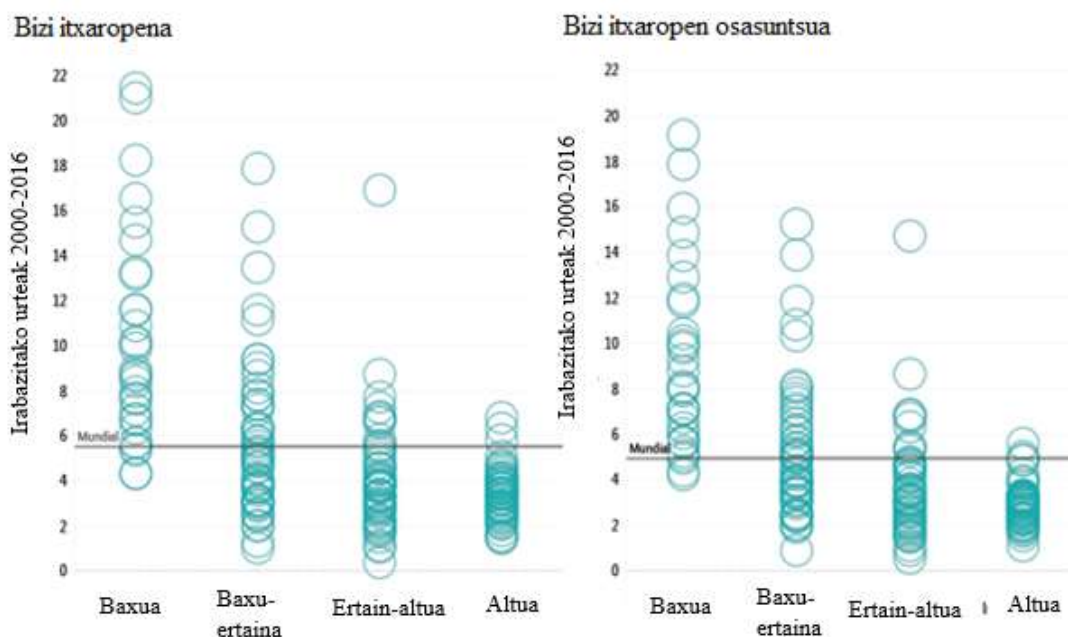
Osasunak funtsezko tokia du Garapen Iraunkorrerako 2030 Agendan. Besteak beste, osasuna du helburu 3. Garapen Iraunkorreko Helburuak: bizitza osasuntsua bermatzea eta adin guztietan guztientzako ongizatea sustatzea. 3. helburu honi loturiko jomugak I. eranskinean daude zerrendatuta.

Gainerako 16 GIHeK osasunerako ezinbestekoak ez diren gizarte determinatzaile ez-sanitarioetan eragiten dute, hala nola elikagaien segurtasuna eta elikadura egokia (2. GHI), hezkuntza (4. GHI), genero-berdintasuna (5. GHI), ura eta saneamendua, (6. GIH), klima-aldaketaren aurkako ekintzak (13. GHI), hiri jasangarriak eta seguruak, etab. Hala ere, beste helburu guztien jomugek osasunarekin zuzeneko erlaziorik ez badute ere, 6. GIH (ur hornikuntza eta saneamendua) betetzea ezinbestekoa da gaixotasun transmitigarriek sortutako heriotzak gutxitzeko, eta baita elikagaien segurtasun eta elikadura egokia ere (2. GIH).

2.4 Osasunaren egoera gaur egun

GIHak MGHen jarraipena diren heinean eta, osasunaren arloan, Milurteko Garapen Helburuak lortzen joan zirenez, gaur egungo egoera eta orduko egoeraren artean desberdintasunak aurki ditzakegu. OMEren estatistiken arabera, oinarritzko osasun zerbitzuetarako sarbide orokorra hobetu egin zen 2000-2017 aldian, eta hazkunderik handiena diru sarrera txikiko eta ertaineko herrialdeetan izan zen (1. irudia). Lurreko guztietan igo zen bizi itxaropena urte horietan zehar baina, errenta baxuko lurralde batzuetan hazkunde hori 20 urte ingurukoa zen bitartean errenta altuko lurralde gehienetan bizi itxaropena ez zen 5 urte baino gehiago luzatu.

1. irudia: MGHen epean irabazitako bizi itxaropen eta bizi itxaropen osasuntsu urteak munduko herrialdeetan, diru sarreraren arabera sailkatuta.



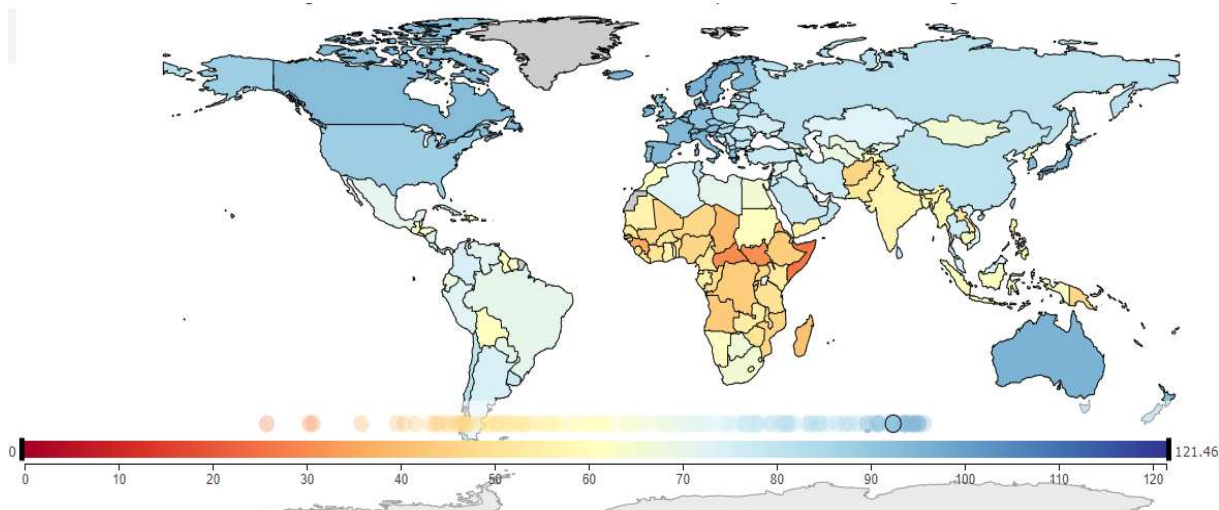
Iturria: OMEk argitaratutako munduko osasun estatistikak (2020), norberak euskaratua

Trantsizio epidemiologikoa eta aldaketa demografikoak azkar gertatu dira, eta Milurteko Garapen Helburuen aroan arreta jaso zuten gaixotasunen morbiditate karga gaixotasun ez-kutsakorretara lekualdatu dute, bereziki diru sarrera txikiko eta ertaineko herrialdeetan; izan ere, gaixotasun horien aurkako borrokarako esku hartze eraginkorrak emateak osasun sistemetarako zailtasun asko dakartza oraindik ere.

Hala ere, diru sarrera txikiko eta ertaineko herrialdeetako osasun zerbitzuen estaldura² herrialde aberatsenena baino askoz txikiagoa da oraindik. Baliabide gutxiko inguruneetan estaldura nahikoa ez denez, funtsezko osasun zerbitzuetarako sarbide orokorra maila optimotik oso behera dago oraindik ere (2. irudia). 2017an, munduko biztanleriaren erdiak baino gutxiagok jaso ahal izan zituen funtsezko osasun zerbitzuak. Honekin elkarloturiko beste arazo garrantzitsu bat osasun arreta ordaintzeko ezintasuna da munduko lurralde askotan. (OME, 2020). Beraz, gaur egungo munduko biztanleriaren ia erdiak ez du oinarritzko osasun zerbitzuetara sarbiderik bere osotasunean eta 100 milioi pertsona inguru muturreko pobrezian bizi dira osasun zerbitzu hauek beraien poltsikotik ordaindu behar dituztelako (OME, 2021).

² GIHen testuinguruan, osasun estaldura unibertsala (OEU) lortzeko bidean bi adierazle neurtzen ditu OMEk: i) zerbitzuen estaldura indizea (ZEI: oinarritzko osasun zerbitzu jakinen estaldura neurtzen du, 0tik 100era neurtua), eta ii) osasun arreta jasotzeko gastu zuzen handiak dituen gizartearen proportzioa (gastu sanitario katastrofikoaren eragina neurtzen duena, ehunekotan adierazita) (OME, 2020).

2. irudia: oinarrizko osasun zerbitzuen estaldura, OEUaren zerbitzuen estaldura indizeak definituta (2017)



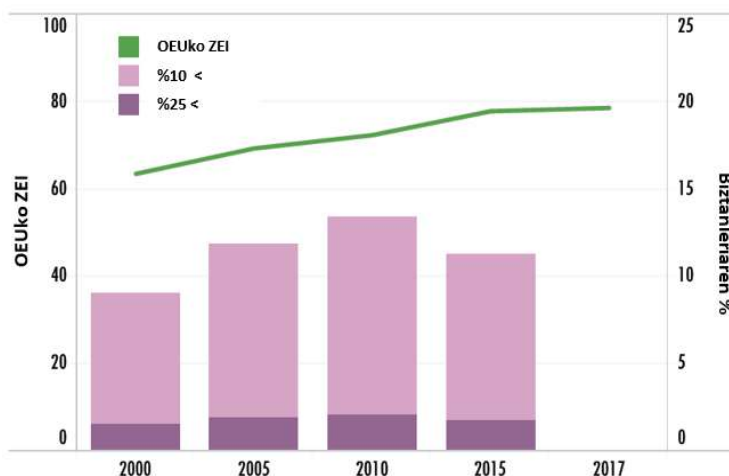
Iturria: Institute for Health Metrics and Evaluation

OMEren erabakia irmoa da munduko biztanle guztiek oinarrizko osasun zerbitzuak eskuragarri izan behar dituztela adierazten duenean. Honekin loturik, GIHetako 3.8 jomugan bilatzen da “osasun estaldura unibertsala lortzea, bereziki finantza-arriskuen aurka babestuz, kalitatezko oinarrizko osasun zerbitzuetarako sarbidea eta sendagai eta txerto seguruak, eraginkorrak, eskuragarriak eta kalitatezkoak guztiontzat eskuragarri izatea”. Gainera, 1. GIH, “pobrezia mota guztiak desagertzea mundu osoan” kolokan jarri liteke osasun estaldura unibertsala lortuko ez balitz, esan bezala milioika pertsonak oraindik ere beraien aurrezkiekin ordaindu behar baitituzte osasuna mantentzeko oinarrizko beharrak.

Ondorengo grafikoetan (1. eta 2. grafikoak) Afrika eta Ameriketako kontinenteen konparaketa ikus dezakegu osasun estaldura eta osasun zerbitzuen ondoriozko gastu zuzenei dagokienez.

1. grafikoa: Ameriketako zerbitzuen estaldura indizea (GIH 3.8.1) eta osasun gastu zuzenak %10 edo %25eko langaren gainerik dituzten biztanleak (GIH 3.8.2)

2. grafikoa: Afrikako zerbitzuen estaldura indizea (GIH 3.8.1) eta osasun gastu zuzenak %10 edo %25eko langaren gainerik dituzten biztanleak (GIH 3.8.2)



Iturria: Munduko Osasun Estatistikak (OME, 2020), norberak euskaratua.

OMEk 2020an argitaratu zituen estatistiketan adierazten denez Afrikako herrialdeetan, batez beste, oinarrizko osasun estaldura unibertsala asebetetzeko zerbitzuen estaldura baxua da, ez da erdira iristen. Amerikako herrialdeetan, berriz, estaldura hau zabalagoa da, baina, horietara jotzeko sortzen den pobrezia tasa handiagoa da ere.

Honekin ikusten dugu ez dela nahikoa oinarrizko osasun zerbitzuak estaltzeko baliabideak lurralde guztietara iristea hauek ez badira denen eskuragarri egongo honen ondoriozko pobreziarik sortu gabe. Beste modu batera esateko, nahiz eta Amerikako herrialdeetan osasun azpiegiturak eta osasun zerbitzuak asebetetzeko baliabideak zabaldua dauden, agian lankidetzaren helburua zerbitzu hauek denentzako eskuragarria izatea izan beharko litzateke, honek pertsonen ekonomian ondorio negatiborik izan gabe.

Osasun estaldura unibertsalaren egituraketan zerbitzu iraunkorrak eratzea izan beharko litzateke helburua, ez soilik Ipar-Hego transferentzian oinarritzen diren proiektuak, ezta lurraldeko pertsonen beraien aurrezkiekin mantenduko dituzten zerbitzuen eraketa ere.

3. Euskal lankidetzak osasunari egindako ekarpenak 2016-2020 urteetan

Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atarian argitaratutako datuak analizatzea du helburu kapitulu honek. 5 urteetan zehar (2016tik 2020ra) euskal erakundeek ordaindutako funtsak eta finantzaturako proiektuak analizatuz, erakunde hauek lankidetzaren arloan osasunari egindako ekarpenak aztertuko dira, betiere 2030 Agendaren ikusmoldea kontutan hartuz.

Eusko Jaurlaritzaren III. gida planean dioten bezala, euskal lankidetzaren estatuan zein Europan, erreferente garrantzitsutzat hartzen da lankidetzaren deszentralizatuaren esparruan. Euskal Lankidetzaren 1980ko hamarkadan sortu zen eta 1990eko hamarkadan garatu zen batik batik. Azken aldian funtsezkoa izan da Espainiako garapenerako lankidetzaren, eta horren ezaugarri nagusietako bat da.

GGKEek eta Eusko Jaurlaritzak ez ezik, foru aldundiek eta ehun bat udalek (artean hiru hiriburu-erakundeak) ere bideratzen dituzte baliabideak lankidetzara, zuzenean edo Euskal Fondoaren bidez. Horrenbestez, erreferenteak dira Euskadiko lankidetzaren.

Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariak 2014az geroztik ondorengo erakundeek bultzaturako garapenerako lankidetzaren jarduerak jasotzen ditu: Eusko Jaurlaritza; Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako foru aldundiak; Bilbo, Donostia eta Vitoria-Gasteizko udalak; eta Euskal Fonda - Lankidetzarako Tokiko Euskal Erakundearen Elkarteak.

Ondorengo ataletan erakunde hauek 2016tik 2020ra finantzatu dituzten proiektuen analisia egingo da osasunaren testuinguruan. Hau da, finantzatzaile bakoitzak osasunari ematen dion garrantzia aztertzeko saiakera bat da eta osasunera bideratu diren funtsen analisi zabal bat egingo da; proiektuen helburu espezifikoak analizatuz, banaketa geografikoa nolakoa izan den ikusiz, erakunde finantzatzaileen desberdintasunetan sakonduz eta proiektuak azkenik zein erakunderen bidez bideratzen diren landuz.

Hala ere, ikuspegi orokor bat izan dezagun, ondorengo taulan erakunde bakoitzak osasunera zenbat proiektu bideratu dituen eta horietako bakoitzak lankidetzara zuzendutako funtsetatik osasunera zenbat zuzendu duten ikus dezakegu:

2. taula: erakunde bakoitzak osasunera zuzendutako proiektuak eta funtsen ehunekoa 2016tik 2020ra

Erakundea	Osasun proiektuak	Funtsen ehunekoa
Eusko Jaurlaritza	206	%5
Arabako Foru Aldundia	55	%13
Bizkaiko Foru Aldundia	73	%6
Gipuzkoako Foru Aldundia	46	%6
Donostiako Udala	59	%7
Bilboko Udala	151	%17
Vitoria-Gasteizko Udala	148	%23
Guztira	538	%9

Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin

3.1 Osasuna euskal lankidetzako erakundearen planetan eta bideratutako funtsetan

Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atarian 7 erakunde finantzatzaileen datuak argitaratu dituzte. Euskal Lankidetzaren deszentralizatuaren funtsen atalik handiena 7 erakunde hauen esku dago eta, hauetako gehienek, nazioarteko lankidetzaren burutzeko gida planak argitaratu dituzte. Gida plan edota zuzendaritza plan hauek urte tarte mugatuetara bideratuta daude eta erakunde bakoitzak burutu nahi duen lankidetzaren planifikatzeko oinarriko elementuak dira. Horietan, erakunde bakoitzaren helburu eta lehentasun sektorial eta geografikoak aipatzen dira eta, baita garapen politikak gauzatzean kontutan hartu beharreko esku hartzeko irizpideak ere.

Guk aztertuko ditugun erakunde finantzatzaileak hauek dira:

- Eusko Jaurlaritza (EJ)
- Arabako Foru Aldundia (AFA)
- Bizkaiko Foru Aldundia (BFA)
- Gipuzkoako Foru Aldundia (GFA)
- Bilboko Udala
- Donostiako Udala
- Vitoria-Gasteizko Udala

Erakunde hauetatik, 3 udalek, Bizkaiko Foru Aldundiak eta Eusko Jaurlaritzak lankidetzarako gida planak argitaratuta dituzte. Gida plan hauen bidez beraien helburuak betetzeko gidalerro batzuk markatzen dituzte lankidetzara zuzendutako funtsetatik osasunera zenbat zuzendu duten esfortzuek norabide bera jarrai dezaten. Beraz, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atarian

argitaratutako datuak gida plan hauetan ezarritakoarekin bat datozen ikusiko dugu ondorengo kapituluetan.

Osasunari zuzendutako datuak aztertzean DAC sailkapeneko 3 talde baneratu dira: oinarrizko osasuna eta osasun orokorra (DAC 120), biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programak eta politikak (DAC 130) eta ur hornikuntza eta saneamendua (DAC 140). Hauek osasunera bideratzen diren proiektuen taldean sartu (“osasuna” hitzarekin ikusiko da grafiko eta tauletan) eta gainerako proiektuekin alderatu dira (“bestea” hitzarekin identifikatuta).

Erakunde guztiak baitan harturik, eta 5 urteak ere talde berean sarturik, osasunera bideratu diren funtsen banaketa DAC sektore bakoitzean honakoa da:

- 120-Oinarrizko osasuna eta orokorra: 6.302.770 € (%24)
- 130-Biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programak eta politikak: 7.921.055 € (%30)
- 140-Ur-hornikuntza eta saneamendua: 12.126.871 € (%46)

3.1.1 Eusko Jaurlaritza

2014-2017 aldirako Gida Planak (III.a) lankidetzaren deszentralizatua sustatzearen alde egiten du, giza garapenera bideratutakoa, halakotzat ulertuta pertsonen askatasunak, aukerak eta gaitasunak zabaltzeko prozesua, beren eskubideak banaka eta taldean baliatu ahal izateko. Aukerak zabaltze horrek funtsezko hiru osagai hauek hartzen ditu: emakumeen eta gizonen arteko berdintasuna lortzea; belaunaldi batetik bestera aukeren iraunkortasuna izatea eta pertsonak bultzatzea, garapen prozesuan parte har dezaten eta horri etekina atera diezaioten.

Emakume eta gizonen arteko berdintasuna lortzeko emakumeen ahalduntzea da gida honen gidalerroetako bat. Garapenerako lankidetzaren bidez emakumeen kontzientzia indibiduala eta kolektiboa bilatzen du, emakumeek erabakiak hartzeko prozesuetan eta boterea eskuratzeko eta eragina izateko prozesuetan parte hartze handiagoa izan dezaten. Gainera, helburu espezifikoak islatzen dituzte eta helburu horietako lehengo hirurak sexu eskubide eta ugaltze eskubideen erabilera sustatzera bideratuta daude. Sustapen hau lege, arau eta programen edota zerbitzuen bidez bete nahi dute.

Eskubide unibertsalei ere kapitulu bat zuzentzen zaio gida planean, eta hauetariko batzuk osasunarekin modu zuzenean erlazionatzen ditugu: ura izateko eskubidea, elikadura izateko eskubidea eta osasuna izateko eskubidea besteak beste.

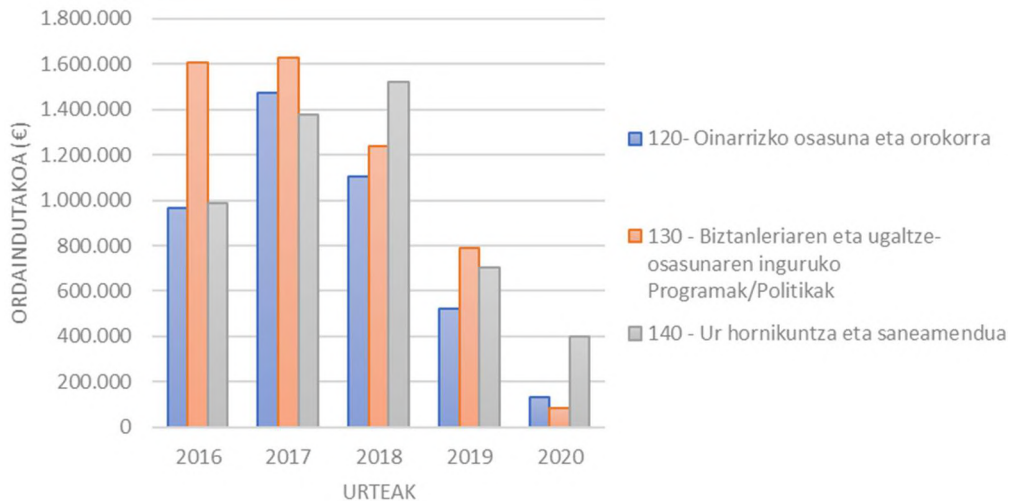
Eusko Jaurlaritzak ere badu 2018-2021 urteetarako IV. gida plana argitaratua. Gida honen ardatz zentrala, aurrekoarena bezala, giza garapen jasangarria sustatzea da, pobrezia eta disparekotasunen aurka jardunez. Gidan irakurri daiteke ondorengoa:

“Horretarako, Hegoaldeko eta Iparraldeko askotariko agenteen estrategiak bultzatuko ditugu, eta koordinazioa, koherentzia eta elkarren arteko ezagutza eta ikaskuntza azpimarratuko ditugu. Gainera, garrantzi berezia emango diegu genero-ekitateari,

jasangarritasun ekologikoari, eskubideen ikuspegiari, gaitasunen sendotzeari, parte hartzeari, antolamenduari eta toki-global loturari.”

Orohar, bi gida hauetan osasunari zuzenean eginiko erreferentzia gutxi aurkitu ditzakegu eta hau lehendik ikusitakoarekin bat dator. Izan ere, osasunera funtsek %6a soilik bideratu zuen 2016-2020 urteetan, gainerako erakundeek baino ehuneko baxuagoa. Baina, badirudi, genero berdintasunari ekiteko orduan ugaltze-osasuna funtsezkoa dela Eusko Jaurlaritzarentzat. Hau, gida planean ez ezik, 3. grafikoan ere ikus dezakegu.

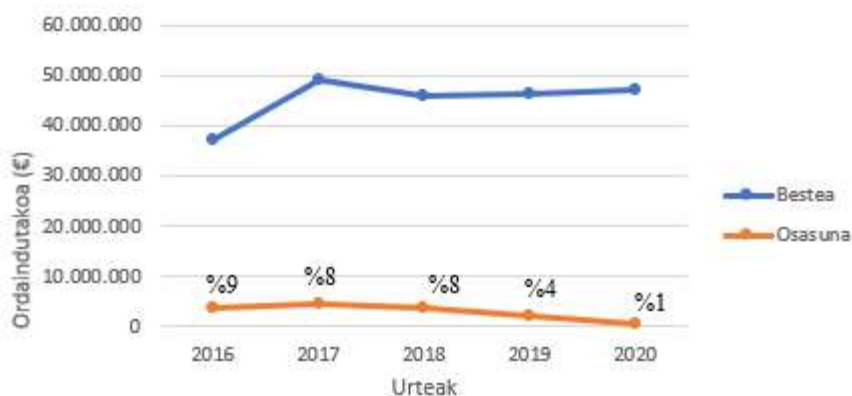
3. grafikoa: EJK osasunera bideratutako funtsak, DAC sailkapenaren arabera (2016-20)



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Hala ere, lantzen ari garen euskal erakundeetatik lankidetzara eta garapen proiektuetara diru gehien bideratzen duena Eusko Jaurlaritza den arren, 4. grafikoan berriro ikus dezakegu osasunera bideratzen duena totalaren atal oso txikia izan zela.

4. grafikoa: Eusko Jaurlaritzak lankidetzara bideratutako funtsak (2016-20)



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

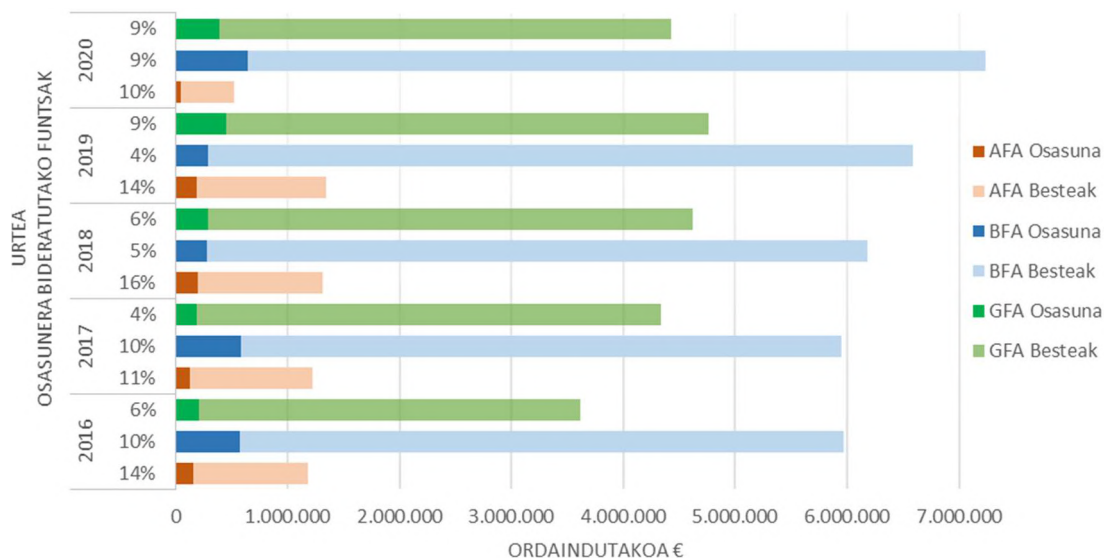
Aurreko irudietan ikus dezakegunez 2019 eta 2020 urteetan EJK osasunera aurrekoetan baino diru gutxiago bideratu zuen. Jaitsiera hau 3 sektoreetan izan zela ikus dezakegu, baina aipagarriena ugaltze-osasunaren inguruko programei dagokie. 2017 urtean 1.400.000€ proiektu hauetara zuzendu ondoren, 2020ean balio hau ez zen 200.000 €-tara

iritsi. Gainera, urte horretan osasun proiektuetara %1a soilik bideratu zen, bost urteetan zehar 8 puntuko jaitsiera emanez.

3.1.2 Foru aldundiak

Foru aldundi bakoitzak lankidetzara bideratzen dituen baliabide ekonomikoetan dagoen alde oso nabaria da. Horren adierazle 5. grafikoan hiru foru aldundiek urterik urte lankidetzara bideratu dituzten funtsak ageri dira. Gainera, horietan guztietan osasun proiektuetara bideratu dutena ere ikus dezakegu.

5. grafikoa: Euskadiko Foru Aldundiek lankidetzara bideratutako funtsak (2016-20)



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren atariko datuekin.

Arabako Foru Aldundiak, batez beste, Bizkaiko Foru Aldundiak luzatzen dituen ordainketen %18a zuzentzen du lankidetzara. 2020 urtean, adibidez, Bizkaiko funtsen %7 bideratu du lankidetzara.

Hala ere, AFak lankidetzan erabilitako diruaren atal handiago bat zuzentzen du urterik urte osasun proiektuetara.

Bizkaiko Foru Aldundia

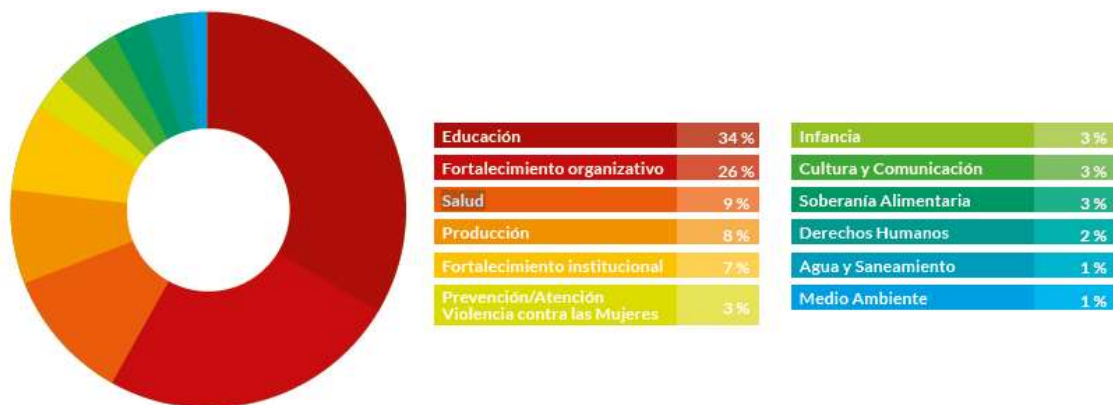
Bizkaiko Foru Aldundiaren III. zuzendaritza plana 2017-2020 urteetara zuzendutakoa da. Beste gida planen antzera, lankidetzaren helburuen ardatz zentratean “Giza Garapen Iraunkorra” aurki dezakegu. Giza garapenaren dimentsio anitzen artean, plan honetan, pertsonen gaitasunak modu zuzenean indartzeko bidez luze eta osasuntsu baten alde lan egiteko borondatea agertzen dute. Modu honetan, gidaren sarreran jada irakur dezakegu osasunak garapenerako lankidetzan hartzen duen zerikusi handia.

Bizkaiko Foru Aldundiak lankidetzaren egoeraren diagnostiko bat egiten du eta, bertan ere, osasunarekin zuzenean erlazioatutako hainbat aipamen egiten dira. Alde batetik, aldaketa klimatikoak, deforestazioak eta, lurreko eta itsasoetako ekosistemen narriadurak elikaduraren segurtasun eta giza osasunean dituzten eragin negatiboak azpimarratzen

dituzte. Emakume eta umeen sexu eta ugaltze osasunaren okertzeari buruzko gogoeta burutzen da krisi humanitarioen testuinguruan eta, ondoren, epidemiei aurre egiteko erronken inguruan hausnartzen dute.

Bestalde, gidaren kapitulu batean aurreko urteetan burutu duten lankidetzaren ebaluazio bat egiten dute. II. gida planak iraun zuen denbora tarte horretan aipatzen da osasunari partehartzeen %9a egokitu zitzaiola (3. irudia).

3. irudia: BFAk bultzatutako proiektuen banaketa sektoriala



Iturria: Bizkaiko Foru Aldundiaren III. Lankidetzarako zuzendaritza plana.

III. zuzendaritza plan honetan Bizkaiko garapenerako lankidetzak 4 sektoretan garatzea proposatzen dute, sektore hauek elkarlotuta daudelarik: emakumeen ahalduntzea, giza eskubideak sustatzea, tokiko garapen ekonomikoa bultzatzea eta gobernantza demokratikoak babestea.

Sektore hauetan burutuko dituzten ekintzei dagokienez, giza eskubideen atalean osasunari zuzendutako bi aurki ditzakegu:

- Osasunerako eskubide unibertsalaren sustapena sendotzea, osasun zerbitzu publikoetarako edo zerbitzu publikorako sarbide parekidea hobetuz.
- Ur eta saneamendurako eskubidearen sustapena sendotzea, erakundeek ur zerbitzuak eta saneamendu zerbitzuak hornitzeko, kudeatzeko eta maneiatzeko dituzten gaitasunak sendotuz.

Gainera, III. gida plan honen berezitasun bat da landu nahi dituzten sektore hauei helburu zehatz batzuk egokitu dizkietela eta, aldi berean, helburu horiek neurtzeko adierazle batzuk aurkezten dira. Giza eskubideen babesari dagokion indikatzailetako bat ondorengoa da:

“Plana indarrean egon den bitartean, BFAk lagundutako proiektuen % 15, gutxienez, osasunerako, hezkuntzarako eta/edo uretarako eta saneamendurako eskubideak defendatzera eta sustatzera bideratu dira.”

BFAk garapenerako lankidetzan osasunera bideratu dituen funtsen eboluzioa islatzen da 5. grafikoan. Bertan ikusten denez, III. gida planaren argitalpenarekin osasunera modu zuzenean bideratu ziren funtsak erdira jaitsi zirela ikusten dugu. Zifra absolutuei

begiraturaz, lankidetzara bideratu den diruak gora egin duela ikus dezakegu baina, ez da gauza bera gertatzen osasunera bideratu zenarekin. 2020 urtean berriro gorakada bat egon zela ikus dezakegu, Bizkaiko Foru Aldundiak osasunera 5 urte horietan zuzenduriko diru kopuru handiena urte horretan lortuz: 647.882€

Hala ere, hau gida planean adierazten dutenarekin koherentea izan daiteke. Izan ere, proiektuen %15a bideratu nahi dute osasun, hezkuntza eta ur saneamenduarekin erlazionatutako eskubideak bultzatzera eta, 3. irudian ikusi dugunez (aurreko urteetako banaketa sektorialari zuzendutako irudia), hezkuntzak bultzatutako proiektuen %35a osatu zuen.

Arabako Foru Aldundia

Arabako Foru Aldundiak, lehen esan moduan, ez du lankidetzara zuzendutako gida planik, baina, badu lankidetzara eta elkartasun politika publikorako esparru agiri bat. Agiri hau 2016-2019 urteetara zuzendutakoa da eta Agiri honen bidez lankidetzan jarduteko esparru argi bat ezarri nahi dute, 2030erako Agenda Berria eta Garapen Iraunkorrerako Helburuetan ezarritako egungo nazioarteko erronka eta markora egokitua. Definizio honekin badirudi zuzendaritza plan bat dela, baina ez da helburu ezta adierazle espezifikorik izendatzen dokumentuan.

Hala ere, nahiz eta agiri honetan osasunari erreferentziarik ez aurkitu, lehen ikusi dugu hiru foru aldundietatik osasunera funts gehien bideratzen dituen Arabakoa dela. Erakunde guztien batez bestekoa osasunera funtsen %7a bideratzea izan den arren AFAk %13 bideratu zuen bost urte horietan osasunera.

Gipuzkoako Foru Aldundia

Gipuzkoako Foru Aldundiak, Arabakoaren antzera, ez du gure aztergai den urte tartera zuzendutako lankidetzara planik. Hala ere, zuzendaritza plan ofizialik ez badu ere beraien web orrialdeetan lankidetzari zuzendutako atal bat aurkitu daiteke.

Gipuzkoako Foru Aldundiaren web orrialdean eskuragarri dago 2015-2019 urte tartera bideratutako marko estrategiko bat, Kudeaketa Plan Estrategikoa deitua. Bestetik, GFAREN lehenengo gida plana argitaratu berria da, 2021-30 urteetara zuzendu dutena.

Kudeaketa Plan Estrategiko horretan ere, konpromezua erakusten dute GIH eta Agenda 2030arekiko, pobreziaren ondorio eta jatorriei modu globalean ekiteko borondatea erakutsiz, eta tokian gure gizarteek ondasunak eta zerbitzuak ekoitzi eta kontsumitzen dituzten moduan funtsezko aldatetarako egiteko nahiarekin. Helburu zehatzen artean, giza eskubideen defentsa, pobreziaren aurkako borroka, genero ekitatea defendatzea, kultura aniztasunaren sustatzea, ingurumenaren iraunkortasuna eta tokiko garapena eta gobernagarritasuna sustatzea daude.

Azkenik, aurrerago ikusi dugun moduan, GFARENtzat osasun proiektuak ez dira bereziki garrantzitsuak izan 2016tik 20ra, funtsen %7a bideratu baitzuen proiektu hauetara.

3.1.3 Lurraldeetako Hiriburuak

Euskal hiriburuetako bakoitzak bere gida plana argitaratua du eta, foru aldundiekin ikusi dugunaren pareko, udal bakoitzaren baliabideak eta helburuak desberdinak dira.

Gida planak banaka aztertu aurretik, 3. taularen bidez Euskal Autonomia Erkidegoko hiru hiriburuetako udalek nazioarteko lankidetzan osasunarekiko duten konpromisoa aztertu nahi da.

3. taula: Euskal hiriburuetako udalek bultzatutako proiektu eta funtsen sailkapena (2016-20)

	Donostiako Udala		Bilboko Udala		Gasteizko Udala	
	Osasunera bideratutako proiektuak	Osasunera bideratutako funtsak	Osasunera bideratutako proiektuak	Osasunera bideratutako funtsak	Osasunera bideratutako proiektuak	Osasunera bideratutako funtsak
2016	6%	3%	18%	23%	21%	28%
2017	6%	3%	14%	12%	19%	27%
2018	6%	1%	15%	25%	21%	23%
2019	6%	4%	18%	24%	29%	38%
2020	9%	7%	19%	29%	27%	17%

Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Taula honek azaleratzen du osasunera gehien bideratzen duen hiriburua Gasteizko udala dela, 2019an lankidetzara zuzendutako funtsak %38a osasunera bideratuz. Bestalde, Donostiako udalarentzat osasunak ez dirudi lankidetzaren ezinbesteko gidalerroa denik. Babestu dituzten proiektuen %6a osatu dute ia urtero, eta diru funtsen portzentaje baxuagoa, batez beste %3,5a

Donostiako Udala

Donostiako Udalaren lankidetzaren eta gizarte eraldaketarako hezkuntzako III. plan zuzendariaren (2017-2019) xedea honakoa da:

“Gizartea eraldatzen laguntzea, mundu bidezkoagoa eraikitzeke; eta pobrezia estrukturala eta aukera berdintasunik eza errotik ken dadin laguntza ematea.

Horretarako, lurralde txiroetan giza garapenerako prozesu jarraituak lagunduko dira, eta gure hirian giza eskubideetan, genero berdintasunean, eta giza eta ingurumen iraunkortasunean oinarritutako GEH ekimenak sustatuko ditugu.”

Horretarako oinarrituko diren printzipioetan (GGI, genero berdintasuna, elkartasuna...) ez dugu osasunari zuzendutako kapitulu berezi edota aipamenik aurkituko, baina osasuna printzipio horietako batzuen ezinbesteko ardatza da, Giza Garapeneko adibidez.

Helburu estrategikoei dagokienez ere, ez dago zuzenean osasunari aipamenik egiten dion helbururik. Helburu hauek Donostiako udalaren bidez egiten den lankidetzaren indartzera

bideratuta daude. Hau da, proiektuen helburuak mugatzera baino, erakundeen lana indartu eta hauen koherentzia bilatzen dute bertan egiten diren politikekin. Bigarren helburu estrategikoa, adibidez, Donostian bertan genero berdintasuna eta justizia sozialarekin solidarioago eta konprometituagoa den gizartea lortzeko aldaketa bultzatzea da.

Hala ere, udalak 2030 Agendari erreferentziak egin nahian, helburu estrategiko horietako bakoitzaren azpian GIHei egindako ekarpenak erakusten dizkigute eta, horietan, ez dira 3. GIH (osasuna) eta 6. GIH (ura eta saneamendua) agertzen. Pentsa dezakegu 5. GIHari egiten zaion erreferentzian emakumeen osasun sarbide edo hezkuntza barne hartzea baina ez dugu hau esplizituki aurkitzen planean. Gainera, 4. taulako datuei erreparatuz gero, ikusten dugu 5 urte horietan biztanleriaren ugaltze-osasunari zuzendutako 2 proiektu soilik finantzatu direla.

4. taula: Donostiako Udalak finantzaturako proiektuak DAC sailkapenaren arabera 2016tik 20ra

111 - Hezkuntza, zehaztu gabeko maila	3
112 - Oinarrizko hezkuntza	6
113 - Bigarren mailako hezkuntza	1
122 - Oinarrizko osasuna	23
130 - Biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko Programak/Politikak	2
140 - Ur-hornikuntza eta saneamendua	13
151 - Gobernua eta gizarte zibila, orokorra	154
152 - Gatazken prebentzioa eta konponbidea, bakea eta segurtasuna	7
160 - Bestelako zerbitzu eta azpiegitura sozialak	35
210 - Garraioa eta biltegiatzea	12
311 - Nekazaritza	24
410 - Ingurumenaren babes orokorra	2
430 - Sektore anitzeko beste batzuk	10
510 - Aurrekontuetarako laguntza orokorra	2
520 - Garapenerako elikadura-laguntza / Elikadura-segurtasunerako laguntza	11
720 - Emergentsiazko laguntza	56
730 - Berreraikuntzarako eta birgaitzerako laguntza	9
910 - Emaileen administrazio-kostuak	6
998 - Zehaztu gabeak / Sailkatu gabeak	190
Guztira	566

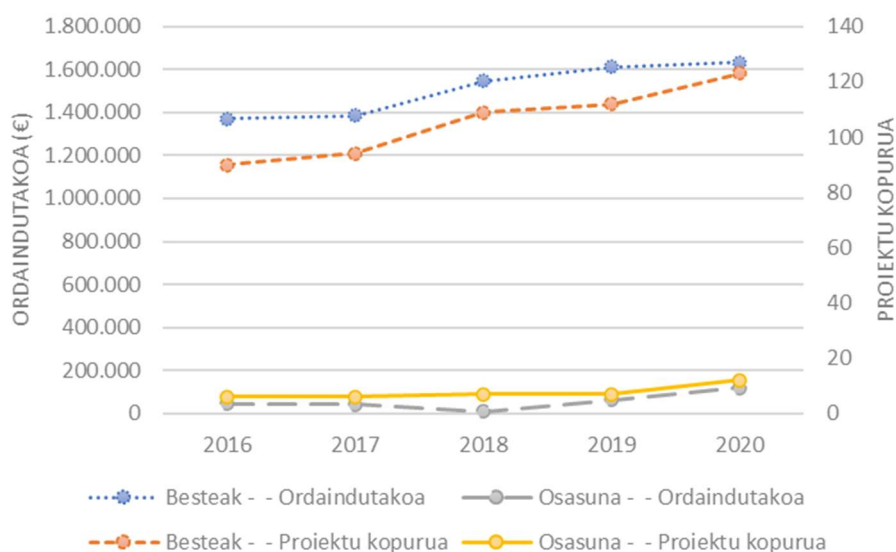
Iturria: norberak egina, Euskadiko Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin

Bestalde, 2016tik 2020ra udalak finantzatu dituen 566 proiektuetatik gehiengoa, 190 proiektu, gizarte eraldaketara zuzenduta daude (998-Zehaztu gabeak/Sailkatu gabeak), gida planean adierazitakoarekin bat doana.

Ondorengo grafikoan (6. grafikoa) Donostiako Udalak urte tarte horietan (2016-2020) lankidetzara bideratu zituen diru funtsen eta babestu zituen proiektuen analisi bat ikus

daiteke. Grafiko honetan ondo irudikatuta gelditzen da osasunera bideratutako proiektuen duten pisu txikia Donostiako Udalaren lankidetzaren proiektuetan.

6. grafikoa: Donostiako Udalak bultzatutako proiektuak eta funtsak (2016-20)



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Alderaketa bera, ehunekotan, 3. taulan islatuta ikusi dugu lehendik. Donostiako udalak urte tarte horretan lankidetzara bideratu dituen funtsetatik osasun proiektuetara zuzenean %3,5a soilik bideratu du, batez beste.

Aipatzekoa da Donostiako Udalak IV. zuzendaritza plana 2021-2024 argitaratu duela. Plan honetan ere, pandemia garaian landu dena, ez zaio erreferentzia bakarra ere egiten osasunari edota osasunarekin modu zuzenean erlazionatuta dauden GIHei. Donostiako Udaleko IV. zuzendaritza plan honek giza garapen jasagarri edo iraunkorrean oinarritutako ikuspegiaren aldeko apustuarekin jarraitzen du; giza eskubideak, genero berdintasuna, parte hartzea eta kontsumo kontziente eta arduratsua bezalako ekintza esparruak lehenetsiz, baina osasunaren ikuspegiari modu zuzenean erreferentziarik egin gabe. Hau ikusirik, baliteke datozen urteetan ere osasunera modu zuzenean bideratzen diren ordainketak baxuak izatea.

Donostiako udaleko IV lankidetzaren plan honetan azpimarratzen diren Garapen Iraunkorreko Helburuak honakoak dira: pobrezia desagertzea (1. GIH); hezkuntza (2. GIH); genero berdintasuna (5. GIH); desberdintasunak murriztea (10. GIH); kontsumo eta ekoizpen jasagarritasuna (12. GIH); bakea, justizia eta instituzio sendoak bermatzea (16. GIH); eta, azkenik, garapen jasangarrirako tresnak sendotzea (17. GIH).

GIH hauek burutzeko proiektuak DAC sailkapenaren arabera sailkatuko bagenu, seguruenik "osasuna" taldera proiektu gutxi bideratzen jarraituko dutela ikusiko genuke. Izan ere, aurretik aipatu bezala, Donostiako Udalak 2016tik 2020ra osasunera bideratu dituen funtsak ordaindutako guztiaren atal oso txiki bat dira.

Azkenik, udalaren lehentasun geografikoei dagokienez, III. plan honetan, aurrekoetan bezala, uko egiten diote lehentasun geografikoak ezartzeari. Gidan irakur daitekeenez,

udal erakunde txiki batek (Donostiak, esaterako) bultza dezakeen lankidetzak, ez du izango inolako herrialde edo eremu geografikotako garapenari dagokionez funtsezko alderik sorrarazteko moduko eraginik.

Bilboko Udala

Bilboko Udalak argitaratutako azken gida plana 2016-2020 urte artekoa da. Aurreko gida planari jarraipena ematen dion honek, aurreko urteetako helburu nagusia mantentzen du:

“Egiturazko pobreziaren aurkako borroka, toki mailakoaren abantaila konparatiboak baliatuz bai Iparraldean eta bai Hegoaldean, tokiko gaitasunak eta emakumeen ahalduntzea modu iraunkorren indartzearen bitartez.”

“Azken xedea egiturazko pobreziaren aurkako borroka da. Maila praktikoan, horrek esan nahi du Udalarentzat lehentasunezkoak diren herrialdeen barnean ekimenak beti zuzendu behar direla zaurgarritasun egoera handiena duten arlo edota taldeetara (Giza Garapenerako Adierazle ofizialen bidez identifikatuak, baina baita ere gainerako eragileek edo Bilboko Udalak berak egiten dituzten diagnostiko berezien bidez ere).”

Bestalde, III. zuzendaritza plan honetan lehentasun sektorial zehatzak azpimarratzen dituzte eta lehentasunezko sektore hauek Garapen Iraunkorreko Helburuekin lerrokatzen dituzte:

1. Genero berdintasuna eta emakume eta neskatila guztien ahalduntzea lortzea (5. GIH)
2. Hezkuntza inklusibo, bidezko eta kalitatezkoa bermatzea, eta bizi guztian eta denentzako ikasteko aukerak sustatzea (4. GIH)
3. Hiriak eta giza kokaguneak barne biltzaileak, seguruak, erresilienteak eta iraunkorrak izan daitezen lortzea (11. GIH)
4. Pertsona guztientzako ura eta saneamendua eskura izango direla eta modu iraunkorren kudeatuko direla bermatzea (6. GIH)
5. Kontsumo eta ekoizpen modalitate iraunkorrak bermatzea (12. GIH)

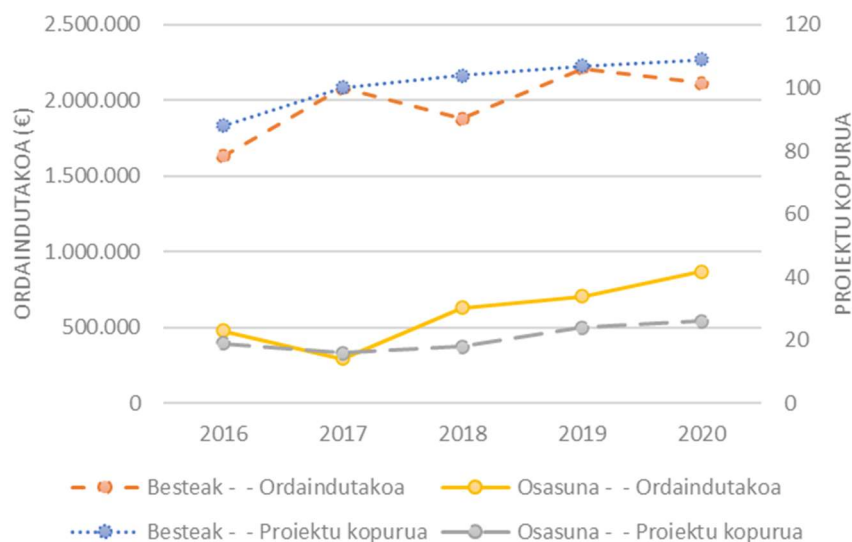
Bilboko Udalaren plan honetan ere osasunaren garrantziari buruzko zuzeneko erreferentziarik egiten ez zaion arren, helburu orokorrean zeharkako moduan ikus dezakegu, baita lehentasunezko sektoreetan ere. Izan ere, planaren helburua pobreziari aurre egitea den heinean, eta pobrezia GGIaren arabera interpretatzen denez bertan, osasunaren garrantzia giza garapenaren baitan aurkitu dezakegu.

Bestalde, lehentasunezko sektoreei dagokienez, bost sektoreetatik bitan aurkitu ditzakegu osasunarekin modu zuzenean erlazionatuko ditugun helburuak: ura eta saneamenduari dagokiona (6 GIH) eta, emakume eta nesken osasun zerbitzuetarako sarbideari dagokiona (5. GIH).

7. grafikoan ikusiko dugun bezala, osasunera bideratzen diren proiektu eta diru funtsen eta, gainerako arloetara bideratzen direnen artean dagoen aldea Donostiakoa baino txikiagoa da. Hau da, Bilboko udalak ordaindutako funtsen atal handiago bat bideratzen

du osasun proiektuetara Donostiako udalak baino. Batez beste, 2. taulan ageri den moduan funtsen %22a bideratu du 5 urte horietan osasunera modu zuzenean bideratutako proiektuetara.

7. grafikoa: Bilboko Udalak bultzatutako proiektuak eta funtsak (2016-20)



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Nahiz eta gida planean osasunari lankidetzaren barruan pisu txikia eman, badirudi datuak erreparatuz uste baino garrantzia handiagoa ematen diola Bilboko udalak. Hala ere, osasun taldea, aurretik esan bezala, 3 instrumentutan banatuta dago: osasunera zuzenean bideratutako proiektuak, biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programak eta ur eta saneamendura zuzendutako proiektuak. Aurrerago ikusiko dugun bezala, osasun proiektu hutsera zuzendu dituzten funtsak oso urriak dira.

Azkenik, plan honetan azpimarragarria da zonalde geografikoari ere egiten zaion erreferentzia zuzena. Lehentasunezko herrialdeen zerrenda bat zehazten da bertan, horietatik 5 Afrikan kokatuz (Kongoko Errepublikoa Demokratikoa, Ruanda, Senegal, Txad eta SEAD) eta 1 Lationamerikan (Bolivia).

Gasteizko Udala

Gasteizko udalak lankidetzarako 2 gida plan argitaratu ditu, azkena 2016-2019 urteetara zuzendua dena. Bilbo eta Donostiako udalekin ikusi dugunaren antzera, kasu honetan ere ez dugu osasunari eginiko zuzeneko erreferentziarik aurkituko.

Hitz hauekin eguneratzen du bere egitekoa Gasteizko Udalaren garapenerako lankidetzaren gida plan honek:

“Pertsonen, kolektiboen eta sozietateen garapen-prozesu lokaletan laguntzea, horien eskubide guztien erabateko erabilera lortzeko, beste eragile lokal nahiz nazioarteko batzuekin elkarlanean; gure hirian elkartasunaren kultura sustatzea, eta hiriko organizazioak —beren neurri apalean nazioarteko ordenaren eraldaketan laguntzeko—

beste herrialde batzuetakoekin inplikaturiko direneko esperientzia eta estrategia berritzaileak ahalbidetzea”

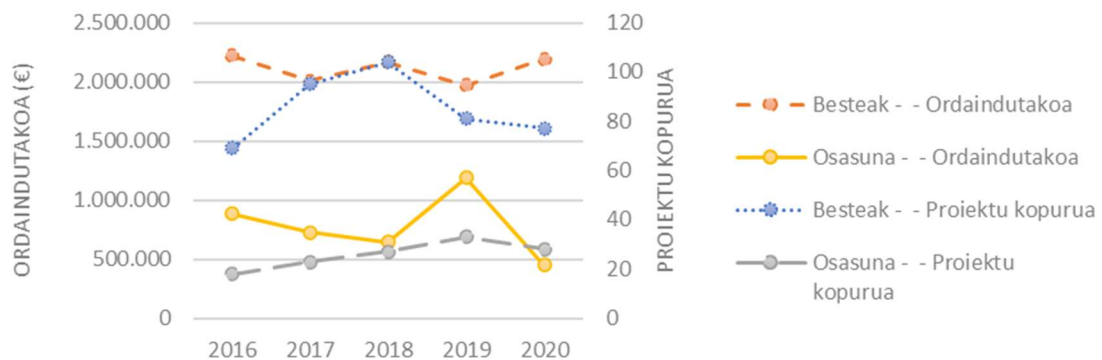
Kasu honetan ikus dezakegunez eskubideen ikuspegitik jardutea dute xede eta, nahiz eta gida planeko gidalerroetan osasunari zuzeneko erreferentziarik ez egin, osasuna Giza Eskubideen Adierazpen Unibertsalean jasotzen diren giza eskubideetako bat da.

Azkenik, lankidetzaren sektore hauei emango zaie lehentasuna:

- Giza eskubideak babestea
- Ekonomia soziala eta solidarioa; bereziki, bidezko merkataritzarekin zerikusia duten ekimenak
- Ingurumena
- Esku-hartze sozialaren sektoreak, bereziki hiriko etorkin-kolektiboen jatorrizko herrialdeetan.
- Gizon eta emakumeen arteko berdintasuna sustatzea
- Ura eta saneamendua

Lehen ikusi dugun bezala, helburu horiek guztiek izan dezakete eragin zuzena pertsonen osasunean. Gainera, 8. grafikoaren arabera nahiz eta gida planean osasun proiektuen garrantziari kapitularik ez eskaini badirudi osasun proiektuak badirela udal honen helburu estrategikoen atal. Izan ere, DAC sailkapenaren arabera analizatzen baditugu Gasteizko datuak, osasunera zuzentzen diren proiektuak proiektuen atal esanguratsu bat osatzen dutela ikus dezakegu.

8. grafikoa: Gasteizko Udalak bultzatutako proiektu eta funtsak (2016-20)



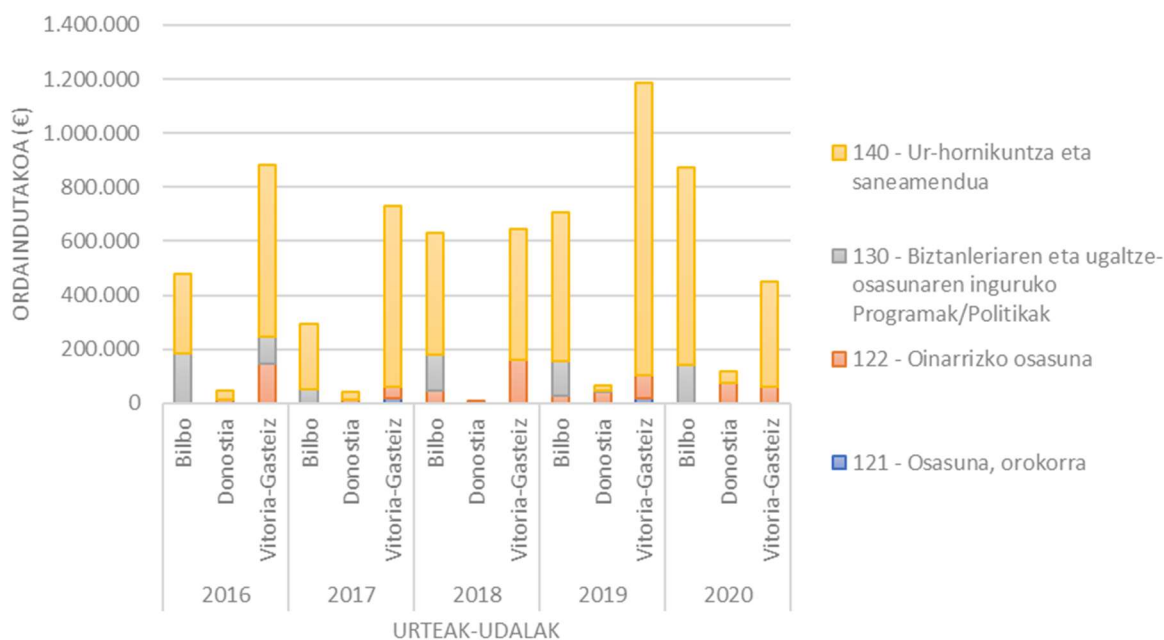
Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Hala ere, DAC sailkapena kontutan hartuz gero, Bilboko udalaren moduan diru horretako zatirik handiena ur-hornikuntza eta saneamendura bideratu zen. Bi kasuetan ere, sektore honetan lan egiteko udal enpresa bana aipatzen dituzte euren gida planean: Bilbo Bizkaia Uren Partzuergoa eta AMVISA.

Udaletako bakoitzean garrantzirik handiena zein sektoretan ematen zaion ikusi ahal izateko, ondorengo grafikan urterik urte hauen arteko erlazioa ikus dezakegu.

9. grafikoan argi ikusten den moduan, osasunera diru gehien bideratzen duen udala Gasteizekoa izan da 2016tik 2019ra. 2020ean, berriz, Bilboko Udalak zuzendu zuen diru gehien osasun proiektuetara, lankidetzara zuzendutako osoaren %29. Bi udalek, Gasteiz eta Bilbokoak, diru gehien ur-hornikuntza eta saneamendura zuzendutako proiektuetara bideratzen dute, beraien gida planari jarraiki. Izan ere, ikusi dugu bai Gasteizeko eta baita Bilboko Udalak ere ura eta saneamendua lehentasunezko sektoretzat dutela, osasunarekin oso erlazionatuta dagoen sektorea.

9. grafikoa: Hiriburuek osasunera bideratutako funtsen banaketa, DAC sailkapenaren arabera (2016-20)



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Ura, saneamendua eta higiena eskuratzea giza eskubidea da. Mundu osoko 1.800 milioi pertsona inguruk erabiltzen dute hondakin beltzez kutsatuta dagoen edateko uraren iturri bat. 2.400 milioi pertsona inguruk ez dute saneamenduko oinarrizko zerbitzuetarako sarbiderik, komunitara sarbiderik alajaina. Giza jardueraren ondoriozko hondakin-uren % 80 baino gehiago ibaietara edo itsasora isurtzen da inolako tratamendurik gabe, eta horrek kutsadura eragiten du (NBE, 2022).

Urarekin eta saneamenduarekin lotutako gaixotasunak 5 urtetik beherako haurren heriotza kausa nagusien artean daude oraindik ere; 800 haur baino gehiago hiltzen dira egunero higie faltarekin lotutako beherako gaixotasunen ondorioz. Ur eta saneamendu zerbitzu egokiak ematea funtsezkoa da Garapen Iraunkorreko Helburuak lortzeko osasun eta genero berdintasun helburuekin zuzenean lotuta baitago.

Bilboko kasuan, biztanleriaren eta ugaltze osasunaren inguruko programek ere diru funtsen atal garrantzitsu bat daramatela ikus dezakegu urterik urte.

3.2 Euskal lankidetzaren lehentasun geografikoak

Jada ikusi dugun moduan, euskal lankidetzaren deszentralizatua burutzen duten erakundeek argitaratutako gidetan sektore estrategiko batzuk zehaztu dituzte eta, beraz, baliabide ekonomikoak helburu horiek betetzeko xedearekin banatzen dituzte. Sektore estrategikoez gain, plan eta marko estrategiko hauetako batzuetan interes handiko zonalde geografikoak ere nabarmentzen dituzte. Hau da, erakundeek lehentasunezko lurraldeak proposatzen dituzte esfortzuak bertan kontzentratzeko helburuarekin. Ondorengo datuen analisian ikusiko dugun bezala, orokorrean, euskal erakundeek lankidetzarako funtsak herrialde jakin batzuetan metatzen dituzte. Adibidez, Bizkaiko Foru Aldundiaren lankidetzarako gidan irakur daitekeen moduan, funtsak GGI baxuko herrialde gutxitan kontzentratzen badira bertako aktoreen ekimenak indartzea lortzen da euskal lankidetzaren deszentralizatua espezializatzea lortzearekin batera. Gainera, esfortzu hauek elkarlotzen badira euskal lankidetzaren atomizatzea ekidingo da. Hala ere, BFAk argi uzten du bere planean lehentasun horrek ez duela bazterkeria esan nahi, eta jarraipena ematen diela azken urteetako eragileen eskaerei.

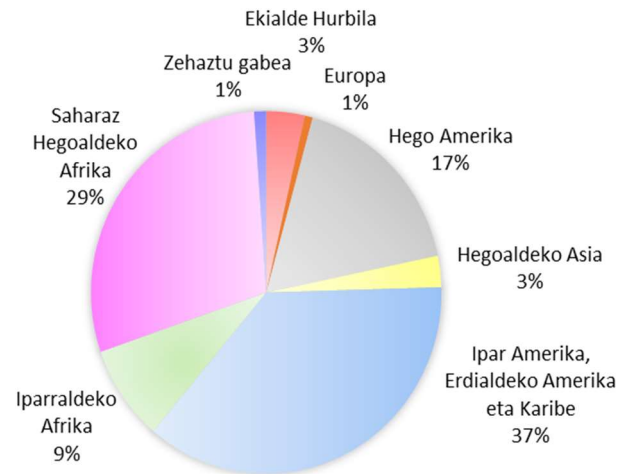
Aurrekoarekin kontrajarriz, Donostiako Udalak ez du lehentasun geografikorik ezarri nahi izan honelako erakunde txiki batek inolako herrialdeko garapenean funtsezko alderik sorrarazteko moduko eraginik egiteko gaitasunik ez duela onartuz. Gainera, Donostiako Udala NBGPk proposatutako GGIarekin kritikoa da, tresna engainagarria dela deritzo giza garapenean indize ertain-altua duten herrialde askoren barruan oso pertsona pobretuen komunitateak edo kolektiboak daudelako. Besteak beste, Latinoamerikako herrialde askotan hainbat biztanle eremu daude, batez ere indigenez osatuak, eta eremu horiek inolaz ere ez dira lehentasunezko izango, irizpidea giza garapenean indizea bada. Azkenik, Donostiako Udalaren aburuz, erakundeek lehentasun geografikoak ezartzeak GGKEak bultzatzen ditu lehendik ezagutzen dituzten eremuak ez diren beste toki batzuetan lanean hastera. Horrez gain, Hegoko kideekin itunak egitera ere eramaten ditu, baina, beharbada, oinarri nahiko sendorik gabe eta, batzuetan, konplizitate sendoa eta benetakoa eratzeko denbora nahikorik izan gabe.

Hala ere, Bizkaiko Foru Aldundiaren jardura eta Donostiako Udalarena ez dira kontrakoak. Izan ere, BFAk lehentasunezko lurralde bezala aipatzen dituenetako batzuk tradizionalki lankidetzaren sendoa burutu duten herrialdeak dira eta hauetan burutzen ari diren epe ertain-luzeko garapen prozesuen inpaktua sendotzea espero dute. Honetaz gain, Giza Garapen Indizea berdintasun ezera egokitua (GGI-BE) kontutan hartzen dute zonalde geografiko edota herrialdean gailentzeko garaian, eta baita giza eskubideen urraketa egoerak ere. Hau da, zonalde geografiko estrategikoak izendatzean ez diote soilik GGIdi erreparatzen.

Eusko Jaurlaritzaren IV. gida planean (2018-2021) ere, aurreko urteetan egindako lankidetzaren analisi txikia irakurtzen badugu ikusiko dugu lankidetzaren banaketa estrategikoa ez dela GGIdi soilik oinarrituko:

“Euskal herriaren elkartasunak duen historia eta tradizioa dela eta, oso lotura sendoak daude Latinoamerikarekin, Saharako herriarekin eta Palestinako herriarekin, beste lurralde batzuekiko lotura egonkorrak ahaztu gabe. Aurreko planen lehenespen geografikoek ez diote erantzun herrialdeetako errealitateari edo munduko erronkei buruz egindako azterketa sakon bati, adierazitako tradizioei baizik, eta ez dira elementu diferentzial garrantzitsua izan proiektuak baloratzeko garaian, Afrikan ekimenak bultzatzera bideratutako ehunekoaren kasuan izan ezik. Dena dela, Afrikako testuinguruan ere lehenespen geografikoak ez du bideratu funtsen azken banaketa kontinentean zehar.”

4. irudia: Euskal Lankidetzak osasunera bideratutako funtsen banaketa geografikoa (2016-20)



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Gida planak albo batera utziz eta, euskal erakundeek finantzaturako osasun proiektuetara itzuli ondoren 2016-20 urte tartea erreparatuz (4. irudia), osasunera bideratu ziren funtsen zatirik handiena Ipar Amerika, Erdialdeko Amerika eta Karibeko lurraldeetara joan zela ikus dezakegu. Hala ere, zonalde geografiko hori sakonago aztertzen badugu, ikusiko dugu bertako biztanleriaren osasuna hobetzeko proiektuak DAC sailkapeneko 140 sektorerara zuzenduta daudela, hau da, ur hornikuntza eta saneamendua hobetzera hain zuzen ere. 5 urte horietan zehar Ipar Amerika, Erdialdeko Amerika eta Karibeko herrialdeetan 197 proiektu burutu zituen Euskal Lankidetzak eta, horietatik %77 (152 proiektu) 140 sektorerara zuzendua zegoen. Bestetik, %12 (23 proiektu) 130 sektorerara (biztanleriaren eta ugaltzen osasunaren inguruko programak/proiektuak) eta gainontzeko %11 (22 proiektu) 120 sektorerara (oinarriko osasuna).

Zonalde geografiko horretan jarraituz -Ipar Amerika, Erdialdeko Amerika eta Karibe-, Euskal Lankidetzak lehentasunezko herrialdeak dituela baieztatzen duen taula da ondorengoa (5. taula):

5. taula: Ipar Amerika, Erdialdeko Amerika eta Karibeko osasun proiektuetara zuzendutako funtsak (2016-20)

Herrialdeak	Ordaindutakoa	
Guatemala	2.268.506 €	28%
El Salvador	2.214.321 €	27%
Mexiko	1.561.248 €	19%
Honduras	1.454.102 €	18%
Nikaragua	520.378 €	6%
Hainbat herrialde	118.731 €	1%
Kuba	109.638 €	1%
Guztira	8.246.927 €	

Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoko Atariaren datuekin.

Euskal lankidetzak zonalde geografiko horretako 11 herrialdeetan finantzatu zituen proiektuak 5 urte horietan baina, taulan ikusten dugun bezala, osasun proiektuak 4 herrialdeetan metatzen dira batez ere. Hala eta guztiz ere, aipatu bezala, proiektu hauek osasuna hobetzeko ur hornikuntza eta saneamenduen sektorean jarduten dute. Adibide moduan, El Salvadorren urte horietan aurrera eramane ziren 61 proiektuetatik guztiak 140 sektorekoak ziren eta, horietatik 35, Bilboko eta Gasteizko udalak finantzatuak ziren.

Beste zonalde geografikoei dagokienez, osasun proiektu gehien burutzen diren bigarrena Saharaz Azpiko Afrika dugu. 4. irudian ikusi dugun bezala osasun proiektuen ia herena metatu zen bertan 2016tik 2020ra. EJ-k aipamen berezia egiten dio Afrikako kontinenteari, III. zuzendaritza planean jada funtsen %25a bertara bideratu behar zela aipatzen zelako. IV. planean helburu honi jarraipena ematen zaio, beste behin funtsen laurdena Afrikara zuzendu behar dela esanez.

Hala ere, datuei erreparatzen badiegu ikusiko dugu disparekotasun handiak daudela osasun proiektuen (DAC 120 sektorea) eta beste sektoreetako proiektuen artean. Hau da, osasun proiektu hutsei dagokionez EJ-k funtsen %34 Afrikako lurraldeetara zuzendu zuen 2016-20 denbora tartean (%22 Saharaz azpiko Afrikara eta %12 Iparraldeko Afrikara), baina, proiektu guztiak begiratu gero funtsen %17 soilik joan zen Afrikako proiektuetara.

3.3 Proiektuen banaketa sektoriala

Euskal erakundearen analisia ikusi dugunez, bertako lankidetzaren helburu nagusia ez da oinarrizko osasuna bermatzea nagusiki (DAC 120 sektorean sailkatuko genukeena). Jarraian ikusten dugun bezala, eta erakundearen analisia ikusitakoa berretsiz, funtsen eta proiektuen atalik handiena ur-hornikuntza eta saneamendura bideratu zen 2016tik 2020ra.

- 120-Oinarrizko osasuna eta orokorra: 6.302.770 € eta 144 proiektu.
- 130-Biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programa/politikak: 7.921.055 € eta 106 proiektu.
- 140-Ur-hornikuntza eta saneamendua: 12.126.871 € eta 288 proiektu.

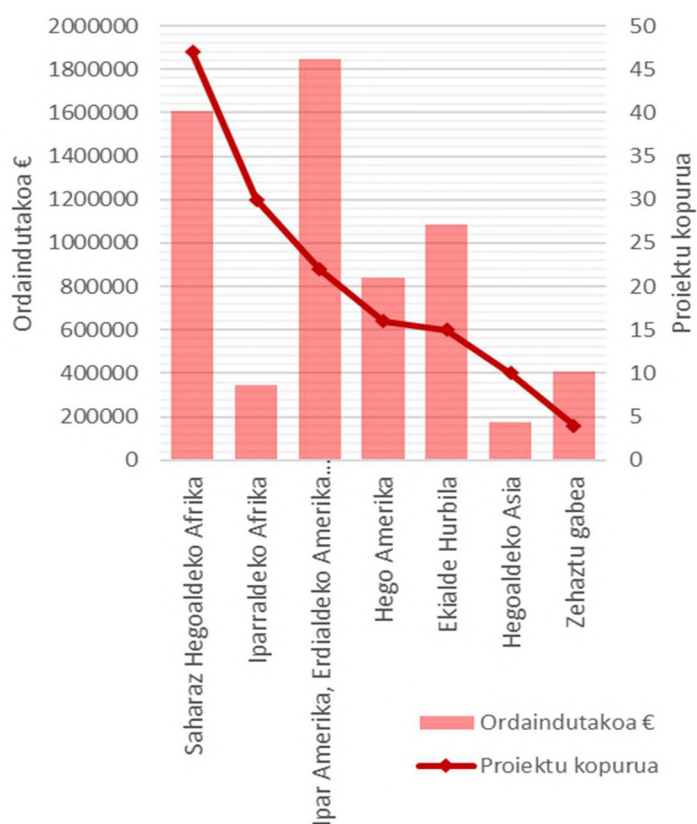
Osasun proiektuak sakonago landuz gero, Ipar Amerika, Erdialdeko Amerika eta Karibeko herrialdeetan gauzaten den lankidetzarekin aldeak handiak direla ikusiko dugu. Izan ere, Erdialdeko Amerikako proiektuen gehiengo ur hornikuntza eta saneamendura bideratzen zen bitartean, Afrikako proiektuen banaketa sektoriala bestelakoa da:

- Oinarrizko osasuna eta orokorra (DAC 120): 77 proiektu.
- Biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programak/politikak (DAC 130): 48 proiektu.
- Ur-hornikuntza eta saneamendua (DAC 140): 78 proiektu.

Izan ere, 2. kapituluan ikusi dugun bezala, bi zonalde geografiko hauetako biztanleriaren behar eta gabeziak ez dira berdinak osasun estalduraren testuinguruan. Oinarrizko osasun estaldura baxuena duten lurralde gehienak Sahara Azpiko Afrikan daude.

Oinarrizko osasun estaldura unibertsala bermatzeko proiektuei dagokienez, euskal erakundeen esfortzuak koherenteak dira 2. kapituluan ikusi ditugun oinarrizko zerbitzuen estaldura indizeekin. Datuei erreparatuz, DAC sailkapeneko 120 sektorea soilik kontutan hartuz gero, proiektuen eta funtsen banaketa ondorengoa da:

10. grafikoa: Euskal erakundeek 2016tik 20ra oinarrizko osasun eta osasun orokorrera (DAC 120) zuzendutako proiektuen eta funtsen banaketa geografikoa



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren Atariko datuekin.

Hala ere, oinarrizko osasun zerbitzuei zuzenduriko proiektu kopururik handiena Afrikan burutu zen bitartean, proiektu horien kostuak oso desberdinak izan ziren zonalde geografikoaren arabera. Hau da, 2016tik 2020ra Afrikan guztira 77 proiektu eraman ziren

aurrera eta Amerikan 38 proiektu. Ameriketako proiektuak Afrikan burututakoen erdia izan arren, hauek aurrera eramateko erabilitako funtsak Afrikakoak baino altuagoak izan ziren. Baliteke, arrazoa, giza baliabideen kostuaren ondoriozkoa izatea. Izan ere, oinarrizko osasun estaldura bermatzeko lehenengo pausua lan hau burutuko duten pertsonal kualifikatua lurralde guztian zehar modu eskuragarrian hedatzea izango litzateke eta proiektu horien kostuak soldaten arabekoak lirateke.

Oinarrizko osasuna sustatzera bideratutako proiektu hauek banaka analizatuz gero, GIHen zein jomuga edo xede betetzen diren ikusiko dugu orain. 3. helburuak honakoa dio:

“Guztiontzat eta adin guztietan bizimodu osasungarria bermatzea eta ongizatea sustatzea.”

Helburu honen funtsezko jomugak osasun-estaldura unibertsala, sexu eta ugalketa-osasuna, trafiko-istripuen ondorioz eragindako pertsonak murriztea, poluzioa eta produktu kimikoak, amen eta jaioberrien heriotza tasa murriztea, HIESaren izurria amaitzea, hepatitisari eta uraren bidez transmititutako gaixotasunei aurre egitea, drogen eta alkoholaren prebentzioa, tabakoaren kontrola etab. dira (I. eranskina).

Beraz, “Oinarrizko osasuna eta orokorra” taldeko proiektu horien helburu zehatzak, proiektuen deskribapenen bidez identifikatu ondoren, 3. GIHaren jomugekin elkarlotzean hauek dira lortzen ditugun emaitzak:

6. taula: *Euskal erakundeek osasunera bideratutako proiektuen (2016-20) jomuga espezifikoak Afrikan eta Ameriketara, 2030 Agendan oinarrituta*

	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.a	3.b	3.c	3.d
Saharaz Azpiko Afrika	4	5	4	14	0	0	2	33	2	0	2	9	0
Iparraldeko Afrika	0	7	0	9	0	0	0	6	0	0	0	10	4
Erdialdeko Amerika	1	0	0	9	0	0	0	17	0	0	2	3	0
Hego Amerika	0	0	0	7	0	0	1	5	0	0	0	2	1

Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren atariko datuekin.

Proiektu gehien jomuga “3.8 Osasun-estaldura unibertsala lortzea, bereziki finantza-arriskuen aurka babestuz, kalitatezko funtsezko osasun-zerbitzuetarako sarbidea eta sendagai eta txerto seguruak, eraginkorrak, eskuragarriak eta kalitatezkoak guztiontzat eskuragarri izatea” da.

Proiektu asko, hala ere, jomuga bat baino gehiagorekin erlazionatu ditzakegu. Deigarria da, bestalde, proiektu gehiagok dutela helburu bai Afrikan eta baita Ameriketara ere transmititu ezin diren gaixotasunei irtenbidea ematea transmititu daitezkeenekin alderatuz. 3.3 jomuga 4 proiektuk soilik dute, 3.4 jomuga ia 40 proiektutan ikus daitezkeen

bitartean. Baina, aldi berean, gaixotasun transmitigarriei aurre egiteko baliabiderik beharrezkoenetakoa uraren saneamendua da, eta proiektu horiek DAC 140 sailkapenean aurki ditzakegu seguruenik.

Azkenik, azpimarratzekoa da oinarrizko osasun zerbitzuen estaldura bermatzeko langilegoaren prestakuntza eta kontrataziorako ere proiektu asko bultzatzen direla euskal erakundeetatik (3.c jomuga).

Osasun sarbidea bermatzeaz gain osasun hezkuntzak ere funtsezko papera du gizarte osasuntsu bat eskuratzeko bidean. Errenta baxuko lurraldeen bizi itxaropena murriztearen arrazoi nagusienetako bat amen eta jaioberrien heriotza izanik, biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programak eta politikak bultzatzen jarraitzea ukaezina dela ondorioztatzen dugu. Ikusi dugunez, osasun helburuak dituen euskal lankidetzaren deszentralizatuaren ehuneko handi batek finantzatzen ditu helburu hori lortzeko proiektuak eta horretan jarraitzea ezinbestekoa da. Amen heriotzen eta umeen hilkortasunen jatorritik gaixotasun infekziosoak eta desnutrizioa gutxitzen joan diren arren, hilkortasun horren jatorrian aurkitzen dugun genero disparekotasun faktoreek bere horretan jarraitzen dute. Hau da, euskal lankidetzaren ugaltze osasunaren inguruko programek genero ekitatea eta emakumeen eskubideak sustatzea dute helburu, emakumeek horien inguruan dituzten ezagutzak handituz eta baliabideak eskuragarri eginez, emakumeak osasun estaldura unibertsalera hurbilduz.

3.4 Osasun proiektuak bideratu dituzten erakundearen analisia

Proiektuen analisia egiteko garaian ezinbestekoa da proiektu horietara bideratutako diru funtsen erabilpena norik egiten duen aztertzea. Hau da, dirua jaso eta jarduera aurrera eramateaz arduratzen diren erakunde mota desberdinak daude eta, hauek ere, DAC sailkapen estandarren arabera antolatu ditzakegu. 27 balio posible ditu, 7 kategoriatan sailka daitezkeenak (Euskal Lankidetzaren Publikoaren Ataria, 2022).

Jarraian, euskal erakundeek 2016tik 2020ra osasunera bideratu dituzten proiektuak zein erakunde motak bideratu dituzten ikus dezakegu:

1. Herrialde emailean egoitza duten GGKEak	21.858.594 €
2. Herrialde emaileko erakunde publikoak	3.475.999 €
3. Nazioarteko GKEak	767.104 €
4. Herrialde emaileko bestelako irabazi asmorik gabeko erakundeak	75.000 €
5. Herrialde kidean egoitza duten GGKEak	74.000 €
6. Sailkatu gabea	50.000 €
7. Sektore pribatuko erakundeak herrialde emailean	50.000 €

Osasun helburua duten proiektuak bideratzen dituzten erakundeak egoitza Euskadin duten Garapenerako Gobernu Kanpoko Erakundeak dira gehienbat. Funtsen %83 mota honetako erakundeek zuzentzen dute proiektuetara, euskal lankidetzaren funtsezko eta ezinbesteko ardatz bilakatuz, bai osasun proiektuei dagokienez eta baita proiektu guztiak kontutan hartuz ere.

GGKEk euskal lankidetzan duten papera eta garrantzia Donostiako udalaren 2021-2024 gida planean islatzen da:

“GGKEak gure aliatu nagusiak direla esan dezakegu. Egoitza hirian duten GGKEak ezinbesteko erreferentia dira lankidetzaren eta garapen ereduaren inguruko gizarte eztabaidan. Sektore oso anitza da, pobretutako hainbat lurraldetan lan ibilbide luzea egin du, eta oso errotuta dago Donostian GIH arloko ekintzak antolatzen.”

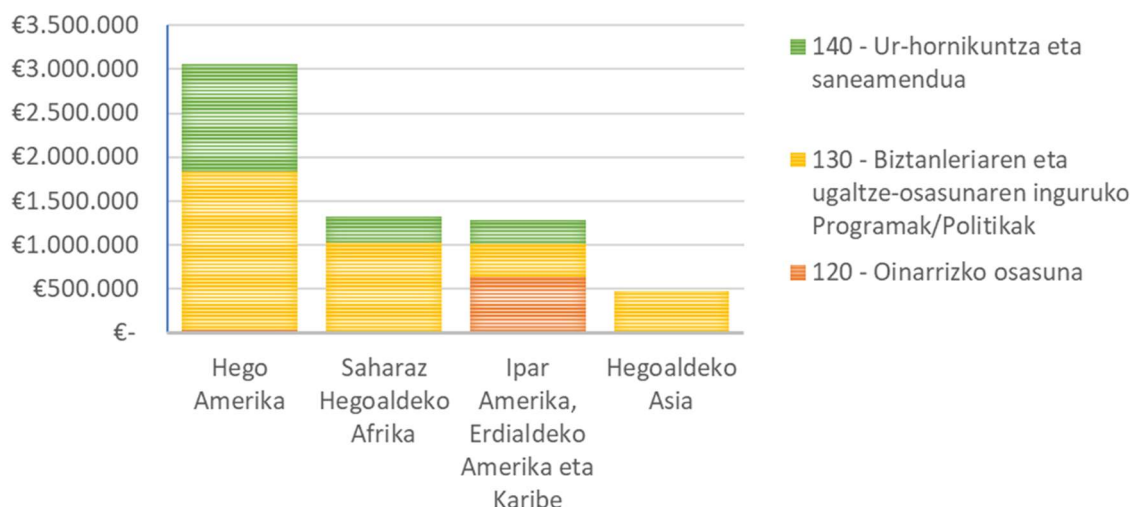
Herrialde emailean, Euskadin, egoitza duten GGKEak dira funtsen erakunde bideratzaile nagusiak aztertu ditugun 7 euskal erakundeetan, baina, jarraian ikusiko dugunez, banaketa desberdina da erakunde finantzatzailearen arabera. GGKE hauen zerrenda II. eranskinean dago ikusgai, erakunde bakoitzak 2016tik 2020ra jasotako diru kopuruarekin.

Diru gehien jaso zuten lehenengo 5 erakundeetatik 4, osasuna helburu duten GGKEak dira, horietatik 3 medicusmundik probintzia bakoitzean dituen egoitza bana izanik. Gainera, nabarmena da osasunera bideratzen diren funtsetatik medicusmundik jaso zuen atala, 21.858.594 €-tik 6.142.199€ hain zuzen ere (funtsen %28a).

medicusmundiren xedea osasunerako eskubidea mundu guztian egia izatea da eta osasun-arrakala areagotzen duten desparekotasunak murriztea. medicusmundiren iritziz, osasunerako eskubidearen barruan, osasuna artatzea ez ezik (behar denean eta behar bezala), osasunean eragina duten faktore nagusiak ere sartzen dira, hala nola ingurumena, edateko ur garbia eta egoera sanitario egokiak izatea, behar bezalako elikadura eta etxebizitzak, lan-baldintza duinak, eta hezkuntza zein informazioa izateko aukera osasun-arloko gaiei dagokienez, sexu- eta ugalketa-osasuna barne, eta hori guztia bake giroan (medicusmundi, 2022).

Beraz, medicusmundiren lankidetzaren filosofia orain arte landutakoarekin bat dator, baina, aurreko kapituluetan ikusirik banaketa sektorial eta geografikoetatik desberdintzen dira medicusmundiren ekarpenak. 11. grafikoan ikusten dugunez, Euskadiko medicusmundiren egoitzek baliabide gehien biztanleriaren eta ugaltze-osasunaren inguruko programetara bideratzen dituzte. Proiektu gehien Hego Amerikan burutzen dituzte eta, bertan, ur-hornikuntza eta saneamenduari zuzendutako proiektuek ere medicusmundiren baliabideen atal esanguratsu bat osatzen dute.

11. grafikoa: medicusmundik 2016tik 2020ra osasun proiektuetarako euskal erakunde publikoetatik jasotako finantzazioaren banaketa sektorial eta geografikoa.



Iturria: norberak egina, euskal lankidetzaren publikoaren atariko datuekin.

Oinarrizko osasunerako proiektuak, aldiz, Erdialdeko Amerikan soilik gauzatzen dituzte eta, 6 proiektu horietako 2, Hegoaldeko lurraldeko osasun paradigmatara gerturatzen dira, gainontzekoek osasun sistema publikoa indartu nahi duten bitartean. Izan ere, esanguratsua da oinarrizko osasunera bideratutako proiektu guztien artean bi proiektuak soilik bereganatzen zituztela deskribapenean Hegoaldeko ezagutzak. Proiektu horiek Guatemalan “Sumak Kawsay” edota ongi bizitzeko osasun integrala sustatu nahi dute, medicusmundiren eskutik.

OMEren definizioaren arabera osasuna ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera oso bat bada, eta ez soilik afekzio edo gaixotasunik eza, beraz, osasun praktikek ezin dute berdinak izan munduko biztanle guztientzat. Hau da, osasun egoeraren ulermena desberdina izan daiteke banakakoaren sinesmenen arabera, bakoitzaren kultura eta bizipenetan oinarritutakoa eta, hortaz, proiektuen bidez burututako osasun praktikek horren arabera aldatu behar lukete. Osasuna, hein batean, eraikuntza kulturala izan daiteke eta ez soilik Iparralde globalean gaixotasun edota ondoez bezala identifikatzen ditugun egoeren gabezia. Guk aztertutako urte tartean ikusi dugu hegoaldeko ezagutzak bi proiektutan soilik txertatzen zirela definizioan, medicusmundiren eskutik. Gainerako proiektu gehienetan Iparraldeko teknologiaren transferentzia ikusi dugu Hegoalde globalera.

Aipagarria da ere, osasun proiektuak finantzatzera gehien bideratu duen bigarren GGKEa ez dela, izatez, helburu nagusia osasuna duen erakunde bat (II. eranskina): Arabako SEADen lagunen elkarteak. GGKE honek Saharaz Herriekin egiten du lan soilik, beraien eskuhartzea Iparraldeko Afrikara mugatuz (Euskadin gauzatutako eraldaketa sozialerako hezkuntza kontutan hartu gabe).

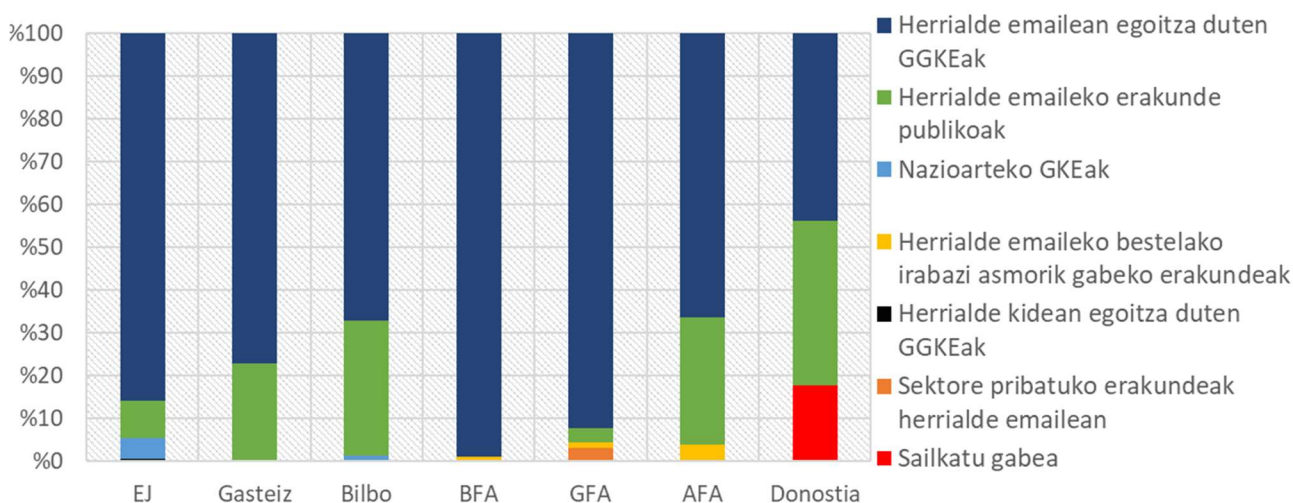
2016tik 2020ra Arabako SEADen lagunen elkarteak osasuna sustatzeko erabilitako funtsen %88 ur-hornikuntza eta saneamendurako izan zen eta, proiektu horiek guztiak, Eusko Jaurlaritzak finantzatu zituen. Hala ere, funtsen %88 izan arren, Arabako SEADen

lagunen elkarteak burututako proiektuen erdiak zuen helburu hau. Beste erdiak, 17 proiektutik 8, osasun orokorra sustatzeko helburua zuten, Saharako Herrietan erizaintza eskola babestuz eta, hauek guztiek, Gasteizeko Udalaren eskutik egin zuten aurrera.

Erakunde finantzazailer batzuek, Bizkaiko Foru Aldundiak eta Gipuzkoako Foru Aldundiak, ia soilik bertako GGKEen bidez burutzen dituzte lankidetzako proiektuak. Hala ere, hasieran aipatu bezala, badira beste erakunde bideratzaile mota batzuk ere. Gainerako erakunde bideratzaile hauei erreparatuz gero (12. grafikoa), GGKEen ondoren funts gehien bideratzen dituztenak herrialde emaileko erakunde publikoak direla ikusiko dugu.

Ondorengo irudian islatzen den moduan, Euskadiko hiru hiriburuetan dute berezko garrantzia herrialde emaileko erakunde publikoek, eta baita Arabako Foru Aldundian ere.

12. grafikoa: Euskal erakunde publikoek 2016tik 20ra osasun proiektuetara bideratutako funtsen banaketa erakunde bideratzaile motaren arabera.



Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzako Publikoaren Atariko datuekin.

Lau erakunde hauek osasunera bideratu zituzten funtsen ehuneko esanguratsu bat erakunde publikoen eskutik kanalizatu zuten, erakunde publiko ia bakarra Euskal Fondoari izanik (modu honetara bideratutako proiektuen %96).

Euskal Fondoari dagokionez, 1996. urtean eratu zen lankidetzako deszentralizaturako koordinazio eta laguntza tresna bezala, hau da, Euskal Herriko Hegoaldeko instituzio, erakunde sozial eta komunitateekiko harreman solidarioen alde diharduten esperientzia lokalak biltzen dituen lankidetzarako tresna moduan. Bestalde, erakunde honek lankidetzako proiektuak aurrera eramateko lan ere egiten du. Euskal Fondoak jasotako proposamenek tramitazio fase bat pasatzen dute eta proposamen hauen aurrean hiru erabaki har ditzake: proiektua baztertea; beste erakunde edo GKEei ematea; edo Euskal Fondoak berak kudeatzea proiektua. Kudeaketak bi forma izan ditzake:

- Kudeaketa partziala: proiektuaren kofinantzazioa edo bere jarraipena izan daiteke.
- Kudeaketa osoa: Euskal Fondoak proiektuaren finantzazio osoa bere gain hartzen du, eta baita jarraipena, kontrola eta ebaluaketa ere (Euskal Fondoari, 2022).

Ikusi bezala, Euskal Fondoak bereziki garrantzitsua da udalerrien proiektuak koordinatu eta indarrak elkartzeko. Honen inguruan Donostiako lankidetzarako gida planak dio estrategikoa dela udalak beste administrazio batzuekiko duen lana, koordinazioa bilatuz eta esparru partekatu bat dagoen kasuetan sinergiak sortzeko bidean aurrera eginez. Euskal Fondoaren esparruan egin beharreko lana nabarmentzen dute, aukera ematen baitie hainbat udalerritatik proiektu komunitaria ekarpenak egiteko eta, horrela, gure ekintzen eragina handitzeko.

2016tik 20ra Euskal Fondoak osasunera bideratutako proiektuei dagokienez, proiektu guztiak ur-hornikuntza eta saneamendurako izan ziren eta, gainera, 91 proiektuak Erdialdeko Ameriketara gauzatu zituzten. Sakabanaketa geografiko hau aurretiaz ikusitakoarekin bat dator, DAC 140 sektoreko proiektu gehienak bertan metatzen direla ikusi baitugu. Gainera, banaketa geografiko hau Euskal Fondoaren estatutuekin bat dator, bere lankidetzaren ahaleginak lehentasuna duten bost herrietan zentratzen saiatzen ari baita: El Salvador -guk aztertutako proiektuen %52,54-; Guatemala -guk aztertutako proiektuen %20,47-; Nikaragua -guk aztertutako proiektuen %11,16-; Kuba eta Mendebaldeko Sahara (Euskal Fondoak, 2022).

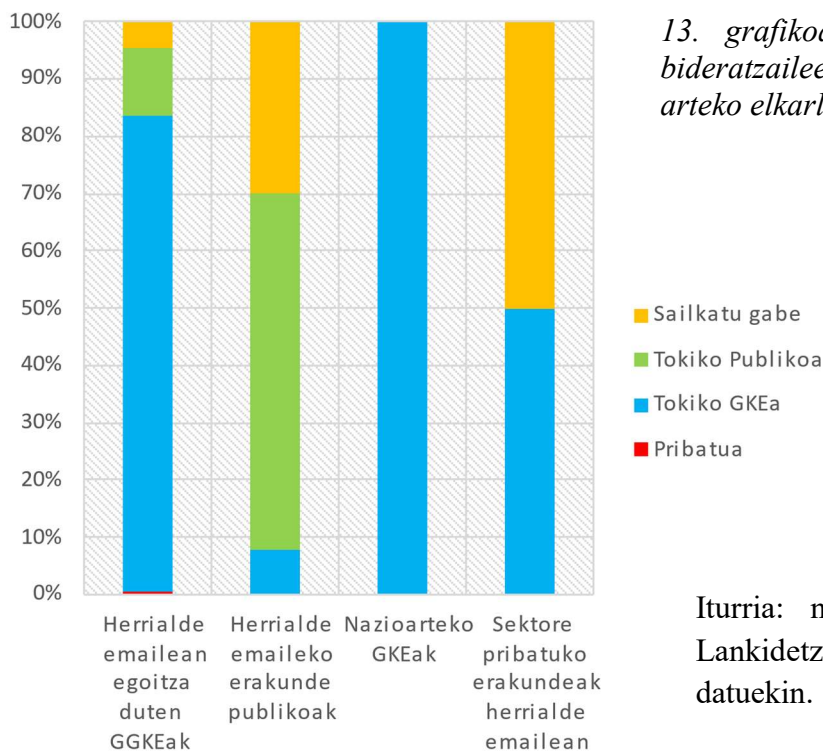
Azkenik, Euskal Fondoak bideratu ez dituen 4 proiektuak beste erakunde publiko nagusi batek bideratu zituen: Osakidetzak. Are gehiago, proiektuen deskribapena eta ezaugarriak sakonago ikusita proiektu bakarra dela esan genezake, 4 urte desberdinetan aurkeztu duena eta Eusko Jaurlaritzak finantzatu duena. Proiektu horretan, Osakidetzak osasun prestazioa eta ebakuntza kirurgikoak egin zituen lurralde pobretuetatik edo gatazkan dauden lurraldeetatik etorritako adingabeei, eta aldi baterako harreran dauden adingabeei osasun arreta eskaintzen zien. Hala ere, Osakidetzak erakunde moduan proiektuak bideratzen ez dituen arren, deialdiak egiten dira Osakidetzako langileek beste erakunde batzuen baitan lankidetzarako osasun proiektuetan parte har dezaten.

Horietatik ezagunena larrialdi humanitarioetara giza baliabideak bidaltzeko START taldean parte hartzeko eskaintza da. Larrialdiei Aurre Egiteko eta Laguntzeko Espainiako Talde Teknikoa (START - Spanish Technical Aid Response Team ingelesezko siglak) gehienbat osasun langilez osatutako taldea da, 72 ordu baino gutxiagoan abiatzeko diseinatua, eta Espainiako Lankidetzak esku hartzea erabakitzen duen larrialdi humanitario guztietan jardutea du helburu (AECID, 2022).

Amaitzeko, hegoaldeko bazkideen parte hartzeko mota aipatu beharrean gaude, ezinbestekoak baitira Hegoalde globaleko biztanleek lehentasunezko zatitza ezarritako garapen prozesuak sustatzeko eta, beharretik abiatuta formulatzen diren programa eta politikak ulertzeko. Proiektuak aurrera eramango diren lurraldeetako erakundeak hiru taldetan banatuko ditugu: erakunde pribatua, erakunde publikoa eta tokiko GGKEa. Euskal Lankidetzaren deszentralizatua Euskadin egoitza duten GGKEen bidez burutzen den heinean, hauek tokiko GGKEekin egiten dute lan batik bat. Oso ehuneko txiki batean (%0,43) hegoaldeko sektore pribatuekin elkarlanean burutu zituzten proiektuak. Bestalde, tokiko erakunde publikoen bidez ere proiektu gutxi eraman zituzten aurrera Euskadiko GGKEek.

Bestetik, Euskal Fondoak eta Osakidetzak bideratutako funtsak aztertzean, hauek tokiko erakunde publikoekin lan egiten dutela ikusiko dugu batik bat, eta ez tokiko GGKEekin.

13. grafikoan aurretik aipatu ez ditugun bi erakunde bideratzaile ditugu adibide moduan, euskal lankidetzaren deszentralizatuaren ehuneko oso txikia osatzen baitute. Hala eta guztiz ere, aipagarria da nazioarteko GGKEek eta euskal sektore pribatuko erakundeen Hegoaldeko aliatuak tokiko GGKEak direla batik bat.



13. grafikoa: Euskadiko erakunde bideratzaileen eta tokiko erakundeen arteko elkarlana.

Iturria: norberak egina, Euskal Lankidetzaren Publikoaren atariko datuekin.

Aitzitik, ez ditugu analisi honetan ahaztu behar herrialde emaileko bestelako irabazi asmorik gabeko erakundeak. Euskal Lankidetzaren deszentralizatuaren erakunde hauek funtsezko gizarte eraldaketarako eragile gisa identifikatzen dira, eta, besteak beste, emakumeen erakundeak eta mugimendu feminista; ekonomia sozial eta solidarioarekin eta elikadura subiranotasunarekin lotutako erakundeak; migratuen erakundeak; zaurgarritasun egoeran dauden biztanleen taldeak; hezkuntza arloko erakunde formalak eta informalak; gizarte mugimenduak oro har; eta irabazi asmotik kanpo mundu bidezkoagoa eta solidarioagoa eraikitzea helburu duten beste kolektibo batzuk sartzen dira talde honetan. Osasun proiektuei dagokienez, hala ere, erakunde hauen parte hartzea oso txikia izan da 5 urte horietan. Izan ere, mota honetako 2 erakundek soilik bideratu zituzten lankidetzaren proiektuak: Asociación de mujeres ARGIA eta Athletic Club Fundazioak.

4. Ondorioak

Orokorrean, osasuna historian zehar gizakien antolakuntzan oinarritzko faktorea izan den bezala, garapenean ere eragin nabarmena izan du. II. mundu gerraren aurretik, jada, osasunera bideratutako erakundeak sortzen hasi ziren arren, mundu mailako osasun erakunderik nagusiena garapenaren aroan jaio zen. Hasiera batean garapena eta osasunaren inguruko faktoreak eskutik ez zoazela zirudien, garapenaren irakurketa nagusia soilik ekonomikoa baitzen. Hala ere, lurralde bateko hazkunde ekonomiko hutsa eta bertako pertsona guztien bizi baldintzak hobetzea askotan bat ez zetozela ikustean, osasunarekin eta hezkuntzarekin erlazionatutako adierazleak indarra hartzen hasi ziren garapen teorietan. Garapena, BPGren hazkundearen sinonimo izatetik pertsona erdialdera ekartzeko ahaleaginean Giza Garapen kontzeptua zabaldu zen nazioarteko lankidetzan.

Bertan, lehen aldiz, garapena neurtzeko orduan osasuna pisu handiko faktorea bilakatu zen. Honela, hemendik aurrerako garapen teoria eta agendetan pertsonen osasuna bermatzea nazioarteko lankidetzaren ezinbesteko helburua izatera pasatu zen.

Giza Garapenaren teoriaren eskutik 2000. urteko garapenerako milurteko helburuetan ere osasuna posizio zentralean aurkitu dugu. Gainera, 2000. urteaz geroztik bizi itxaropena mundu guztian zehar handitu dela ikusi dugu, batez ere errenta baxuko lurraldeetan. Milurteko helburuetan lurralde pobretuetan gehien ikusten ziren eta heriotza goiztiarrak sortzen zituzten gaixotasun transmitigarrien aurka egiteko determinazioa hartu zen eta, agian horri esker, gaixotasun transmitigarriek sortutako heriotzen kopurua asko jaitea lortu zen.

Honela, 2015etik gaur egun arte indarrean dauden Garapen Iraunkorreko Helburuen artean osasunarekin erlazionatutako jomugek Milurteko Helburuekin alderatuz desberdintasun nabariak dituzte. Izan ere, MGHak ikuspegi murriztagokoak ziren eta, hein handi batean, gaixotasun transmitigarrien aurkako helburuak betetzen joan ziren, errenta baxuko lurraldeetan batik bat. Gaur egun, oraindik ere, helburu horiek ez dira ahaztu behar errenta baxuko eta disparekotasun handiak dauden gizarte taldeetan, baina, modu globalean helburu zabalago bati ekiteko momentua iritsi dela dirudi: osasun estaldura unibertsala. 2030 agendaren perspektiba global eta holistikoak ere bide honetatik ekiten duela esan dezakegu.

Bestetik, euskal lankidetzaren analisiari ekitean gida planetan soilik oinarrituko bagina, osasunari eskaintzen zaion atala bazterrekoa dela pentsa dezakegu eta garapenaren agendek osasunaren inguruan ezarritako jomugetatik urrun kokatzen dela dirudi.

Hala ere, euskal erakundeen artean desberdintasun handiak daude 2016tik 2020ra osasunera bideratu zituzten proiektu eta funtsei dagokienez. Euskal erakundeen artean lankidetzara diru funts kopururik handiena Eusko Jaurlaritzak zuzentzen duenez, osasunera bideratutako proiektu gehienak ere EJren eskutik egin ziren urte horietan. Hala ere, osasunera zuzendu dituen funts eta proiektuen ehunekoa oso txikia da. Beste erakunde batzuek, Gasteizko udalak bereziki, osotasunean osasunera proiektu gutxiago

zuzendu arren, finantzatzen dituen proiektuetatik proportzio handiagoa doa helburu honetara.

Gainera, badirudi euskal erakunde publiko horiek osasun arloaren baitan beraien espezializazioa dutela. Hau da, DAC sektoreen inguruan erakunde batzuk, Bilbo eta Gasteizko udala kasu, ur hornikuntza eta saneamenduan espezializatu diren bitartean beste batzuk, Eusko Jaurlaritzak adibidez, proiektuen banaketa parekideagoa egin dute ikertutako 5 urteetan. Eta, espezializazio honek banaketa geografikoan ere inpaktu zuzena duela dirudi, eta alderantziz. Hau da, zonalde geografiko bakoitzean osasun behar desberdinei aurre egiteko egin du lan euskal lankidetzaren publikoak.

Proiektuen sektorizazio eta banaketa geografiko hau proiektuak bideratzen dituzten erakundeek indartzen dituzte. Kasu gehienetan GGKEn bidez bideratzen dira osasun proiektuak eta hauek, noski, sektore estrategiko eta zonalde geografiko estrategikoetan burutzen dute euren lana.

Aipagarria da, gainera, euskal lankidetzaren ia proiektu guztietan osasun ezagutzek Ipar-Hego lankidetzaren dinamikak jarraitzen dituztela. Osasun proiektuen egiturak bertikala izaten jarraitzen du, lankidetzaren bidez Iparraldeko ezagutza biomediko eta tekniken transferentzia eginez Hegoalde globalera.

