

1. GAIA: OSASUNAREN KONTZEPTUA

Osasunaren kontzeptua aldatuz joan da historian zehar, Aristotelesek (antzinako Greziako filosofoa) osasunaren inguruan horrela zioen: "Beroaren eta hotzaren arteko neurri zuzena"

Gaur egungo kontzeptura iritsi arte, garai luze batetik igaro gara eta bidean, zentzu negatiboan, "Gaixotasunen eta baliaezintasunen gabezia" bezala definitu da osasuna besteak beste.

Edozein pertsonari "Osasunik ba al duzu?" galdetzeraz hurbilduz gero, une horretan minik edo molestia fisikorik ez duen ia edonork baietz erantzungo luke. "Zergatik dakizu osasuna duzula?" galdetuz gero harantzaxeago joateko asmoarekin, esperokoa da baita ere, gehienek erantzungo zutela: "Ba, ez nagoelako gaixorik!". Osasunaren kontzeptu klasikoa esaten zaio horri: gaixotasunik eza.

Lagunarteko mailan balio badu ere, urte asko dira definizio hori zentzu hertsian baliogabea dela, besteak beste, norbanakoaren alderdi fisikoak bakarrik kontuan hartzen dituelako. Horregatik, historian zehar bi fenomeno horietarako definizio desberdinak garatu dira.

Osasunaren kontzeptua

Osasunaren kontzeptu klasikoak, gaixotasunik edo baliaezintasunik ez izatearen kontzeptuak, gainera, bi eragozpen garrantzitsu zituen: batetik, definizio negatiboa da, eta, bestetik, estatikoa. Lehenengo kasuan, ez den zerbait definitzeko eragozpenak zertaz ari garen jakin gabe uzten gaitu, ez baita esaten zer den. Bestalde, estatikoa den aldetik, une jakin batean egoera bat definitzen du, bizitzaren dimentsio dinamikoari erreparatu gabe.

M.O.E k 1946ko Konstituzioan honela definitu zuen Osasuna:

"Osasuna erabateko ongizate fisiko, mental eta soziala barne hartzen duen egoera da, eta ez bakarrik gaixotasun eza".

Berehala sortu zitzaizkion kritikak definizio horri, izan ere definizioa:

- *Subjektiboa* da: osasun sentrazioa ez da berdina izango bi pertsonentzat.
- *Utopikoa* da: ia ezinezkoa da ongizate osoa lortzea denbora luze batez.
- *Ongizatea eta osasuna parekatzen ditu eta hau ez da beti egia*. Adibidez drogamenpekotasuna duen pertsona bat ondo sentitzen da droga hartzean baina horrek ez du esan nahi osasuntsua denik.
- *Estatikoa* da: ez ditu osasun mailak kontsideratzen, ongizate osoa baizik.

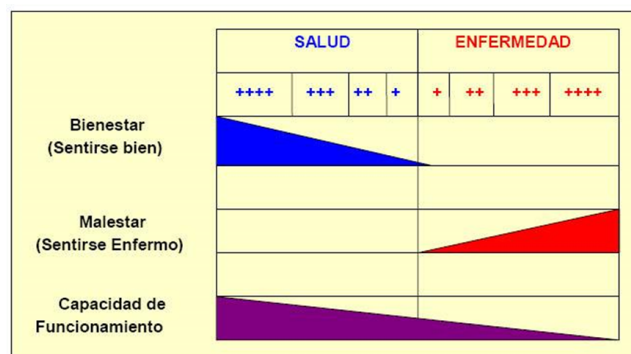
Garaiko autore askok ez zuten definizioa onartu eta 1980.urtea Milton Terris-ek osasun terminoa berrir definitu zuen.

Milton Terris epidemiologo iparramerikarrak, 1980ko "Iraultza Epidemiologikoa eta Medikuntza Soziala" lanean, OOGren definiziotik "osoa" hitza kendu behar zela adierazi zuen, osasuna eta gaixotasuna ez baitira absolutu bat. Maila ezberdinak daude, bata zein bestea.

Era berean, gaixotasunak bi alderdi ditu, bata subjektiboa eta bestea objektiboa. