

Osagaiz

Osasun-zientzien aldizkaria



7. bolumena

1. ale berezia

2023ko apirila

ISSN 2530-9412

LG: BI-2101-2017

OEEren XXXII. OSASUN BILTZARRA

Osasunaren
sustapena
guztion ardura

2023ko
Apirilak 21/22
Donostia



www.osagaiz.eus

Batzorde Zientifikoa eta Antolatzailea

Osasungoa Euskalduntzeko Erakundea

Euskal Herriko Unibertsitatea

Agurtzane Mujika

Josune Zubeldia

Nagore Arizaga

Naia Hernantes

Itxaso Mugika

Ainhoa Oñatibia

Maria Jose Alberdi

Mari Jose Uranga

Udane Elordi

Maite Estevan

Itxaro Perez

Haritz Arrieta

Karlos Iburguren

Xabier Huitzi

Beatriz Pereda

Jesus Rubio

Jabier Agirre

Laguntzaileak

Gipuzkoako Foru Aldundia

Etorkizuna Orain

Donostiako Udala

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala

Gipuzkoako Farmazialarien Elkargo Ofiziala

Gipuzkoako Erizaintza Elkargo Ofiziala

Osakidetza

Argitalpen-data

2023ko apirilaren 21ean

Aurkibidea

Editoriala	5
Egitaraua	7
Sarrera hitzaldia	9
Mahai-inguruak.....	17
Lehenengo mahai-ingurua	17
Bigarren mahai-ingurua.....	30
Hirugarren mahai-ingurua.....	37
Ahozko komunikazioak	62
Posterrak.....	85
Tailerrak	87
Aurkibide osoa	92
Egileen aurkibidea.....	94

Editoriala

Asko dira gaur egun gure gizartean aurre egin beharreko erronkak. Ugariak eta konplexuak. Pandemiak ere agerian utzi dizkigu hainbat gabezia, lehendik bazirenak eta sortu diren berriak. Osasuna da horien artean guztion ahotan dabilena. Osasuna ala osasun-sistema? Nor da noren beharretara jartzen dena?

Osasuna osasun-sistemaz haratago doa. Osasun profesionalak eta osasun-zerbitzuetan lan egiten duten langile guztiak dira ezinbesteko osasunaren sustapenerako, baina ez nahikoa. Jaio, hazi, lan egin, eta bizi garen tokietako ezaugarriek eta baldintzek determinatzen dute gure osasuna. Beharrak anitzak izan daitezke, eta horien banaketan ere alde nabarmenak hauteman daitezke gizarte determinatzaileen baitan.

Horiek guztiak ezagutu, aztertu eta beren bueltan lan egiteko ezinbestekoa da beraz eragile ezberdinen parte hartzea eta euren arteko lankidetzeta. Politika publikoak pertsonen osasunaren determinatzaile nagusi gisa identifikatu dira. Hori dela eta, osasuna hobetzeak politika horietan ere arreta jartzea dakar, eta politika horiek formulatzean gizartean diharduten sektore eta erakunde guztiek, osasun-sektoreaz gain, osasuna erraztuko duten inguruneak sortzeko konpromisoa izatea.

Hori guztia abiapuntutzat hartuta, Osasungoa Euskalduntzeko Erakundearen (OEE) 2023 urteko biltzarrerako hiru mahai-inguru eta lau tailer antolatu dira. Mahai-inguruetako hizlariak hainbat proiektu eta esperientzia aurkeztuko dituzte eta tailerrek, berriz, osasun-sustapenerako tresna eta abileziak garatzeko balioko dute. Komunikazio eta posterren bitartez ere izango da aukera ekarpen gehiago ezagutzeko. Aurkeztutakoen inguruan guztion parte hartze eta eztabaidarako espazioa sortu nahi da. Biltzarra zuekin guztiokin garatu nahi da, osasunaren sustapenean ere guztiok daukagulako ardura.

Batzorde Zientifiko eta Antolatzailea

OEEren XXXII. OSASUN BILTZARRA

Osasunaren
sustapena
guztion ardura

2023ko
Apirilak 21/22
Donostia



  
MEZULANZAK,
FARMAZIA,
FISIOTERAPIA,
FARMACOLOGIA
Y ENFERMERIA

 OSASUNDA
ERKALDUNTZERKO
ERAKUNDA

EGITARAUA

Ostirala, apirilak 21

9:15 Ongietorria

9:45 Sarrerako hitzaldia: Maria Jose Alberdi Erice. Osasun Sustapena

10:15 **Mahai-ingurua: Tokiko osasuna sustatzeko elkarlana: Auzozaintza programa publiko-komunitarioa**

XABIER LERTXUNDI Hernaniko alkatea
ALAZNE CORRAL Zabalduz Kooperatibako partaidea
AMAIA MAQUIBAR EHUKo Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea
Moderatzailea: NAIA HERNANTES

11:45 Atsedenaldia

12:30 **Ahozko komunikazioak eta tailerrak**

Moderatzailea: Felix Zubia

Tailerra-A: Ariketa fisikoa 3^o adineko pertsonetan
AGEING ON TALDEA, NAGORE ARIZAGA, HARITZ ARRIETA, ITXASO MUGICA eta
ITXARO PEREZ, EHUKo Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea

Tailerra-B: Elikadura eta osasunaren sustapena
ELIKA ESKOLA eta ELI GALLEGO

16:00 **Mahai-ingurua: Osasuna sustatzeko modu ezberdinak**

ESTIBALIZ GOIENETXEA SOTO Gipuzkoako farmazialarien elkargoko zuzendari
teknikoa eta Feuseko batzorkidea
BEGOÑA BELARRA TELLECHEA Osakidetza
SORKUNDE JACA MIRANDA Erizaina. Donostiako Udaleko Osasuna Sustatzeko
teknikaria
AITZIBER AIERBE Familia eta Komunitate Medikua
Moderatzailea: AINHOA OÑATIBIA

18:15 **OEEren Batzar Nagusia**

Egitaraua

Larunbata, apirilak 22

9:00 Mahai-ingurua: Desberdintasun-ardatzak

NEREA ALVAREZ ARRUTI Nafarroako Osasun Publikoaren eta Lan Osasunaren Institutua

ZAIRA DAFONTE Donostiako Ospitalea

MARIA DAVILA MONZON Otxarkoagako Osasun Zentroko emagina

SARA OLARRIAGA ARRAZOLA Basauriko presondegiko medikua

Koordinatzailea: JOSUNE ZUBELDIA

11:00 Atsedenaldia

11:30 Ahozko komunikazioak eta tailerrak

Moderatzailea: NAGORE ARIZAGA

Tailerra-A: Bakardadearen bidelagunak

AINTZANE IRIBAR eta GARAZI SOLIS Gizarte-hezitzaileak

Tailerra-B: Mindfulness, autozaintza eta autoerukia

IZASKUN ANDONEGI GOIKOETXEA Bidegi Fundazioko erizaina

13:00 Itxiera ekitaldia: NEREA ARRIOLA

Osasuna sustatzea, bizitza eta osasun-maila egokia lortzeko bidean

Promotion of health in the path towards appropriate standards of health and living

Maria Jose Alberdi

mariajose.alberdi@ehu.eus

1. Azalpena

Osasuna sustatzearen esparrua sakontzeak, berarekin erlazionatuta dauden hainbat kontzeptu deskribatzera eramaten gaitu.

Lehenik eta behin, **OSASUNA**ren kontzeptua. Osasuna sustatu nahi bada, jakin beharko da zer den sustatu nahi den hori, hau da zer ulertzen den osasunari buruz. Dakigun bezala, osasunaren esanahia aldatu egin da denborak aurrera egin ahala; definizio asko egon dira (eta erabili dira) historian zehar, eta ezinezkoa izan da definizio bakar bat adostea (1, 2, 3, 4):

- XIX. mendean eta XX. mende-hasieran, eredu biologistak osasuna gaixotasunik eza bezala ulertzen zuen, ez ziren gaur egun onartzen diren beste alderdi batzuk kontuan hartzen. Honen adibide da 1937. urteko Lericheren definizioa: Osasuna gaixotasun eza da, organoen isiltasuna. Eredu horren ikuspegia guztiz sendagarria zen eta ez prebentziozkoa eta are gutxiago osasuna sustatzearen aldekoa.
- Aurrerago, 1946an, Osasunaren Munduko Erakundeak (OME), pertsonaren dimentsio ezberdinak kontenplatu zituen osasunaren kontzeptuan: erabateko ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera, eta ez gaixotasunik edo ezintasunik eza bakarrik.
- Dubos-ek (1967. urtea) osasunari ikuspuntu objektiboa eta egokitzapenarena txertatu zizkion: osasuna ingurunera egokitzeko egoera eta ingurune horretan baldintza onenetan funtzionatzeko gaitasuna da.
- Matarazok (1980. urtea), bizi-ohituren garrantzia barneratu zuen definizioan: osasuna portaerazkoa da, eta pertsonen jarrerak garrantzia dute haien osasunaren aurrean.
- Kontzeptua garatzen joan da geroztik “eskubide unibertsal eta esperientzia dinamiko, subjektibo eta indibidual gisa definitzen duena”, adibidez.
- The Health Foundation-ek (2018), biztanleriaren osasuna eta ongizatea, pertsonak beren ingurunean duten ongizate sozial, emozional eta kulturala ere badirela azpimarratzen du. Ingurune horretan, pertsona bakoitzak gizaki gisa duen potentzial handiena lortzeko gai izatearekin eta komunitate osoaren ongizateari laguntzeko gai izatearekin lotzen du.

Aipatutako definizio horiek, osasun-zientzia eta osasun-zerbitzuen testuinguruan emandakoak dira. Baina kontuan hartu beharrekoak dira ere, beste eremuetan erabili izan direnak eta erabiltzen direnak, esaterako, soziologian, ekonomian, antropologian edo filosofian (1). Gainera, interpretazio hauei gehitu behar zaie, herritarrek, guk guztiok, gure egunerokotasunean, osasunaren kontzeptuaz ulertzen dugun hori. Biztanleek duten osasun-kontzeptua, beren lehenetsunezko premiak asetzearekin lotua dago, eta adinaren, sexuaren eta egoera pertsonalaren arabera da, talde edo kolektibo ezberdinetan desberdintasunak agerian utziz. Hau horrela, adibidez, umeek jolastearekin lotuko dute osasunaren kontzeptua; nerabeek edertasuna eta dibertsioarekin; adineko pertsonak

Maria Jose Alberdi

mina ez izatearekin eta familiaren babesarekin; eta etorkinek, diruarekin, lana izatearekin edota, duintasunarekin (5). Horretaz jabetzea, hau da testuinguru teorikoez gain, herritarrek maneiatzen dituzten kontzeptuak aztertzea interesgarria eta ezinbestekoa da osasuna bultzatzearen saiakeran dauden agente eta instituzioentzat.

Beraz, osasuna, baliabide bezala eta ez helburu gisa ulertu beharko genuke, baliabide historikoa, soziala, kulturala, subjektiboa eta aldakorra dena, garaiaren, kulturaren eta biztanleriaren bizibaldintzen arabera (3).

Nahiz eta paperean oso ongi eta erraz idatzita gelditzen diren definizioak, jakin badakigu, definizio hauen atzean ideiak, ideologiak, interesak, prozesu konplexuak egon badaudela eta honek guztiak zaildu egiten duela, lehen esan bezala, osasunaren kontzeptuaren inguruko adostasun batera irixtea.

Baina, garrantzitsua eta beharrezkoa da osasunaren hausnarketa honekin jarraitzea eta hausnarketa hau zabaltzea eta partekatzea.

Bestetik, 70. hamarkadaren amaieran, Aaron Antonovsky mediku eta soziologoak erabili zuen **SALUTOGENESI** terminoa. Salutogenesiaren esanahia, etimologikoki, osasunaren jatorria da eta Aaronek, ahalegin edo saiakera honekin bultzatu nahi izan zuen terminoa (4, 6):

- Patogenizitatean zentratu gabeko ikuspegi positiboagoa sustatzea. Hau da, sendatzeaz gain, osasun-eta ongizate-maila ona bilatzea pertsonaren dimentsio fisikoan, psikikoan eta sozialean.

- Osasuna sortzen duen horretatik begiratzea. Hau da, gure bizi-garapenean pertsonen on egiten eta laguntzen diguten faktoreak aurkitzea, horrek errazten duelako pertsonen, familiek eta komunitateek beren osasunaren gaineko kontrola areagotzea eta hobetzea. Honi guztiari gaur egun osasunaren aktiboak esaten diogu.

OSASUN-AKTIBOAK, pertsonen, komunitateen eta biztanleen osasuna eta ongizatea mantentzeko duten gaitasuna indartzen duen edozein faktore edo baliabide dira (gaitasunak, emozioak, sare sozialak, parkeak, ospitaleak, liburutegiak...) (6). Kiroldegi bat baliabidea da, baina inork baliabide hori elkartzeko, sozializatzeko eta parte hartzeko erabiltzen badu, edo bere ariketa fisikoa edo kirol-beharrak asetzeko, osasunerako aktibotzat hartuko da.

Osasun-aktiboak, McKnight et al. sailkatu zuten bezala, honako maila edo kategoriatan bana daitezke (3, 7):

- Pertsonen aktiboak, norbanakoek komunitatea hobetzeko egiten dutena, hau da, trebetasunak, ezagutzak, denbora, interesak eta abar.
- Elkarteen aktiboak, hala talde formalak nola informalak, gazte-elkarreak, auzokideenak, adinekoenak, etab.
- Erakundeen aktiboak. Toki-mailako erakundeek ematen dituzten zerbitzuak biltzen ditu, bai zerbitzuak ematen dituzten pertsonen, bai haien espazio fisikoak. Adibidez, gizarte-zerbitzuak, ikastetxeak, osasun-zentroak, udaltzaingoa, etab.
- Aktibo fisikoak, paseatzeko edo kirola egiteko gune berdeak, eraikinak, garraioak, eskola, etab.
- Aktibo ekonomikoak, hala nola negozioak, enpresak, tokiko saltokiak, etab.
- Aktibo kulturalak: musika, antzerkia, zinema, liburutegia, etab.

Aktiboak pertsonalak dira, hau da, pertsona batentzat osasuna sor dezake aktibo batek eta beste batentzat agian ez du sortuko.

Salutogenesia eta osasun-aktiboak, beraz, bizitza osasungarria garatzeko baldintza zehatzak sortuz edo erraztuz bizi-kalitatea eta ongizatea hobetzea litzateke. Helburua, osasuna sortzen duten eta pertsonen bizi-kalitatea hobetzen duten aukera erabilgarri buruz hausnartzea da (8, 9).

Horregatik, salutogenesia eta osasun-aktiboak lotuta daude zuzen-zuzenean **OSASUNA SUSTATZEA**

terminoarekin, hau da, pertsonak beren osasunaren gaineko kontrola areagotzea ahalbidetzen duen prozesuarekin, hura (osasuna) hobetzeko (10). Osasuna sustatzeak pertsonen *trebetasunak eta gaitasunak* areagotzeko ekintzei egiten die erreferentzia, baita *gizarte-, ingurumen- eta ekonomia-baldintzak* eraldatzeko ekintzei ere, pertsonari *osasun-baldintzatzaileen* gaineko kontrola zabaltzeko aukera emanez.

Beraz, atal hauetaz hitz egitea ezinbestekoa da:

Pertsonen *trebetasunak eta gaitasunak* areagotzeko modu bat haien alfabetizazioaren eta osasunerako hezkuntzaren bidez esku-hartzeak burutzea da. Honek eramaten gaitu esatera osasuna sustatzeak **SOZIALIZAZIOA**rekin zerikusia duela. Garapen horren helburua da pertsonak beren osasuna gehiago kontrolatzea eta aukerarik osasungarrienak identifikatzeko gaitasuna izatea. Hau da, gizartea ahalduntzea.

Honek osasun-hezkuntza kontzeptu interesgarrian gelditzera eramaten du. **OSASUN- HEZKUNTZA** tresna egokia da informazioa ondo komunikatzeko eta trebetasun pertsonalak garatzeko, gizartea formatzeko (11).

OMEren arabera, osasun-hezkuntzak kontzienteki sortutako ikaskuntza-aukerak biltzen ditu, eta horiek osasun-alfabetatzea hobetzera bideratutako komunikazio-modu bat dira, biztanleriak osasunari buruz duen ezagutza hobetzea eta norbanakoaren eta komunitatearen osasunera eramango duten trebetasun pertsonalak garatzea barne (11). Osasun Hezkuntzaren inguruan, apunte batzuk:

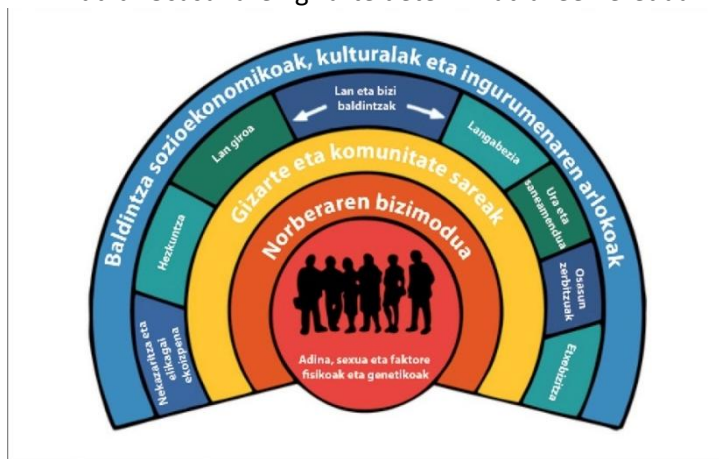
- ✓ Informazioa transmititzea eta gizartea hezitzea/formatzea ez dira gauza bera.
- ✓ Osasun-hezkuntzak, ikaskuntza-prozesu gisa, hiru elementu biltzen ditu: trukutzen den informazioa, informazio horrek eragiten duen emozioa eta ezagutza berria edo prozesuaren ondoriozko portaera-aldaketak sortzea.
- ✓ Osasun-hezkuntza dagoeneko ezarrita dauden jokabideak aldatzeko ahalegina da.
- ✓ Osasun-hezkuntza ahalduntzeko tresna gisa erabiliko dugu baina baita komunitate-lanerako tresna gisa aprobeitza dezakegu.

Bestetik, lehen esan bezala, osasuna sustatzeak *gizarte-, ingurumen- eta ekonomia-baldintzak* eraldatzeko ekintzei egiten die erreferentzia. **OSASUNAREN BALDINTZATZAILEAK** gizartearen osasun-egoera zehazten duten faktore pertsonalak, sozialak, politikoak eta ingurumenekoak dira (11, 12). Hainbat eredu garatu dira baldintzatzaile horiek biztanleriaren osasunean nola eragiten duten adierazteko (11, 13-16):

- Eragin eta hedapen handieneko eredu bat Laframboisek proposatu eta Lalonde-ko txostenean garatu zena izan zen (Lalonde-ren ereduaren deitzen dena, 1974). Eredu honetan, osasunaren determinatzaileak lau talde handitan sailkatu ziren: giza biologia (% 25), ingurumena (% 15), bizi-estiloak/jokabideak (% 50) eta osasun-sistema (% 10).
- Urte batzuk geroago, 1991n, Dahlgrenek eta Whiteheadek beste eredu osoago bat proposatu zuten. Bertan, osasunaren determinatzaileak geruzatan banatzen dira, barnekoenetik kanpokoenera, guztiak maila ezberdinen artean elkar eraginez.

Eredu honen erdian pertsona dago, eta osasunari eragiten dioten faktore konstituzional aldaezinak ere. Bere inguruan, aldatu daitezkeen determinatzaileak, pertsonaren bizimoduak. Hurrengo geruza ingurunearen determinatzaileak osatzen dute. Azkenik, kanpoko geruzan, determinatzaile zabalenak daude: bizi- eta lan-baldintzak, elikadura, oinarrizko zerbitzuetarako sarbidea, baldintza sozioekonomikoak, kulturalak eta ingurumenekoak.

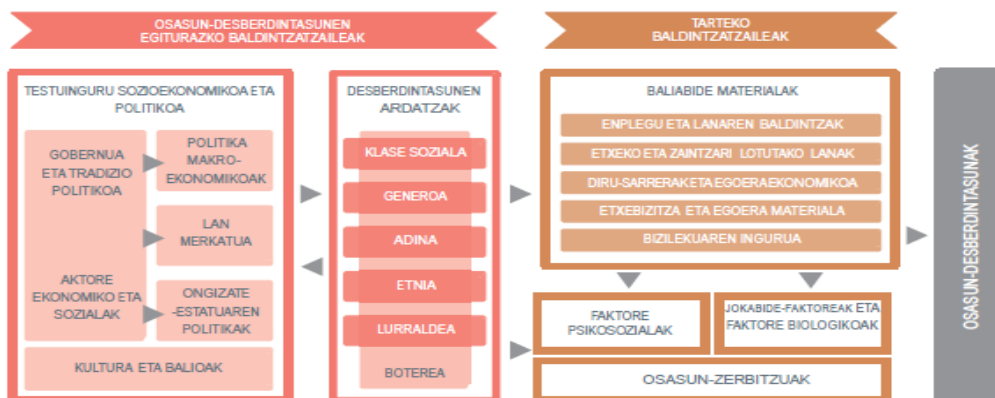
1. irudia. Osasunaren gizarte determinatzaileen eredua.



Iturria: Dalhgren G, Whitehead, 1991.

- 2010. urtean, Osasunaren Gizarte Desberdintasunak Murrizteko Espainiako Batzordeak osasun-arloko desberdintasun sozialen determinatzaileei buruzko eredu berri bat planteatzen duen dokumentu bat egin zuen.

2. irudia. Osasunaren Gizarte Desberdintasunak Murrizteko Espainiako Batzordea, 2010.



Eredu honek erakusten du testuinguru sozioekonomikoaren eta politikoaren ezaugarriek, politika makroekonomikoak, sozialak eta sanitarioak barne, eta kultura- eta gizarte-balioek eta -arauek nola eragiten duten osasun-arloko desberdintasunen egiturazko determinatzaile gisa. Faktore horiek eragina dute pertsonen gizarte-hierarkian hartzen duten posizioan, diru-sarreraren, hezkuntzaren, okupazioaren, sexuaren eta abarren arabera, eta tarteko faktoreen banaketan desberdintasunak baldintzatzen dituzte, hala nola bizi-baldintza materialak, faktore psikosozialak eta bizi-ohiturak, zeinak, aldi berean, emaitza desberdinak eragiten baitituzte osasunaren eta ongizatean.

Eredu horien guztien garapenera esker, alde batetik, biztanleriaren osasuna, gizarte-determinatzaile batzuekin lotuta dagoela azaldu da, hau da, pertsonak jaio, hazi, bizi, lan egin eta zahartzen diren zirkunstantziakin. Horiek guztiek gaixotasuna eragiten duten baldintzen % 75eko pisua dutela adierazi da (2). Eta honek lotura dauka Rafa Cofiñok askotan esaten duen honekin: *es más importante el código postal que el código genético* (16). Bestetik, eredu horien arabera, ohitura osasungarriak eta bizimoduak ez dira jokabide independenteen ondorio. Hau da, gizarte-sare jakin baten barruan daude eta, beraz, hezkuntza-estrategiek eta Osasun Heziketan aldaketak egiteko helburuek jokabide-multzora eta horiek garatzen diren testuinguruetara jo beharko dute. Zaila da jokabidea aldatzea, baldin eta, aldi berean, gainerako faktoreetan aldaketa egokiak sustatzen ez badira (11). Eta azkenik, osasunaren baldintzatzaileek aukera ematen die gizartearen ongizatean/osasunaren interesa duten diziplina guztiei (17).



Honengatik esaten da gizartearen osasun-egoeraren aldaketak eta osasun-desberdintasunak, neurri handi batean, sektore ezberdinen politikek eragiten dituztela (etxebizitza, hezkuntza, ingurumena, garraioa, enplegua, ogasuna, nekazaritza, etab.) eta ondorioz osasuna sustatzea **PROZESU POLITIKO** bat dela, eta, horren bidez, bizi-baldintzen eta osasun-ekitatearen gainean lan egitera bideratu behar dituela bere ahaleginak (2).

Izaera politiko hau ez da berria, 1986ko Otawako Gutunean finkatu zen. Gutun horrek erreakzio formala ekarri zuen ikuspegi biomedikoegia, indibidualistegia eta bizimoduetan oso zentratua zuen osasun publikoaren aurrean. Gutun honetan osasuna sustatzearen ekintza-arlo nagusiak ezarri ziren, eta horien artean politika publiko osasungarriak egitea nabarmendu zen (2). Ondoren ospatu diren mundu konferentziek, Adelaidan (1988), Sundsvallen (1991), Jakartan (1997), Mexikon (2000), Bangkok (2005), Nairob (2009), Helsinkin (2013) eta Shanghain (2016) egin direnak, politika publiko osasungarriak egitean azpimarratzen jarraitu dute eta, osasuna bultzatzen duten giroak sortzean eta trebetasun pertsonalak zein gizarte-trebetasunak garatzean eta indartzean (2, 18), lehenago aboratu dugun ahalduntze horretan.

Puntu honetara iritsi eta gero eta behin osasuna sustatzearen oinarrizko kontzeptuak edo kontzeptu nagusiak aboratu ondoren, horiek guztiak **NOREN ESKU** dauden galderara eramaten gaitu. Nor da osasunaren arduraduna?, eta osasuna sustatzearena?

Osasun-determinatzaileen edozein eredu teorikori erreparatzen badiogu, osasun-sistemaren ekintza-gaitasuna mugatua da soilik. Garrantzitsua, bai, beharrezkoa ere, baina ez nahikoa. Lehen aipatutako Ottawako Gutunak, jada esaten zuen osasun-sektoreak ezin dituela bere kabuz osasunerako beharrezkoak diren baldintzak eman. Osasuna sustatzeak inplikaturako guztien ekintza koordinatua eskatzen du: gobernuak, osasun-sektoreak eta beste sektore sozial eta ekonomiko batzuk, ongintzako erakundeak, tokiko agintariak, industria, komunikabideak..., eta nola ez, komunitatea bera (19). Osasunean eragin positiboa duten ekintzak garatzeko eta ezartzeko modu eraginkor bakarra komunitatearekin lan egitea da, bertan bizi diren kideekin elkarlan eginez, koalizioak eta hitzarmenak sortuz, auzolanean. Horrelako parte-hartze prozesuek aukera hirukoitza ematen dute: batetik, osasun komunitarioa lantzeko uneak dira; bestetik, ongizatea sustatzen duten inguruneak diseinatzeko tresna; eta azkenik, zerbait emateaz eta zerbait jasotzeaz gain, prozesuan parte hartzen duen pertsonak edo taldeak zerbaiten parte dela senti dezake (17).

Beraz, galderari erantzunez, osasuna sustatzea guztion eskudagoela esan daiteke. Horregatik, aurtengo OEEren Biltzar honen leloa *Osasunaren sustapena, guztion ardua* izan da. Eta honengatik ere, Biltzar honetan entzun eta ikusiko diren esperientziak, hauxe islatu nahi dute, esparru, sektore eta agente ezberdinak osasuna sustatzeko ahaleginean daudela.

2. Oztopoak

Baina, osasuna sustatzearen teoria hau guztia praktikara eramatean ezin da esan oztopo batzuekin aurkitzen ez garenik eta honek era berean hausnartzeko erronka interesgarri batzuk planteatzera eramaten gaitu. Nahiz eta **OZTOPO eta ERRONKA** hauek eremu askotan presente egon, jarraian *Osasun-zientzietako* graduetan eta *Osasun-sisteman* agerian dauden batzuk aipatuko dira:

OZTOPOA: oraindik oso barneratuta dago ikuspuntu sendagarria eta prebentiboa

ERRONKA: osasuna sustatzearen ikuspuntua gehiago txertatu behar da

Batzuetan nahasmen handia sortzen da osasuna sustatzea zer den eta zer ez den horren artean. Nahastu egiten ditugu prebentzio klinikoa eta osasuna sustatzea, edo osasuna sustatzea jokabide jakin batzuen gaineko jarduerarekin (eta aldaketarekin) soilik identifikatzen da. Bestetan, osasuna sustatzea nahasten da gaixotasun espezifikoak dituztenei edo/eta arrisku-faktoreak dituztenei informazioa ematearekin. Eta osasuna sustatzea gauza gehiago dira.

Unibertsitatean, osasun-zientzien adarreko titulazio gehienetan osasuna sustatzearen eta osasun-hezkuntzako prestakuntza urria da, garrantzi eskasa dute curriculumean, kreditu teoriko eta

Maria Jose Alberdi

praktikoari dagokionez. Ikasketa-planak, batez ere gaixotasun/sendatze-eredu batean oinarrituta daude.

Ezinbestekoa da ikasleak eta irakasleak osasuna sustatzeko ikuspegi aktibotik trebatzea, eredu hori graduiko ikasketa-planetan sartuta, prestakuntza-planetan zeharkako gaitasunak sustatuta, edo osasuna sustatzearen eta osasun-hezkuntzako irakasgaiak ardatz edo hautazko gisa hartuta (20).

OZTOPOA: osasun sailean mugitzen eta murgiltzen gara batez ere, ez dago dinamika komunitarioaren formakuntzarik ezta praktikarik.

ERRONKA: osasuna sustatzeak, osasun sailetik kanpo ateratzea eskatzen du eta komunitateetan dauden dinamika komunitarioetan parte hartu edo/eta dinamika komunitarioak bultzatzea

Osasun-zientzietako ikasketa-planak edo/eta osasun-sisteman osasun- profesionalak dauzkaten antolaketa-mekanismoek ez dute horrelako elkarrekintzarik errazten, eta osasuna sustatzeko egin beharreko ahaleginak ez dira nahikoak, hain asistentziala eta segregatua dagoen osasun-sistematan eta komunitateetan (6).

Komunitatean eta komunitatearekin lan egiteak tokiko osasun-guneetan lan egitea dakar, komunitatearen ongizatearen alde lan egiten duten beste baliabide eta pertsona batzuekin koordinatuta (6).

OZTOPOA: zaintzen den bezeroa batez ere paziente (gaixoa) da

ERRONKA: osasuna sustatzean pertsonak dira diana taldea

Paziente kontzeptua da erabiltzen dena gehienbat osasun-sistemaren bezeroez hitz egiten denean eta honek planteamendu murriztaileak egitera eramaten du. Aldiz, arreta *pertsonarengan* zentratzeak edo guk, irakasle gisa gure ikasleei pertsonetaz hezitzeak, ikuspegi biopsikosoziala hartzea dakar, hau da, pertsona bere osotasunean ikustea (18). Osasuna sustatzen denean komunitate batean bizi diren pertsonen zuzenduko zaio, etiketa sanitarioak erabili gabe.

OZTOPOA: osasun-arazoak / arrisku-faktoreak maneiatzen dira

ERRONKA: osasun-aktiboak / babes-faktoreak bultzatu beharko lirateke, gizarte- preskripzioa burutuz.

Hau da, asistentzia-kontsultetatik osasun-aktiboen gomendioa txertatzea, komunitateetan eskuragarri dauden baliabideak erabiliz. Aktiboen gomendioa prozesu bat da, eta, horren bidez, pertsona batzuek komunitateko baliabide/aktibo batzuk gomendatzen dizkiete beste batzuei, ongizatea hobetzeko baliagarriak izan daitezkeela adieraziz. Testuinguru sanitarioan, prozesu horren bidez, osasun-arloko profesional batek, harreman terapeutikoaren esparruan, kontsultara joaten den pertsonarekin batera identifikatzen eta hautatzen ditu bere komunitatean erabilgarri dauden osasun-aktiboak, bere osasuna hobetzeko onuragarriak izan daitezkeenak. Honi komunitateko aktiboen preskripzioa deitzen zaio (3, 7, 21).

OZTOPOA: gaixotasun-adierazleak erabiltzen dira osasunaren egoera azaltzeko

ERRONKA: osasun-adierazleak kontenplatu beharko genituzke erabiltzen diren estatistiketan

Osasuna sustatzeko emaitzen adierazleak *gaixotasuna, arazoa, defizita, arriskua, ezintasuna, erikortasuna* eta *hilkortasuna* dituzte ardatz. Nahiz eta egia den beharrezkoak direla, ezinbestekoa da horiek osatzea garapen pertsonala eta soziala kontuan hartzen duten beste dimentsio batzuen ebaluazioarekin, baita garapen hori baldintzatzen duten ingurune faktoreekin ere. Adibidez, adierazle hauek agian garatu eta erabili beharko lirateke: *aurre egiteko eta erresilientzia izateko gaitasuna, Identitatea, Independentzia, Autonomia, Baikortasuna, Autokontrola, Ahalduntzea, Autoeraginkortasuna, Familia- eta gizarte-laguntzako sarea, Aktiboak, Baliabide instituzionalak, Balio soziokulturalak, Bizi-baldintzak*, etab (18).

OZTOPOA: osasuna-osasun saila, gobernuaren organigraman sektore/sail bat gehiago da

ERRONKA: Osasuna Politika Guztietan leloak gobernuen organigramaren eredu berria ekarri beharko ote luke?



Gaur egungo gobernuen organigraman Osasun Saila beste sektoreen parean kokatuta gelditzen da. *Osasuna Politika Guztietan* asmoak hauxe esaten duen arren, “*Osasun-ongizatea eta -ekitatea hobetzeko politika publikoak diseinatzeko eta inplementatzeko, beste sektore batzuen inplikazio aktiboa behar da, prozesuaren urrats guztietan*”, lan egiteko modu horrek behar bada gobernuaren organigraman eredu berria pentsatzera eraman beharko luke, non agian, sektore bakoitzean, osasun-arloko azpisail bat egon beharko lukeen.

OZTOPOA: osasuna gastu gisa ulertzen da

ERRONKA: osasuna sustatzeak, gizartea eta komunitatea osasuntsua izatea dakar eta hau inbertsio gisa ulertu beharko zen.

Gizartea osasuntsua da, osasun sistemari gastu handia suposatzen ez dionean; enpresa batean lan-produktibitatea, lehiakortasuna eta absentismo-tasak onak direnean; eskola batean porrot egitearen tasak hobetzen direnean eta gazteek GMIa egokia dutenean. Komunitate bat osasuntsua da bertako biztanleek aire osasuntsua aireztatzen dutenean. Baita, mugikortasun osasuntsua bermatzeko, garraio publikoaren eskaintza egokia eta erabiltzeko joera dagoenean edota bizikletan alde batetik bestera mugitzeko aukera eta ohitura barneratuta dagoenean (18). Horrelako egoerak lortzen direnean, osasuna irabazten da, osasunean inbertitzen da.

3. Bibliografia

1. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didact Cienc Exp Soc*. [Internet]. 2012. [Kontsulta: 2022-11-28]; 26 (1): 161-175. Eskuragarri: <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
2. Hernantes N. Creación de capacidad para el abordaje intersectorial de la salud desde los gobiernos locales: un estudio de intervención. Tesis doctoral, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona, 2020.
3. Alberdi M.J, Rayón E, Martínez H. Promoting Health in a Rural Community in the Basque Country by Leveraging Health Assets Identified through a Community Health Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2022. [Kontsulta: 2022-11-28]; 19 (2): 627. Eskuragarri: <https://doi.org/10.3390/ijerph19020627>
4. Casado LR, Valls EM. Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enfermería Glob* [Internet]. 2014. [Kontsulta: 2022-11-28]; 13 (34): 384-394. Eskuragarri: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.165721>
5. Isla P, López C, Insa R. ¿Qué es la salud? *Rev ROL Enf*. 2008 Abe;31(12):18-26.
6. Hernán M, Blanco G.D, Llanes C.J, Cofiño R. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. Capítulo 1. *Form Médica Contin. FMC*. 2019, 26 (1), 1–9.
7. Sánchez L, Paredes J, López P, Morgan A. Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Index Enferm* [Internet]. 2017 [Kontsulta: 2022-11-28]; 26(3):180-184. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-
8. Rivera de los Santos F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2011. [Kontsulta: 2022-11-28]; 85(2): 129-139. Eskuragarri: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf
9. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Series monográficas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social [Internet]. 2010. [Kontsulta: 2022-11-28]; 51: 181. Eskuragarri: <http://hdl.handle.net/10668/2576>

Maria Jose Alberdi

10. World Health Organization. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: WHO. Glosario de promoción de la salud. Sección I: Lista de términos básicos. [Internet]. 1998. [Kontsulta: 2022-11-28]; Eskuragarri: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
11. Palmar A.M. Métodos educativos en salud. 2. Edizioa. Colección de Cuidados Avanzados. Barcelona: Elsevier; 2023.
12. Ben J. Smith, Kwok Cho Tang, Don Nutbeam. WHO Health Promotion Glossary: new terms, *Health Promotion International*. [Internet]. 2006. [Kontsulta: 2022-11-28]; 21 (4): 340–345. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033>
13. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
14. Mayenco N. ¿Enfermamos todos igual? Los determinantes de salud. Revista FUA [Internet]. [Kontsulta: 2022-11-28]; Eskuragarri: <http://www.revistafua.com/article/determinantes-de-salud/>
15. Caballero E, Moreno M, Sosa ME, Mitchell E, Vega M, Columbié LA. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Rev Infodir [Internet]. 2012. [Kontsulta: 2022-11-28]; 8(15). Eskuragarri: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd2012/ifd1215d.pdf>
16. Cofiño R. Los determinantes sociales y el bienestar de nuestra comunidad: Las narrativas de los barrios en nuestros cuerpos. Revista española de drogodependencias [Internet]. 2017. [Kontsulta: 2022-11-28]; 42(4): 66-78. eskuragarri: https://www.aesed.com/upload/files/vol-42/num-completos/v42n4_bloquecofino.pdf
17. Millor D. Comunidades que hacen ciudades. Ritmos comunitarios y posturas disciplinares para combatir retos urbanos complejos. Rev Rol Enferm. 2022 Urr 45 (10): 6-7.
18. López O, Canga N, Mujika A, Pardavila M.I, Belintxon, M, Serrano I., Pumar M.J. Cinco paradojas de la promoción de la salud. Gac Sanit [Internet]. 2017. [Kontsulta: 2022-11-28]; 31 (3): 269-272. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.011>
19. Pasarín M.I, Miller R, Segura A. Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. Aten Prim [Internet]. 2008. [Kontsulta: 2022-11-28]; 40(3):115-7. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1157%2F13116624>
20. Ruano L, Ballestar M.L. Incorporación de la promoción y educación para la salud en los planes de estudio de grado en Ciencias de la Salud de la Universitat de Valencia. FEM 2015; 18 (2): 149-153.
21. Pola-García M, Dominguez M, Gasch-Gallén A, Lou ML, Enríquez N, Benedé CB. Implementación de un protocolo de recomendación formal de activos para la salud en los equipos de atención primaria aragoneses. Aten Prim [Internet]. 2022. [Kontsulta: 2022-12-13]; 54(12):102496. Eskuragarri: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102496>

Lehenengo mahai-ingurua: Tokiko osasuna sustatzeko elkarlana: auzozaintza programa publiko-komunitarioa

Auzozaintza-programa: Hernaniko zaintza-sare publiko-komunitarioa

The Auzozaintza program for community care older adults: The public-community care for the elderly network in Hernani

Xabier Lertxundi⁽¹⁾ eta Zabalduz Kooperatiba⁽²⁾

Hernaniko Udala⁽¹⁾

Zabalduz GKE⁽²⁾

alkatetza@hernani.eus, zabalduz@zabalduz.eus

1. Zaintzen krisia eta bakardade ez hautatuak

Bizi-itxaropenaren handitzeak, gain-zahartze tasaren gorakadak, indibidualismorako joerak, lotura komunitarioaren galerak, familia-ereduen eraldaketak, emakumearen lan-munduratzek... eta bestelako gizarte transformazioek, aurrekaririk gabeko zaintzen krisi baten murgiltzea eragin dute. COVID 19ak ekarritako pandemia-egoerak eta itxialdiak gainera, krisi honen sakontzea bultzatu dute eta zaintzak antolatzeko bestelako eredu baten beharra agerian utzi dute; izan ere, zaintza-lanak egituratzeko ditugun moduak, zerbitzuak eta formak birpentsatu behar ditugu (Arrieta, 2022).

Historian zehar, zaintza, pertsonen ongizate fisiko, psikiko eta emozionala eskaintzarekin lotu da (Finch, 1989; Comas d'Argemiren, 2000; 188. or.). Hala ere, zaintzaz hitz egitean, ezinbestekoa da zaintzak ikuspegi zabalago batetik begiratu eta pertsona ororen bizitzetan duen inpaktuaz hitz egitea; izan ere, zaintzaz hitz egiten dugunean, kontuan izan beharreko lehen oinarria hurrengoa da: denok gara elkar mendeko. Bizitzako edozein momentutan aurkitu gaitezke beste pertsona baten laguntzaren beharrean, nahiz eta beharrak eta intentsitatea ezberdinak izan.

Nolanahi ere, kontuan izan behar da zaintzak ez duela gauza bera adierazten kasu guztietan (Saitua eta Sarasola, 1993:27); hain zuzen ere, desberdina da, haurrak eta nerabeak zaintzea edo adineko pertsona bat zaintzea; desberdina da adineko pertsona osasuntsu bat zaintzea, bere kabuz baliatzen dena, edo erabat besteen mende dagoena (Saitua eta Sarasola, 1993).

Goikoetxearen (2003) hitzetan, zaintza ez da soilik adineko pertsonen oinarrizko beharrak asetzeko zerbitzu eta esku-hartzeetara soilik mugatu behar. Horiek zaintzeko garaian, haiekiko dugun begirada lantzea ere oso garrantzitsua da. Tratu oneko harremanak sortu behar dira, aitortzearen eta estimuaren oinarrituta. Horrela, zaintzak harremanaren giza dimentsio bat hartzen du, non pertsonen erantzukizunean oinarritzen den, eta ez hainbeste adinekoen gabezia edo beharrezanekiko kezkan. Ondorioz, adinekoak bere bizi-proiektua duintasunez garatu ahal izatea sustatzen da.

Zaintzen krisi honek hainbat albo kalte eragin ditu. Besteak beste, hautazkoak ez diren bakardade egoeren gorakada. Munduko Osasun Erakundearen arabera, bakardade ez- hautatua adineko pertsonen osasunean modu negatiboan eragiten duen faktore nagusietako bat da; izan ere, narriadura fisikoa, kognitiboa eta emozionala bizkortzen ditu, tristura eta babesgabatasun-egoera batean murgiltzen gaitu, depresioa pairatzeko aukera handitzen du, eta, hauskortasuna handitzen du (osasunarekiko kontrol txikiagoa, tratamendua jarraitzeko zailtasunak, medikuarenganako bisita gehiago, ingresatzeko aukera handiagoa...). Honek, bakardade ez-hautatua azken urteetan, lehen

Hernaniko udala eta Zabalduz GEK

mailako gizarte-arazo bilakatzea eragin du.

Bakardade ez-hautatuaz hitz egitean, ordea, kontzeptuen arteko nahasketa bat ematen da maiz. Ondorioz, beharrezkotzat jo dugu bakardade ez-hautatuarekin lotura duen errealitate eta kontzeptuen gaineko hurbilpen teoriko bat egitea.

Lehenik eta behin, garrantzitsua da argitzea pertsona bat bakarrik bizitzeak edo jarduerak bakarrik egiteak ez duela esan nahi bakarrik sentitzen denik edo gizartean bakardadea pairatzen duenik. Era berean, ezin da baieztatu, norbaitekin bizi den eta komunitatean parte hartzen duen pertsona batek ezin duela bakarrik sentitu.

Askotan, hautatua ez den bakardadea eta isolamendu soziala, sinonimotzat hartzen ditugu. Halaber, esan genezake isolamendu sozialak harreman pertsonal estu gutxi edo bat ere ez izatea esan nahi duela; hau da, bakoitzaren sare sozialaren kantitatea eta kalitatea neurtzen du, errealitate objektibo bat izaki.

Bakardade ez-hautatua sentimendu subjektibo bat da, ordea. Gipuzkoako Foru Aldundiak eta Adinberrik martxan jarri berri duten Hariak strategiaren¹ baitan garatutako dokumentazioan, Santos-Olmo *et al.* (2008) autoreak horrela definitzen dute sentimendu hau: *pertsona jakin batzuek beste pertsonetikiko sentitzen duten kontaktu, konexio, komunikazio edo harremanen edo subjektu kolektiboekiko sentitzen duten lotura edo konpromisoaren gutxitze, mugatze edo gabezia nabarmeneko egoera* (Santos-Olmo *et al.*, 2008).

Goikoetxeak (2020) bere aldetik, honela desberdintzen ditu bakardade ez-hautatua eta isolamendu soziala: *bakardade ez-hautatua, beste pertsona batzuen konpainia ez hautematea, edo, pertsonak behar duenean, konfiantzako edonorengana jotzeko aukerarik ez izatearen pertzepzioa izan daiteke. Halaber, isolamendu soziala, lagun eta adiskide komunitario, zein familia sarearen inguruko informazio kuantitatibo eta objektiboarekin harremantzen da* (Goikoetxea, 2020, 1. or).

Bakardade-mota ezberdinak daude, beraz, eta Adinberrik sustatutako Hariak estrategian (2022) proposatzen den marko teorikoan, hiru bakardade-mota bereizten dira:

- **Bakardade soziala:** Harreman sozial egokirik ez izatearekin eta bizitza komunitarioan parte-hartze txikiarekin lotzen da. Pertsonak, sare sozial erakargarririk ez duela uste du, eta kide izateko, laguntasuna bultzatzeko eta komunitate bateko kide izateko zentzua eman dezaketen lagunak eta ezagunak zirkulu zabalagorik ez duela sentitzen du. Bakardade-mota hau asperdurari, depresioari eta asmo-faltari lotuta egongo litzateke (Cattan, White *et al.*, 2005).
- **Bakardade emozionala:** Eduki nahi diren pertsonen arteko harremanen eta une bakoitzean hautematen dituen harremanen artean desadostasun bat dagoenean ematen da (Peplau eta Perlman, 1982). Batez ere, harreman horien kalitateari egiten dio erreferentzia, ematen duten euskarri afektiboari, laguntza emozionalari eta konfiantzazkoari dagokio. Konpainia falta edo galeraren sentimendu subjektiboari lotuta dago (Cattan, White *et al.*, 2005). Bakardade-mota hau antsietateari, hiperzaintzari eta uzte-sentimenduei lotuta egongo litzateke (O'Suilleabháin, Gallagher eta Steptoe, 2019).
- **Bakardade existentziala:** Barneko arrazoi batek eragindako alienazio eta hutsune-sentimenduek ezaugarritzen dute. Bizitza bera nolakoa den ikusita eta bizitako bizi-proiektuak ez gauzatzeak daukan asegabatasunarekin lotzen da; hau da, duen bizitza eta izan nahi lukeen bizitzaren arteko desadostasunarekin harremantzen da. Komunitatean rol bat izateko, proiektu kolektibo batekin identifikatzeko, gizartean parte hartzeko eta pertsonarentzat zentzua eta esanahia duen bizitza garatzeko sentimendua galtzea edo

1 [Hariak estrategia](#): Bakardadeei aurre egiteko Gipuzkoako estrategia 2022-2026 (Adinberri, 2022)

haustea litzateke (Yanguas et al., 2020).

Bakardade ez-hautatua ez da adin-tarte bati bakarrik eragiten dion errealitatea, ordea, edozein adin-tarteko pertsoneri eragin diezaiolke. Hala ere, literaturak adierazten duen bezala, 80 urtetik gorako pertsonak maiztasun handiagoz sentitzen dira bakarrik adin txikiagoko pertsonak baino.

Bakardadea fenomeno sozial kausa anitzekoa da eta faktore interpertsonalak (nortasunarekin eta izaerarekin zerikusia dutenak), intrapertsonalak (bakardade sozial edo emozionalarekin lotuak), testuingurukoak (bizi-zikloarekin lotuta dauden galerak, pertenezia-sentimenduaren galera, gaitasun funtzionalen galera...) eta egiturazkoak (edadismoa, orografia, irisgarritasuna, garraio-sarea bezalako faktoreak) eragiten dute. (Sala Mozos, 2020). Edukiera subjektiboagoa edo objektiboagoa izanda ere, bakardade eta bakartze egoerak identifikatzeko lana bereziki zailtzen da adinekoetan. Ildo honetan martxan jarri beharreko egitasmoek beraz, pertsonen detekzio edo identifikaziorako mekanismoak garatu beharko dituzte.

Honez gain, hauskortasun sozialaren kontzeptua dago. Hauskortasun soziala osasun- arloan erabili ohi izan da eta pertsona zahartu ahala etortzen den erantzun fisiologikoaren galerari lotuta erabili da eta ezintasunerako arriskua handitzea dakar berekin. Hauskortasun soziala hurrengo modura definitu dute hainbat autorek: baliabiderik eza, jarduera sozialik eza eta oinarritzko premia sozialak asetzeko autogestio trebetasun eza (Bunt *et al.*, 2017).

Bi kontzeptu hauek estuki lotuta daude; izan ere, kontzeptu horien presentziak eragin nabarmena du adinekoaren bizi-proiektuaren asebetetzean. Horregatik, funtzionaltasun fisikoa edo mentala galtzeaz gain, beste faktore esanguratsu batzuk ere hartzen dira kontuan, harekin elkarreragiten dutenak eta adinekoaren pronostikoan eta bizi-kalitatean eragiten dutenak, hala nola: Baliabide sozialak (laguntza formaleko edo ez-formaleko sarea, auzokoekiko, senideekiko eta lagunekiko harreman integrazioa...); norbanakoa bizi den testuinguruko baliabideak (etxebizitzaren egoera, auzoko baliabideak, ingurunearen adiskidetasuna...); eta baliabide pertsonalak (ekonomikoak, harremanetakoak, prestakuntzakoak, parte hartzeko edo laguntza eskatzeko prestasuna...) (Sala Mozos, 2020).

Esparru honetatik, adineko pertsona bat hauskorra dela esan dezakegu zaurgarritasun fisikoa duen, ezintasun fisiko eta/edo mentalerako joera duen eta arazo sozialak edo bere gizarteratzea eta laguntza-baliabideak eskuratzea arriskuan jartzen duten demografia eta testuinguru-arloko faktoreak dituen adineko pertsona denean (Puig Llobet, Lluch Canut eta Rodríguez Ávila, 2009).

2. Hautazkoak ez diren bakardade-egoera hauskorrei erantzuteko AUZOZAINNTZA SARE PUBLIKO-KOMUNITARIOA programa

Hautazkoak ez diren bakardade-egoera hauskorrei erantzuteko helburuarekin, azken urteetan, hainbat izan dira erronka horri erantzuna bilatzen hasi diren Hirugarren Sektoreko entitateak eta erakunde publikoak. Ikuspegi eta eredu ezberdinetatik abiatuta, hainbat programa eta egitasmo jarri dira martxan EAE mailan. Besteak beste, Hernaniko Udalaren eta Zabalduz GEK-en lankidetzak publiko-pribatuari esker martxan jarri den AUZOZAINNTZA programa, zeinak hautazkoa ez den bakardade-egoera hauskorrei erantzuteko estrategia oso bat proposatzen duen. Programa honek, aurrekari indartsuak ditu gainera. Auzozaintza programa nondik datorren ulertzeko 7 urte egin behar ditugu atzera.

Alde batetik, zaintzaren arloan sakontzen hasteko, Hernaniko Udalak 2016an zaintza- zerbitzuen beharrak ezagutzeko eta mendekotasunaren gaineko erradiografia soziodemografikoa izateko diagnostiko bat egin zuen. Honako ondorio hauek atera ziren azterlan honetan: Hernaniko populazioak zahartze-tasa altua du (% 24,4), bakarrik bizi diren pertsona asko daude (emakumeak dira gehiengoa), eta eskaintzen diren zerbitzu publikoek ez dituzte zaintza-behar guztiak asetzen. Gainera, etxeko langileen kontratazio pribatua altua da. Eremu pribatuan etxeko lanetan aritzen diren profesionalen profila gainera oso definitua da: egoera prekarioan dagoen emakume arrazializatua.

Hernaniko udala eta Zabalduz GEK

Azken hari honetatik tiraka, AMHER² elkartearekin elkarlanean zaintza-lanetan aritzen ziren emakume migratuen bizi eta lan-baldintzak hobetzea helburu zuen Zaintza Kooperatiba bat sortzeko prozesua abiatu zen. Beterri-Buruntza Udalak³-eko Enplegu Soziala programatik erraztu zen prozesu hori eta prozesu horren fruitu da [Maitelan kooperatiba](#).

2020an, Emagin elkartearekin elkarlanean, Beterri-Buruntza eskualdean zaintza- langileen egoera ezagutzeko beste [diagnostiko](#)⁴ bat burutu zen eta 2021ean Hernaniko Udalaren baitan zaintzaren eremuan programa berri bat diseinatzeko hausnarketa tekniko-politikoko prozesu bat jarri zen martxan. Prozesu horren emaitza izan zen, adineko pertsonen inklusio soziala errazteko banakako esku-hartzeak egiteko apostuari heltzea

Paraleloki, Zabalduz parte den Bogan Talde kooperatiboaren baitan hautazkoa ez den bakardadeari erantzungo zion programa berri bat diseinatzeko helburuarekin, hausnarketa-prozesu bat jarri zen abian. Nazioarteko esperientzia ezberdinak aztertu ziren eta programaren definizioan sartu ahala argi gelditu zen egitasmoak nahitaez hiru oinarri izan behar zituela: Teknologia, esku-hartzea eta komunitatearen parte-hartzea. Prozesu honen emaitza izan zen TEKNOADINEKO programa.

Hernaniko Udalaren eta Zabalduz Gizarte Ekimeneko kooperatibaren (Bogan) bideek bat egin zuten 2021ean eta elkarlan publiko-pribatuari bide eman zitzaion. Bogan Talde kooperatiboaren baitan garatutako Teknoadineko programak Hernaniko Udalaren nahi eta behar gehienei erantzuten zien. Hala ere, Hernanin inplementatzeko *ad-hoc* programa bat diseinatu zen.

2021 bukaeran programaren diseinu-fasea bukatutzat jo zen eta 2022ko urtarrilean Hernaniko Udalaren, Zabalduz kooperatibaren eta Maitelan kooperatibaren artean lau urterako lankidetzahitzarmen bat sinatu zen AUZOZAINZA programa martxan jarri ahal izateko.

Programaren helburu nagusia ikuspegi prebentibo batetik, parte-hartzaileen autonomia eta bizikaltatea sustatzea da, bakardade-egoerek norbanakoen osasun eta bizi-kalitatean eragin dezaketen narriadura-prozesua atzeratuz, lausotuz edota irauliz. Onuradunen profila hautazkoa ez den bakardade-egoera hauskorrean dauden adineko pertsonena da. Autonomia eta mendekotasunaren artean aurkitzen diren pertsonak dira, mendekotasun-arriskuan egon daitezkeenak baina oraindik autonomia-maila bat mantentzen dutenak.

Proposatutako helburuak lortzeko, programak hainbat lan-lerro, metodologia eta tresna konbinatzen ditu. Hala ere, orokorrean lau lan-lerro nagusi dituela esan daiteke: 1) Bakardade-egoera hauskorren (aurre)detekziorako eta sailkapenerako informazio- sistema (Teknologia); 2) Aktibazioa eta dinamizazio komunitarioa ; 3) Akonpainamendu sozio-hezitzaile eta komunitarioa; 4) Inklusio soziorabiala:

- 1) **Bakardade egoera hauskorren (aurre)detekziorako eta sailkapenerako informazio-sistema (Teknologia):** informazio-sistema hau, Bogan Talde kooperatiboaren eta GISLAN kooperatibaren elkarlanetik jaio da. Datuen ingeniarietan eta ingeniarietan sozialean oinarritutako teknologia da eta udaleko sistema informatikoan instalatzen da. Udalak izango du informazio-sistema honetara sarbidea, beraz.

Gaur egun, erakunde publikoek kudeatzen dituzten datu-base ezberdinak (errola, katastroa, gizarte-

2. Asociación Multicultural de Hernani

3 Beterri-Buruntza Udalak: Astigarraga, Andoain, Hernani, Lasarte-Oria, Urnieta eta Usurbilgo udalek osatzen duten egitura publikoa da. Tokiko Garapenarekin, ekonomiaren sustapenarekin eta enpleguarekin lotutako programa eta zerbitzuak eskaintzen ditu modu mankomunatuan. Hasiera batean lankidetzahitzarmen baten bidez artikulatzen ziren sei udalak, baina gaur egun izaera juridiko propioa du (mankomunitatea).

4. [Zaintza lanen demokratizatorantz: Beterri Buruntzaldeako zaintza erregimenaren diagnostikoa eta ekintzarako proposamena](#) (Emagin, 2020)

zerbitzuetako datu-baseak...) erabiltzen ditu egoera hauskorren detekzioarako eta datu-base horiek guztiak adierazle batera batekin gurutzatzen dira hauskortasun-mailaren arabera sailkatzeko detektatutako pertsonak. Honez gain, komunitateko boluntarioekin (*Auzozainak*) elkarlanean kasuen jarraipena egiteko bideak ere eskaintzen ditu; izan ere, APP baten bidez, boluntarioek hauskortasun-egoeran dauden pertsonen gaineko pertzepzioak islatu ditzakete bertan, gizarte-zerbitzuei egoera horren inguruko informazio eguneratua iristen zaielarik.

2) **Aktibazio eta dinamizazio komunitarioaren** bidez, adineko pertsonen errealitatearen gainean komunitatearen "begirada soziala" eta konpromisoa aktibatzea bilatzen da, berau sentibilizatu eta ahalduntzearen bitartez. Adinekoak komunitatearekin (bir)konektatzeko prozesuan, esku-hartze profesionalaz gain, komunitatearekin elkarlana (modu anitzetan) ezinbestekoa dela uste da. Ez da adinekoekin esku-hartzea eremu profesional batera mugatzen, bakardade-egoera hauskorrei erantzuteko elkarlan publiko-komunitarioa bilatzen du etengabe. Bai, herriko eragile sozial, erakunde publiko zein baliabide ezberdinekin elkarlana bilatuz (Hernaniko Osasun zentroa edo auzo elkarteak esaterako) eta bai boluntarioen sare bat artikulatuz (*Auzozainak*) adinekoen akonpainamenduan eta zaintzan bere ekarpena egin dezaten. *Auzozain* mota ezberdinak aurreikusten dira, gainera, boluntario-sare honetan:

- *Auzozain* pertsonalak: akonpainamendu profesionala jasotzen ari diren adineko pertsonak, erreferentziako *Auzozain* bat izango dute. Hauek, aurretik aipatu den APPra sarbidea izango dute, hortaz, pertsona hauen bizitza edo errutinetan aldaketa esanguratsu bat gertatuz gero, APParen bitartez egoeraren berri eman ahal izango dute, adineko pertsonak beharko lituzkeen zaintzako baliabide edota errekurtsioak aktibatze asmoz.
- *Auzozain* profesionalak: adineko pertsonekin harreman zuzena izan dezaketen profesionalen sareak osatzen dute; besteak beste, gizarte-zerbitzu, mediku, erizain, botikari, udaltzain... horiek, adineko pertsonekin izan dezaketen gertutasun eta harremanarengatik, bakardade-egoera hauskorrean egon daitezkeen pertsonen detekzio goiztiarrerako funtsezko eragileak dira.
- *Auzozain* dinamizatzaileak: herriko bestelako eragile (auzo-elkarteak adibidez) edota boluntarioek osatzen dute. Pertsona edota eragile horiekin, bakardade ez-hautatuaren egoera hauskorrean egon daitezkeen pertsonen inguruko sentibilizazioa eta konpromezua bilatzen da; batetik, egiten dituzten ekintza edo dinamiketan begirada hori txertatu eta pertsona horiek integratzeko asmoz, eta bestetik, sortu daitezkeen ekintza berriak aurrera eramateko intentzioarekin.

3) **Akonpainamendu sozio-hezitzaile eta komunitarioa:** Auzozaintza programak, bakardade ez-hautatuko egoeran dauden adineko pertsonen behar sozial eta psikikoei erantzuteko akonpainamendu sozio hezitzaile eta komunitarioko esku-hartze eredu espezifiko bat proposatzen du, beraz. Pertsonen errealitate, motibazio eta beharrak esku-hartzearen zentroan jarritz, bakardade ez-hautatuko egoera batetik komunitatean bere bizitza modu autonomoan garatzeko akonpainamendu-zerbitzu bat izan nahi du. Programa honek, aurretiaz azaldu bezala, bakardade ez-hautatuak azkartu ditzakeen narriadura-prozesuak (osasun fisiko eta psikologikoa, harreman sozialak...) eta gizarte-bazterketa eta mendekotasun-egoerak ekiditea edo atzeratzea du helburu, zahartzaro aktiboa, parte-hartze soziala eta inklusio komunitarioa sustatuz eta pertsonen bizi-kalitatea hobetuz.

Esku-hartze eredu honek gainera, pertsonalizazioa ikuspegiaren printzipioak (autonomia, integritasuna, independentzia, banakotasuna, parte-hartzea, gizarte-inklusiua, arretaren jarraikortasuna) eta paradigma bio-psiko-soziala ditu oinarrian; izan ere, pertsonaren gaitasun eta indarguneetan zentratzen da, begirada pertsonan eta bere inguru naturalean jartzen da, ekintza parte-hartzaileak sustatzen ditu, eta, ahalduntzean oinarritzen da.

4) Bukatzeko, **inklusi soziorabalen lan-lerroa** dugu. Eskuhartzearen zerbitzua eskaintzen duten profesionalak gizarte hezitzaileak dira oro har, hala ere, eskaintzen den

Hernaniko udala eta Zabalduz GEK

akonpainamenduaren funtzio batzuk Maitelan kooperatibako langileen eskuetan geratzen da. *Bidelagun* bezala izendatzen dira figura hauek eta beraien lanaldiaren % 15a inklusio soziolaboralera bideratua dute. Goi-mailako gizarte-integrazio graduko modulu bana egiten dute urtean, eta honez gain, 100 ordutik gora bideratzen dituzte euskara ikastera. Helburua, programak dirauen lau bitartean beraien enplegarritasun eta profesionalizazio-maila hobetzea da, era horretara, beraien inklusio osoa ahalbidetuz. Lau urteen barnean, lan-aukera berriak aurkitu ahala, *Bidelagunak* programatik irteten joango dira eta pertsona berriak gehituko dira egitasmora. Zaintzaren esparruan modu prekarizatuan lan egiten duten emakume arrazializatuentzako inklusio soziolaboraleko zirkuitu bat eskaini nahi du programak.

Ikusi ahal den moduan, programaren helburu nagusia parte-hartzaileen autonomia eta bizi-kalitatea zaintzea eta sustatzea da, eta hainbat metodologia eta tresna konbinatzen ditu horretarako. Datuen analisia esku-hartze sozialean sartzeko oso baloratuta dagoen proiektuaren potentzialetako bat da, bakardade ez-hautatuko egoeran dauden pertsonen diagnostiko zehatza izatea ahalbidetzen baitu, eta, hortik abiatuta, sistemen arteko politika anitzak orientatu ahal dituelako; izan ere, zaintza-lanak politika guztien ardatz behar lukete izan arlo guztiei eragiten baitie. Horregatik, proposatzen duen gobernantza-eredua nabarmendu behar da; izan ere, sistema publikoen arteko koordinazioa sustatzen du eta komunitatea aktibatzea bilatzen du, erronka komun horri erantzuteko.

Zainketak pertsonen bizi-kalitateari eusten dioten eta inguruan ditugun pertsonen, erakundeen, merkatuaren eta komunitatearen artean banatzen diren lanen multzoa dela ulertuta, Auzozaintza programak zainketen *welfare mix*-a osatzen duten esfera desberdinen arteko osagarritasuna bilatzen du eta gobernantza-eredu berritzaile bat planteatzen du.

3. Bibliografia

- Arrieta, F. (2022) Gizarte zerbitzu sistematik, zaintza sistemara: nola egin saltoa? *Euskonews*, 775. <https://www.euskonews.eus/zbk/775/gizarte-zerbitzu-sistematik-zaintza-sistemara-nola-egin-saltoa/ar-0775001001E/>
- Bunt, S., Steverink, N., Olthof, J., van der Schans, C. P. eta Hobbelen, J. S. M. (2017). Social frailty in older adults: A scoping review. *European Journal of Ageing*, 14(3), 323-334. <http://doi.org/10.1007/s10433-017-0414-7>.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. y Learmouth, A (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- Comas d'Argemir, D. (2000) "Mujeres, familia y Estado del Bienestar", en Teresa del Valle (Ed.), *Perspectivas feministas desde la antropología*. Ariel, pp. 187-204.
- Etorkizuna Eraikiz (2022). *Hariak: bakardadeei aurre egiteko Gipuzkoako estrategia*. Gipuzkoako Foru Aldundia.
- Finch, J. (1989) *Family Obligation and social change*. Polity Press
- Goikoetxea, M. (2020). La soledad y el valor del cuidado. En Ararteko. *Soledad no buscada, modelos de políticas públicas y compromiso de la ciudadanía*. Ararteko. 31-49.
- O'Súilleabháin, P. S., Gallagher, S y Steptoe, A. (2019). Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosom Med*, 81 (6), 521-526. doi: 10.1097/PSY.0000000000000710
- Peplau, L. A. eta Perlman (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Puig Llobet, M., Canut Lluch, M. T. eta Rodríguez Ávila, N (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.
- Saitua, A. y Sarasola, M. (1993) La insumisión. El cuidado como elección. *Geu Emakumeok* 17, pp. 27-29.
- Sala Mozos, E. (2020). *La soledad no desitjada durant la vellesa, un fenomen social*.

- Santos-Olmo, A. B., Ausín, B., Muñoz, M. eta Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 307-319.
- Yanguas, J., Pérez-Salanova, M., Puga, M. D., Tarazona, F., Losada Baltar, A., Márquez González, M, Pedroso Chaparo, M eta Pinazo, S. (2020). ¿Qué sienten los que padecen soledad? La Experiencia de la soledad. *El reto de la soledad en las personas mayores*. "La Caixa" Banku Fundazioa.

Lehenengo mahai-ingurua: Tokiko osasuna sustatzeko elkarlana: autozaintza programa publiko-komunitarioa

Auzozaintza programaren ebaluazioa: Unibertsitateak osasuna sustatzeko egin dezakeen ekarpenaren adibide polit bat.

Evaluation of the Auzozaintza program for community care for older adults: A meaningful example of the contribution that the University can bring to health promotion

Amaia Maquibar

Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea (UPV/EHU)

amaia.maquibar@ehu.eus

Unibertsitateak instituzio bezala duen egiteko garrantzitsuenetakoen artean ezagutza gizarteratzea da. Unibertsitatea dagoen gizarteari zor zaio eta irakaskuntza eta ikerkuntzaren bitartez, besteak beste, lagundu behar du gizarte- desafioei konponbidea bilatzen. Hala ere, gizartearen eta unibertsitatearen arteko zubiak eguneroko jardueran ez dira beti errazak. Adibidez, unibertsitatean lan egiten dugunon arriskua, batzuetan, gure liburuetan eta teorietan galtzea da, edota erabiltzen dugun lengoia ulergaitza suertatzea entzule arrunt batentzako. Beste arrazoi konplexuago batzuk ere egon litezke jokoan. Horrenbestetan aipatzen den ezagutzaren transferentzia gerta liteke norabide bakarreko komunikazioa bilakatzea. Hau da, unibertsitatea da ezagutzaren igorlea, eta gizartea haren hartzailea, jasotako mezua bere eginez jardun behar duena. Baina ez al luke unibertsitateak erlazio horretan hartzaile ere izan behar? Gizarteak aldarrikatutako beharrei arreta jartzen diegu askotan, gu irtenbidea aurkitzen saiatzeko. Gutxiagotan gertatzen da, ordea, behar jakin batzuei erantzuna emateko gizartean bertan sortzen diren ekimenetara unibertsitatea hurbildu, akonpainatu eta horiek zientifikoki aztertzen laguntzen dituen kasuak.

Unibertsitateetik nahiko erraza da osasunaren sustapenerako esku-hartzeak sortzea, jarraitu beharreko teoriak esaten duen guztia jarrai dezaten, baina denok dakigu gauza bat dela guztiari eusten dion papera, eta beste bat oso desberdina, programa horiek funtzionatu behar duten eguneroko errealitatea. Gainera, unibertsitatean, zoritxarrez, gero eta gehiago erlojuaren kontra lan egiten dugu, eta emaitzak epe oso laburretan frogatzeko betebeharrarekin. Prozesu komunitarioek, alabaina, kontrakoa behar dute hazteko, denbora eta malgutasuna, Auzozaintza proiektuak erakusten duen bezala.

Osasunaren ikuspegitik, Auzozaintzaren ezaugarri asko nabarmendu behar dira. Lehenik eta behin, bakardadea bezalako arazo konplexu bati erantzuten dio; bestela, Auzozaintzak duen ikuspegi komunitariorik gabe, osasun-sistematik zein gizarte-zerbitzuetatik erantzutea oso zaila izango litzatekeena. Auzozaintzaren ezaugarri den ikuspegi komunitario horrek berekin dakar, gainera, sektoreen arteko elkarlan bat lortzea, osasuna sustatzeko proiektuetan aurkitzea oso zaila dena. Hori dela eta, gure interesa eta gure ekarpena programari, seguruenik guztietan xumeena. Proiektua ezagutu genuenean, garrantzitsua iruditu zitzaigun ulertzea nola funtzionatzen duten Auzozaintzan diharduten sektoreen arteko lankidetzaren prozesu horiek, zein izan diren proiektua hain ondo abiaraztea eta funtzionatzea eragin duten funtsezko elementuak, eta nolabait, parte-hartzaileen osasunean dituen emaitzak ebaluatuz ondo funtzionatzen duela ikusaraztea. Osasunaren sustapenak protagonismo handiagoa ez lortzeko arrazoietakoa bat egindako esku-hartzeen eraginkortasunari eta

efizientziari buruzko ebidentzia-eskasia historikoa baita. Askotan, parte-hartzaileen gogobetetzea da egiten den ebaluazio bakarra, arlo zientifikoan metodologikoki zorrotzagoak diren ebaluazioak diseinatzeko, gauzatzeko eta zabaltzeko behar diren baliabideak falta direlako. Esku-hartzeetan parte hartzen duten pertsonen onarpena eta gogobetetzea ebaluatzea funtsezkoa bada ere, emaitzen ebaluazioak baliagarriagoak izan daitezke erakundeetan erabakiak hartzeko postuetan daudenak estrategia horien alde egin dezaten konbentzitzeko. Eta unibertsitateak badauzka horrelako ebaluazioak diseinatzeko eta gauzatzeko behar diren baliabide guztiak. Horra hor Auzozaintza programari egiten diogun ekarpena Gipuzkoako Foru Aldundiaren laguntza ekonomikoarekin: programaren ebaluazioa. Gure helburua, batez ere, Auzozaintza bezalako proiektuek populazioaren osasunean izan dezaketen potentziala ikusaraztea da. Hori lortzeko, bi ebaluazio diseinatu eta egiten ari gara. Lehenengoak lagunduko digu identifikatzen zein elementu izan diren funtsezkoak proiektu integral hau abian jartzeko, eta zeintzuk diren ezinbestekoak proiektua denboran zehar iraunarazteko. Bigarrenak parte hartu duten pertsonen osasunean eta ongizatean emaitza objektiboak eta subjektiboak nabarmentzen lagunduko du.

Ez da lan erraza. Alde batetik ez dago adibide gisa erabili daitezkeen antzeko lankidetzak askorik, eta bestetik programa ere egunez egun eraikitzen ari da, baldintza aldakorretara egokituz, eta parte-hartzaileen beharretara egokituz. Eta guk ahalik eta eragozpen txikiena eragin nahi dugu, baina aldi berean, egiten dugunak ondo egindako ikerketen irizpideak betetzen dituela ziurtatuz. Ez da erraza, baina bai pozgarria eta motibatzailea.

Auzozaintza bezalako proiektuen ebaluazioek osasunaren sustapenaren garapenak behar duen bultzada ematen lagun diezagukete. Hori funtsezkoa izango da gaur egun eta etorkizun hurbilean, hedatzen ari den bakardadeari ez ezik, kausa konplexuak dituzten beste hainbat osasun-arazori ere erantzuteko. Lankidetzak honen emaitzek gizarte osasuntsuak eraikitzea gizarte osoaren zeregina dela hainbat eremutako (udaleko, osasun-zentroko, gizarte-zerbitzuetako, Aldundiko...) pertsona gehiago konbentzitzeko balioko dutela espero dugu. Oraingoz, beste aurrerapauso bat izan da unibertsitatearen eta gizartearen arteko zubi sendoak eraikitze bidean, eta hori berez, bada lorpen nabarmena.

Bigarren mahai-ingurua: Osasuna sustatzeko modu ezberdinak

Osasunaren sustapena farmazia komunitarioan

Health promotion in community pharmacies

Estibaliz Goienetxea Soto

Gipuzkoako farmazialarien elkargoko zuzendari teknikoa eta Feuseko batzorkidea

egoienetxea@cofgipuzkoa.eus

1. Sarrera

Osasunaren Sustapena, funtsezko elementua da osasun-sistemak indartzeko, baita pertsonen, familien eta komunitateen osasun-beharrei erantzuteko gaitasuna indartzeko ere (1).

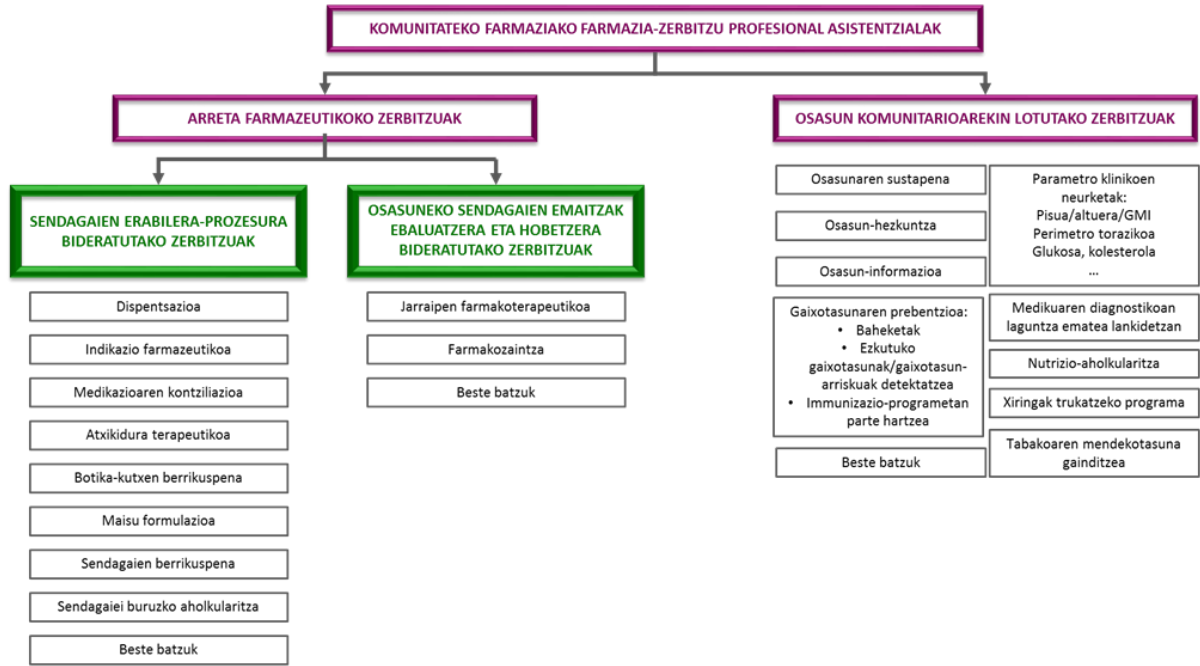
Osasun-profesionalek, farmazialariek besteak beste, pertsona batekin duten harreman bakoitzean, osasuna sustatzeko baliabideak eskaintzeko aukera paregabea dute. Farmazialariek, oso erlazio estua daukate biztanle/paziente askorekin, farmazia komunitarioa gertutasuneko zerbitzu bat delako eta ondo ezagutzen dituztelako pertsona hauen baliabide eta bizimoduak. Medikamentuak eta aholku farmazeutikoa eskaintzeaz gain, farmazialariak oso ondo kokatuak gaude biztanleen beharrak eta baldintzak aztertzeko, familia- eta gizarte-testuingurua ezagutzeko, beraz, komunitateko aktiboekin konektatzeko, baliabide oso garrantzitsua dira. Zentzu horretan, farmazialariek funtsezko rola jorratu behar dute osasunaren sustapenean, biztanleen osasun-sistemarekin harremanetan jartzeko lehen puntua direlako, eta sarritan puntu bakarra ere badirelako.

Izan ere, estatu-mailan ebatzi eta argitaratutako komunitateko farmaziako farmazia-zerbitzu profesionalen zerrendan, osasun komunitarioarekin loturiko zerbitzuen artean, osasunaren sustapena agertzen da (2).

Bestalde, OMEk (Osasunaren Mundu Erakundeak), osasuna sustatzeko 2019-2030 ekintza-planaren esparruan, lau ildo estrategiko islatzen ditu: i) nazionala, ii)azpinazionala, iii) udalekoa eta tokikoa eta iv) pertsonak, familiak eta komunitateak biltzen dituenak. Farmazia komunitarioak, hiri edo herri guztietako kale zein auzo guztietan hedatuak aurkitzen ditugu. Irekiak, beti jendearen alde, aurrez aurreko hitzordu beharrik gabe. Gertuko osasun-zerbitzua izanik, OMEk proposatutako udal eta tokiko zein, pertsonak, familia eta komunitate-eremuan, kokatua izan daiteke.



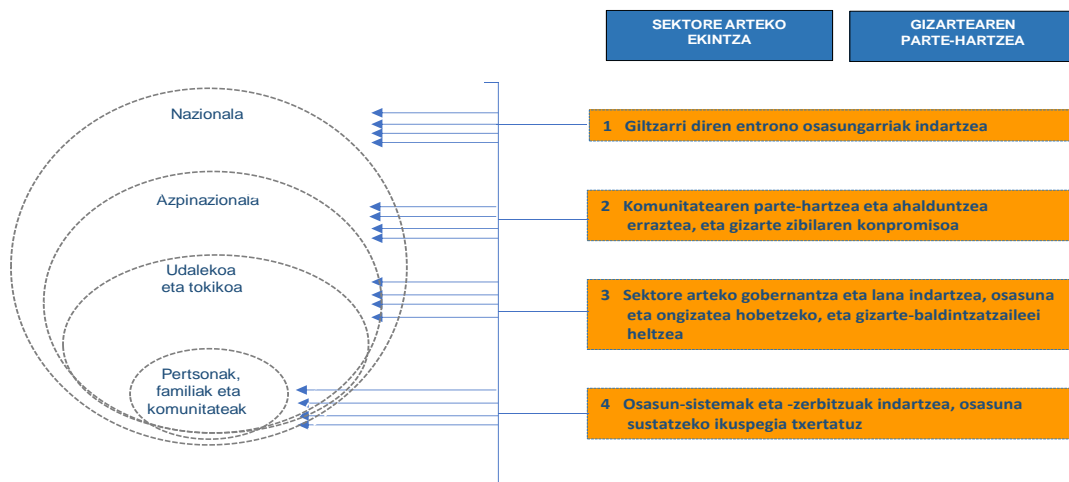
1. irudia. Estatu-mailan onartutako komunitateko farmaziako farmazia-zerbitzu profesional asistentzialen zerrenda (2).



2. irudia. OMEk(Osasunaren Mundu Erakundeak), osasuna sustatzeko 2019-2030 ekintza-planaren proposamena (1).

OME (Osasunaren Mundu Erakundeak) Osasuna sustatzeko ekintza planaren esparrua, 2019-2030 Garapen Iraunkorreko Helburuak

Lau ildo estrategikoak ekintza-arloan islatu behar dira, maila desberdinen bidez (pertsonak, familiak eta komunitateak; tokiko maila, maila sunazionala eta nazionala)



2. Nola bideratzen dute farmazialariek osasunaren sustapena?

- **Paziente/biztanleekiko zuzeneko arretan informazioa eta aholkuak:** Jarraibide osungarriak eskaintzen zaizkie farmazietara hurbiltzen diren biztanleei, bai medikamentuak jasotzera joaten diren momentuan baita aholkuen bila gerturatzen direnean ere. Ohitura eta bizimodu osungarrien sustapena bultzatzen da, medikamentuen zentzuzko erabilera, baita pertsona eta

Begoña Belarra Telletxea

familien beharrak ezagutuz, komunitateko baliabideetara zuzentzen diren kasuetan. Paziente elkarteek informazioa ere zabaltzen da biztanleen beharren arabera.

- **Osasun-kanpainak:** Behar desberdinen arabera biztanleei informazioa eskaintzen zaie, triptikoak, kartelak, etab., farmaziaren puntu desberdinetan ikusgarri jarritz, baita farmazian dauden sistema elektronikoen (telebistak, gurutzeak, etab.) bidez.
- **Farmazialariak aktiboak dira sare sozialetan:** Infografiak, bideoak, mezuak, etab. zabaltzen dituzte.
- **Talde komunitarioetan parte-hartzaile:** Udaletxeetan, auzoetan edota komunitatean sortzen diren talde profesional zein herritarretan parte hartzen dute farmazialariak.
- **Biztanleriari zuzenduriko saioak:** Hitzaldiak kultura-zentroetan, zahar-etxeetan, ikastoletan, etab. helburuko populazioa eta jorratu behar den gaiaren arabera eskaintzen dituzte farmazialariak.
- **Prentsa-oharrak eta prentsan informazioa:** Interbentzioak gizarte-gaiaren arabera jorratzen dira.

3. Zer informazio/interbentzio kudeatzen dituzte farmazialariak?

Osasun-sustapenaren inguruan, informazio asko da, biztanleei, farmazialarien bitartez, helarazten zaiena. Arlo eta erakunde desberdinetako informazioa iristen da herrira farmazialarien bitartez:

- **Zuzeneko arretan:** Jarraibide osasungarriak eskaintzen zaizkie farmaziara hurbiltzen diren biztanleei. Ohitura eta bizimodu osasungarrien sustapena bultzatu, medikamentuaren zentzuzko erabilera, etab. oro har, pazienteen autozaintza bultzatzen dute. Pertsona bakoitzak bere osasuna/gaixotasuna kontrolatu ahal izateko ezagutza, trebetasuna eta konfiantza eskaintzen dute (3).

Horretarako etengabeko prestakuntza jarraitzen dute farmazialariak: nutrizioa, ariketa fisikoa, medikamentuen erabilera, osasun mentala, sexu-transmisioko gaixotasunak, mendekotasunak, etab.

- **Osasun sailak eta Osakidetza prestatutako osasun-kanpainak bultzatzen dira:** Kanpaina hauek ohitura edota praktika osasungarriak bultzatzea dute helburu. Aktiboki parte hartzen dute kanpaina hauetan eta farmazialarien bitartez helarazten zaie informazio asko biztanleei. Azken urteetan azpimarratzekoak: txertaketaren aldeko kanpainak, medikamentuen zentzuzko erabilera, antibiotikoen erabilera desegokiaren aurkako kanpaina, kerik gabeko astea, osasun mentala mantentzearen kanpaina, etab.

- **Farmazialarien elkargoak edo sozietate zientifikoak prestatutako kanpainak:** Identifikatutako beharrekin nahiz urtaro eta helburuko biztanleak kontuan izanik, osasun-kanpainak bultzatzen dira farmazietan.

Elikadura-ohitura egokiak izateko kanpainak, osasuna haurdunaldian, adingabeak eta kontsumoak, hidratazioaren garrantzia udan, genero-indarkeriaren aurkako kanpaina...

Kanpaina horietan, helburuko biztanleak diren pertsonen, triptikoak eta informazioa eskaintzen zaie, kartelak jartzen dira farmazietan, baita baliabide elektronikoetan (telebistak, tabletak, erakusleihoetan, etab). Sare sozialetan ere kanpaina hauek zabaltzen dira.

- **Udaletxeetan sustatutako planak:** Bai kanpaina zehatzetan (adib., adingabeak eta tanta bat ez, bakardadea) baita udaletxeak bultzatzen dituzten komunitateko ekintzetan ere, farmazialariak parte hartzen dute.

Parte hartzen duten ekintza ezagunena, Euskadi lagunkoia dugu, non farmaziak biztanleriarentzat lagunkoia izatea bultzatzen den. Jardunbide egokiak bultzatzen dira proiektu honen bitartez: esertzeko aukerak, karteletan letra-tamaina egokiak, konfiantzazko harremanak edukitzea, farmazia-zerbitzu asistentzialak eskaintzea, ahultasun-egoerak identifikatzeko antena gisa jardutea, farmaziako beste baliabide batzuei edo beste eragile komunitario batzuei buruzko informazioa partekatzea, baita programa komunitarioetan parte hartzea dira farmazialariek hartzen dituzten konpromisoetako batzuk.

Horren ondorioz, ekimen konkretuak ere sortu dira. Erlauntza proiektuan parte hartu izanagatik adibidez, auzo desberdinetan, arlo desberdinetako profesionalen arteko bilerak sortu dira, inguruko biztanleen bizi-kalitatea hobetzeko eta komunitatean dauden eskaintza guztiak ezagutu eta zabaltzearen, mundu sanitarioago eta sozialago bat eginez.

Biztanleei zuzenduriko saioak farmaziaren eskutik ere bultzatzen dira harreman hauen ondorioz, zahar-etxeetan. Atsedean osasungarria hartzeko jarraibideak, gerneru-inkontinentzia, automedikazioa, etab., izan dira jorratu diren gaien adibide batzuk.

Azkenik, gizarte-zerbitzu eta farmaziaren arteko protokoloak landu eta hedatu izan dira proiektu hauen ondorioz, behar bereziak dituzten pazienteak bideratzeko.

- **Pazienteen elkarrekin erlazioak eta akordioak:** Pazienteen-elkarte probintzial eta autonomikoekin sare handi bat osatzeko bidean daude farmaziak; patologia desberdinak dituzten gaixok erreferentziako elkarrekin ezagutu eta eskuragarri izan ditzaten eta interesatu ahal zaizkien gai garrantzitsuak kontsultatu ahal izateko farmazia eskuragarri izan dezaten. Elkarrekin desberdinekin triptikoak eta kartelak egiten eta bultzatzen dira eta farmazialarien bitartez helarazten zaie herritarrei informazioa, bai zuzeneko arretan baita sare sozialen bitartez ere. Akordio hauen bitartez bultzatutako kanpaina batzuk azpimarratu behar balira: ACCU elkarteko "Beharra daukat", edota minbiziaren aurkako lasterketa-AECC, izan daitezke. Gaixotasunen munduko egunak ere zabaltzen dira akordio hauen ondorioz: alkoholik gabeko eguna AERGiren eskutik, adibidez.. Urtean zehar gutxienez lau gaixotasunen munduko-egunak zabaltzen dira farmazialarien bitartez, bideoak, infografiak, triptikoak eskaintzen direlarik, bai farmazietan bertan eta baita sare sozialetan ere.

Farmazialaria gertuko osasun-profesionala izanik, zeregin garrantzitsua dauka osasunaren sustapenean eta helburutzat hartzen dugu ekintza eta ekimen horien guztien hedapena. Azken finean, preskripzio soziala sustatzea da helburu nagusia (4), lehen mailako arretako profesionaleri, farmazialariei besteak beste, tokiko baliabide ez-klinikoak lantzea pertsonen beharrak modu holistiko batean landuz.

4. Bibliografia

1. OMS 2019, Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
2. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia comunitaria. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en Farmacia Comunitaria. 2019.
3. Camaralles P. The role of general practitioner to empower patients in their self-management. Salud y Prevención PAPPs. 2019, <https://educacionpapps.blogspot.com/2019/11/therole-of-general-practitioner-to.html>.
4. Camaralles F. Editorial Atención primaria. La prevención y la promoción de la salud en tiempos de cambio. Atención Primaria 2020; 52 (s2): 1-2.

Bigarren mahai-ingurua: Osasuna sustatzeko modu ezberdinak

Osasun Eskola: Pertsonak ahalduntzen

Health School: Empowering people

Begoña Belarra Telletxea

Osakidetza

mariabegona.belarratellechea@osakidetza.eus

1. Definizioak

Lehenik eta behin, gure lan-arloa zein den kokatzeko, 3 definizio emango dizkizuet:

Hezkuntza

Osasun-hezkuntzak kontzienteki sortutako ikaskuntza-aukerak biltzen ditu. Aukera horiek komunikazio-modu bat dira, helburu hauek dituenak: batetik, alfabetatze sanitarioa eta herritarrek osasunaren inguruan duten ezagutza hobetzea; bestetik, trebetasun pertsonalak garatzea, norberaren zein komunitatearen osasunean eragiteko.

Alfabetatzea

Kontzeptu honek ezagutza, motibazioa eta gaitasunak bereganatzea dakar. Helburua da informazioa eskuratu, ulertu, baloratu eta aplikatu ahal izatea, irizpide jakin batzuei jarraituz erabakiak hartzeko – hain zuzen ere, osasuna zaintzeari, gaixotasunen prebentzioari eta egunerokotasunean osasuna sustatzeari buruzko erabakiak–, eta, horri esker, bizitza osoan bizi-kalitatea izateko eta sustatzeko.

Ahalduntzea

Osasunaren Mundu Erakundeak honela definitzen du pazientearen ahalduntzea: “prozesu bat da, pertsonak euren osasunari eragiten dieten erabaki eta ekintzen gaineko kontrol handiagoa izan dezaten. Horretarako, ezinbestekoa da gizabanakoek eta komunitateek trebetasunak garatzea, eta aukera izatea, batetik, informazioa eta baliabideak eskuratzeko, eta, bestetik, euren osasunean eta ongizatean eragiten duten faktoreetan parte hartzeko eta eragiteko”.

2. Helburuak

Osasunaren Mundu Erakundearen arabera, osasunean alfabetatuta daudenak gai dira informazio sanitarioa bilatu eta ebaluatzeko, honako asmo hauetarako:

- Jarraibideak ulertu eta betetzeko, bakoitzak bere burua zaindu dezan (eguneroko tratamenduak aplikatzea barne).
- Norbere bizimoduan egin beharreko aldaketak prestatu eta aurrera eramateko, osasuna hobetze aldera.

- Osasunarekin lotutako erabaki egokiak hartzeko.
- Behar izanez gero, osasun-sistemako zein baliabidetara eta noiz jo behar duten jakiteko.

Komunitatean eta gizartean jarduerak partekatzeko eta osasun-gaiei heltzeko.

Geurean, Osasun Eskola dugu, alegia, Osakidetzak eta Eusko Jaurlearitzako Osasun Sailak eskaintzen duten zerbitzua. Gure misioa da erreferentziazko eragile izatea gure komunitateko pertsonen ahalduentzian. Horretarako, informazio eta prestakuntza egokia, eguneratua eta baliozkotua eskaintzen ditugu, norbanakoek ezagutzak, trebetasunak eta jarrerak eskura ditzaten, autozaintetan eta osasunaren zainketan erantzunkidetasuna sustatzea xede.

Alfabetatze sanitarioaren eta osasun-hezkuntzaren alde egiten dugu.

3. Zerbitzuak

Hementxe duzue gure zerbitzuen zorroa. Ikus dezakezuen, bi ildo nagusi ditu: osasuna eta gaixotasuna. Osasunarekin lotutako edukiei dagokienez, sustapena eta prebentzioa lantzen ditugu. Esaterako, ohitura osasungarriak sustatzen ditugu, ongizate-egoerak denboran iraun dezan eta zainketa hobea izan dadin. Prebentzioaren arloan, bestalde, detekzio goiztiarrera bideratzen dugu gure jarduna, eta herritarrentzako baheketa-programei edota tabakoa erretzeari uzteko aukerei buruzko informazioa ematen dugu.

Horrez gain, gaixotasunak deskribatu edo haien sintoma nagusiak adierazten ditugu; funtsean, zainketa dugu hizpide, mezu lasaigarriak bidaltzen saiatzen gara eta autokudeaketarako tresna erabilgarriak eskaintzen. Bakoitzaren beharrei erantzuteaz gain, inguruko premiak ere kontuan hartzen ditugu, eta komunitatean eskura dauden bestelako baliabideei buruzko informazioa helarazten diegu.

4. Edukiak

Eduki guztiak elkarlanean prestatzen dira, diziplina anitzeko lantaldeetan. Oso profesional onak ditugu erakundean, arloan arloko adituak. Edukiaren alderdi teknikoarekin laguntzen digute (ezagutza tekniko...). Osasun Eskola osatzen dugunok, batik bat, lana koordinatu eta dinamizatzeaz arduratzen gara, baita edukia egokitu, argitaratu eta zabaltzeaz ere. Egindakoaren jarraipena egiten dugu.

Edukiak prestatzeko ezarrita dugun prozedurari esker, gure eskaintzaren kalitatea berma dezakegu. Hauek dira prozeduraren urratsak:

Begoña Belarra Telletxea

1. taula. Prozeduraren urratsak

1. Edukia aukeratu eta lehenestea, irizpide hauek kontuan hartuta: garrantzia, larritasuna, eraginkortasuna eta egingarritasuna.

2. Edukien prestaketan parte hartuko duten adituen lantaldea eratzea.

3. Edukiaren helburua eta norentzat izango den adostea.

4. Arloak hautatu eta garatzea.

5. Formatu egokia diseinatu eta aukeratzea.

6. Xede-taldearekin kontrastatzea.

7. Edukia argitaratu eta zabaltzea.

8. Edukiak izandako onarpenari eta erabilerari buruzko datuak aztertzea.

9. Edukia berrikustea, gehienez ere 2 urteko epean.

Sorkuntza-prozesu honen indarguneak aipatuko ditut. Gure lan-dinamikari esker, edukia xede-taldearekin baliozkotu dezakegu, eta osasun-arloko profesionalen artean zabaldu. Izan ere, profesionalak aktiboki parte hartzen dute sorkuntza-prozesuan, eta, edukia bere egiten dutenez, kontsultan bertan gomendatzen edo preskribatzen dute.

Hartzailea ardatz, ulertzen dugu gehienak komunitatearen parte direla, eta 3 egoera edo rol hauetatik zaintzen dutela beren osasuna: autozainketa, jasotako zainketa eta emandako zainketa. Ahalegina egiten dugu eduki guztiak eskuraerazak eta ulergarriak izan daitezen, formatua ere kontuan hartuta. Bestalde, zainketen alorreko trebakuntza hobetzeko tresnak eskaintzen ditugu; mezu motibatzaileen bidez hartzaileen autokonfiantza indartzen dugu eta ekintzara gonbidatzen ditugu.

5. Informazio gehigarria

Informazioa webgunean bertan dago. Gainera, nahi izanez gero, erabiltzaileek aukera dute prestakuntza- eta tratamendu-jardueretan izena emateko, besteak beste, Paziente Bizia programako tailerretan (gaixotasun kronikoa dutenentzat edo haien zaintzaileentzat) edota tabakoa erretzeari uzteari buruzkoetan. Kronik ON programaren material didaktikoak ere eskura daitezke. Hezkuntzako esku-hartzea da, banakakoa, pluripatologia duten pertsonentzat edo haien zaintzaileentzat. Erizainek eskaintzen dute.

Esteka uzten dizuet, gure orrian saltseatu nahi baduzue ere.

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/osasun-eskola-ataria/-/osasuna-eta-bizitza-osasuntsuaren-zure-ataria/>

6. Suizidioaren prebentzioari buruzko online ikastaroa

Azkenik, suizidioaren prebentzioari buruzko online ikastaro bat ere koordinatzen dugu. Komunitateko eragileei zuzenduta dago, eta norbere erritmoan egitekoa da. Honako alor hauetan diharduten profesional ez-sanitarioei eta sanitario ez-klinikoei zuzenduta dago: hezkuntza, gizarte-lana, polizia, farmazia, GKEak, elkarteak... Alegia, beren lanaren esparruan, arrisku-egoeran daudenekin harremanetan egon ohi direnentzat da. Oinarrizko ikastaro honen helburua da tresnak ematea arrisku-egoeran dauden pertsonak detektatzeko, lehen laguntza emateko eta baliabide espezializatuekin harremanetan jartzeko. Modulu bat teorikoa da; bestea, praktikoa, tipologia desberdineko 4 kasurekin.

Jokabide suizidan adituak diren Osakidetzako eta osasun publikoko zenbait profesionalek sortu dute. Era berean, hiru dimentsioko azterlan baten bidez baliozkotu da (ezagutza, jarrera eta autokonfiantza).

7. Webgunea

Amaitzeko, webguneko edukien erabilerari buruzko zenbait datu emango dizkizuet. Iazkoak dira:

2022an, webguneak 2.304.644 bisita izan zituen, eta 1.722.061 erabiltzaile. Batez beste, erabiltzaile bakoitzak 5,36 minutu eman zituen web-orrian.

Hona hemen gehien ikusitako 10 edukiak:

2. taula. Gehien ikusitako 10 edukiak.

Gomendio baliagarriak beherakoa tratatzeko
Gomendio baliagarriak sukarra tratatzeko
Gomendio baliagarriak goragaleak eta gorakoak tratatzeko
HTA 65 urtetik gora
Gripearen aurkako txertoaren 2022ko kanpaina
Osasunaren eta bizitza osasuntsuaren zure ataria
Osasun emozionala
Bizkarreko mina
Zerbixeko minbiziaren baheketa
Pediatriako gomendioak: eztarriko mina

Bigarren mahai-ingurua: Osasuna sustatzeko modu ezberdinak

ERLAUNTZA. Ongizatea auzoan profesionalen arteko konfiantzazko harremanen bitartez

Wellness in the neighborhood through relationships of trust between professionals

Sorkunde Jaca⁽¹⁾ eta Aitziber Aierbe⁽²⁾

Erizaina, Donostiako Udaleko Osasuna Sustatzeko teknikaria⁽¹⁾

Familia eta Komunitate Medikua⁽²⁾

sorkunde_jaca@donostia.eus

1. Testuingurua

Osasun Sustapenerako iparrorratz diren osasunaren determinatzaile sozialek herritarrak zer inguruabarretan jaio, hazi, bizi, lan egin eta zahartzen diren hartzen dute aintzat, inguruabar horiek baitira gaixotze-faktoreen %75. Hala ere, osasunaren determinatzaile sozialak ez dira modu homogeneoan banatzen hirian, eta oso alde nabarmenak daude auzo batetik bestera, elkarrengandik oso gertu egonda ere (1). Horrela, beste hiri askotan bezala, bizi-itzaropena desberdina da Donostian ere auzoaren arabera. Auzoek behar desberdinak izateaz gain, indargune eta identitate propioak dituzte. Hau, hurbiltasuneko zerbitzuetan eta pertsonen eguneroko bizitzako guneetan lan egin duten profesionalak oso erraz identifikatzen dute.

Osasun komunitarioa komunitate bateko gizabanakoen eta taldeen osasunaren adierazpen kolektiboa da, eta hainbat faktorek baldintzatzen dute, hala nola gizabanakoen ezaugarriek, familiek eta gizarte-, kultura- eta ingurumen-inguruneak, osasun-zerbitzuek, faktore sozial politiko eta globalek (2). Hori kontuan hartuta, gizabanakoen, familien eta komunitateen ongizatea hobetzeko, osasuna areagotu dezaketen ekintzak ezar ditzakegu, dauden baliabideak aprobetxatuz. Horretarako, tokiko sareko lana hainbat eragileren arteko aliantzak eta sinergiak sortzeko aukera ematen digun baliabide bat da, helburu komunak ezarri ahal izateko eta gizarte-erronka berriei erantzun kolektiboak eman ahal izateko. Horrela, baliabideak hobeto aprobetxatzen dira eta erronkei ematen zaizkien erantzunak jasangarriagoak, partekatuagoak eta gertuagokoak dira.

Modu ez-hierarkikoan antolatutako tokiko sare horiek osasunean eragin zuzena duten gai edo kezka komunen inguruan egituratzen dira, eta beren ahaleginak koordinatuta eta lankidetzan jardutera bideratzen dituzte, konpromisoan eta konfiantzan oinarrituta.

Nahiz koordinaziorako elkarguneak dauden maila ertainean eta goi mailatan (lurralde, eskualde edota udal mailako zerbitzu arduradunenak), ez da ohikoa auzoetan arreta zuzenean dauden profesionalen elkarguneak egotea.

2021/2022 ikasturtean Gipuzkoako Foru Aldundiak ekintza komunitariorako egindako lan kolektiboaren ostean, ekintza publikora bideratuta marko kontzeptual, estrategiko eta operatiboa definitu du. Dokumentu honek proposatzen duen markoak hurbiltasunetik bideratu nahi du ekintza

komunitarioko politika, erakunde eta lurralde eskala ezberdinetan (3). Marko hau udalerrri bakoitzaren errealitatera egokitu beharko da. Erabiltzen den metodologia komunitarioa harremanak sustatzean oinarritzen da. Marko honetan rolak, estrategiak eta printzipio metodologikoak zehazten dira, erraztea eta eraikitzea izanik administrazio publikoek, ekintza komunitarioan izan behar dituzten bi rolak. Gizarte gaitasunak ahulagoak diren testuinguru batean administrazioaren rolak eraikitzailea izan behar badu, gizarte indartsu eta antolatuetan, aldiz, erraztatzailearen rola izan beharko luke.

Testuinguru honetan jaio eta garatu da Erlauntza. Kolektiboa eta partekatua den ekimen hau Donostian zirriborratzen ari den ekintza komunitarioaren pieza bat da.

2. Zer da Erlauntza?

Auzoan bertan eta pertsonaz pertsona lan egiten duten hainbat zerbitzutako profesionalek **elkarren arteko konfiantza** handiko harremanean oinarrituta elkar topatu, entzun eta hobeto lan egiteko espazio bat da. Profesional hauek beraien helburu propioak izateaz gain **proposamen partekatu** bat dute: auzo horretako pertsonen bizi-kalitatea sustatzea, mantentzea edo berreskuratzea, bakoitzak bere espaziotik eta funtziotik.

Erlauntzan sarean lan egiteak **erronka sozial berriei kolektiboki** heltzea ahalbidetzen digu, **kohesio soziala eta ekitatea** bultzatuz.

3. Non?

Erlauntza Donostiako 8 auzotan martxan dago. 2017an sortutako talde motorrak ireki zuen bide hau eta dagoeneko 8 talde osatuta ditugu eta lanean dihardute.

4. Nola egiten dugu lan Erlauntzan?

- Bi hilabetetik behin biltzen gara bi orduko saioetan, harremanak urtean zehar mantenduz.
- Konfiantzan oinarritutako harremanen bidez ekintzara pasatzeko aukerak aztertzen ditugu.
- Aliantzak sortzen ditugu beste partaideekin.
- Auzoaren ikuspegia partekatzen dugu, auzoa besteen begiradatik ezagutu ahal izateko.
- Aktiboki entzuten dugu.
- Beharrei indarguneetatik eta aukeretatik heltzen diegu.
- Auzoko baliabideen instalazioak eta pertsonak ezagutzen ditugu. Horregatik, bilerak egiteko lekuak aldatzen ditugu.
- Jendaurrean kasu onak daudela aitortzen dugu, besteen lana edota proiektuak balioan jarrita.
- Harremanak sendotuko dituzten tresnak sortzeko prest gaude beharren arabera (analogikoak edo digitalak)

5. Zer egiten dugu Erlauntzan?

Saioetan parte hartzaileek taldekideekin izandako harremanak, datozen bi hilabeteetako asmoak eta auzoaren ikuspegia eta erronkak mahai gainean jartzen ditugu, eta, aukerarik ikusten bada, elkarlanerako bideak esploratzen ditugu ekintza abiatzeko.

6. Zergatik?

Sistematika bat jarraituz, komunitatean dauden eragileen arteko konfiantzazko harremanak sendotuz eta berrien artekoa bultzatuz sare bat eraiki nahi dugulako. Horrela, auzoan, profil anitzeko sare ehunduago bat sortzen da eta sarea auzoko pertsonen sostengu egokiagoa bilakatzen da.

Sare honen bitartez, auzo bakoitzean sortzen diren erronkei emango diegun erantzuna partekatuagoa, jasangarriagoa eta gertukoagoa izango da.

7. Zertarako?

Tokiko erronka eta indarguneei modu integral batean erantzun sistemikoak eraikitze beharrezkoa ikusten dugulako, gizarte-kohesioa eta ekitatea bultzatuz.

8. Nola neurtu ekimena?

Ekimenaren aurrerapausoak neurtzeko berriazko tresna bat sortu zen, Erlauntzometroa deitzen dena. Emaitza kualitatiboak dituen ekimen bat neurtzeko lau dimentsiotan banatzen den tresnaz baliatzen gara talde bakoitzean hausnartzeko eta elkarrizketa sortzeko.

9. Zeri laguntzen dio Erlauntzak?

Erlauntza Donostian zirriborratzen ari den Ekintza Komunitarioaren Markoko pieza bat da.

10. Bibliografia

- Donostiako Udaleko Osasun Publikoko zerbitzua 2020, Donostiako Osasun Diagnostikoa.
<https://www.donostia.eus/ataria/documents/11025248/11025477/DIAGNOSTICOSALUDEUS.pdf/5d097132-c6f8-77a3-9d0f-96221d07f778?t=1622184474808>
- Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila 2013, Osasuna ikuspegi komunitario batetik lantzeko gida metodologikoa.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/saludcomunitaria/eu_def/adjuntos/guia-metodologia-eus.pdf
- Gipuzkoako Foru Aldundiko Partaidetza Saila, ekintza komunitarioa. Gipuzkoako Foru Aldundiaren eta lurraldeko udalen ekintza publikora bideratutako marko kontzeptual, estrategiko eta operatiboa.
<https://www.gipuzkoa.eus/documents/917770/27303951/EkintzaKomunitarioaMARKOAEu.pdf/db70c9ef-50af-f933-25ef-d6c9ea660e9e?t=1667376888859>

Hirugarren mahai-ingurua: Desberdintasun-ardatzak

Nafarroako Ijito komunitatean Osasuna sustatzen: 35 urteko ibilbidea

Promoting health in the gypsy community of Navarre: A 35 year long track record

Rebeca German Almagro, Arantxa Legarra Zubiria, Nerea Alvarez Arruti

Nafarroako Osasun Publikoaren eta Lan Osasunaren Institutua

nalvarea@navarra.es

1. Sarrera

80ko hamarkadan, Espainiako eta Nafarroako Foru Komunitateko ijitoek batez bestekoa baino bizi-itxaropen txikiagoa zuten, bai eta gaixotze-tasa handiagoa eta bizimodu ez oso osasungarrien prebalentzia handia ere. Alderdi horiek guztiak lotuta zeuden etxebizitza- eta ingurumen-baldintza ez oso osasungarriekin, eta zerbitzu publikoetarako sarbide eskas batekin.

Desberdinkeria sanitario eta sozial horiei erantzuteko, Nafarroan Gutxiengo Etnikoen Osasuna Sustatzeko Programa jarri zen abian 1987an. Hastapenean, irabazi-asmorik gabeko erakunde baten bitartez, baina, segituan, Osasuna Sustatzeko Atalak hartu zuen bere gain programa horren kudeaketa (atal hori egungo Nafarroako Osasun Publikoaren eta Lan Osasunaren Institutukoa da).

Programa Nafarroako ijitoen komunitateari zuzentzen zaio, bereziki biztanle behartsuenei, eta ijitoen entitateekin koordinatuta garatzen da. Entitate horiek, Nafarroako Osasun Publikoaren eta Lan Osasunaren Institutuaren (NOPLOI) dirulaguntza baten bidez, osasun-sustatzaile ijitoak kontratatzen dituzte, Nafarroako eskualdeetan lan egiteko, osasun-etxearekin lankidetzara eginez.

Programa hori erreferentziako programa bat da Espainiako estatuan eta Europan, ijitoen osasunaren alorrean. Programan, sareko lana egiten da ijitoen entitateekin, eta ijitoen ahalduntzea bultzatzen da. Bere ibilbidean hainbat sari eta aintzatespen jaso ditu, hala nola Eurohealth 2004, Osasun Ministerioaren ekitatearen eremuko kalitatearen saria (2007) eta OMEren jardunbide egokien saria (2010).

2. Egoeraren azterketa

Programaren hasieran ijitoen osasun-premiei buruzko azterlan gutxi genituen, baina lortutako datuak jada nahikoak ziren programa espezifiko bat justifikatzeko: Jaiotzean bizi-itxaropena batez bestekoa baino 8-10 urte txikiagoa izatea; gaixotze-tasa handiagoa eta bizimodu desegokiak (koipe, azukre eta kafe gehiegi jatea, alkohol eta tabako gehiago kontsumitzea, sedentarismoa, sendagaien erabilera okerra); jaiotze- eta ugalkortasun-tasa batez bestekoa baino 5 eta 7 aldiz handiagoa, hurrenez hurren; horrezaz gain, amatasun goiztiarrak, etxeko istripuen prebalentzia handia, oinarritzako laguntzako zerbitzu publikoen erabilera desegokia eta larrialdietara gehiegitan joatea.

Programa aplikatu bitartean, ezagutza hobea lortu zen, azterlan gehiago eginda; adibidez, Osasun Ministerioak eta Ijitoen Idazkaritza Fundazioak egindako azterlana (2005), ijitoen komunitateari

Rebeca German Almagro, Arantxa Legarra Zubiria, Nerea Alvarez Arruti

egindako osasun-inkesta (2006), Espainiako ijitoen komunitatearen gizarte-diagnostikoa, eta CISen inkesta, ijito familiei egindakoa (2007).

2014an, II. Osasun Inkesta egin zitzaion ijitoei, eta 2006ko inkestan lortutako emaitzekin alderatu zen. Inkesta horrek, gainera, aukera ematen digu ijitoen osasun-egoera 2014ko Osasun Inkesta Nazionalaren emaitzekin alderatzeko. Emaitzen arabera, desberdintasun handia dago: ijitoen osasun-egoera txarra da biztanleria osoarekin alderatuz gero.

1. taula. Alderaketa: Ijitoei egindako inkesta nazionala eta populazio orokorrari egindakoa, 2014*

	E-Ijit	G-Ijit	E-Orok	G-Orok
Beren osasun-egoera ona edo oso ona dela uste dutenak: ijito biztanleriaren eta biztanleria orokorraren ehunekoa.	55,5	65,3	70,4	77,0
Azken urtean istripuak izan dituzten emakumeak eta gizonak. Biztanleria orokorrarekin alderatuta	17,0	15,1	8,0	8,6
Azken urtean istripuak izan dituzten haurrak. Populazio orokorreko haurrekin alderatuta.	7,9	15,7	6,7	8,6
Egunero 20 zigarro edo gehiago erretzen dituzten pertsonen ehunekoa	42,06	55,09	27,0	41,5
Egunero erretzen duten pertsonen ehunekoa	16,7	54,1	21,7	28,3
Azken urtean alkohol-kontsumo handiko egunen bat izan duten pertsonen ehunekoa.	51,5	76,0	21,8	23,8
Gehiegizko pisua edo obesitatea duten pertsonen ehunekoa	62,6	69,5	40,3	60,5
Aurreko 12 hilabeteetan ospitaleratzea behar izan duten pertsonen ehunekoa.	14,1	11,1	6,7	7,5

* Konparazioan lortutako adierazle batzuk aurkezten dira

Une honetan, ijitoei egiteko III. Osasun Inkestaren landa-lana hasi da. Inkesta horren bidez, egungo egoera zein den jakinen dugu, eta 2014an ikusitako desberdintasunen bilakaeraz jabetuko gara. Nafarroan, espediente bat abiarazi dugu, Ijitoendako Osasun Inkestaren lagina zabaldu ahal izateko; horrela, Nafarroako ijitoen egungo osasun-egoera hobeto ezagutuko dugu.

Biztanleria osoari dagokionez, badugu lehen hurbilpen bat, Nafarroan gutxi gorabehera 7.500 ijito daudela kalkulatu duena. Etxebizitzari eta ijito biztanleriari buruzko Mapa Azterlanak (2015) eman du datua; azterlan hori Ijitoen Idazkaritza Fundazioak eta Daleph-ek egin zuten, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak sustaturik.

3. Programaren esparrua

Osasuna Sustatzeko Otawako Gutunak (1986) osasuna bultzatzeko lan profesionala aintzatetsi zuen lehen aldiz, eta funtsezko bost estrategia identifikatu: osasunaren alorreko politikak sortzea, osasuna babesten duten inguruneak sortzea, ekintza komunitarioa indartzea, trebetasun pertsonalak garatzea eta osasun-zerbitzuak birbideratzea.

Otawako Gutunaren ondoren, ildo bereko beste konferentzia batzuk etorri ziren, eta "Osasunaren Sustapenak duen eraginkortasunaren ebidentzia. Europa berri bateko Osasun Publikoa eraikiz" (1999) txostena. Azken agiri horrek osasunaren sustapenak duen eraginkortasuna erakutsi zuen; gainera, adierazi zuen osasunaren sustapena osasun publikoko politiken erdigunean txertatu behar dela. Txostenaren arabera, egiatzko eraginkortasuna bermatzeko, pertsonak izan behar dira jomuga (osasun-arazoak dituzten pertsonak barne), hala osasuna sustatzeko ekintza programetan, nola erabakitze prozesuetan.

Dalghren eta Whitehead autoreek osasunaren determinatzaile sozialen eredu landu dute (1991). Azterlan horrek adierazten digu determinatzaileek modu negatiboan eragin dezaketela, bai eta modu positiboan ere, komunitateen "osasun-aktibo" gisa, eredu salutogeniko batean planteatzen den bezala. Faktore horiek ez dira homogeneouski banatzen pertsonen eta komunitateen artean, eta

osasanaren alorreko desberdinkeriak sortzen dituzte. Desberdinkeria horiek saihestu daitezke, edo murriztu, politika publiko sanitario eta sozialen bidez.

Hala, OMEk 2020rako helburuetan planteatu zuen herrialde bakoitzeko talde sozioekonomikoen arteko desberdintasunak murriztea. Erakunde horretako determinatzaile sozialen batzordeak ezarri zuenez, funtsezkoa da:

- Pertsonen bizi-baldintzak hobetzea.
- Borrokatzea boterearen, diruaren eta baliabideen banaketa ez dadin desorekatua izan.
- Arazoaren tamaina neurtzea.

Uste da pobrezia dela biztanleen osasanaren determinatzaile handiena, eta hilkortasuna eta eritasunak ez direla ausaz banatzen, baizik eta estatus sozialarekin loturik. Horrenbestez, komunitate batzuek osasun okerragoa izateko aukera gehiago dituzte.

Ijitoen garapena lortzeko estrategiak

Bide horretatik, zenbait estrategia garatu dira, eta honako hauek abian dira momentu honetan: “Ijito Herriaren Berdintasuna, Inklusioa eta Parte-hartzea lortzeko Estrategia, 2021-2030” eta “Nafarroan ijitoen garapena lortzeko estrategia, 2018-2021”. Gure erkidegoko Estrategiaren arabera, ijitoen gaia lehentasunezkoa da, eta beharrezkoa da ijitoei eragiten dieten desberdintasunak murriztea hainbat eremutan, hala nola osasunean, hezkuntzan, enpleguan eta etxebizitzaren alorrean, arreta berezia jarritz haurrengan, gazteengan eta emakume ijitoengan. Estrategia horrek ezarri du garrantzitsua dela departamentuak elkarren artean koordinazioa edukitzea: bereziki, Eskubide Sozialak, Hezkuntza eta Osasuna.

Nafarroako Osasun Publikoaren eta Lan Osasanaren Plana. 2022-2025

Plan hori berriki onetsi da, eta zenbait programaren bidez garatuko den plan operatiboa izan nahi du. Ijitoen osasuna sustatzeko programa Ekitatearen programan dago sartuta. Nafarroako NOPLOiko Osasun Komunitarioa Sustatzeko Zerbitzuari esleitu zaio, eta hauxe da haren helburu espezifikoetako bat: “Ijito komunitatearen osasuna sustatzea, osasun-sustatzaile eta elkarte ijitoen bidez bultzatuta, bai ingurune eta bizimodu osasungarriak, bai osasun-zerbitzuetarako sarbidea, bai tokiko sareetako lana”.

Ekitatearen programan beste programa batzuk ere sartzen dira, eta haien helburua da zaurgarritasun-egoeran dauden kolektiboek (esaterako, presoek edo migratzaileek) osasun-maila hobea izatea.

4. Antolamendua eta finantziaketa

Osasun Publikoaren eta Lan Osasanaren Institutua da programaren arduradun nagusia. Osasuna Sustatzeko eta Politika guztietan Txertatzeko Atala ari da programa garatzen, oinarrizko osasun-laguntzarekin eta ijitoen entitateekin elkarlana eginez.

Programa horrek ijitoen komunitatearekin batera garatu nahi luke, haren erritmoak, oinarri kulturalak eta abar errespetatuz. Programak nahi du ijitoek (hau da, ijitoek berek, eta entitate eta osasun-sustatzaile ijitoek) protagonismoa izatea eta parte hartzea. Berariaz lantzen ditu pertsonarengan zentratutako arreta, banakoaren ahalduntzea eta sareko lana. Programako ekintzen oinarria osasun-sustatzaile horiek dira, bai eta haien koordinatzailea ere, zeinak eskualde guztiei laguntza eman eta eskualdeen jarraipena egiten baitu.

NOPLOik entitateendako dirulaguntzak kudeatzen ditu, eta teknikoki gainbegiratzen du lantalde hori, entitate ijitoen bidez kontratatzen baita. Hori gauzatzeko, ezinbestekotzat jotzen da Programan inplikaturako ijito-elkarteen koordinazioa eta parte-hartzea, eta haien figura profesional guztien laguntza. Horretarako, aldizkako bilerak egiten dira, bai erdigunean, bai arloen edo eskualdeen mailan, informazioa trukatzeko eta helburu komunak, akordioak edo ekintzak partekatzeko. Talde-lana da oinarria: inplikaturako alderdi bakoitzak bere eginkizunak betetzen ditu lantaldeko gainerako

Rebeca German Almagro, Arantxa Legarra Zubiria, Nerea Alvarez Arruti

profesionalekin lankidetzaz eginez eta koordinaturik, eta ulertzen da figura profesional bakoitzak garrantzitsua dela Programa behar bezala garatzeko. Parte-hartze bidezko zuzendaritza eta ekintza hautatu ditugu. Programan, beste "osasun-aktibo" batzuek ere hartzen dute parte: oinarriko osasun-laguntzako lantaldeak, sexu- eta ugalketa-osasuneko zentroak, oinarriko gizarte-zerbitzuak eta beste udal zerbitzu batzuk, ikastetxeak, guraso-elkarteak, bizilagunen elkarteak, komunitate-baliabideak...

Hainbat urtetan barna garatu da programa, Nafarroako zenbait eskualdetan, eskualde batzuk sartuz eta beste batzuk kenduz, momentu bakoitzean ebaluazioa eginez hauteman diren beharren arabera. Etengabe aldatu da. Gaur egun (2023) programa 28 osasun-eskualde oinarritzotan dago eta 12 osasun-sustatzaile ditu.

Hasiera-hasieratik, Nafarroako Gobernuak Osasun Departamentuak finantzatu du, ijitoen osasuna sustatzen duten programetarako dirulaguntzak emanez, urtero deialdia eginda. Programa horiek tokiko entitate, elkarte edo fundazioek egiten dituzte, bitartekotzaren eta heziketaren bidez ijitoen osasuna hobetzeko.

Ijitoen entitateei ematen zaie dirulaguntza, zenbait alderdi aintzat hartuta: zenbat osasun-sustatzaile kontratatu dituzten; koordinatzailearen kontratua; elkarteek zer jardura egiten dituzten, edo kudeaketa nahiz funtzionamenduko zer gastu dauzkaten.

5. Helburuak eta edukiak

Programaren helburu orokorra da Nafarroako ijito komunitatearen osasun-maila hobetzea, osasuneko hiru alderditan dauden desberdineriak txikituz: osasun zerbitzuetarako irisgarritasuna eta horien erabilera; osasun-maila, eta osasunaren determinatzaileak.

Berariazko helburuak

- Bizimodu osasungarriak garatzea eta bizimodu kaltegarriekin lotutako arriskuak gutxitzea, dagokion ingurunean bertan osasuna sustatuz eta osasunerako heziketa emanez, osasun-etxeen lana osatzen delarik zentro horiekin koordinatuta.
- Osasun-prebentzioaren kontzeptua jorratzea, eta prebentzio-programen eskuragarritasuna eta inklusioa lantzea; izan ere, ijitoek, beren kalteberatasun soziala dela-eta, kasu askotan ez dituzte jasotzen herritar guztiei zuzendutako estrategien onurak:
 - Osasun-etxeen programak: haurren osasuna, kronikoen estrategia... Sexu- eta ugalketa-osasuneko zentroen programak.
 - Sexu- eta ugalketa-osasuneko zentroen programak.
 - Beste batzuk: bularreko eta koloneko minbiziaren prebentzioa eta detekzioa, Haurren Hartzak Zaintzeko Programa...
- Bidea erraztea, Nafarroako gainerako biztanleek bezala erabil ditzaten osasun-zerbitzuak; berdintasunez, alegia.
- Oinarriko osasun-laguntzako lantaldeak eta osasun-programak komunitate horien errealitate sozial eta kulturalera hurbiltzea, eskualdeetan dauden beharrak asetzeko esku-hartzeak egin ditzaten.
- Dinamizatzea, komunitateak osasunaren sustapenean parte har dezan, eta sareko lana bultzatzea.

Funtsean, bost helburu horiek gidatu, eta definitzen dute programaren jarduna. Abiapuntu hori eta jarraian deskribatuko diren edukiak aintzat hartuta, eskualde oinarriko bakoitzaren urteko helburuak eta jarduerak zehazten dira. Ijitoen osasun-egoera aztertzen jarraituko da, eta helburu berriak finkatzen, Nafarroako Estrategiarekin bat.

Edukiak

Orain arte, lan-edukien ardatzak izan dira baliabideen erabileraren sustapena, bizimoduak, emakumea, sexualitatea eta haurrak. Gai horiek orain ere lehentasunezkoak dira, baina gaixotasun batzuk ere landu nahi dira, hala nola obesitatea, diabetesa eta abar.

Programaren edukia honela garatzen da:

- Bakarka: lagun eginez, eta aholkuak, babesa edo orientazioa emanaz.
- Taldeka: heziketa emanaz eta osasuna sustatuz berdinen arteko taldeetan (helduen, gazteen eta txikien lantegiak).
- Komunitateari begira: sare profesionaletan lan eginez, oinarrizko osasun-laguntzako taldeekin eta eskualde bakoitzeko entitate sozialekin.

Pertsonaren edo taldearen egoerara egokitzen dira edukiak. Ijitoen komunitatearen beraren alderdiak eta baloreak nabarmentzen dira, ijitoen eta osasun-sustatzaile ijitoen diskurtsoan agertzen direnak (“Osasuna ijitoen bizialdian eta kulturaren” eta osasun-sustatzaileen lekukotasunak):

- Komunitatearen laguntza eta kohesioa; batez ere familien bidez, segurtasun-sentimendua ematen baitute eta gizabanakoak babesten baitituzte. Familiaren zeregin solidarioa nabarmentzen da.
- Ijitoen portaera-arau, ohitura eta usadio batzuk, indarguneak izan daitezkeenak osasuna sustatzeko lanerako.
 - Haurtzaroaren balioa. Haurrak zaindu eta babestu beharra dago, familiako eta komunitateko ondare maitea direlako.
 - Begirunea. Horra esentzia kulturalari lotutako beste osasun-aktibo bat, eragin ona izan dezakeena jokabide jakin batzuk lantzean.
 - Hezkuntzaren balioa dela-eta, honako aldaketa hauek ikusten dira: jabetzen dira prestakuntza oso garrantzitsua dela lan kualifikatuagoak lortu ahal izateko; ez dute nahi beren ondorengoek izan ditzaten beraiek izandako hezkuntza eta lan-ibilbide berak; esaten dute seme-alabak beren amak baino beranduago ezkonduko direla, eta neskek askatasunez aukeratzen ahalko dutela zenbat haur eta noiz nahi dituzten izan; ohartzen dira beharrezkoa dela beren seme-alabak eskolara joan daitezen. Emakume ijitoek gero eta prestakuntza hobea dute eta haien papera azpimarratzen da; bai eta ijitoen elkarteek hezkuntzan duten zeregina ere.
 - Sufritzeko gaitasuna, bereganatutako jakinduria, egokitze gaitasunak eta balio erlijiosoak; beraz, programak horiek kontuan izaten ditu familiekiko esku-hartzean.
 - Emakumeak liderrak dira osasunaren alorrean, zaintzaileak direlako eta ezagupenak transmititzen dituztelako.
 - Adinekoekiko errespetuak eragin handia du gazteengan.

6. Ebaluazioa eta balorazio orokorra

Programaren urteko ebaluazioan egitura eta prozesua jorratzen dira. Ebaluazio hori egiten da hilabeteko erregistro-orrietan eta urteko adierazleetan oinarrituta, nagusiki.

Momentu honetan, osasun-egoeraren bilakaera ebaluatzeko tresna berriak lantzen ari gara. Horietako bat da Nafarroako ijitoei eginen zaien osasun-inkesta; horren bidez, Ijitoen Osasunaren Inkesta Nazionaleko lagina handitu egiten da gure erkidegoan, eta emaitzak 2024rako izanen ditugula espero dugu. Zailtasunak daude eskura dagoen beste informazio bat aztertzeke; izan ere, etniaren aldagaia ez da datu-base administratiboetan erregistratzen.

Rebeca German Almagro, Arantxa Legarra Zubiria, Nerea Alvarez Arruti

1. Sustatzaileek egindako esku-hartze lanaren ebaluazioa:

- Zenbat bilkura izan dituzten osasun-etxeetako profesionalekin, eta sexu- eta ugalketa-osasuneko zentroetakoekin.
- Zenbat bilkura izan dituzten zentro hauetako profesionalekin: osasun-etxeak, sexu- eta ugalketa-osasuneko zentroak, gizarte-zerbitzuak, ikastetxeak; zenbat bilkura izan dituzten programa koordinatzeko, eta zenbat, elkarte/erakundeekin eta sareekin.
- Zenbat familiaren jarraipena egiten den.
- Zenbat banakako arreta-saio eta taldekako saio egin diren.

Era berean, taldearen osasuna sustatzeko eta heziketa emateko jarduerak kualitatiboki baloratzen dira eskualde bakoitzean.

2. Programak duen bilakaeraren eta irismenaren ebaluazioa:

Esku hartzen den eskualde guztietan, adierazle espezifiko berak lantzen dira, bai biztanleriari dagokionez (sexuari, adinari, familiaren mugikortasunari... lotutako adierazleak), bai osasunari dagokionez (batez ere prebentzio-programei buruzkoak); horri esker, programaren bilakaera eta irismena ebalua ditzakegu, programarekin noraino iristen garen jakin, eta komunitate honetan behar gehien duten kideengana iristen ari ote garen ikusi.

Ebaluazio honek errore-marjina bat dauka, datuen bilketa subjektiboa delako; izan ere, osasun-sustatzaileen eta erabiltzaileen arteko elkarriketak dira haren oinarria. Zernahi gisaz, ebaluazio guztiek erakusten dute osasun-sustatzaileak erreferente bihurtzen ari direla ijitoen komunitatearen barruan, eta funtsezko eragileak direla osasuneko helburuak lortzeko; eta orobat direla erreferenteak eskualdeetan diharduten beste baliabide eta zerbitzu batzuetarako. Haien esku-hartzeari esker errazagoa da familiekin “barrutik” lan egitea.

Gaur egun, programaren kanpoko ebaluazioa egiteko proposamen bat ari gara lantzen.

2. taula. Esku-hartzeak urtetan zehar.

1. Banakako esku-hartzeak	2019	2020	2021	2022
Zenbat familiarekin egin den esku-hartzea	851	831	850	859
Zenbat familiaren jarraipena egin den	121	131	204	165
Banakako arreta-saioen kopurua	6.588	10.262	7.426	7.102
2. Taldekako esku-hartzeak	2019	2020	2021	2022
Taldeekin egindako saioren kopurua	572	121	417	470
Taldeekin landutako gaiak: elikadura, ariketa fisikoa, emozioen kudeaketa, pantailen erabilera, eskolara itzultzea eta Covid-a, Covid protokoloak, autoestimua, kontsumoen prebentzioa, sexu-osasuna, hazkuntza eta baliabideen erabilera. Ongizate emozionala	572	121	417	470

7. Programaren erronkak

1. Programaren eraginaren ebaluazioa egitea Nafarroako Ijitoen Osasun Inkestaren bidez, eta emaitzak aztertzea.
2. Kanpoko ebaluazio kualitatiboa egitea, programaren funtzionamendua eta antolamendua hobetzeko arloak hautematearren.
3. Finantzaketa egonkorragoa bilatzea programarako.
4. Administrazioako datu-baseetako informazioa egoki aztertzea zaila da, etnia-aldagairik ez dagoelako. Horregatik, alternatibak bilatu beharra dago ijitoen osasuna, irisgarritasuna, eskura dituzten baliabideak eta bestelakoak hobeto ezagutzeko.
5. Banakako eta taldekako lanean dagoen genero-arrakala gainditzea; alegia, ijitoen komunitateko gizonak programan gero eta gehiago parte har dezaten lortzea.

8. Bibliografia

- 1.-Estrategia para el desarrollo de la población gitana de Navarra (2019-2022)
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/estrategia_para_el_desarrollo_de_la_poblacion_gitana_en_navarra_2019-2022.pdf
- 2.-Estrategia Nacional para la igualdad, inclusión y participación del pueblo gitano (2021-2030)
https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/docs/estrategia_nacional/Estrategia_nacional_21_30/estrategia_aprobada_com.pdf
- 3.-Plan de Salud de Navarra (2016-2020)
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DDBA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>
- 4.-Plan de Salud Pública de Navarra (2022-2025)
https://www.navarra.es/documents/48192/21733295/Plan+Salud+Publica+22_25+Parlamento_ISPLN.pdf/ad90c8ad-c032-c72e-c6d3-a6ca2289205e?t=1673601194977
- 5.-Estrategia Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

Hirugarren mahai-ingurua: Desberdintasun-ardatzak

LGTBI+ errealitateak eta osasun-sistema: giza eskubideentzako aukera bat

LGTBI+ realities and the health system: an opportunity for human rights

Zaira García Dafonte

LGTBI+ eta feminismoetan aholkularia

lgtbi.ikerketa@gmail.com

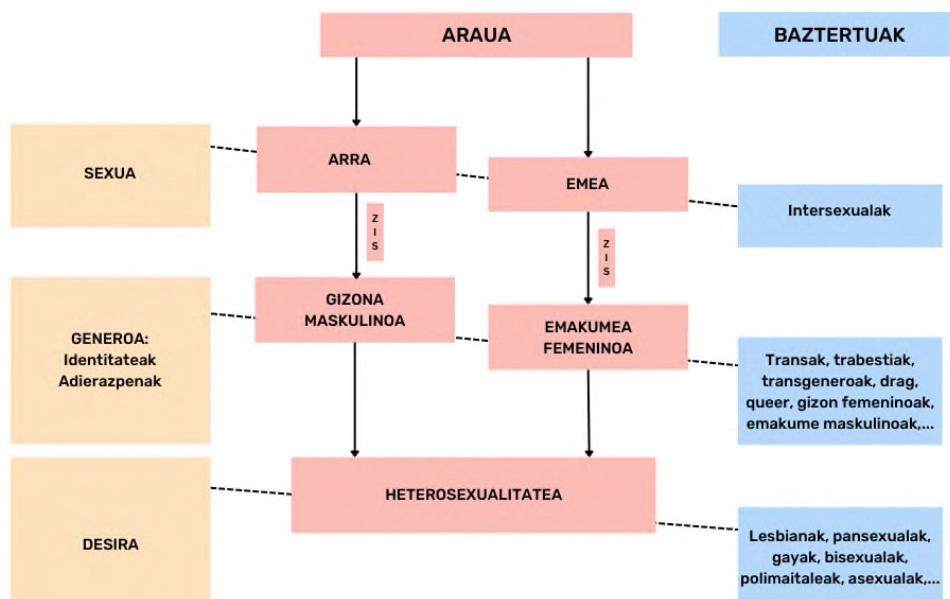
1. Sarrera

Artikulu honetan, lehenik eta behin, sexu-genero sistemaren eremu kontzeptuala aurkezten da; bigarrenik, LGTBI+ pertsonen egoera eta aldarrikapenak aztertzen dira. Horretarako, EAEko eta Espainiako Estatuko azterlanak eta LGTBI+ subjektuekin egindako azterlanak aztertzen dira, baita biztanleriak LGTBI+ kolektiboaren osasun-eskubideen inguruan duen pertzepzioa ere. Azkenik, lan-ildoak zehazten dira.

2. Sexu-genero sistemarekiko hurbilpen kontzeptuala

Mendebaldeko gizartearen egungo sexu-genero sistema hegemonikoa dimentsio hauetan oinarritzen da: sexua, generoa (identitatea eta adierazpena) eta desioa. Jarraian erakusten den moduan, eraikuntza soziala da errealitate batzuk arauaren barruan egotea edo kanpoan geratzea eragiten duena:

1. Irudia. *Sexu-genero sistemaren dimentsioak*. 2023. Norbere sorkuntza.

SEXU-GENERO SISTEMA

Horrela, bada, zakilarekin jaio diren gizonak, maskulinoz hartzen diren rola eta alderdiak erreproduzitzen dituztenek, hau da, zis gizonak, eta gainera heterosexualak direnak, gizartearen onarpenaz eta pribilegioez gozaten dute. Gauza bera gertatzen da aluarekin jaio diren emakumeekin, femeninoz hartzen diren rola eta alderdiak erreproduzitzen dituztenean, hau da, emakume zisekin, eta gainera heterosexualak baldin badira. Hala ere, nabarmendu behar da faktore patriarkalak gizon/emakume rola bereizten dituela, eta emakumeak gizonen mende jartzen dituela. Era berean, arauz kanpoko aukera guztiek pairatzen dute desberdinkeria.

Beraz, arauaren baitako aukerak bitarrak dira, eta bat datoz zisexualitatearekin, heterosexualitatearekin eta gizon/emakume rolaekin. Sistema soziala zisheteronormatiboa eta patriarkala da. Horregatik, araua erreproduzitzen ez duten pertsonak erasoak, diskriminazioak eta/edo bazterketak jasateko arriskua dute, baita instituzio nagusien arreta-moduetan ordezkatura ez egotekoa ere: osasun-, hezkuntza-, justizia- eta administrazio-instituzioetan, etab.

Horrela azaltzen da sexu- eta genero-disidenteez baztertua egon daitezkeen eta dauden osasun-premiak izatea.

Sexu- eta genero-disidentziei buruz hitz egiteko, hemendik aurrera LGBTBI+ erabiliko da. Sigla bakoitzaren errealitatea askotarikoa izanik, egoera ugari biltzen dituen fikzioa izanik, kategoria analitiko gisa balio digu. Hala eta guztiz ere, sigla bakoitza nola ulertzen eta erabiltzen den aipatzea beharrezkoa da:

- Lesbiana: beste emakume batzuekiko desira sexual edo/eta erromantikoa sentitzen duen emakumea.
- Gay-a: beste gizon batzuekiko desira sexual edo/eta erromantikoa sentitzen duen gizona.
- Trans*-a: Pertsona bat zeinaren identitateak edo/eta genero-adierazpenak tradizioz jaiotakoan ezarritako sexuarekin lotzen diren arau eta gizarte-espektatibekin bat egiten ez duten. * sinboloa terminoak biltzen dituen errealitate anitzak ikusarazteko estrategia gisa erabiltzen da, hau da, honakoei erreferentzia egiteko erabiltzen da: transexualak, transgeneroak, ez-bitarra, genero-jariakorra...
- Bisexuala: gizon eta emakumeekiko desira sexual edo/eta erromantikoa sentitzen duen pertsona (zis edo trans* izanda ere).
- Intersexuala: zientifikoki maskulinoz eta femeninoz katalogatutako lehen edo/eta bigarren mailako ezaugarri biologikoak konbinatuta jaiotzen den pertsona. Hau da, "ezaugarri maskulinoen" edo "ezaugarri femeninoen" arau sozialei jarraitzen ez dieten gorputzekin jaiotzen diren pertsonak. Lau alderdik bat egiten dute: ezaugarri kromosomikoek, hormonalek eta barneko zein kanpoko genitalek.
- +: gainerako genero-identitate guztiak ikusarazteko estrategia gisa erabiltzen da, sistema bitar zisheteropatriarkalaren arau hegemonikoak irauliko dituzten adierazpenak, orientazioak eta/edo gorputzak hain zuzen ere: asexualitatea, pansexualitatea, queer.

Era berean, errealitatea interseksionala dela aintzat hartzea garrantzitsua da. Ondorioz, LGBTBI+ pertsonak zapalkuntza arrazoi izan daitezkeen bestelako ezaugarriengandik zeharkatuta egon daitezke, hala nola: jatorria, kultura, adina, aniztasun funtzionala, gizarte- bazterketaren arriskua, etab.

3. Egoera: historikoki eta gaur egun

Sexu- eta genero-disidentziek osasunaren arloan izan duten borroka nagusia despatologizazioa izan da. Homosexualitateak 1990eko maiatzaren 17an lortu zuen, OMEk gaixotasun mentalen zerrendatik kentzea erabaki zuenean. Hala ere, trans* pertsonak 2018ra arte itxaron behar izan dute.

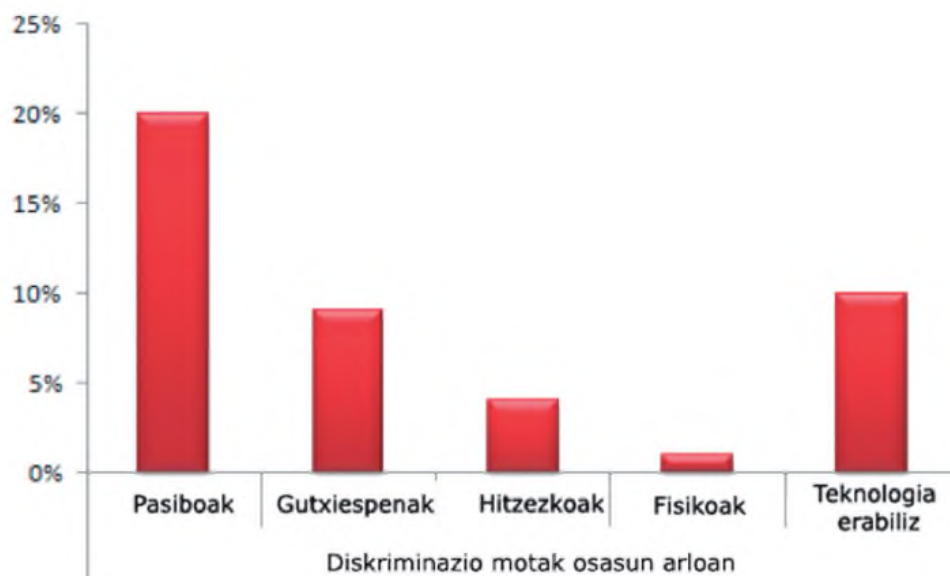
Zaira García Dafonte

Gaur egun, EAEn, Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzuak LGBTBI+ pertsonetako duen espezifikotasun bakarra Guruzetako Unibertsitate Ospitaleko Genero Identitatearen Unitatea da.

a) Kolektiboaren testigantza eta aldarrikapenak osasun eremuan

Orokorrean

1. grafikoa. *Osasun eremuan LGBTBI+ pertsonetako identifikatutako diskriminazio-motak*. 2018, hemen ikusia: García & Expósito. Bizikidetzaren aniztasunean. LGBTBI+ populazioaren errealitateen diagnostikoa Gipuzkoan.



[LGBTBI+ populazioaren errealitateen diagnostikoa Gipuzkoan \(2018\)](#) lanaren arabera, inkestatuak izandako LGBTBI+ pertsonen % 24k osasungintza-eremuan diskriminazioak pairatu izana adierazi zuen. Guztira, 93 diskriminazio-egoera azaldu ziren. Horietatik, % 20 diskriminazio pasibo moduan katalogatu dira, % 10 bide teknologikoei lotuta egon dira eta % 9 kasuak izan dira.

Profilei dagokienez, lesbianak dira, bai zis-ak bai trans*-ak, eraso pasibo eta gaitzespen gehien salatzen dituztenak. Trans* pertsonen kasuan, % 71k adierazi dute halakoak pairatu dituztela.

Osasun-sistemak, oro har, araudi, prozesu eta inprimaki heteroarautzaileak dituela salatzen da: gaitzerrenda eta bibliografia LGBTBI+fobikoa Osakidetzako oposizio-prozesuetan, genero-identitatean aukera bitarrak soilik dituzten dokumentuak, edota ondoren azalduko diren bikote homosexualen adibide zehatzak. Hala ere, nabarmendu behar da, oro har, LGBTBI+ pertsonak seguru sentitzen direla osasun-eremuan, batez besteko 3,6ko balioa nabarmentzen da (5etik) eta baliorik ohikoena 4koa da.

Errealitate bisexual eta homosexualak: lesbianak eta gayak

Lesbianek, gayek eta bisexualek aurkitzen duten oztopo nagusia heterosexualitatearen ustea da (García & Expósito, 2018). Lesbianen kasuan, kezkarria da sexu-praktiken eta sexu-transmisiozko infekzioen (STI) transmisioa prebenitzeko metodoen ezagutza eza (FELGTBI+, 2023). Gayen kasuan, beste oztopo bat gizonen homosexualitatea STI-ekin eta giza immunoeskasiaren birusarekin (GIB) lotzen duten aurreiritziak dira (Coll-Planas & Missé, 2009). Era berean, errealitate horietako batzuk

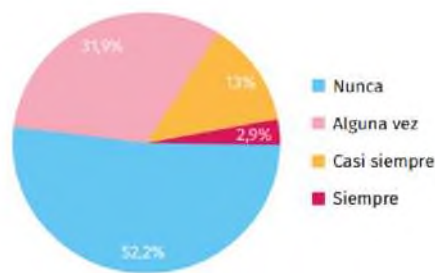
emakume eta gizon bisexualek ere pairatzen dituzte, pertsona promiskuo gisa etiketatzearen berezitasunarekin. Horrek guztiak arriskuak eragiten ditu LGB pertsonen osasunean.

Era berean, prozedurak ikuspegi zisheterosexual batetik eraikita daude, adibide gisa 2017ko kasu bat: lesbiana zis bikote batek familia bat sortu eta osatu nahi zuen, eta, beraz, horietako batek laguntza bidezko ugalketako zerbitzu publikoan izena eman zuen. Itxaron-zerrendan denbora bat eman ondoren, prozesua hasteko zitazioa jaso zutenean, haurdun gelditzekoa zen pertsonaren lan-egoera zaildu egin zen, eta, beraz, bikotea haurdun geratzea erabaki zuten. Osakidetzak ukatu egin zien aukera hori, horrelako egoerak ez direlako protokoloetan jasotzen. Beraz, horrelako egoerek gorputz, desira eta familia desberdinekiko diskriminazioa eragiten dute.

Trans* errealitateak

[Trans* pertsonen eta osasun sistemarekiko haien harremanaren](#) inguruko FELGTBI+ren ikerketak (2019) erakusten du trans* pertsonen % 21,7k eta % 5,8k jotzen dutela medikuarengana noizbait edo inoiz ez, hurrenez hurren. Hona hemen % 27,5ek adierazten dituzten arrazoiak: "osasun-txartela hautatutako izenarekin ez edukitzea", "deadname delakoagatik deitzea", edo "osasun-langileek probak egin beharrean 'dena' hormonei leporatzea" (7. or.).

2. grafikoa. *Osasun-langileen partetik izandako diskriminazio-tratuaren pertzepzioa*. 2019 hemen ikusia: FELGTB. Las personas trans y su relación con el sistema sanitario.



Diskriminazio-tratuari dagokionez, % 52,2k adierazten du inoiz ez sentitu izana. Ia beste erdiak, ordea, baietz nabarmentzen du.

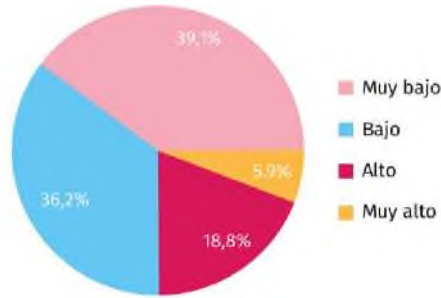
Gipuzkoako LGTBI+ errealitateen diagnostikoan egoera LGTBI+fobikoak ere jasotzen dira, baita GIUko profesionalen aldetik ere. Adibide gisa, mutil trans* batek bizi izandakoa azaltzen da: "espezialista endokrinora joan eta bi hilabetera, berriz ere hitzordua nuen psikiatrarekin, sei hilabetera. Orduan iritsi nintzen, zoriontsu, eta esan nion: Ez nauzu ederrago ikusten?, eta erantzun zidan: Ez naiz marikoia, horrez gain, zuk zer nahi zenuen? Mutila, ezta? Zuri geratu nintzen. (...) Ez nuen nire burua kontrolatzen jakin eta lehertu egin nintzen. Orduan esan zidan: Jakizu horrela jokatzegatik medikazioa kenduko dizudala!" (96. or.).

Osasun-langileek genero-identitateari dagokionez ematen duten tratamenduaren kasuan, trans* pertsonen % 73,9k adierazi du beti edo ia beti nahi duen generoarekin tratatzen dutela. Inoiz edo ia inoiz ez dutela tratatu egokirik jasotzen erantzun zutenak % 33,3 dira (FELGTB, 2019).

Trans* errealitateei buruzko osasun-ezagutzari dagokionez, FELGTBren galdetegia erantzun zuten pertsonen % 39,1ek uste du osasun-langileek oso ezagutza txikia dutela, % 36,2k ezagutza txikia eta % 18,8k ezagutza handia.

Zaira García Dafonte

3. grafikoa. *Osasun langileen ezagutza-mailarekiko pertzepzioa*. 2019 hemen ikusia: FELGTB. Las personas trans y su relación con el sistema sanitario.



Homosexualitatearekin edo bisexualitatearekin gertatzen den bezala, transexualitatearen* kasuan ere agerian geratzen da horri buruzko ezagutzarik eza, trans* pertsonen osasuna arriskuan jartzen duten egoerak eraginez.

Amaitzeko, trans* pertsonak eskertzen dute unitate espezializatu bat egotea haiek artatzeko; hala ere, tratamenduak modu ambulatorioan jasotzea eskatzen dute, Gurutzetako Unibertsitate Ospitalera joan beharrik gabe.

Intersex errealitateak

2. irudia. *Intersex edo DSD pertsonen eta haien familiek adierazten dituzten arazoaren laburpena*. 2016an, Bartzelonan DSD duten edo sexuarteko biztanleriaren errealitateen, posizionamenduen eta eskaeren diagnostikoa.

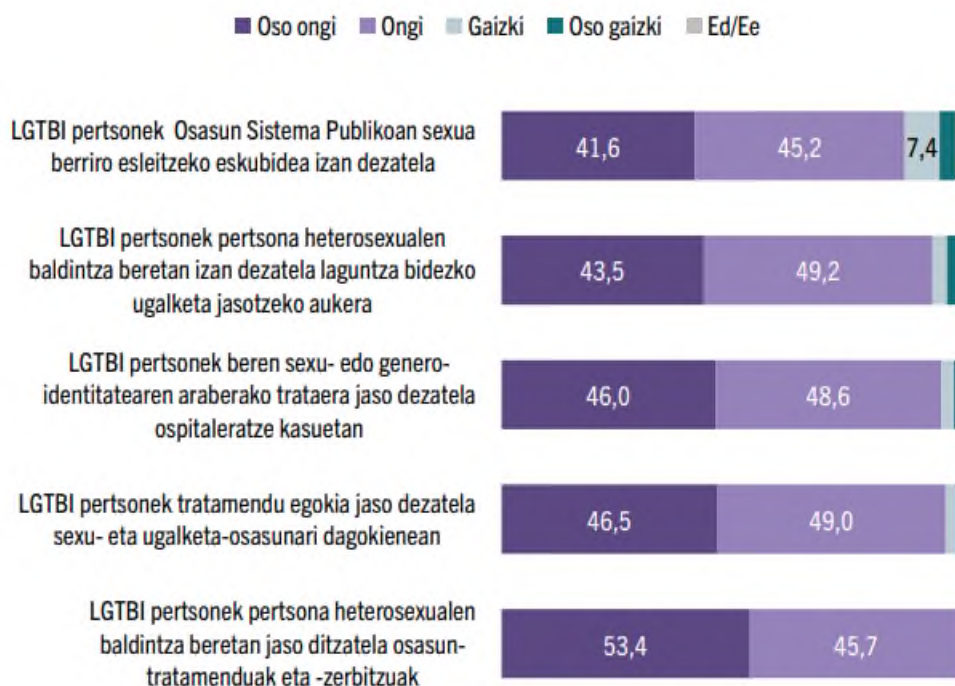


Intersex kolektiboaren borroka-efortzu handienak intersexualen mutilazio genitala desagerraraztera bideratu dira. Horrez gain, beste salaketa eta erreklamazioen artean, honako hauek daude: gaitan esperientzia duten profesioletara iristeko zailtasuna, diagnostiko eta tratamendu egokiak lortzeko oztopoak, bigarren iritzi profesionala lortzeko edo beste autonomia-erkidego bateko beste ospitale batera bideratzeko eragozpenak. Hori guztia intersex errealitateak gertatzen diren maiztasun baxuarekin lotzen da. Izan ere, eskasia horrek, diagnostikoaren eta tratamenduaren ziurgabetasuna eragiten du eta familientzako babesgabetasun-testuinguruak sortzen dira (Canals, 2002 hemen ikusia Gregori Flor, 2016).

b) Populazioaren pertzepzioak, oro har.

Ikuspegik egindako Neurtu 2021. EAEko aniztasunari buruzko barometroa: sexu- eta genero-aniztasunarekiko pertzepzioak eta jarrerak azterlanaren ^{ESTIGMA I} arabera, herritarren % 99,1ek uste du LGBTI+ pertsonen osasun-eskubide unibertuala bermatuta izan behar dutela. Hala ere, osasun-sistema publikoaren bidez, lagundutako ugalketa heterosexualek baldintza berberetan eta sexua berresleitzeko eskubideari heltzean, onarpen-maila % 92,7ra eta % 86,8ra jaisten da, hurrenez hurren.

1. taula. *LGTBI kolektiboarekin lotutako hainbat egoeraren onarpen-maila osasunaren eremuan (%)*. 2022an, Ikuspegian. Neurtu 2021. EAEko aniztasunari buruzko barometroa: sexu- eta genero-aniztasunarekiko pertzepzioak eta jarrerak.



Amaitzeko, onarpen-maila handiagoa da lesbianen, gayen edo bisexualen kasuan, eta behera egiten du transexualitate- eta intersexualitate-egoeran daudenen kasuan. Era berean, onarpen handiagoa dago LGBTI+ kolektiboaren eskubide esklusiboak bermatzeari dagokionez, proposamen holistikoagoak egiten direnean baino, osasun-sistemaren edo -zerbitzuaren funtzionamendu orokorrari eragin diezaioketenak, adibidez, hirugarren lauki bat sartzea genero-identitatearen aukeran (Ikuspegi, 2020, 93. or.).

Zaira García Dafonte

4. Lan-ildo posibleak

Lehenik eta behin, LGTBI+ kolektiboarekiko tratua hobetzeko, sentsibilizazio-planak proposatzen dira, eta, batez ere, osasun-arloko profesionalak prestatzea. Bigarrenik, osasun-sisteman aniztasunaren ikuspegia txertatzeko moduari dagokionez, hausnarketa- eta partaidetza-prozesu bat gauzatzea planteatzen da, benetan loteslea, askotariko subjektuekin eta adituekin. Ildo horretan, garrantzitsua litzateke inprimakiak eta prozedurak berraztertzea, aukera guztiak kontuan har ditzaten. Hirugarrenik, LGTBI+ pertsonen osasun-premiei buruzko ezagutzarik ezari aurre egiteko, errealitate bakoitzaren osasunari buruzko ikerketa espezifikoak egitea iradokitzen da: lesbianak, gayak, transak*, bisexualak, intersexualak/DSDak, bai eta osasunaren eremua sozialarekin lotzen duten azterlanak ere.

Era berean, [transexualitate-egoeran dauden pertsonen arreta integrala emateko gida](#) eta [ekainaren 28ko 14/2012 LEGEA](#) III. kapituluaren kontuan hartzea gomendatzen da.

5. Hausnarketa

Trans pertsonen benetako berdintasun eraginkorrerako eta LGTBI pertsonen eskubideak bermatzeko lege-proiektu polemikoak (Trans Legea) genero-autodeterminazioaren alderdi patologizatzailea desagerrarazi badu ere., ez da pentsatu behar osasunaren eremuan dena irabazita dagoenik. Garrantzitsua da ohartzea hainbat alderdi politikok jada adierazi dutela kontrol medikoak eta psikiatrikoak trantsizio-prozesura itzultzen saiatuko direla. Horrenbestez, azken urteotako aurrerapen sozial, legegile eta baita medikoak ere txalotzen badira ere, ezinbestekoa da aniztasunaren eta berdintasunaren aldeko ikuspegia garatzen jarraitzea. Alde batetik, osasun-langileen aurreiritziekin amaitzeko, eta bestetik, egoeraren araberako tratamendu egokia jasotzeko, zein sexu-osasunari buruzko kalitatezko informazioa eta prebentzio-neurriak jasotzeko eskubidea bermatzeko. Laburbilduz, giza eskubideekiko konpromisoa hartzeko.

6. Bibliografia

- Coll-Planas, Gerard eta Missé, Miquel (2009). *Diagnòstico de las realidades de la población LGTB de Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.
<https://docplayer.es/5562208-Diagnostico-de-las-realidades-de-la-poblacion-lgtb-de-barcelona.html>
- FELGTBI+ (2019). *Las personas trans y su relación con el sistema sanitario*.
<https://felgtb.org/wp-content/uploads/2020/03/PersonaTransSistemaSanitarioInforme2019.pdf>
- FELGTBI+ (13 de febrero de 2023). FELGTBI+ denuncia una falta "preocupante" de atención especializada en salud sexual para mujeres LTB.
<https://felgtb.org/blog/2023/02/13/felgtbi-denuncia-una-falta-preocupante-de-atencion-especializada-en-salud-sexual-para-mujeres-ltb/>
- García Dafonte, Zaira eta Expósito Alberdi, Jone (2018). *Bizikidetzan aniztasunaren LGTBI+ populazioaren errealitateen diagnostikoa Gipuzkoan 2018*. Gipuzkoako Foru Aldundia eta Gehitu Elkarte.
<https://drive.google.com/file/d/1V5XEYjy2IRbIsG9L-FcMAxOY9DKF-6/view>
- Gregori Flor, Núria (2016). *Diagnóstico de las diferentes realidades, posicionamientos y demandas de la población intersexual o con DSD (diferencias del desarrollo sexual) en Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.

[https://bcnroc.auntament.barcelona.cat/jsui/bitstream/11703/106231/1/diagnostic
interesex es%20.pdf](https://bcnroc.auntament.barcelona.cat/jsui/bitstream/11703/106231/1/diagnostic%20interesex%20.pdf)

- Ikuspegi (2022). *Neurtu 2021. EAEko aniztasunari buruzko barometroa: sexu- eta genero-aniztasunarekiko pertzepzioak eta jarrerak.*

<https://www.ikuspegi.eus/documentos/neurtu/2021/neurtu2021eus.pdf>

Hirugarren mahai-ingurua: Desberdintasun-ardatzak

Emakumeen genitalen mutilazioa: arreta eta prebentzioa

Female genital mutilation: care and prevention

Laura Ventades eta María Dávila

Emagina Otxarkoagako Osasun Zentroa. Bilbo Basurtuko ESI

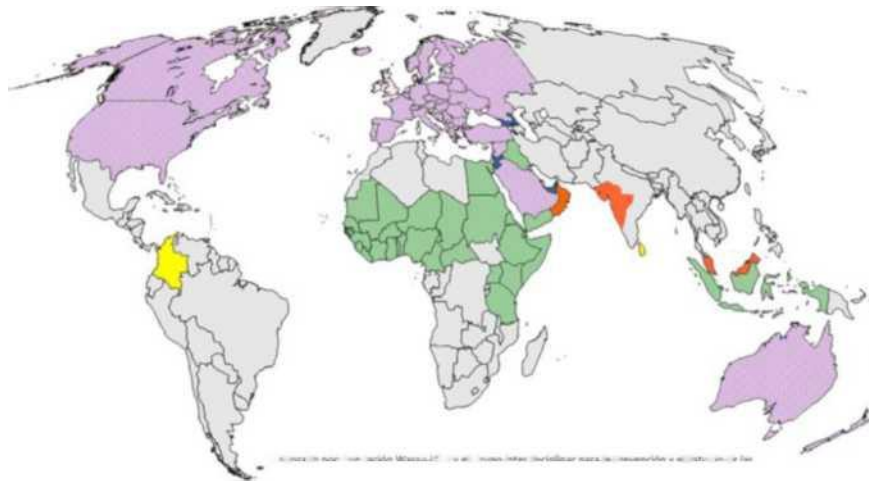
mariadavilamonzon@hotmail.com

1. Definizioa

Emakumeen genitalen mutilazioa (EGM) deitzen zaie emakumeen kanpoko genitalak erabat edo partzialki kentzeko modu guztiei, edo emakumeen organo genitaletan eragindako bestelako aldaketei, betiere arrazoi terapeutikoengatik egin beharrea, arrazoi kulturalengatik edo bestelakoengatik egiten bada (OME).

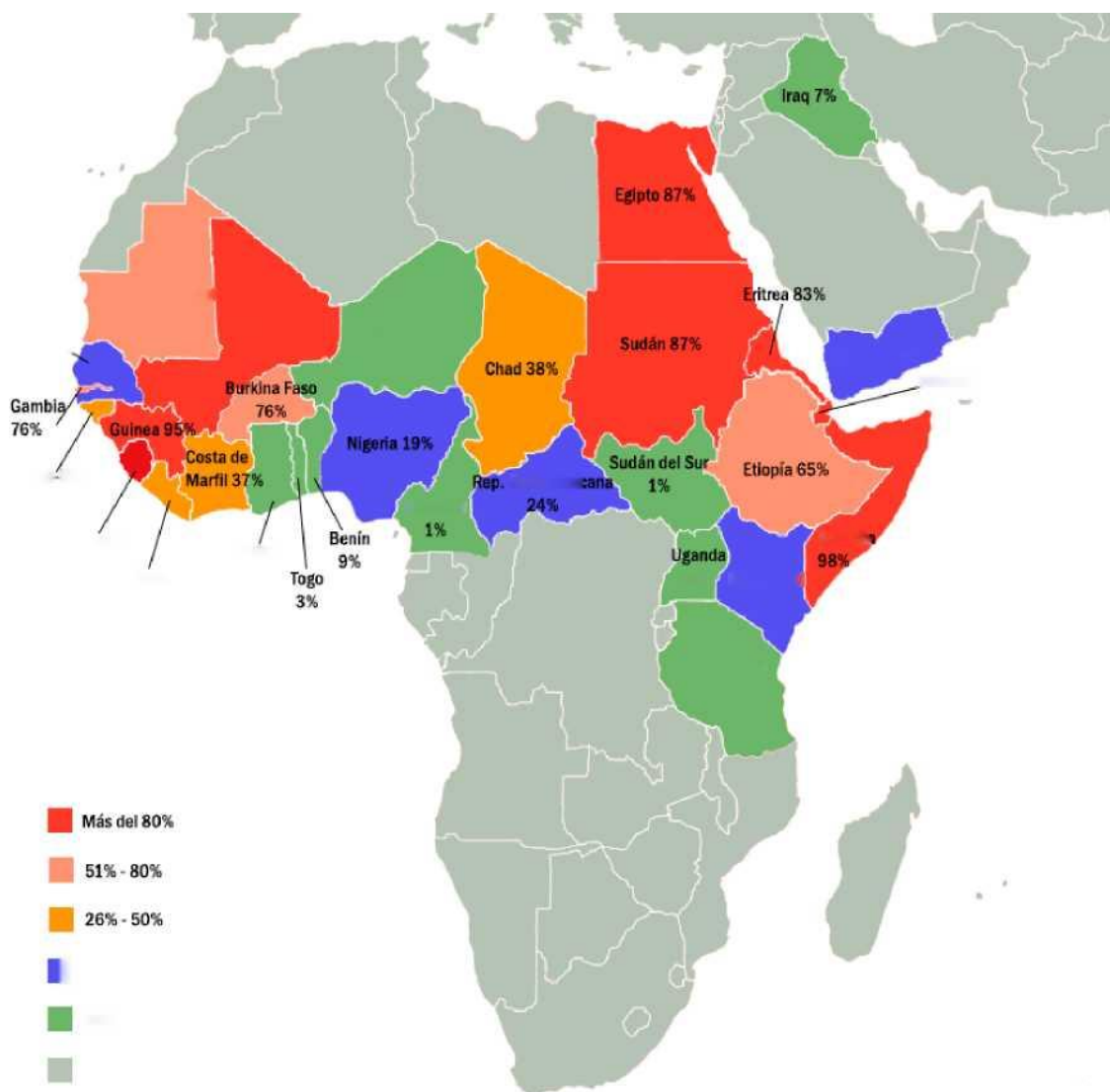
2. Epidemiologia

Gaur egun munduan zehar 200 milioi emakume mutilatuak daudela kalkulatu da. Jaioberrien tasa kontuan izanda, urtero 4 milioi emakume genitalen mutilazioa izateko arriskuan daude. Praktika hau sufritu duten erdiak, Egipto, Etiopia eta Indonesian bizi dira.⁽¹⁾



Iturria: EGMren munduko epidemiologia. Wassu UAB, 2017⁽²⁾

Afrikan biltzen dira EGM praktikatzen duten herrialde asko, zabalkunde oso desberdinarekin, bai kontinentearen barruan, bai herrialdeen artean. Mapa honetan ikusi dezakegu estatu bakoitzean ematen den prebalentzia. Hala ere, eragile erabakigarriena EGM izateko, emakumearen jatorrizko talde etnikoa izango da. Ezagunenak hauek dira: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante.⁽³⁾



Iturria: Afrikako EGMren epidemiologia mapa. Wassu UAB 2020

3. EAE epidemiologia

Euskal Autonomia Erkidegoan 6.000 emakume bizi dira EGMa praktikatzen duten herrialde bateko jatorria dutenak. % 42 emakume hauek Nigeriakoak dira, Senegalekoek jarraituta, 1.100 emakumerekin. Baina EAEan banaketa ez da parekoa: Bizkaian batzen dira % 46, Araban % 32 eta Gipuzkoan % 21. Udalerrien datuak hartzen baditugu banaketa honakoa da: Gasteiz (1.795), Bilbo (1.108), Barakaldo (228) eta Durango (223).

4. Marko antropologikoa

EGM antzinatik egiten da. Praktikaren jatorria ezezaguna da, baina lehenengo arrastoak antzinako Egipton aurkitu ziren, “zirkunzio faronikoa” moduan adierazita. Geroago antzinako Erroman “infibulazio” terminoa sortu zen. Denboraldi horretan gladiatore gazteei eta emakumezko esklabo gazteei aplikatzen zitzairen, sexu-harremanik izan ez zezaten eta haurdun ez geratzeko.

Laura Ventades eta María Dávila

Hipotesi ezberdinak egon arren, guztiak konklusio berdinerara heltzen dira: EGMk ez du loturarik Islamarekin, hau Afrikatik hedatu aurretik mutilazioa jada praktikatzen zen. Horrez gain, EGM herri kristau zein juduetan praktikatzen da ere.

Hautzarotik helduarorako igarobidea markatzen duten tradizioetako bat da EGMa, "emakume" bihurtzeko erritua. Honen bitartez genero eta etnia identitateaz jabetzen dira. Praktikatzeko momentua 4 urtetik 15 urterainoko tartean izaten da, baina azkenaldian jaioberrien artean praktikatutako mutilazioen igoera sumatu da.

EGM praktikatzeko arrazoi ezberdinak azaltzen dira:

- Soziokulturalak: sarbide erritua, ezkontzeko baldintza, taldearen onarpena eta partaide sentimendua
- Higienikoak eta estetikoak: emakumeen kanpoko genitalak itsusiak eta kaltegarriak direla uste dute; haien ustez, genital horiek behar bezala murrizten ez badituzte, handitzen jarraituko dute eta emakumearen bizitza asko baldintzatuko lukete. Emakume ez-mutilatuei debekatzen zaie janaria eta edariarekin aritzea.
- Psiko-sexualak: birjintasuna mantentzea, fideltasuna ziurtatzea, mutilaren sexu-plazera areagotzea.
- Osasunekoak: ugalkortasuna areagotzea, erditzea errazten du, haurra babesten du erditzean.
- Erlijiosoak: erlijioaren agindutzat hartzen dute, nahiz eta Koranean ez den agertzen horrelako eskakizunik.

5. EGM motak

- I. mota: Klitoria eta/edo prepuzioa osorik edo zati batean erauztea (klitoridotomia). Kultura islamiarrean, sunna (tradizio) bat da eta gizonezkoen zirkunzizioaren parekotzat jotzen da.

- II. mota: Klitoria eta ezpain txikiak erabat edo zati batean erauztea, eta agian ezpain handiak ere motz daitezke (eszisioa).

- III. mota: Bagina-zuloa txikitzea zigilu bat sortzeko, ezpain txikiak edo handiak ebaki eta berriz kokatuta, eta klitoria erauzita edo erauzi gabe (infibulazioa edo zirkunzizio faraonikoa). Bi zulo txiki uzten dituzte, gernua eta hilekoaren odola ateratzeko.

- IV. mota: Kanpoko genitalak kaltetzen dituzten gainerako prozedura guztiak, xede medikorik izan gabe; hala nola, eremu genitala zulatzea, ebakitzea, urratzea, kauterizatzea edo substantzia korrosiboak sartzea.

6. Osasunean eragindako ondorioak

Askok dira EGMk sortzen dituen eragozpenak. Denboraren arabera sailkatzen baditugu hauek izan litezke:

- Berehalakoak: min latza, odoljarria, shock hipobolemikoa, gernu-debekua, zauriaren infekzioa, tetanosa, septicemia, gangrena, beldurra, larritasuna...
- Epe ertain eta luzean: errepikapenezko baginako infekzioak, pelbiseko gaixotasun

inflamatorioa, hematokolposa, dismenorrea, gernu-alterazioak, fistula ginekologikoak, GIBak, BHBak edo CHBak eragindako infekzioak, anemia, disporeunia, sexu-sentikortasuna gutxitzea, antzutasuna, konplikazio obstetrikokoak (erditze luzeak, perineoko urradurak, erdiondoko odoljariora, zesarea-tasa handiagoa, eta jaiotza-inguruko heriotza- eta gaixotze-tasa handiagoak), lotsa-sentimendua, larritasuna, trauma osteko estresa, depresioa.

7. Oinarri juridikoa

Nazio Batuak izan dira EGMaren aurkako borrokaren babesle garrantzitsuenetariko bat. Munduan zehar garatu dira hainbat lege EGMekin amaitzeko. Europar Batasunean sortutako aipagarrienetariko bat Istanbulgo hitzarmena da (Europako Kontseiluaren Hitzarmena, emakumearen kontrako indarkeriaren eta etxeko indarkeriaren aurkakoa).

Espaniar estatuan, EGM mota guztiak lesio-delitutzat hartzen dira, eta Zigor Kodearen ordenamendu juridikoan tipifikatuta eta zigortuta daude, guraso-ahalduntzea galtzarekin edota espetxeratzearekin; 11/2003 Lege Organikoaren 149. artikuluan 2005 urtean 3/2005 Lege Organikoa ere onartu zen; bertan, jardunbide hori lurraldetik kanpo ere jazartzen da, hau da, delitua atzerrian egiten denean, betiere egileak edo kaltetua Espainiako lurraldean baldin badaude.

8. Jokabide oinarriak

Hiru ikuspuntutatik hartu behar dugu EGM: giza eskubidetik, generotik eta haurtzaro babesetik.

Aurrekoa kontuan izanda, jarraibide aipagarriena prebentzioa da. Hau hiru mailatan garatu behar da: indibidualki, familian eta komunitatean. Horretarako lan-arlo ezberdinetako profesionalen parte-hartzea ezinbestekoa da: lehen mailako arretan dauden emaginak, pediatriak, erizainak... gizarte-langileak eta ospitalean ginekologia eta obstetrizia gunean dauden profesionalak. Osasungintzatik kanpoko hainbat eragileekiko harreman sendoak sustatzea beharrezkoa da baita, koordinazioan eragozpenik agertu ez dadila, gizarte-zerbitzuen, haurtzaro zerbitzuaren edota eskolako profesionalen lanak bateratuz.

EGMaren prebentzioan, kontuan hartu behar dira EGMaren arrazoi intrintsekoak diren gizarte- eta kultura-portaeraren patroiak. Jakina denez, kasu gehienetan, ez dakite nolako lotura dagoen EGMaren eta emakumeen osasunean dituen ondorio kaltegarrien artean. Hori dela-eta, garrantzitsua da EGMak epe labur eta luzean nesken eta emakumeen osasunean dituen ondorio larriak argudio nagusi gisa baliatzea.⁽³⁾

Zoritxarrez bidean zehar hainbat zailtasun aurkitzen ditugu, bai emakumea/familiaren aldetik bai profesionalen partetik. Adibidez, azpimagarrienetarikoak huek izan litezke:

- Familien aldetik: ez hartzea EGM arazo larritzat, zalantza juridiko-administratiboa, hizkuntzaren ezjakintasuna, itzulera mitoa, leialtasun-gatazka jatorrizko familiarekin, baliabide-gabezia.
- Profesionalen aldetik: EGM praktikaren sinbolismo eta esanahiaren ezjakintasuna, formakuntza eskasa arazo transkulturalak lantzeko, ziurtasun-gabezia eta beldurra EGMaren inguruan elkarrizketa bat izaterakoan, eztabaida profesionalak eta etikoak parte-hartzearen ondorioengatik, denbora-falta kontsultan, formakuntza eskasa EGM antzemateko.

9. EGM protokoloa obstetria eta ginekologiaren ikuspuntutik

Emakume mutilatuen arrazoi ohikoena osasungintzarekin harremanetan jartzeko, haurdunaldia izaten da. Askotan komunikazio-zailtasunekin topatzen gara, hizkuntzaren ezjakintasunagatik. Une horietan gomendagarria da konfiantzazko senide adinduekin etortzea kontsultara edo dauzkagun itzulpen-tresnekin komunikatzea.

Lehendabizi anamnesi orokorra egiten da, gaixotasunak, ebakuntzak, eta beste aurrekariengatik galdetuz, hala nola jatorrizko herritartasuna eta talde etnikoagatik. Haurdunaldiaren protokoloaren arabera, lehen hiruhileko kontsultan behaketa orokorra eta ginekologiko bat gehitzen da. Behaketa horretan bere kanpoko genitalen itxuran jartzen da arreta, besteak beste, prepuzioaren, klitoriaren osotasuna egiaztatzeko, baita ezpain txikien eta handien osotasuna ere. Horrela, pazienteari egindako EGMa zer motatakoa den diagnostikatuko zaio, eta baldin badago, haurdunaldiaren kartilla eta bere historia klinikoan erregistratuko da. Emakume ez-mutilatuen kasuan, gomendagarria da baita erregistratzea genitalen osotasuna. Zalantzak izatekotan emakumeari zuzenean galdetzea gomendatzen da, konfiantzazko harremana bermatuz. Afrikako herrialdeetako zenbait adituk uste dute mutilazio terminoak konnotazio negatiboegia duela eta, hortaz, nahiago dute “cut”, “circuncisión”, “ebakia” hitza erabili, neutroagoa delakoan.⁽³⁾

EGM baieztatzerakoan sakonduko da bere ondorioetan, ohiko sintoma eta seinaleetara bideratutako galderekin eta tratamendu-aukera eskaintzen eskuragarri daudenean. Haurdunaldian zehar, gizarte-langileari jakinaraziko zaio emakumearen egoera.

III. motako mutilazioa izatekotan desinfibulazioa eskainiko zaio 20 eta 28 asteko tartean. Desinfibulazioa infibulatutako emakumeari egiten zaion ebakuntza konpontzailea da, harreman sexualak edo bagina bidezko erditzea ahalbidetzeko.

Pazienteari jakinaraziko zaio erditzearen ondoren ez dela berriro infibulaziorik egingo inoiz. Batzuetan, emakumeen haurdunaldiaren jarraipena ez da hasten azken hiruhilekoa arte, eta kasu horietan erditzen ari denean gauzatuko da, analgesia erregionala (epidurala) aplikatuz.⁽³⁾

GM erditzean detektatzekotan, mutilazioaren arabera jarraibide ezberdinak kontuan hartuko ditugu. I eta II motatako mutilazioetan erditze momentuan perineoaren elastikotasuna baloratuko da, episiotomia beharrezkoa den kasuetara mugatuz, eta inoiz ez sistematikoki erabiliz. Urratuak egotekotan, josiko dira, emakume ez-mutilatuekin gertatzen den moduan, irizpide berdinak jarraituz.

III motako kasuan desinfibulazioa beharrezkoa izango da erditze baginala ahalbidetzeko. Haurdunaldian egin bada, erditze momentuan gauza batzuk kontuan izan beharko ditugu: emakumearen egoera psiko-soziala, behaketa baginalak erabat murriztu, azpimarratu berriz ez infibulatzearen beharra eta analgesia-premian arreta jarri.

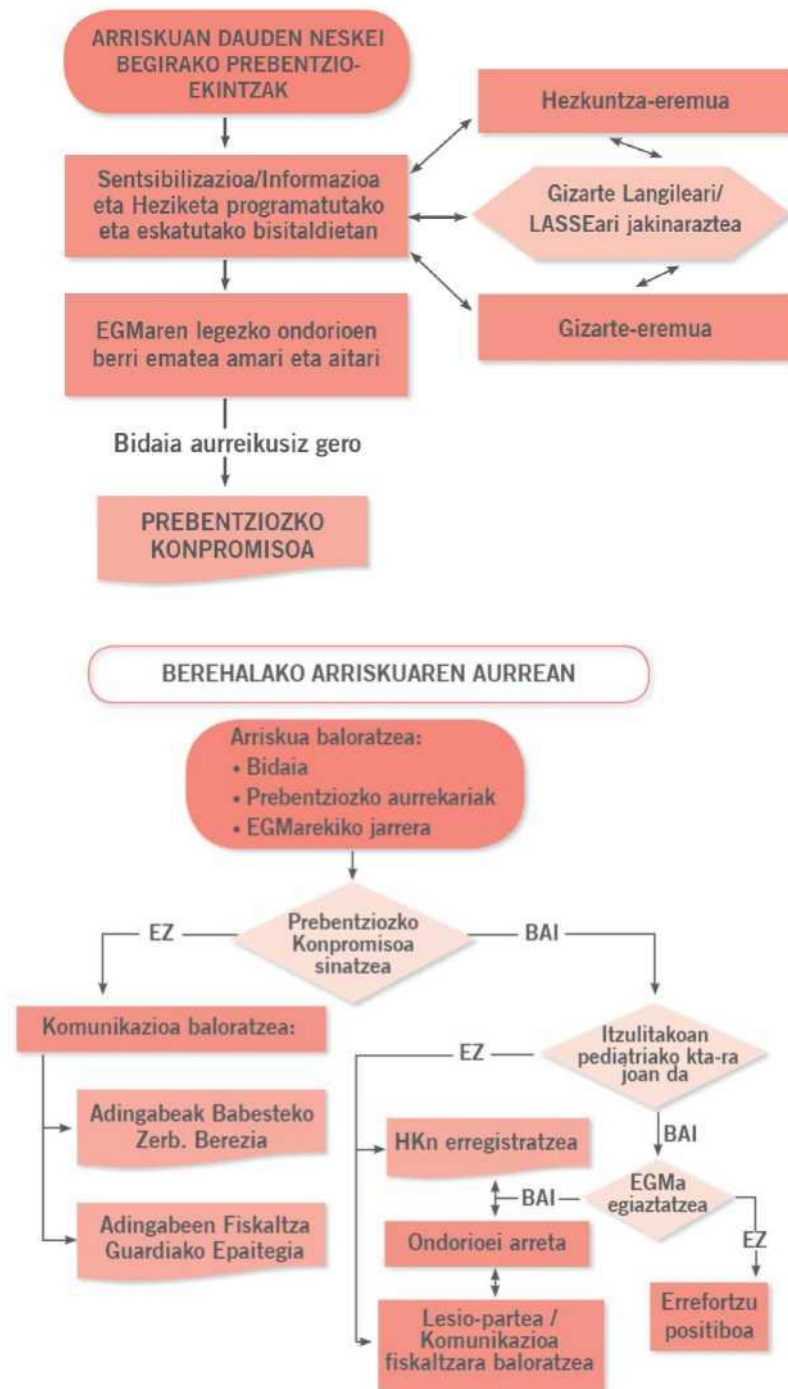
Erditze ostean, ospitaleratze prozesuan, gizarte-langilearen jakinpean jarriko da kasua, emakumearen eta familiaren berehalako arrisku-maila neurtzeko eta komunikabide gisa arreta-maila ezberdinen artean. Informazioa argi geratu dadila erregistratuko da amaren alta txostenean eta jaioberriaren kartillan. Lehen mailako arretan urratuen eta desinfibulazioaren jarraipena egingo da, errefortzu positiboa azpimarratzen azkenengo kasu hauetan eta emakumeen egoera psikologikoa aztertuz. Gomendatuko da sexu-harremanik ez izatea urradura eta episiotomia guztiz orbaindu arte.

Bestaldetik, neska jaioberrien pediatrik, gizarte-zerbitzuekin koordinatuta, prebentzio eta sentsibilizazio prozesuarekin jarraituko du.

Sentsibilizazio-prozesu hori haurdunaldiaren bigarren hiruhilekotik aurrera hasten da, profesionalekin konfiantzazko harremana sendotzen doanean. Eskaintzen zaie Auzolan tailerretan parte hartzea, Bilboko udalarekin batera kudeatutako programan: Emakumea, osasuna eta indarkeria. Esparru honetan emakumezkoen sexu-osasunari buruzko tailerrak egiten dituzte, EGM gaia garatuz, baita ahalduzko-formakuntza, bai emakumeak bai bestelako senideak (gizonak baita) bere inguruko lagun eta familiaren artean prebentzioaren eragileak izan dezaten. Horrez gain, familia bakoitzaren beharrak kontuan izanda, mota ezberdineko jarraipena egiten dute.



Sentsibilizazio-lan honekin batera, umearen osasun-segimenduan, errespetu eta elkarrenganako konfiantzazko harremanean, pediatrik arrisku-faktoreak aztertuko ditu (gurasoen jarrera EGMarekin, programatutako bidaiak...), jokabide ezberdinak hartuz egoeraren arabera.



Iturria: Emakumeen genitalen mutilazioa. Euskadiko osasun-sisteman gomendatutako jardunen gidaliburua

10. Bibliografia

- #StopMGF: 200 millones de niñas y mujeres han sufrido mutilación genital femenina. (s. f.-b). UNICEF España. <https://www.unicef.es/noticia/stopmgf-200-millones-de-ninas-v-mujeres-han-sufrido-mutilacion-genital-femenina>
- Barcelona, U.-. U. A. de. (s. f.). ¿Dónde se practica? - UAB Barcelona. <https://www.uab.cat/web/mutilacion-genital-femenina/-donde-se-practica-1345799899306.html>
- Emakumeen genitalen mutilazioa. Euskadiko osasun sisteman gomendatutako jardunen gidaliburua. Osakidetza. 2016.
- Adriana Kaplan Marcusán, Marc Aienio Cosp, Antonio López-Gav. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2021, Antropología aplicada 4, Fundación Wassu-UAB.
- De La Puente Ruiz, Libe. (2019/20) Asilo eskubidea eta generoa. Emakumeen genitalen mutilazioa aztergai. EHU.

Hirugarren mahai-ingurua: Desberdintasun-ardatzak

Osasuna eta kartzela, ba al datoz bat aldi berean?

Health and prison, are they mutually non-exclusive?

Sara Olarriaga Arrazola

Basauriko presondegiko medikua

saraolarriaga@gmail.com

1. Sarrera

Estatuaren zigor-erakunde nagusia kartzela da, sistema ekonomikoaren euskarri den menderatze eta askatasun-gabetzearen egitura hierarkikoa. Erreformatzeko helburuarekin existitzen dira, baina 3 presotik 2k delitu bat egiten du berriro kalera irteten denean, eta 20 urterekin ziega bat zapaldu duten 10 pertsonatik 8k gutxienez lau aldiz egingo du berriro bere bizitzan zehar. Argi dago ustezko errehabilitazio sozialaren porrota.

2016an Angela Davisek Bilbo bisitatu zuen. Horren ostean, Cesar Manzanosek IPESek argitaratu zuen testuan, honakoa zioen: *"Zigortzen duen kultura inposatu den gizarte batean bizi gara, estatu-politika kriminalak inspiratu dituen ikuspegi hegemoniko batean oinarrituta. Sinetsarazi digute zigorra dela gizarte-gatazkei aurre egiteko modurik eraginkorrena, eta horrek, azken bi hamarkadetan, zigorrak handitzea ekarri du ia delitu- mota guztietan. Espetxeratutako biztanleria pixkanaka handitu da, batez ere kondena-denbora luzatzearen ondorioz, eta hori indartu egiten da epeak luzatzen dituzten eta espetxe-onurak lortzeko mugak jartzen dituzten lege-aldaketekin. Hala ere, kriminalitatea hazten ari da gure merkataritza-gizarte desberdin eta desorekatuen baitan, pertsonen bizitzan indarkeria eraginez. Kriminalitate horren gehiengoa ez da hautematen, jazartzen eta zigortzen ere. Ezarritako legeak urratzen dituzten egitateak egiten dituztenen artean, oso sektore txikia egongo da espetxean, eta kontrol formaleko sistemek hautaketa-prozesu zehatza egingo dute. Hala, espetxeratutako biztanlerian gehiegizko kategoriak daude, hala nola pobreak, atzerritarrak, gutxiengo etnikoak edo droga-mendekoak".*

Osasunaren determinatzaile sozialak gizabanakoen, komunitateen eta, oro har, jurisdikzioen osasunari forma ematen dioten baldintza ekonomiko eta sozialak dira. Pertsonak osasuntsu dauden edo gaixorik dauden adierazten duten faktore nagusiak dira (osasunaren definizio "mugatua" kontuan hartuta). Halaber, pertsona baten baliabide fisiko, sozial eta pertsonalak zehazten ditu: Helburu pertsonalak identifikatzeko eta lortzeko, beharrak asetzeko eta ingurumenari aurre egiteko (osasunaren definizio zabalago bat kontuan harturik). Gizarte batek bere kideen eskura jartzen dituen baliabideen kantitatea eta kalitatea ere bada. Kanadako Osasun Publikoko Agentziak osasunaren bederatzi gizarte-baldintzatzaile zerrendatu ditu: diru-sarrerak, enplegua eta lan-baldintzak, elikagaien segurtasuna, ingurumena eta etxebizitza, garapena, hezkuntza eta alfabetatzea, gizarte-laguntza eta konektibitatea, osasun-portaerak eta arreta medikoa.

Espetxeak osasunaren determinatzaile sozialak dira, kontzentrazioaren, anplifikazioaren, narriaduraren, barreiatzearen edo gainkargaren gurpil zoroa eta askapenaren ondorengo

erikortasuna eta hilkortasuna tarteko. Osasun-ekonomiari edo gizarte-zientziei buruzko hainbat argitalpenek erakutsi digute desberdintasun sozioekonomikoek lotura estua dutela osasun-mailekin. Desberdintasun horiek egoera ahulenean dauden biztanle-taldeei eragiten dietela bereziki, eta agerian uzten dute pobrezia/desberdintasuna zeharkako faktore gisa jorratu behar dela osasun publikoko politketan.

2. Arrisku-faktoreak

Arrisku-faktore garrantzitsuenak, askoz ere sarriagotan topatzen ditugu presoen artean, biztanleria orokorrarekin alderatuta. Adibidez, tabakoaren kontsumoa, edale arriskutsuen tasa, babesik gabeko sexu-harremanen portzentajea, elikadura desorekatuarena edo sedentarismoarena. Espetxeetan, gaixotasun-arrisku handiagoa duen biztanleria biltzen da, osasunaren gizarte-baldintzatzaileak, osasun okerragoa eta gaixotasun-arrisku handiagoa baldintzatzen dutelako, eta hori bera, espetxeratzeko probabilitate handiagoarekin ere lotu delako. Badakigu pertsona/komunitate bat zenbat eta behartsuagoa/desorekatuagoa izan, orduan eta litekeena dela unereren batean preso egotea, eta horrek eragin handiagoa izango duela bere osasunean.

OMEk adierazten duenez espetxean dauden osasun-langileen betebeharrak nagusia presoek osasuna babestea eta sustatzea, eta arreta onena ziurtatzea izango da. OMEren espetxe “osasungarriaren” nozioa, zentzu horretan, oximoron hutsa da. Espetxeak, ingurune osasungarri bat sortzeko erantzukizuna izan arren, ez daude presoek osasuna sustatzeko pentsatuta, eta, gainera, helburu horiek lortzeak gaur egun ez du babes publikorik, ezta onura politikorik ere. Espetxeen helburu nagusiaren eta espetxeetako kulturaren artean (disuasio, zigor eta erreforma leku gisa) kontraesana dago.

3. Osasuna sustatzeko egiten diren jarduerak

Espetxean osasuna sustatzeko egiten diren jarduerak, eredu biomediko bati jarraituz egiten dira. Osasuna, gaixotasun eza dela kontuan hartuta batez ere, eta norbanakoen bizi-estiloaren hautaketan zentratzen da, determinatzaile zabalagoen ordean. Hala ere, espetxeratzearekin nahiz espetxeratu aurreko egoerekin lotutako faktoreen konplexutasunak presoek osasunean eragiten du. Asko, gabezia sozialeko eta desabantaila ekonomikoko testuinguru batetik datoz, eta, ondorioz, osasun-premia handiak dituzte. Osasuna sustatzeko planteamenduek, horiek eta beste batzuk, azpiko erabakigarriak izan behar dute: aurrekari pertsonalak, espetxe-inguruneak eta espetxeetako osasun-zerbitzuen kalitatea/irismena.

Miren Altuna Azkargorta, Ainara Estanga Alustiza, Maite García Sebastián, Marta Cañada Rodríguez, Jon Saldias Iriarte, Pablo Martínez-Lage Álvarez

Down-en sindromean Alzheimer-en gaixotasuna ikertzeko euskal ekimena

Down syndrome - Basque Alzheimer Initiative (DS-BAI)

Miren Altuna Azkargorta, Ainara Estanga Alustiza, Maite García Sebastián, Marta Cañada Rodríguez, Jon Saldias Iriarte, Pablo Martínez-Lage Álvarez

Cita-Alzheimer fundazioa

maltuna@cita-azheimer.org

1. Sarrera

Down-en sindromea (DSa) penetrantzia osoa duen genetikoki zehaztutako Alzheimer-en gaixotasunaren (AG) sortzailea da.

AGren biomarkatzaileetan deskribatutako aldaketen denbora-sekuentzia berdina da DSaren baitan gainerako AG kasuekiko. DSa duten pertsonetan aldaketa patologikoen agerpena eta sintomen debuta askoz lehenago gertatzen da: 1) % 100ek tau eta amiloide metaketa du bere burmuinean 40 urterako eta 2) AGren sintomak agerikoak dira 60 urte dituztenen % 90ean.

2. Helburuak

DSa duten helduen euskal kohorte bat sortzea. Kohorte horrek 2 helburu nagusi ditu: 1) osasun-arreta hobetzea (DSaren baitan ohikoagoak diren gaixotasunak goiztiarki eta egoki diagnostikatu eta tratatzea, horien artean AG eta epilepsia), eta 2) AGren inguruan biomarkatzaileen ikerketarako plataforma bat sortzea.

3. Metodoak

Euskadin eta Nafarroan bizi diren 18 urte baino gehiago dituzten eta DSa duten pertsona orori azterketa neurologiko eta neuropsikologiko bat egitea proposatuko zaie. Ezgaitasun intelektualaren eta AGren sintomak badauden edo ez arabera sailkatuak izango dira.

Indikazio klinikorik edo ikerketan parte-hartzeko interesik badago, odol-analitika bat, puntzio lunbarra, elektroentzefalograma bat eta/edo erresonantzia magnetiko bat egitea proposatuko zaie.

Jarraipen klinikoa urtero egingo da eta biomarkatzaileen probak 2 urtetik behin egitea proposatuko zaie.



4. Emaitzak

Euskadi eta Nafarroa artean 1.000 pertsona baino gehiago daude DSa izan eta 18 urte baino gehiago dituztenak, horietako askok 40 urte edo gehiago dituzte.

Eragile sozialekin batera lan eginik, gutxienez 150 pertsona artatzea espero dugu eta berorietako herenak, behintzat biomarkatzaileen proiektuan parte hartzea, indikazio klinikoagatik eta/edo ikerketan duten interesagatik. Proiektuaren lehen hilabetean 11 pertsona artatu ditugu eta % 33ak egin ditu biomarkatzaileen probak.

5. Ondorioak

DSa duten pertsonen osasun-arreta hobetu eta beraiei ikerketa-proiektuetan parte hartzeko aukera ematea posible eta beharrezkoa da.

Era berean, DSa duten pertsonen AGren ikerketarako plataforma paregabe bat sortzea ahalbidetuko digute. Izan ere, DSaren baitan posible da AGren continuum guztia ongi aztertzea, fase prekliniko goiztiarretatik AGren baitan garatzen diren demenzia aurreratuak barne. Honela DSa duten pertsonengan AGren fase preklinikoan eragin positiboa izan dezaketen tratamenduak frogatu ahalko lirateke.