Amaitzeko, eta euskal lankidetzaren deszentralizatua modu orokorrean behatuz, ondorioztatu dezakegu osasun proiektuak ez direla, orokorrean, euskal lankidetzaren helburu nagusia. Hala ere, badakigu garapenerako beste helburu asko betetzeak osasunean zuzeneko eragina izango dutela. Bestalde, giza garapenerako oinarrizko osasun beharrak asebetetzea ezinbestekoa izango den heinean, osasun proiektuek funtsen eta esfortzuen atal esanguratsu bat jaso behar lukete modu zuzenean. Osasun proiektu hauek, gaixotasun transmitigarriak eteteaz gain, ur hornikuntza eta saneamendua honetarako ezinbestekoa izanik, giza taldeen ongizate fisiko eta mentala lortzeko osasun kontzeptua landu beharko lukete eta hori eskuratzeko oinarrizko baliabideak lortzen lagundu. Honetarako, osasun hezkuntza ezinbestekoa da baina hezkuntza hau tokian tokiko osasun kulturatik abiatu beharko litzateke.

Aitzitik, 5 urteko datuen analisia soilik betetzen denez eta, tartean osasun pandemia bat bizi izan denez, baliteke bertan ateratako ondorioak aldakorrak izatea denboran zehar eta, beraz, erakunde bakoitzak osasun proiektuekiko duen konpromezua lan honetan dirudienarekin guztiz bat ez etortzea.

5. Bibliografía

- Abella, Claudia Liliana Bedoya. «Amartya Sen y el desarrollo humano.» *Memorias* 8, 13 zk. (2010): 277-288.
- Aguilar Barajas, Ismael. «Reflexiones sobre desarrollo sustentable.» *Comercio Exterior* 52, 2 zk. (2002): 98-105.
- ALBOAN. *Milurteko Garapen Helburuak. Helburuak baino, garapenerako eskubidea.* 49. bol. 2008.
- Arora S. «Health, Human Productivity, and Long-Term Economic Growth. » *The Journal of Economic History* 2001; 61(3): 699-749.
- Brundtland, Gro Harlem. «Salud y desarrollo sostenible.» *Información Comercial Española, ICE: Revista de Economía*, 800 zk. (2002): 173-180.
- Bustamante, M. E. «Los sanitaristas y el ideal de salud en la historia de la OPS.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)* 83, 6 zk. (dic 1977).
- Cueto, Marcos. *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud.* 2004.
- Cueto, Marcos, Theodore Brown eta Elizabeth Fee. «El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría.» *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales* 38, 69 zk. (2011): 129-156.
- Gutiérrez Garza, Esthela. «De las teorías del desarrollo al desarrollo sustentable. Historia de la construcción de un enfoque multidisciplinario.» *Trayectorias*, 2007: 45-60.
- Higueta-Gutiérrez, Luis Felipe eta Jaiberth Antonio Cardona-Arias. «Índice de desarrollo humano y eventos de salud pública: revisión sistemática de la literatura 1990-2015.» *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 36, 1 zk. (2018).
- Keeton, G R. «The basic needs approach: A missing ingredient in development theory?» *Development Southern Africa* 1 (1984): 276-293.
- Labaien Egiguren, Irati eta Jorge Gutiérrez Goiria. «Garapenerako Lankidetzeta eta bere bilakaera.» *hegoak zabalduz*, 2017.
- Orellana, Scarlett Marina Álvarez. «Una introducción a la cooperación internacional al desarrollo.» *Revista Electrónica de Derecho de la Universidad de La Rioja (REDUR)*, 10 zk. (2012): 285-309.
- Perales, José Antonio Sanahuja. «De los Objetivos del Milenio al desarrollo sostenible: Naciones Unidas y las metas globales post-2015.» *Anuario Ceipaz*, 7 zk. (2014): 49-84.

Picazzo Palencia, Esteban, Esthela Gutiérrez Garza, José María Infante Bonfiglio eta Pedro César Cantú Martínez. *La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal*. 19. bol. 37 bol. Estudios sociales, 2011.

Rosen, G. «¿Qué es la medicina social? Un análisis genético del concepto.» *Salud Problema*, 10 zk. (1985): 11-26.

Sen, Amartya. «La salud en el desarrollo.» *Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública*, artikuluen bilduma, (2000): 16-21.

Torres, Cristina, eta Oscar J. Mujica. «Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.» *Revista panamericana de salud pública* 15, 6 zk. (2004): 430-439.

Kontsultatutako web orrialdeak

Nazio Batuen Erakundea

Garapen Iraunkorreko Helburuak (2022/06/11):

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es>

3. Garapen Iraunkorreko Helburuaren estatistikak (2022/05/25)

<https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/goal-03/>

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

START taldea (2022/08/19):

https://www.aecid.es/ES/Paginas/Sala%20de%20Prensa/Noticias/2022/2022_03/

[10_Start.aspx](#)

Osasunaren Munduko Erakundea

Osasun estatistikak (2022/08/19):

[https://www.who.int/es/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-](https://www.who.int/es/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary)

[summary](#)

HEGOA institutua

Diccionario de Acción Humanitaria y desarrollo (2022/04/27) :

<https://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/197>

Euskal Lankidetzaren Publikoaren Ataria (2022/04/26):

<https://euskalankidetzaren.hegoa.ehu.es/?locale=eu>

medicmundi (2022/08/18): <https://medicmundi.es/eu>

Sahara elkarte (2022/08/18): <https://www.saharaelkarte.org/eu/>

Derandain (2022/08/19): <https://www.derandain.org/?lang=eu>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Health related SDGs (2022/08/25): <http://ihmeuw.org/4xmw>

Plan zuzendariak eta erakundeetako dokumentuak

Eusko Jaurlaritza

Garapenerako Lankidetzaren III. Gida Plana

Garapenerako Lankidetzaren IV. Gida Plana (2018-2021)

Arabako Foru Aldundia

ESKUTIK. Arabako Foru Aldundiaren Elkartasun eta Lankidetzaren Politiken Esparru Agiria 2016-2019

Bizkaiko Foru Aldundia

III Plan Director de la Cooperación de Bizkaia 2017-2020

Gipuzkoako Foru Aldundia

Gipuzkoako Foru Aldundiaren garapenerako lankidetzaren jarduteko esparru estrategikoa

Gipuzkoako Foru Aldundiaren Garapenerako Lankidetzaren Gida Plana 2021-2030

Bilboko Udala

Bilboko Udalaren Garapenerako Lankidetzaren III. Plan Zuzentzailea (2016-2020)

Donostiako Udala

Donostiako Udalaren Lankidetzaren eta Gizarte Eraldaketarako Hezkuntza Plan Zuzendaria 2017-2019

Donostiako Udalaren Lankidetzaren eta Gizarte Eraldaketarako Hezkuntzako IV. Plan Zuzendaria 2021-2024

Gasteizko Udala

Garapenerako Lankidetzaren Gida-Plana 2016-2019

Osasunaren Munduko Erakundea

Konstituzioa (2022/04/24): <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Garapenerako Nazio Batuen Programa

Giza Garapenaren Txostena 1990 (2022/05/26): <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1990escompletonostatspdf.pdf>

I. ERANSKINA

3. HELBURUA: OSASUNA ETA ONGIZATEA

Jomugak:

3.1 2030erako, amen heriotza-tasa munduan 70etik beherakoa izatea bizirik jaiotako 100.000 biztanleko.

3.2 2030erako, jaioberrien eta 5 urtetik beherako haurren heriotza saihegarrii amaiera ematea; horrela, herrialde guztiek ahaleginak egingo dituzte jaioberrien heriotza-tasa gutxienez 12ra jaisteko bizirik jaiotako 1.000 umeko, eta 5 urtetik beherako haurren heriotza-tasa gutxienez 25era jaisteko bizirik jaiotako 1.000 umeko.

3.3 2030erako, HIESaren, tuberkulosiaren, malariaren eta arretarik gabeko gaixotasun tropikalen epidemiei amaiera ematea, eta hepatitisari, urak kutsatutako gaixotasunei eta beste gaixotasun kutsakor batzuei aurre egitea.

3.4 2030erako, heren bat murriztea transmititu ezin diren gaixotasunengatiko heriotza goiztiarra, prebentzioaren eta tratamenduaren bidez, eta osasun mentala eta ongizatea sustatzea.

3.5 Substantzia adiktiboen abusuaren prebentzioa eta tratamendua indartzea, estupefazianteen erabilera desagokoa eta alkoholaren kontsumo kaltegarria barne.

3.6 Munduan trafiko-istripuek eragindako heriotzen eta lesioen kopurua erdira murriztea 2020rako.

3.7 2030erako, sexu- eta ugalketa-osasuneko zerbitzuetarako sarbide unibertsala bermatzea, familiaren plangintza, informazioa eta hezkuntza barne, eta ugalketa-osasuna estrategia eta programa nazionaletan integratzea.

3.8 Osasun-estaldura unibertsala lortzea, bereziki finantza-arriskuen aurka babestuz, kalitatezko funtsezko osasun-zerbitzuetarako sarbidea eta sendagai eta txerto seguruak, eraginkorrak, eskuragarriak eta kalitatezkoak guztiontzat eskuragarri izatea.

3.9 2030erako, produktu kimiko arriskutsuek eta airearen, uraren eta lurzoruaren kutsadurak eragindako heriotzen eta gaixotasunen kopurua nabarmen murriztea.

3.a Osasunaren Mundu Erakundearen herrialde guztietan tabakoa kontrolatzeko esparru-hitzarmenaren aplikazioa indartzea, dagokionaren arabera.

3.b Gaixotasun kutsakor eta ez-kutsakorretarako txertoak eta sendagaiak ikertu eta garatzeko jarduerak babestea, batez ere garapen bidean dauden herrialdeei eragiten dietenak, eta sendagaiak eta oinarritzko txerto eskuragarriak eskuratzea erraztea, MJIE (Merkataritzarekin lotutako jabetza intelektualaren eskubideak) eta Osasun Publikoari buruzko akordioari eutsiz -Dohako Adierazpena- eta, bereziki, botikak guztientzako eskuragarri eginez.

3.c Garapen-bidean dauden herrialdeetako osasun-langileen kontratazioa, garapena, gaikuntza eta atxikipena nabarmen handitzea, batez ere gutxien aurreratutako herrialdeetan eta garatzen ari diren uharte-estatu txikietan.

3.d Herrialde guztien gaitasuna indartzea, batez ere garapen bidean dauden herrialdeena, alerta goiztiarrari, arriskuen murrizketari eta nazioko eta munduko osasunerako arriskuen kudeaketari dagokienez.

II. ERANSKINA

GGKE	Ordaindutakoa (€)	Proiektu kopurua
Asociación Medicus Mundi Bizkaia	2.415.783,60 €	22
Asociación de Amigos y Amigas de la RASD de Álava/Arabako SEADaren lagunak elkarrekin	2.053.686,11 €	17
Asociación Medicus Mundi Guipuzkoa	2.014.335,67 €	14
Asociación Medicus Mundi Alava	1.712.080,65 €	32
Farmacéuticos Mundi (Farmamundi)	1.447.152,04 €	19
Fundación Paz y Solidaridad de Euskadi	1.210.787,16 €	13
Asociación Comité español de la UNRWA	1.209.928,38 €	5
Médicos del Mundo	1.039.869,20 €	19
Asociación Servicio de Solidaridad San Viator de Euskalherria - SERSO	859.697,50 €	23
Asociación Mundu Bakean	771.420,39 €	12
Asociación Lumaltik Herriak por la Cooperación y el Desarrollo entre los Pueblos	548.047,72 €	11
Asociación Paz con Dignidad	503.934,82 €	8
Nazioarteko Elkartasuna - Solidaridad Internacional	481.923,02 €	19
Manos Unidas - Comité Católico de la Campaña contra el Hambre en el Mundo	455.260,69 €	5
Asociación Colombia - Euskadi	359.049,42 €	9
Fundación Alboan	353.845,87 €	10
Ingeniería para la Cooperación - Lankidetzarako Ingeniaritza (I.C.-L.I.)	312.178,05 €	7
Asociación Ingeniería sin Fronteras del País Vasco / Euskal Herriko Mugarik Gabeko Ingeniaritza (ISFPV / EHMGI)	265.998,41 €	8
Fundación Ayuda en Acción	257.840,01 €	3
Fundación ADSIS	245.071,56 €	6
Calcuta Ondoan ONGD	240.000,00 €	5
Fundación Mundubat - Mundubat Fundazioa	203.853,38 €	15
Edex Centro de Recursos Comunitarios	199.014,00 €	7
Fundación Privada Ulls del Mon	195.915,87 €	10
KCD, Kultura, Communication y Desarrollo	191.301,85 €	4
Casa hermanas hospitalarias Aita Menni	187.927,39 €	5
Asociación Emigrad@s Sin Fronteras	184.011,39 €	5
Asociación Africanista Manuel Iradier	159.262,77 €	5
Asociación COOPERA - Cooperación Vasca al Desarrollo	139.422,95 €	3
Fundación Etiopía/utopia Fundazioa Tikal	124.404,67 €	5
Fundación PROCLADE YANAPAY	120.000,00 €	2
Cruz Roja en Gipuzkoa	120.000,00 €	3
Fundación Innovación Social de la Cultura, F.I.S.C. / Kulturaren Sozial Berrikuntza Erakundea, K.S.B.E.	119.935,15 €	3
Mundukide fundazioa	114.986,40 €	3
Fundación PROYDE-PROEGA Promoción y Desarrollo-Promozioa eta Garapena tercer Mundo	111.073,56 €	3
SOLIVE Asociación Solidaridad Vedruna	100.000,00 €	3
Asamblea de Cooperación Por la Paz	100.000,00 €	5
Fundación Tierra de Hombres-España	97.812,29 €	2
España con ACNUR	80.000,00 €	1
Asociación ACNUR. Euskal Batzordea Giza Ekintza Programa - Programa de Acción Humanitaria	70.000,00 €	1
Asociación Setem Hego Haizea	69.943,32 €	2
Fundación Anesvad	53.711,89 €	3
Asociación por el Derecho a la Salud - Osalde	45.027,24 €	2
Asociación de Asistencia a la Ancianidad Desamparada Camino a Orillas del Lago	44.648,49 €	6
Unión y Apoyo del hablante del pular HAALY PULAR	40.000,00 €	4
Fundación Vicente Ferrer	39.869,88 €	4
Asociación Músicos Solidarios sin Fronteras	39.628,79 €	3
Arquitectura Sin Fronteras España (ASFE)	31.184,21 €	1
Asociación Amigos y Amigas de la R.A.S.D./ S.E.A.D.en Lagunen Elkarrekin - Gipuzkoa	27.500,00 €	16
Asociación para la mejora de las poblaciones desfavorecidas JAMBO CONGO	20.000,00 €	4
Instituto Mercedarias Misioneras de Berriz	20.000,00 €	1
Asociación de cooperación al desarrollo de apoyo al pueblo nepalí Samsara	15.000,00 €	2
Asociación Cubano Vasca "Desembarco del Granma"	14.707,00 €	1
Cruz Roja Española	10.000,00 €	2
Fundación Jóvenes y Desarrollo	7.561,76 €	3
Maiatzak 20	3.000,00 €	1
Fundación Itaka - Escolapios Itaka Eskolapioak Fundazioa	- €	1
Mugarik Gabe, Organización No Gubernamental de Cooperación al Desarrollo	- €	1
Fundación Mirada Solidaria - Begirada Lagunkidea Fundazioa	- €	1
Guztira	21.858.594,52 €	410