6. Bibliografia

- Fortea J, Zaman SH, Hartley S, Rafii MS, Head E, Carmona-Iragui M. Alzheimer's disease associated with Down syndrome: a genetic form of dementia. *Lancet Neurol.* 2021 Aza;20(11):930-942.
- Iulita MF, Garzón Chavez D, Klitgaard Christensen M, Valle Tamayo N, Plana-Ripoll O, Rasmussen SA, Roqué Figuls M, Alcolea D, Videla L, Barroeta I, Benejam B, Altuna M, Padilla C, Pegueroles J, Fernandez S, Belbin O, Carmona-Iragui M, Blesa R, Lleó A, Bejanin A, Fortea J. Association of Alzheimer Disease With Life Expectancy in People With Down Syndrome. *JAMA Netw open.* 2022 Mai;5(5):e2212910.
- Fortea J, Vilaplana E, Carmona-Iragui M, Benejam B, Videla L, Barroeta I, Fernández S, Altuna M, Pegueroles J, Montal V, Valldeneu S, Giménez S, González-Ortiz S, Muñoz L, Estellés T, Illán-Gala I, Belbin O, Camacho V, Wilson LR, Annus T, Osorio RS, Videla S, Lehmann S, Holland AJ, Alcolea D, Clarimón J, Zaman SH, Blesa R, Lleó A. Clinical and biomarker changes of Alzheimer's disease in adults with Down syndrome: a cross-sectional study. *Lancet (London, England).* 2020 Eka;395(10242):1988–97.
- Fortea J, Carmona-Iragui M, Benejam B, Fernández S, Videla L, Barroeta I, Alcolea D, Pegueroles J, Muñoz L, Belbin O, de Leon MJ, Maceski AM, Hirtz C, Clarimón J, Videla S, Delaby C, Lehmann S, Blesa R, Lleó A. Plasma and CSF biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease in adults with Down syndrome: a cross-sectional study. *Lancet Neurol.* 2018 Urr;17(10):860–9.
- Altuna M, Giménez S, Fortea J. Epilepsy in Down Syndrome: A Highly Prevalent Comorbidity. Vol. 10, *Journal of Clinical Medicine.* 2021.

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Eider Izaguirre Lapitz, Edurne Bereciartua Urbieta, Maria Asuncion Vives Almandoz eta Adolfo Garrido Chercoles

Analisi Klinikoen Zerbitzuko balio kritikoak jakinarazteko protokoloa

Protocol for the Communication of Critical Values of the Clinical Analysis Laboratory

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Eider Izaguirre Lapitz, Edurne Bereciartua Urbieta, Maria Asuncion Vives Almandoz eta Adolfo Garrido Chercoles

Bidasoa Ospitalea eta Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua.

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Balio kritiko gisa definitzen dira berehala komunikatu behar diren laborategiko proben emaitzak, premiazko osasun-arreta behar dutelako, edo emaitzak azkar komunikatzeak pazientearen bilakaera klinikorako onura edota osasun-gastua murriztea ekar dezakeelako. Abisua telefonoz ematen zaie medikuei (eskatzaileari, ahal dela) edo erizainei, emaitzak bidaltzeko prozedura orokorrari itxaron gabe.

Aurreko egunetan pazientearen antzeko daturik ez badago abisatzen da. Beharrezkoa bada, emaitza egiaztatu egiten da, jakinarazi aurretik, lagin berean bigarren zehaztapena eginez.

Abisatu aurretik, errore-iturri izan daitezkeen faktore asaldatzaileak hartzen dira kontuan: laginarekin lotutako arazoak (zainetako kateterretik odol-ateratzea, kutsadurak, gaizki aztertutako laginak, etab.) edo identifikazio-erroreak, bigarren lagin batean analisisa egitea proposatuz argitzen direnak. Balizko arazo preanalitiko baten susmoaren aurrean, emaitza hori ez da balio kritiko gisa hartu behar.

2. Helburuak

Analisi Klinikoen Zerbitzuko balio kritikoak jakinarazteko protokoloa eta abisatzeko prozedura aurkeztea.

3. Metodoak

Donostia Ospitaleko Larrialdi Orokorretako, ospitaleko eta osasun-zentroetako errutinazko eta presazko analisisien balio kritikoen abisuaren maneia eta taulak.

4. Emaitzak

Larrialdi Orokorretako analisisien balio kritikoen (1.taula) abisua telefono-zenbaki honetan egiten da: 833350. Jakinarazpena jasotzen duenak erregistro-orri batean informazio hau betetzen du: pazientearen izen-abizenak, IKK zenbakia, aldatutako parametroa eta mediku eskatzailearen eta deia egiten duen laborategiko arduradunaren izen-abizenak. Era berean, guk informazioa helarazten diogun pertsonaren datuak eskatzen ditugu, sistema informatikoan dagokion erregistroa egiteko.

Ospitaleko zein ospitalez kanpoko errutinazko analisisien balio kritikoak (2.taula) abisatzeko telefono-direktorioen estekak:

-Osakidetzako zentro guztienak: <http://directoriotelefonico.osasunet/#!/home>

-Donostialdeko ESikoenak:

<https://donostialdea.osakidetza.eus/eu/Comunicacion/Artxiiboak/dir/Orriak/DirCentroAmara.aspx>

-Bidasoko ESikoenak:<https://bidasoa.osakidetza.eus/eu/Quienes%20somos/tel/Orriak/default.aspx>

Nahitaez jakinarazi beharreko balio kritikoez gain, gure iritziz pazientearentzat arrisku larria ekar dezaketen beste balio batzuk ere abisatzen ditugu, aurreko emaitzak, diagnostikoa, etab. aintzat hartuta.

Egiaztatu beharreko balio kritiko baten aurrean, eta errepikapenak luze joko duela uste badugu, behin behineko emaitza jakinarazten dugu, egiaztatzen ari dela ohartaraziz.

5. Ondorioak

Balio kritikoak azkar jakinaraztea erabakigarria da osasun-arreta egokia bermatzeko eta espero ez diren emaitzak oharkabean ez pasatzeko hurrengo kontsultara arte.

Alabaina, balio kritikoak telefonoz lankideei komunikatzea ez da beti erraza izaten. Guztion lankidetzak funtsezkoa da.

6. Bibliografia

- 1."Protocolo para la comunicación de valores críticos del Servicio de Análisis Clínicos" deritzon Donostia Unibertsitate Ospitaleko Analisis Klinikoen Zerbitzuko balio kritikoak jakinarazteko protokoloa.
- 2. Valores críticos en el laboratorio clínico: de la teoría a la práctica. Medicina & Laboratorio [Internet]. 2011 [Kontsulta: 2022-12-20];17(07-08):331-350. Eskuragarri: <https://biblat.unam.mx/es/revista/medicina-laboratorio/articulo/valores-criticos-en-el-laboratorio-clinico-de-la-teoria-a-la-practica>
- 3. GP47 Management of Critical-and Significant-Risk Results. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) [Internet]. 2015 [Kontsulta: 2022-12-20]. Eskuragarri: <https://clsi.org/standards/products/general-laboratory/documents/gp47/>

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Eider Izaguirre Lapitz, Edurne Bereciartua Urbieta, Maria Asuncion Vives Almandoz eta Adolfo Garrido Chercoles

1. taula. Presazko analisisien balio kritikoen taula.

BIOKIMIKA			
Magnituteak odolean	Unitateak	Balio baxuak	Balio altuak
Amonioa	µmol/L	-	100
Kaltzioa (zuzendutako kaltzioaren arabera abisatuko da)	mg/dL	6	13
Kreatinina	mg/dL	-	4
Fosfato inorganikoa	mg/dL	1	9
Glukosa (diabetikoak)	mg/dL	40	400
Glukosa (ez diabetikoak)	mg/dL	40	300
Glukosa (neonatoak)	mg/dL	30	200
pH		7,2	7,6
Magnesioa	mg/dL	1	4,7
Proteina totalak	g/dL	3,7	-
Potasioa, hemolisirik gabe	mmol/L	2,8	6,2
Sodioa	mmol/L	120	160
Triglizeridoak	mg/dL	-	1000
Urea	mg/dL	-	220
HEMATOLOGIA			
Hemoglobina	mg/dL	7	-
Neutrofiloak (onkologia/hematologia izan ezik)	10 ³ /µL	0,5	-
Plaketak	10 ³ /µL	30	-
Plaketak (ospitaleratuak, hematologikoak izan ezik)	10 ³ /µL	20	-
Blastoak, diagnostiko berria bada hematologia zerbitzura deitu			
FARMAKOAK			
Karbamazepina	µg/mL	-	15
Digoxina	ng/mL	-	3
Fenitoina	µg/mL	-	30
Fenobarbitala	µg/mL	-	60
Litioa	mmol/L	-	2
Valproatoa	µg/mL	-	150

2. taula. Errutinazko analisisien balio kritikoen taula.

BIOKIMIKA			
Magnituteak odolean	Unitateak	Balio baxuak	Balio altuak
Amonioa	µmol/L	-	100
Kaltzioa (zuzendutako kaltzioaren arabera abisatuko da)	mg/dL	6	13
Kreatinina	mg/dL	-	4
Fosfato inorganikoa	mg/dL	1	9
Glukosa (diabetikoak)	mg/dL	40	400
Glukosa (ez diabetikoak)	mg/dL	40	300
Glukosa (neonatoak)	mg/dL	30	200
pH		7,2	7,6
Magnesioa	mg/dL	1	4,7
Proteina totalak	g/dL	3,7	-
Potasioa, hemolisirik gabe	mmol/L	2,8	6,2
Sodioa	mmol/L	120	160
Triglizeridoak	mg/dL	-	1000
Urea	mg/dL	-	220
HEMATOLOGIA			
Hemoglobina	mg/dL	7	-
Neutrofiloak (onkologia/hematologia izan ezik)	10 ³ /µL	0,5	-
Plaketak	10 ³ /µL	30	-
Plaketak (ospitaleratuak, hematologikoak izan ezik)	10 ³ /µL	20	-
Blastoak, diagnostiko berria bada hematologia zerbitzura deitu			
FARMAKOAK			
Karbamazepina	µg/mL	-	15
Digoxina	ng/mL	-	3
Fenitoina	µg/mL	-	30
Fenobarbitala	µg/mL	-	60
Litioa	mmol/L	-	2
Valproatoa	µg/mL	-	150

Gripearen aurkako txertaketa-datuaren bilakaera COVID garaian

Evolution of flu vaccination data during COVID

Uxune Apalategi Gomez⁽¹⁾, Maialen Berridi Agirre⁽²⁾, Ane Torena Lerchundi, Amaiur Tranche Otxandorena, Eva Maria Rua Portu⁽³⁾ eta Jose Antonio Aldanondo Gabilondo⁽⁴⁾

Arabako Familia eta Komunitate Arretako Irakaskuntzako Unitate Multiprofesionala⁽¹⁾
Gipuzkoako Familia eta Komunitate Arretako Irakaskuntzako Unitate Multiprofesionala⁽²⁾
Alegiko Osasun Zentroa^{(3),(4)}

maialenberridi@gmail.com

1. Sarrera

2020-2022 txertaketa-kanpainak izan dira SARS-CoV-2 pandemiaren presentziak markatutako egoera epidemiologiko batean gertatu diren lehenak. Pandemiaren testuinguru epidemiologikoak herritarrengan txertoarekiko izan zuen jarrerak eragin ote duen ikusi nahi izan genuen.

2. Helburuak

Helburu nagusia: 2019 eta 2022 bitarteko txertaketa-kanpainetako datuak alderatzea. Bigarren mailako helburua da telefono bidezko inkestaren bidez LMAU baten 65 urtetik gorako pertsonen jarrera-aldaketan arrazoiak ikertzea.

3. Metodoak

Behaketa-azterketa deskribatzailea da. Deskribatutako inklusio-irizpideak betetzen dituzten pazienteen datuak erreferentziako Kudeaketa Sanitarioko Unitateak, OBI plataformaren bitartez eskainiko ditu.

4. Emaitzak

Txertoaren estaldura >65 urtekoen artean 2020an % 69,3koa izan zen eta 2019ko kanpainarekin alderatuta, parte-hartze desberdintasuna, % 10,1 (KT% 95, % 6,6-% 13,6); biztanleria talde berdinerako estaldura portzentajeak 2021 eta 2022an % 69,8 eta % 64,5 izan ziren hurrenez hurren. 2020an diabetesa, bihotzeko arazoren bat edota BGBK zuten gaixoen txertaketa-portzentajeak % 61,4, % 84,1 eta % 52,2 izan ziren hurrenez hurren. Kardiopaten estaldurak soilik lortu zuen OMEren helburua. Hurrengo bi txertaketa-kanpainetan 2021 eta 2022 estaldura % 50 azpikoa izan zen hiru kasuetan. Bigarren helburuari dagokionez, 109 pertsona elkarrizketatu ziren, Covid-19a eta gripea igarotzeko beldurrak eragin handia izan du inkestaren % 64,2rengan eta % 40k zioen osasun-aholkuak eragina izango zuela txertoa hartzeko erabakian.

5. Ondorioak

Uxune Apalategi Gomez, Maialen Berridi Agirre, Ane Toren Lerchundi, Amaiur Tranche Otxandorena, Eva Maria Rua Portu eta Jose Antonio Aldanondo Gabilondo

2020ko gripearen aurkako txertaketa-kanpainako parte-hartzearen ehunekoak gora egin zuen arren, ondorengo urteetako kanpainetako estaldura-portzentajeen joera beheranzkoa izan da eta ez dute OMEk gomendatutako helburua lortzen. 2020ko kanpainan, Covid19aren beldurrak nahiko edo asko eragin zuen gripearen aurkako txertoa hartzeko erabakian.

Odol-lagin hemolizatuak: nola interpretatu emaitzak?

How must results be interpreted?

Noelia López Barba, Beñat de Alba Iriarte, Edurne Bereciartua Urbieto, Maria Asunción Vives Almandoz, David Álvarez Nistal eta Adolfo Garrido Chercoles

Donostia Unibertsitate Ospitalea

noelialopezbarba@hotmail.com

1. Sarrera

Odol-laginetako hemolisia hematien desintegrazioaren ondorioa da. Errore preanalitiko ohikoena da. Kasu gehienetan lagina behar bezala ez ateratzeagatik edo manipulatzegatik gertatzen da. Beraz, odol-ateratzea errepikatuz zuzendu daiteke. Hemolisiak alterazioak eragin ditzake parametro analitiko batzuen determinazioan, bai neurketa-metodoan interferitzegatik, bai analitoa zuzenean handitu edo txikitzeagatik, hematien barruko analitoa edo likidoa askatzean.

2. Helburuak

Parametro biokimikoen kuantifikazioan hemolisiaren eragina aztertzea.

Hemolisiak eragindako emaitzen interpretazio egokia erraztea.

3. Metodoak

Izozte eta desizozte bidez hemolizatu bat prestatu zen, 20 ml odol erabiliz. Hemoglobina (Hb) -kontzentrazioa 10 mg/dL-koa zuen hemolizatu bat lortu zen. Bestalde, serum-pool bat prestatu zen, hemolisi, ikterizia eta lipemiarik gabeko laginak erabiliz. Pool-alikuotak prestatu ziren, hemolizatu-kontzentrazio gero eta handiagoekin. Paraleloan, kontrol alikuotak prestatu ziren poola ur-kopuru berarekin diluituz. Interes-parametroak neurtu ziren, hemolisia duten alikuotetan kontrolako alikuotekin alderatuta eta interferentzia-ehunekoa (% Int) kalkulatu zen.

4. Emaitzak

Potasioan, laktato deshidrogenasan, alanina aminotransferasan, aspartato aminotransferasan, triglizeridoetan eta kolesterolean interferentzia positiboa ikusi zen. Bestetik, fosfatasa alkalinoan, gamma-glutamil transferasan eta T troponinan interferentzia negatiboa hauteman zen. Glukosa, kaltzio eta urean ez zen interferentzia esanguratsurik antzeman.

5. Ondorioak

Garrantzitsua da hemolisiak emaitza analitikoetan duen eragina ezagutzea, datuen interpretazio egokia egin ahal izateko. Lagin hemolizatuetan, laborategiak interpretazio-iruzkinak gehitzen ditu

Noelia López Barba, Beñat de Alba Iriarte, Edurne Bereciartua Urbieto, Maria Asunción Vives Almandoz, David Álvarez Nistal eta Adolfo Garrido Chercoles

emaitza interferituen ondoan, hemolisi-mailaren arabera. Batzuetan, hemolisi-maila oso handia denean, emaitza batzuk ez dira ematen. Hori guztia pazientearen osasunean eragin negatiboa izan dezaketen emaitzen interpretazio okerra saihesteko egiten da. Horregatik, funtsezkoa da mediku eskatzaileek interpretazio-iruzkin horiei arreta jartzea eta, beharrezkoa denean, analitika berri bat eskatzea emaitza fidagarriak lortzeko.

6. Bibliografia

- 1. Lippi, G. Practical recommendations for managing hemolyzed samples in clinical chemistry testing. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 56 (5), 718-727. 2018ko apirila.
- 2. Wayne, PA. Clinical and Laboratory Standards Institute. Interference Testing in Clinical Chemistry; Approved Guideline – Bigarren edizioa. CLSI dokumentua EP07-A2. 2005.
- 3. Wayne, PA. Clinical and Laboratory Standards Institute. Hemolysis, Icterus, and Lipemia/Turbidity Indices as Indicators of Interference in Clinical Laboratory Analysis; Approved Guideline. CLSI dokumentua C56-A. 2012.

Arrisku handiko unitate baten arnas birus sintzitalagatiko agerraldi nosokomial baten kronologia eta neurri estandarrak betetzeaz geroztiko kontrola

Chronology of a nosocomial outbreak of respiratory syncytial virus in a high-risk hospital unit and its control after the compliance of standard precautions

Irene Zarain Palacios, Luis Ignacio Martínez Alcorta, Itziar Lanzeta Vicente, Maria Cristina Furriel Zubillaga, Yolanda Gómez Prieto eta Rocío Cáceres Povedano

Donostiako Ospitalea. Prebentzio Medikuntza Zerbitzua

izarain@hotmail.com

1. Sarrera

Arnas birus sintzitalak (ABS) erikortasun eta hilkortasun garrantzitsua eragin dezakeneoplasia hematologikoak dituzten pazienteetan, ospitalizazio-unitateetan kontrolatzen zailak diren agerraldi epidemikoak eraginez.

2. Helburuak

COVID-19 pandemiaren deklarazioa eta gero, ospitale tertziario bateko Hematologia Zerbitzuan gertatutako agerraldi baten ezaugarri epidemiologikoak eta ezarritako kontrol-neurri zuzentzaileak deskribatzea.

3. Metodoak

- Behaketa ikerlana, zeharkakoa eta deskribatzailea.

-Aztergai izan diren pertsonak: 2022/12/01etik 2023/01/19ra Donostiako Ospitaleko Hematologia Orokorreko Unitatean ABSgatiko infekzio sintomatikoa izan zuten osasun-langile eta 8 egun baino gehiagoz ingresaturiko pazienteak dira kasu-agerraldi moduan definitu zirenak.

- Ikerketa mikrobiologikoa:

- Kasuen baieztapena: Arnas-laginetan ABSren aurkako PCR-RT/Antigeno proba.
- Kontrolak: Azken kontaktutik zortzigarren egunera arte.
- Kasuen negatibizazioa: elkarren segidako 2 arnas-lagin negatiboekin, haien artean behintzat 48 orduko tarte errespetatuz pertsona asintomatikoetan.

- Neurri zuzentzaileak: Prebentzio Medikuntza (PM) Zerbitzuko erizaintzak behaketa aktiboari ekin zionprebentzio eta kontrol-neurrien betetzea hobetzeko.

Irene Zarain Palacios, Luis Ignacio Martínez Alcorta, Itziar Lanzeta Vicente, Maria Cristina Furriel Zubillaga, Yolanda Gómez Prieto eta Rocío Cáceres Povedano

4. Emaizak

- Guztira 6 kasu baieztatu ziren 5 paziente eta osasun-langile bat. Paziente guztiak, denak gizonak eta batezbesteko adina 57,6 urte izanda, haien neoplasien aurkako tratamendu aktiboa jasotzen ari ziren. 3 pazienteen arteko espazio zein denbora lotura egiaztatu zen. Gauza bera gertatu zen beste 2 pazienteen artean. Paziente bat eta osasun langilearen artean ere lotura egon liteke.

- PM-k 2023/01/03an jaso zuen lehen jakinarazpena, ordurako 4 kasu berretsita zeudelarik.

- 2023/01/04an neurri estandarren betetzean antzemandako hutsuneen zuzenketari hasiera eman zitzaion (eskuen garbiketa eta maskara, eskularru zein mantalen erabilera desegokia). Geroztik ez ziren kasu nosokomial berririk hauteman.

- Agerraldia 2023/01/19an eman zen amaitutzat. Ez zen hildakorik egon eta bost pazienteetatik bik bete zituzten negatibizatorako ezarri ziren irizpideak.

5. Ondorioak

- Neurri estandarren betetze egokiak, bereziki eskuen garbiketa egokiaren garrantzia azpimarratuz, arnas birus sintzitalaren transmisioa eten zuen eta agerraldia kontrolatzea baimendu zuen.

- Neurri estandarrez gain, isolamendu neurriak ezartzea ere ezinbestekoa da arrisku handiko pazienteen artean ABSagatiko infekzioaren hedapena saihesteko.

- Arrisku handiko unitateetan, eta bereziki oporraldietan, ezinbestekoa da agerraldiak eragiteko gaitasuna duten infekzioen lotura epidemiologiko posibleen susmo eta jakinarazpen goiztiarra.

Eskolako erizainen egoera Espainia mailan

Situation of school nurses at national level

Maddi Arrue Gerra⁽¹⁾, Jaime Barrio Cortes⁽²⁾, Cristina Maria Lozano Hernandez⁽³⁾, Jesus Ruiz Janeiro⁽⁴⁾, Cayetana Ruiz Zaldibar⁽⁵⁾ eta Monserrat Ruiz Lopez⁽⁶⁾

Osakidetza. Donostia Unibertsitate Ospitalea. Anestesia ondoko suspertze-unitatea⁽¹⁾
Camilo José Cela Unibertsitatea. Osasun Fakultatea / Oinarrizko Osasun Laguntzako Ikerketa
eta Berrikuntza Biosanitariorako Fundazioa^{(2),(3)}
School Nurses. Zuzendaritza⁽⁴⁾
Camilo José Cela Unibertsitatea. Osasun Fakultatea⁽⁵⁾
Madrilgo Unibertsitate Autonomoa. Erizaintzako Eskola, Jimenez Diaz Fundazioa⁽⁶⁾

maddiarrue@gmail.com

1. Sarrera

Eskolako erizaina ikastetxeetan lan egiten duen profesionala da, eta hezkuntza-komunitateko kideei osasun-laguntza eskaintzen die. Zenbait herrialdetan garapen luzea duen arren, estatu mailan egiten duten jarduera ez dago behar bezala deskribatuta eta onartuta.

2. Helburuak

Ikastetxeen ezaugarriak, eskolako erizainen profila eta egiten duten jarduera deskribatzea.

3. Metodoak

Atzera begirako azterlan deskribatzailea. 107 erizain eskolarrek 2018ko irailaren eta 2021eko ekainaren artean 54 ikastetxetan egindako 256.499 esku-hartze aztertzen ditu. Aldagai bakarreko azterketa.

4. Emaitzak

Ikastetxeen % 63 Madrilen zegoen eta pribatuak edo itunduak ziren. Eskolako erizainen % 91,6 emakumeak ziren, batez besteko adina 33-34 urtekoa zen eta % 59,7k graduondoko bat zuten gutxienez. Esku-hartze gehien izan zituzten ordu-tarteak 11:00-11:59 eta 14:00-14:59 izan ziren; esku-hartze ohikoenak istripuak (% 30,4) eta gaixotasunagatiko kontsultak (% 22,2) izan ziren; esku-hartzearen batez besteko iraupena 7,7 minutukoa izan zen; % 87,3 ikasleei zuzenduta zeuden, eta % 0,9 beste profesional batera bideratu ziren. Osasun-hezkuntza saioak esku-hartzeen % 0,3 suposatu zuten, eta gehien landu ziren gaiak hauek izan ziren: higieena, COVID-19, lehen sorospenak eta elikadura.

Maddi Arrue Gerra, Jaime Barrio Cortes, Cristina Maria Lozano Hernandez, Jesus Ruiz Janeiro, Cayetana Ruiz Zaldibar eta Monserrat Ruiz Lopez

5. Ondorioak

Eskolako erizainetan nagusitu zen profila emakume gazteena izan zen, eta prestakuntza zabala eta diziiplina anitzekoa zuten. Esku-hartzeak laburrak izan ziren eta gehienak erizainak ebatzi zituen. Esku-hartze kopurua handitu egin zen eskola-atsedenaldietan. Kontsulta asistentzialek denbora asko eman zuten, eta osasunerako hezkuntzari leku gutxi utzi zioten.

6. Bibliografia

Arrue-Gerra M, Barrio-Cortes J, Lozano-Hernández CM, Ruiz-Janeiro J, Ruiz-Zaldibar C, Ruiz-López M. School Nurse Practice: A Descriptive Spanish Study. J Sch Nurs. 2022 Jul 12:10598405221111567. doi: 10.1177/10598405221111567. Epub ahead of print. PMID: 35818891.

Osasunaren sustapena erizaintzako osasun-prestakuntza espezializatuan

Health promotion in specialized nursing training

Alaitz Oiarbide Saralegi

Donostia Unibertsitate Ospitalea. Lan-osasuneko zerbitzua

alaitz.oyarbidesaralegi@osakidetza.eus

1. Sarrera

Erizaintzat, unibertsitateko trebakuntzan nahiz lanean aritzean, osasunaren sustapenak garrantzia du. Legeek, erizaintzako teoriko nagusiek, teoriak eta ereduak, nola gobernuek, eta Osasunaren Mundu Erakundeak, sustapenaren hainbat alderdi aztertzen dituzte. Sustapenak erizainen osasun-prestakuntza espezializatuan duen zeregina aztertu nahi da.

2. Helburuak

Erizaintzako osasun-prestakuntza espezializatuan, osasuna sustatzeari buruzko edukien desberdintasunak nahiz antzekotasunak ezagutzea.

3. Metodoak

Ikerketa kualitatiboa. Aztertze dokumentu-ikerketa. Espainian, erizain espezialisten osasun-prestakuntza arautzen duten prestakuntza-programen araudia aztertzea.

Baloratutako irizpideak:

Beharrak: Osasun-arazoak

- Esku-hartze arloak: gaixotasun kronikoak, ezintasunak, pazienteen eskubideak eta betebeharrak
 - * Osasunaren sustapenaren ikuspegiari dagozkienak:
 - * Bizi-kalitatean oinarritutako arreta
 - * Pazienteen eta gaixoen heziketa, haien itxaropenetan, sinesmenetan eta balioetan oinarrituta, erabaki arduratsuak hartzeko
 - * Baliabide eta zerbitzuen eskaintza

Beharrak: Bizimoduak

- Esku-hartze arloak: elikadura, jarduera fisikoa, sexualitatea, tabakoa eta beste droga-mendekotasun batzuk, estresa

Alaitz Oiarbide Saralegi

- * Osasunaren sustapenetik duten ikuspegiari dagozkienak
- * Portaera osasungarriak sustatzea
- * Aukera osasungarriak hartzeko errazenak izan daitezen erraztea
- * Aldeko eredu soziokulturalak

Beharrak: Bizi-trantsizioak:

- Esku-hartze arloak: haurtzaroa eta nerabezaroa, immigrazioa, inoren laguntza behar duten pertsonak zaintzea
 - * Osasunaren sustapenetik duten ikuspegiari dagozkienak
 - * Nortasun pertsonala eta bizi-proiektua garatzeko baldintzak erraztea
 - * Baliabide eta zerbitzuen eskaintza
 - * Aldeko eredu soziokulturalak
 - * Trebetasun pertsonalak eta sozialak garatzea: arazoei aurre egitea, emozioak maneiatzea, komunikatzea...

Beharrak: Sektore anitzeko estrategiak

- Esku-hartze arloak: ingurune osasungarriak, osasuna sustatzen duten agertokiak, ekitatea eta desberdintasunak osasunean
 - * Osasunaren sustapenetik duten ikuspegiari dagozkienak
 - * Sektoreen arteko koordinazioa eta sareko lana erraztea
 - * Desberdintasun-egoeran dauden pertsonen eta taldeen baliabideetarako sarbidea erraztea

4. Emaitzak

Aurretiko emaitzak, ikerketa amaitzeke dago.

5. Ondorioak

Emaitza guztiak izan gabe, ez da egokia ondorioak ateratzea.

Hala ere, badirudi osasunaren sustapenak zeregina baduela erizain espezialisten formakuntzan.

6. Bibliografia

- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
- <https://www.who.int/>
- https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico.pdf
- BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- <https://enfermeriavirtual.com/teorias-y-teoristas-de-enfermeria/?nowprocket=1>
- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/home.htm>

Groseko Osasun Zentroa komunitatearekin lanean

Gros Family Center working with his Community

Aitziber Aierbe Kanbra eta Arantza Lizartza Saizar

Medikuak

aitziber.aierbekanbra@osakidetza.eus

1. Sarrera

Groseko Osasun Zentroak auzokideei osasuna eskaintzeko erreminta moduan komunitate dinamika baliabide premiazkotzat ikusten du. Hori dela eta, auzoko beste osasun-eragileekin elkarlan dinamika ezartzen du.

2. Helburuak

Groseko Osasun Zentroak osasun komunitarioan nola parte hartzen duen azaldu eta honen onurak zeintzuk diren aurkeztea.

3. Metodoak

ERLAUNTZAren bitartez auzoko osasun-eragile ezberdinak ezagutzuz eta heurrekin, elkarretaratzeen bitartez, hartu-emanera eraiki eta sendotuz. Bilkuretan, auzokideen osasunerako onuragarriak diren edo izan daitezkeen proiektuak mahaigaineratuz eta gauzatuz.

Aurrera eraman diren ekintzetako batzuk:

- 1- Zaintza-sareak sortzea proiektu ezberdinetan parte hartuz:
 - a) Osasun Zentroa, auzoko botika eta gizarte zerbitzuekin elkarlanean medikazioaren kudeaketa, narriadura kognitiboarekin hasitako pertsonen hautemate goiztiarra eta bideraketa eta mendekotasuna duten pertsonen kudeaketa bezalako gaiak jorratu dira.
 - b) Preskripzio soziala egiten:
 - Kultur Etxekoekin lotura ezarriz eta hara bideratuz, baliabide komunitario bezala: +55, Haur Txoko, Gazte Leku...
 - Beste osasun-eragileetara bideratzea: Hondarpe, Haurralde, KAM, Why NOt, Bagera, San Telmo Museoa, Tabakalera, Musika eskola...
- 2- SOAF: Ariketa fisikoa sustatzea horretan espezializatutako teknikariei pazienteak bideratuta
- 3- GLUZ+: Kale egoerako jendearentzako aterpetxearekin kontaktua ezartzen da, psikofarmako eskaleak diren pazienteen identifikazio eta kudeaketarako eta etxerik gabeko pertsonen artatze

Aitziber Aierbe Kanbra eta Arantza Lizartza Saizar

egokirako. Udaltzaingoa, Ertzaintza, Osakidetzako integrazio zuzendaritza eta LMA lantaldea elkarlanean protokolo bat eraikitzen da.

- 4- Urtero ospatzen den Osasun Astea antolatu eta gauzatu. 2023ko gai ardatza: Osasunaren baldintzatzaile sozialak
- 5- Udaletxeko partaidetza teknikoekin tailerretan parte hartzen (VVAA, eutanasia; Heriotza Duina,...)
- 6- Formakuntza komunitarioa Osasun Zentroko langile guztientzat antolatzen

4. Ondorioak

Egindako ekintzei esker, komunitateari baliagarriak zaizkigun baliabide ezagutza handitu da eta gogobetetzea areagotu.

Osasun Zentroa auzokideei gerturatu da, espazio berriak esploratu dira osasun-emaile izan daitezkeenak.

Proiektu berriak eraikitzeko itxaropena berpizten ari da.

5. Bibliografia

Gofin A, Gofin R. Atención Primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en Atención Primaria. Rev Panam Salud Pública. 2007;21:177-85 Organización Mundial de la Salud. AP más necesaria que nunca.(internet) 2008 (acceso: julio 2016) Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. Revista Comunidad 1997-2022 PACAP ISSN 2339-7896 Revista AMF - semfyc, Atención Comunitaria Mayo 2021.Vol 17 nº5 ISSN 1699-9029

Gizon eta emakumeen arteko ezberdintasun klinikoak Zainketa Intentsiboen Unitate batean

Clinical differences between men and women in an Intensive Care Unit

Felix Zubia Olaskoaga

Zainketa Intentsiboen Zerbitzua. Donostialdea ESIa

felix.zubiaolascoaga@osakidetza.eus

1. Sarrera

Zainketa Intentsiboen Unitateak (ZIU) unitate bereziak dira, bertara datozen pazienteak patologia akutu eta larria dutelako.

2. Helburuak

Lan honen bidez bertako gizon eta emakumeen artean dauden ezberdintasun klinikoak aztertu nahi dira, euren adinean, diagnostikoan eta bilakaeran.

3. Metodoak

Sarrera irizpideak: Donostialdea ESIko ZIUan artatu diren pazienteak.

Epea: 2022ko urtarrilaren 1etik abenduaren 31ra. Aldagaiak: sexua, adina, diagnostiko nagusia, arnasketa mekanikoaren (AM) beharra, giltzurrun-ordezkatze tekniken (GOT) beharra, hilkortasuna, ZIUko egonaldia.

Azterketa estatistikoa: aldagai kualitatiboak X karratua erabiliz konparatu dira, eta aldagai kuantitatiboak, aldiz, Student-en T proba erabiliz. Esangura estatistikoaren maila $p < 0,05$ ean ezarri da.

4. Emaitzak

1.495 paziente izan dira, adina $62,09 \pm 16,16$ urtekoa da, AMaren beharra % 39,7koa, GOTaren beharra % 5,1koa, eta egonaldia $8,64 \pm 12,22$ eguneko da.

Sexuari dagokionean, 513 emakume (% 35) izan dira, eta 952 gizon (% 65). Emakumeen adina gizonena baino handiagoa da ($63,25 \pm 17,12$ Vs $61,46 \pm 15,59$ urte, $p < 0,05$). Gizonetan nabarmen gehiago ematen diren diagnostikoak politraumatismoa (% 81,7 Vs % 18,3), shock septikoa (% 61,8 Vs % 38,3), arnas gutxiegitasuna (% 61,4 Vs % 38,4), biriketako tronboembolismoa (% 63,8 Vs % 36,2), blokeo aurikulo-bentrikularra (% 60 Vs % 40) eta bihotz-biriken geldialdia (% 74,5 Vs 25,5) dira. Ez da ezberdintasun hori nabari hemorragia intraparenkimatosoetan (% 50,8 Vs % 49,2), hemorragia subaraknoideoan (% 54,5 Vs % 45,5), iktus iskemikoan (% 52,6 Vs % 47,4), intoxikazioetan (% 50 talde

Felix Zubia Olaskoaga

bakoitzean), edo pankreatitis akutuan (% 45,5 Vs % 54,5). Gizonek gehiagotan behar dute AM (% 41,4 Vs % 36,6; $p < 0,05$), ez GOT (% 5,1 Vs % 5). ZIUko egonaldia oso antzekoa da, eta ZIUko hilkortasuna pixka bat handiagoa gizonetan, baina ez da esangura estatistikora iristen (% 16,2 Vs % 14).

5. Ondorioak

Gure ZIUan gizon eta emakumeen arteko erlazioa 2:1 da. Diagnostiko nagusian ezberdintasun handiak daude, eta arnasketa mekanikoa gehiagotan behar izaten da gizonetan.

Donostiako Gros auzoko farmazia eta Lehen Mailako Arretako profesionalen arteko komunikazio-programa. 5 urtez elkarlanean

Communication program between the community pharmacy and primary health care professionals in San Sebastián (Gros). Collaborating for 5 years.

Ane Otaegui Arrazola⁽¹⁾, Ainhoa Oñatibia Astibia⁽²⁾ eta Estibaliz Goienetxea Soto⁽³⁾

Ane Otaegui Arrazola komunitateko farmazia⁽¹⁾

Gipuzkoako Sendagaigileen Elkargo Ofiziala^{(2), (3)}

ainhoaonatibia@cofgipuzkoa.eus

1. Sarrera

Osasun-arloko profesionalen arteko elkarlanaren beharra ezinbestekoa da osasun-sistemaren kalitatea eta eraginkortasuna hobetzeko eta osasuna sustatzeko. Horrela sortu zen, 2018. urtean, Lehen Mailako Arretako profesionalen eta komunitateko farmazien (KF) arteko komunikazio-programa.

2. Helburuak

Bost urte hauetan ezarri diren komunikazio-bidearen eraginkortasuna aztertzea.

3. Metodoak

Bost urtetako azterlana (2018ko martxoa – 2023ko martxoa), Donostiako Gros auzoko osasun-zentroan eta auzoko KF batean.

KFk arazo bat identifikatzen du pazientearen medikazioan, Lehen Mailako Arretako profesionalekin komunikatzea eskatzen duena. KF harremanetan jartzen da dagokion osasun-zentroko bezeroaren arretarako eremuarekin (AAC), posta elektronikoz, premiazkoak ez diren kasuetan, eta telefonoz, premiazkoak diren kasuetan. AAC izango da Lehen Mailako Arretako medikuari, Lehen Mailako Arretako erizainari edo langile soziosanitarioei irtenbidea emango diena. KFk komunikazioa erregistratzen du: data, komunikazio-mota, planteatutako arazoa eta nori jakinarazi zaion, eta azkenik, ebatzi den ala ez.

4. Emaitzak

Osasun-zentroak KF honetako 434 jakinarazpen jaso ditu (72,3 komunikazio urteko). 2020. urtean, pandemia zela eta, gehiago erabili zen komunikazio-bide hau, urte horretan 159 komunikazio eginez. Gehien erabili den bidea posta elektronikoa izan da (n = 308, % 71,0); beraz, komunikazio gehienak ez

Ane Otaegui Arrazola, Ainhoa Oñatibia Astibia eta Estibaliz Goienetxea Soto dira premiazkoak izan. Aipatzekoa da, egindako komunikazio gehienetan arazoa konpondu egin dela (n = 400, % 92,2).

Gehien jakinarazi diren arazoak hauek izan dira: sendagai baten ontzi gehiago behar izatea (n = 217, % 50,0) eta sendagairik ez izatea eta behar izatea (n = 122, % 28,1). Hala ere 47 kasutan (% 10,8) komunikazioa egin behar izan da dosi edo pauta-zalantzetatik eta beste 29 kasutan (% 6,7) hornidura ezak direla eta preskripzioa aldatzea eskatzeko.

5. Ondorioak

Komunikazio-prozedura modu eraginkorra da medikamentuekin lotutako hainbat egoera konpontzeko KFren egunerokoan. Osasun-zentro bakoitzarekin komunikatzeko AAC erabiltzeak kontaktua errazten du etengabeko prestakuntzarako, eta ez du Lehen Mailako Arretako profesionalen praktika eteten eta pazientearen medikazioaren eta osasunaren kudeaketa egokia lortzen du.

Aho osasuna etxetik kanpo

Oral health outside the home

Ander Izaguirre Urberuaga⁽¹⁾, Iñaki Izaguirre Mendikute⁽²⁾, Sandra Ledesma Jorge⁽³⁾ eta
Maitena Urberuaga Erce⁽⁴⁾

Odontologia Gradua^{(1), (3)}
Osakidetza. Osi Debarrena^{(2), (4)}

1. Sarrera

Eskuetako higieena egiteko kartelak ohikoak dira gune publiko, osasun-zentro, ikastetxe eta unibertsitate askotan, gaixotasun infekziosoen transmisioa saihesteko. Covid pandemiak eskuen higieena normalizatu du.

2. Helburuak

Ahoko higieena-ohiturak oraindik ez daude normalizatuta.

1. Ahoko higieena aho-hortzen osasuna hobetzeko sustatu beharreko ohitura da. Lotura estua dago hortz-plakaren eta aho-hortzetako gaixotasunen artean.
2. Unibertsitateko ikasleek aho-higieena egokia egitea funtsezkoa da aho-hortzen osasun ona mantentzeko, egunean zehar ordu asko ematen baitituzte bertan. Ahoko higieena normalizatzea da helburua, gure ohiko ingurunetik kanpo gaudenean.

3. Metodoak

Online eta borondatezko inkesta bat egin zen Kataluniako Nazioarteko Unibertsitateko Odontologia Graduko ikasleen artean, Prebentzioa ikasgaietan, aho-hortzen higieena unibertsitate-eremuan nola egiten zuten zehazteko.

Galderak hauek izan ziren:

- Zenbat aldiz garbitzen dituzu hortzak egunean?
- Hortzak garbitzen dituzu unibertsitatean zaudenean?
- Unibertsitatean hortzak garbitzen ez badituzu, adierazi arrazoia.

4. Emaitzak

Emaitzak adierazten du inkestatutako ikasleen % 65ek bakarrik egiten duela ahoko higieena unibertsitatean.

Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute, Sandra Ledesma Jorge eta Maitena Urberuaga Erce

Nagikeria da hortzak ez garbitzeko arrazoi ohikoena.

5. Ondorioak

Unibertsitatean ikasleak hortzak ez garbitzeko arrazoi nagusiak denbora-falta, nagikeria eta ahanztura dira. Ahoko higieneari buruzko kartel didaktiko bat egin da, osasun-hezkuntzako eta prebentzioko kanpaina gisa Unibertsitateko komun publikoetako kartelek ahoko higiena egiteko balio dezakete, etxetik kanpo gaudenean, behar bezala egiteko behar diren urratsak jarraitzeko gida didaktiko gisa.

Ahoko higieneari buruzko arauak eta arau horiek denboran mantentzeak eskuratutako ezagutzak finkatzea dakar.

Kartel didaktikoen harrera ona izan zuten Kataluniako Nazioarteko Unibertsitateko ikasle, irakasle eta gainerako langileen artean.

6. Bibliografia

- Colegio de Dentistas de España (2016): Uno de cada tres españoles se olvida de su higiene bucal cuando está fuera de casa. Obtenido en <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1243-uno-de-cada-tres-espanoles-se-olvida-de-su-higiene-bucal-cuando-esta-fuera-de-casa.html>.
- Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. Int Dent J 2000;50(3):129-

Erizainaren autonomia prozedura baten inguruan

The nurse's autonomy around a prozedure

Xabier Sanz Cascante, Joseba Armental Moraza, Nerea Etxeberria Etxaleku, Erika Martin Perez, Nuria Gañan Iglesias eta Rut Iturriza Garbizu

Osakidetza, Donostialdea ESI, Pasai San Pedroko osasun-zentroa

xabier.sanz@ehu.eus

1. Sarrera

Osasun-zentroko erizainak era autonomoan egin ditzakeen prozesu ugari dago. Horien artean, 2022ko maiatzean erizaintzako arreta-protokolo berria jarri zen martxan: "Argizarizko tapoia kanpoentzunbidean eta helduei ateratzeko prozedura".

2. Helburuak

Lehen 6 hilabeteetan, arreta-protokolo honekin lortutako emaitzak ikusi nahi dira, erizaintzaren autonomia-maila neurtzeko.

3. Metodoak

Atzera begirako ikerketa kuantitatiboa egin dugu, historia klinikoan sartutako formularioetan oinarrituz.

4. Emaitzak

Denera 237 formulario erregistratu dira Pasaia San Pedro eta Bidebietako osasun-zentroetan. Erregistro horiek, 230 pertsona desberdinenak dira, beraz, 7 kasutan, bi aldiz etorri dira prozesua egitera 6 hilabeteren tartean.

Denetatik, % 97,47 kasuetan, erizainak era autonomoan konpondu du arazoa. Horietatik, % 93,25 kasuetan, osasun-hezkuntza eta garbitze-prozedurak egin dira, eta beste % 4,22 kasuetan, ez da prozedurarik egin behar izan, eta osasun-hezkuntzarekin nahikoa izan da.

Azkenik, % 2,53 kasuetan, erizainak medikuarekin hitz egin behar izan du arazoa konpontzeko. Gehienetan, irrigazio bidezko garbiketa eragotzita zegoenez, espezialistara bideratzeko.

5. Ondorioak

Prozedura hau aurrera eramateko, erizainak era autonomoan egin dezake ia kasu guzietan. Lehenago, medikuak ikusi eta onetsi behar zuen prozedura, erizainak egin ahal izateko, eta erabiltzaileak, informatutako baimen-orria sinatu eta historia klinikora igo behar zen. Honenbestez, 6

Xabier Sanz Cascante, Joseba Armental Moraza, Nerea Etxeberria Etxaleku, Erika Martin Perez, Nuria Gañan Iglesias eta Rut Iturriza Garbizu

hilabete hauetan, 231 mediku-kontsulta gutxiago egin dira, eta egindako 6 kontsultak, erizainak alde zurratik ikusitakoak izan dira. Papel gutxiago erabili dugu, eta Arreta Guneko lankideen denbora ere aurreztu dugu.

6. Bibliografia

- Dinces EA. Cerumen. UpToDate. 2021. Eskuragarri hemen: https://www.uptodate.com/contents/cerumen?search=cerumen%20impactado&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Benito Orejas JI, Garrido Redondo M, Velasco Vicente JV, Mata Jorge M, Bachiller Luque MR, Ramírez Cano B. Extracción de la cera de los oídos. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e223-e-231.
- Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, Ballachanda BB, Hackell JM, Krouse HJ, et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction). Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 156 (1 Suppl): S1-29
- Costa Ribas c, Amor Dorado JC. Tapón de cerumen. Guía clínica Fisterra. 2019. Eskuragarri hemen: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/tapon-cerumen/>

Ariketa fisikoa hirugarren adineko pertsonetan

Physical exercise for older adults.

Ageing On taldea

Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea

haritz.arrieta@ehu.eus, itxaro.perez@ehu.eus, itxaso.mugica@ehu.eus,
nagore.arizaqa@ehu.eus

1. Aurkezpena eta gure proiektu/emaitza nagusiak

Tailerrari hasiera emango diogu gure aurkezpenarekin. Ondoren gure ikerketa-helburuak eta ikerketa-ildoak azalduko ditugu. Azkenik gure esperientzia pertsona nagusiekin azalduko dugu, horretarako, egoitzetan bizi diren adinekoetan ariketa fisikoaren eragina aztertu genuen hiru ikerketa-proiektuak azalduko ditugu: osagai anitzeko ariketa fisikoko interbentzioa, osagai anitzekoa eta kognitiboa den ariketa fisikoko interbentzioa eta funtzionaltasunean oinarritutako osagai anitzeko ariketa fisikoko interbentzioa. Bukatzeko proiektu hauetako emaitzak eta argitaratutako artikulu zientifikoak aipatuko ditugu.

2. Parte-hartzaileak ezagutzeko dinamika

Aurkezpena egin eta gero, tailerreko parte-hartzaileak hobeto ezagutzeko helburuarekin, jarduera bat planteatuko da: Talde txikitik antolatuta, beraien aurkezpena egin beharko dute. Ondoren, kartulina batean ariketa fisikoaren inguruko bi egia eta gezur bat idatzi beharko dituzte eta ondoko taldeak asmatu beharko du zeintzuk diren egia eta gezurra.

3. Ariketa fisikoaren onura nagusiak

Jolasaren ostean, ariketa fisikoa egiteak dakartzan onura nagusiak zeintzuk diren aipatuko dira modu teoriko batean. Onura hauek hainbat alorretan eragina dutela azpimarratuko da: egoera fisikoan, egoera psikologikoan, egoera sozialean, bizi-kalitatean eta kognizio egoeran dakartzala onurak esanaz. Egoera bakoitzean izan ditzaketen onura nagusiak aipatuko dira, adibide batzuk jarritz.

4. Ariketa fisikoko gomendio orokorrak hirugarren adineko pertsonentzat

Behin ariketa fisikoaren onura nagusiak aipatuta, ariketa fisikoko gomendio orokorrak hirugarren adineko pertsonetan zeintzuk diren azalduko dira. Zehazki, adin-talde honetako pertsonetan zentratuko gara, batez ere, indarrari, orekari eta erresistentzia aerobikoari garrantzia emanaz. Erorketak prebenitzeko eta funtzio fisikoa mantentzeko, astean zenbat egun eta minutu inguru ariketa fisikoa egiteaz hitz egingo dugu, baita ariketa-mota hauek gidatzen dituen profesionalak jakinduria eta prestakuntza espezifikoak eduki behar dituela.

5. Tailerraren alde praktikoa

Tailerraren alde praktikoarekin hasteko, lehenik eta behin, **‘Segurtasun-printzipio’** batzuk azalduko ditugu. Atal praktiko honen helburu nagusia, norbanakoari egokituriko eta segurtasunez buruturiko ariketak lantzea izango da.

Partaideen taldea osotasunean hartuz, **“Girozte-aldia”**-rekin hasiko gara, 5 minutuz, mugikortasun artikularra lantzeko gorputzeko atal ezberdinekin zirkuluak eginez (burua eta lepoa, goiko gorputz-adarrak, beheko gorputz-adarrak), belaunak igo eta jaitsiz, eta aulkitik altxatu eta eseriz.

Jarraian, partaideak bi taldetan banatuko dira eta **bi “Txoko”** antolatuko dira, indarraren txokoa eta orekaren txokoa. **Indarraren Txokoa:** goiko zein beheko gorputz-adarrak lantzeko ariketak burutuko dira, norbanakoari intentsitatea egokitzeko pisu gehigarriak erabiliz. **Orekaren Txokoa:** zailtasuna areagotuz doan oreka estatikoko (semi-tandem, tandem, hanka bakarrean) zein dinamikoko (marra baten gaineratik ibiltzea, ibileraren norabide-aldaketak egitea...) ariketak landuko dira. Txoko bakoitzean beraz, ariketa-mota ezberdinak landuko dira, 10 minutuz. Ondoren txoko aldaketa egingo dute taldeek, horrela partaide guztiak txoko ezberdinetatik pasatuz.

Jarduera praktikoarekin bukatzeko **“Luzaketak”** burutuko dira, tenkatasun edo deserosotasun puntu batean 20-30 segundoz jarrera mantenduz. Horretarako paretaren laguntzaz batzuk edota aulkiaz, gorputzeko atal ezberdinen luzaketak burutuko dira. Azkenik, lasaitasunera itzultzeko **“Arnasketa”** ariketa batzuk egingo dira aulkian bertan eserita.

6. Tailerraren amaiera

Tailerrarekin amaitzeko talde osoa elkartuko da berriro eta dituzten zalantza eta galderak erantzungo dira denen artean. Ondoren, arbelean ondorio edota ideia nagusiak idatziko dira denen artean.

7. Tailerraren itxiera

Bideo bat jarriko da agur gisa.

Elikadura mitoak lehen arreta zerbitzuan

Food myths in primary care services

Eli Gallego

Elika Eskola

eli@elidietista.com

1. Sarrera

Fruta ezin duzu 18:00etatik aurrera jan, karbohidratoek gizendu egiten dute, zure osasun-arazo guztiak pisuak eragindakoak dira, argaltzeko nahikoa da gastu kalorikoa igotzea eta ingesta kalorikoa gutxitzea, diabetesa edukita ezin duzu patatarik edo bestelako karbohidratorik jan, etab.

Asko dira elikaduraren inguruan dauden mitoak, eta ez da soilik jendartean ematen den zerbait. Osasun-langile anitzen gomendio asko mitoetan oinarrituta daude.

2. Helburua

Tailer honekin gure helburua dauden mitoak mahai gainean jartzeaz gain (ondoren osasun langileak praktikan jarri ahal dezan), mito horiek osasunean duten inpaktu negatiboa ikusaraztea da.

Kontsultan dugun esperientziari esker dakigu mito askok zer suposatzen duten bai fisikoki (gluzemian sekulako gorabeherak, errebote efektuak pisuan, digestio-aparatuko gaixotasunak, etab.) baina baita mentalki ere (janariarekiko harreman ez-osasungarriak, elikadura nahasmenduak, etab.).

Tailer praktikoa izan dadin, dinamika bat prestatu dugu, bertarutzen direnen parte-hartzea bultzatzeko asmotan.

Aintzane Iribar eta Garazi Solis

Bakardadearen bidelagunak

Companions in solitude

Aintzane Iribar eta Garazi Solis

Gizarte-hezitzaileak

zainzadi@oiartzun.eus

1. Deskribapena

Gure gizartea eraldatzen ari da, eta azken urteetan, zaintzaren krisia areagotu egin da, batez ere, adinekoen artean. Nola daukagu errealitate ikusezin hori bizi dutenen egoera azalaraztea eta denon artean honi ekitea?

Tailerrean bakardade ez-hautatua zer den, sorreran eragiten duten faktoreak zeintzuk diren, nola identifika daitezkeen eta egoera horiek nola bidera daitezkeen landuko dugu.

Mindfulness, autozaintza eta autoerrukia

Mindfulness, self-care and self-compassion

Izaskun Andonegi Goikoetxea

Erizaina. BIDEGIN, Gipuzkoako Dolu laguntzarako Zerbitzua

izandonegi@hotmail.com

1. Sarrera

Errukia lantzea besteekiko enpatia eta arreta sentitzea baino urrutiago doa. Errukiaz hitz egiten dugunean, ez gara ari biguna den sentimendu batez, ahuleziaz, edo penagarria den zeozertaz. Gizakiok gure sufrimenduaren eta besteen sufrimenduaren aurrean egoteko erakusten dugun sentsibilitate eta ausardiaz baizik, sufrimendu hori prebenitzeko edo arintzeko intentzio eta motibazioarekin.

2. Helburuak

Buru-adimen eta bihotz errukitsu bat trebatzea, iraunkorrean zaintzeko modu bat da, sufrimenduan murgildu gabe, eta ausardiaz eta jakinduriaz erantzuteko aukera emanez. Osasun-profesiotan eta, oro har, laguntza-harremanetan aritzen garenek, kontuan hartu behar dugu errukiaz hitz egiten dugunean hiru norabidez ari garela hitz egiten: besteei errukia eskaintzea; besteengandik errukia jasotzen jakitea; eta autoerrukia gure buruari eskaintzeko gai izatea. Hiru norabide hauen arteko oreka bilatzea beharrezkoa dugu, erruki iraunkor bat garatzeko.

3. Metodologia

Tailer honetan ikusiko dugu errukiaren eta enpatiaren elkar arteko harreman eta ezberdintasuna. Nola errukiak -enpatiak ez bezala-, jokatzeko duen giza sufrimenduaren babes-eragile bezala, estutasuna eta neke enpatikoa saihestuz.

Horretarako, errukiaren psikologiatik gure burua zaintzeko oinarrizko ideia batzuk partekatuko ditugu, eta meditazio-praktika batzuk egingo ditugu; lasaitasuna eta afiliazio-arnasketa, eta “ni autoerrukitsua”-ren praktika Kristin Neff-en metodologia jarraituz. Paul Gilbert-en erregulazio emozionalaren sistemak ere aztertuko ditugu, zailtasunen aurrean nola jokatzeko dugun ulertzeko eta sufritzen dugunean oreka eta erresilientzia errukiz garatzeko.

Aurkibide osoa

Editoriala

32. Osasun Biltzarra	5
----------------------------	---

Sarrera-hitzaldia	9
--------------------------------	---

Osasuna sustatzea, bizitza eta osasun-maila egokia lortzeko bidean.....	9
---	---

Maria Jose Alberdi Erice

Lehen mahai-ingurua: Tokiko osasuna sustatzeko elkarlana: auzozaintza programa publiko-komunitarioa	
--	--

Auzozaintza-programa: Hernaniko zaintza-sare publiko-komunitarioa	17
---	----

Xabier Lertxundi eta Idoia Mariñelarena

Auzozaintza programaren ebaluazioa: Unibertsitateak osasuna sustatzeko egin dezakeen ekarpenaren adibide polit bat	24
--	----

Amaia Maquibar

Bigarren mahai-ingurua: Osasuna sustatzeko modu ezberdinak

Osasunaren sustapena farmazia komunitarioan	26
---	----

Estibaliz Goienetxea Soto

Osasun eskola: pertsonak ahalduz	30
--	----

Begoña Belarra Telletxea

ERLAUNTZA. Ongizatea auzoan profesionalen arteko konfiantzazko harremanen bitartez	34
--	----

Sorkunde Jaca Miranda eta Aitziber Aierbe

Hirugarren mahai-ingurua: Desberdintasun-ardatzak

Nafarroako Ijito komunitatean Osasuna sustatzen: 35 urteko ibilbidea.....	37
---	----

Rebeca German Almagro, Arantxa Legarra Zubiria eta Nerea Alvarez Arruti

LGTBI+ errealitateak eta osasun-sistema: giza eskubideentzako aukera bat.....	44
---	----

Zaira Dafonte

Emakumeen genitalen mutilazioa: arreta eta prebentzioa	52
--	----

Laura Ventades eta María Dávila

Osasuna eta kartzela, ba al datoz bat aldi berean?	60
--	----

Sara Olariaga Arrazola

Ahozko-komunikazioak

Down-en sindromean Alzheimer-en gaixotasuna ikertzeko euskal ekimena.....	62
---	----

Miren Altuna Azkargorta, Ainara Estanga Alustiza, Maite García Sebastián, Marta Cañada Rodríguez, Jon Saldias Iriarte, Pablo Martínez-Lage Álvarez

Analisi Klinikoen Zerbitzuko balio kritikoak jakinarazteko protokoloa	64
---	----

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Eider Izaguirre Lapitz, Edurne Bereciartua Urbieta, Maria Asuncion Vives Almandoz eta Adolfo Garrido Chercoles

Gripearen aurkako txertaketa-datuen bilakaera COVID garaian.....	67
<i>Uxune Apalategi Gomez, Maialen Berridi Agirre, Ane Toren Lerchundi, Amaiur Tranche Otxandorena, Eva Maria Rua Portu eta Jose Antonio Aldanondo Gabilondo</i>	
Odol-lagin hemolizatuak: nola interpretatu emaitzak?	69
<i>Noelia López Barba, Beñat de Alba Iriarte, Edurne Bereciartua Urbieto, Maria Asunción Vives Almandoz, David Álvarez Nistal eta Adolfo Garrido Chercoles</i>	
Arrisku handiko unitate baten arnas birus sintzitalagatiko agerraldi nosokomial baten kronologia eta neurri estandarrak betetzeaz geroztiko kontrola	71
<i>Irene Zarain Palacios, Luis Ignacio Martínez Alcorta, Itziar Lanzeta Vicente, Maria Cristina Furriel Zubillaga, Yolanda Gómez Prieto eta Rocío Cáceres Povedano</i>	
Eskolako erizainen egoera Espainia mailan	73
<i>Maddi Arrue Gerra, Jaime Barrio Cortes, Cristina Maria Lozano Hernandez, Jesus Ruiz Janeiro, Cayetana Ruiz Zaldibar eta Monserrat Ruiz Lopez</i>	
Osasunaren sustapena erizaintzako osasun-prestakuntza espezializatuan	75
<i>Alaitz Oiarbide Saralegi</i>	
Grosetako Osasun Zentroa komunitatearekin lanean	77
<i>Aitziber Aierbe Kanbra eta Arantza Lizartza Saizar</i>	
Gizon eta emakumeen arteko ezberdintasun klinikoak Zainketa Intentsiboen Unitate batean.....	79
<i>Felix Zubia Olaskoaga</i>	
Donostiako Gros auzoko farmazia eta Lehen Mailako Arretako profesionalen arteko komunikazio-programa. 5 urtez elkarlanean	81
<i>Ane Otaegui Arrazola, Ainhoa Oñatibia Astibia eta Estibaliz Goienetxea Soto</i>	
Aho osasuna etxetik kanpo	83
<i>Ander Izaguirre Urberuaga, Iñaki Izaguirre Mendikute, Sandra Ledesma Jorge eta Maitena Urberuaga Erce</i>	
Posterrak	
Erizainaren autonomia prozedura baten inguruan.....	85
<i>Xabier Sanz Cascante, Joseba Armental Moraza, Nerea Etxeberria Etxaleku, Erika Martin Perez, Nuria Gañan Iglesias eta Rut Iturriza Garbizu</i>	
Tailerrak	
Ariketa fisikoa hirugarren adineko pertsonetan.....	87
<i>Ageing On taldea: Nagore Arizaga, Haritz Arrieta, Itxaso Mugica eta Itxaro Perez</i>	
Elikadura mitoak lehen arreta zerbitzuan.....	89
<i>Eli Gallego</i>	
Bakardadearen bidelagunak	90
<i>Aintzane Iribar eta Garazi Solis</i>	
Mindfulness, autozaintza eta autoerrukia	91
<i>Izaskun Andonegi Goikoetxea</i>	

Egileen aurkibidea

Adolfo Garrido Chercoles	64,69
Ainara Estanga Alustiza.....	62
Ainhoa Oñatibia Astibia	81
Aintzane Iribar	90
Aitziber Aierbe Kanbra.....	77
Alaitz Oiarbide Saralegi.....	75
Amaia Maquibar	24
Amaiur Tranche Otxandorena	67
Ander Izaguirre Urberuaga	83
Ane Otaegui Arrazola.....	81
Ane Torena Lerchundi	67
Arantxa Legarra Zubiria	37
Arantza Lizartza Saizar	77
Begoña Belarra Telletxea.....	30
Beñat de Alba Iriarte.....	64,69
Cayetana Ruiz Zaldibar	73
Cristina Maria Lozano Hernandez.....	73
David Álvarez Nistal	69
Edurne Bereciartua Urbieta.....	64,69
Eider Izaguirre Lapitz	64
Eli Gallego	89
Erika Martin Perez	85
Estibaliz Goienetxea Soto	26,81
Eva Maria Rua Portu	67
Felix Zubia Olaskoaga	79
Garazi Solis.....	90
Haritz Arrieta	87
Idoia Mariñelarena	17
Iñaki Izaguirre Mendikute.....	83
Irene Zarain Palacios.....	71
Itxaro Perez.....	87
Itxaso Mugica.....	87
Itziar Lanzeta Vicente	71
Izaskun Andonegi Goikoetxea	91
Jaime Barrio Cortes.....	73
Jesus Ruiz Janeiro	73
Jon Saldias Iriarte.....	62
Jose Antonio Aldanondo Gabilondo	67
Joseba Armental Moraza	85
Laura Ventades	52

Luis Ignacio Martínez Alcorta	71
Maddi Arrue Gerra.....	73
Maialen Berridi Agirre	67
Maite García Sebastián.....	62
Maitena Urberuaga Erce.....	83
Maria Asuncion Vives Almandoz	64,69
Maria Cristina Furriel Zubillaga.....	71
María Dávila	52
Maria Jose Alberdi Erice	9
Marta Cañada Rodríguez	62
Miren Altuna Azkargorta	62
Montserrat Ruiz Lopez	73
Nagore Arizaga.....	87
Nerea Alvarez Arruti	37
Nerea Etxeberria Etxaleku	85
Noelia Lopez Barba	64,69
Nuria Gañan Iglesias	85
Pablo Martínez-Lage Álvarez	62
Rebeca German Almagro.....	37
Rocío Cáceres Povedano.....	71
Rut Iturriza Garbizu.....	85
Sandra Ledesma Jorge	83
Sara Olariaga Arrazola	60
Sorkunde Jaca Miranda eta Aitziber Aierbe	34
Uxune Apalategi Gomez	67
Xabier Lertxundi.....	17
Xabier Sanz Cascante	85
Yolanda Gómez Prieto	71
Zaira Dafonte	44

Zuzendaria

Jose Ramon Furundarena

Erredakzio Batzordea

Karlos Iburguren

Eukene Ansuategi

Maria del Mar Ubeda

Angel Bidaurrezaga

Izaskun Elezgarai

Jose Ramon Arriandiaga

Iker Villanueva

Eder Baltziskueta

Batzorde Zientifikoa

Iker Badiola

Rafael Aldabe

Juanjo Aurrekoetxea

Nagore Arza

Larraitz Gaztañaga

Itxaso Bengoetxea

Terminologia Adituak

Itziar San Martin

Jabier Agirre

Jon Jatsu Azkue

Euskara Zuzentzailea

Ander Altuna

Idazkaritza Teknikoa

Iberba

OJS Kudeatzailea

Emilio Delgado

Marije Bidaguren

Maiztasuna

Urtean bi ale

Harremanetarako

info@osagaiz.eus

944 00 11 33

Osagaizen babesleak



GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



Osasun biltzarreko babesleak

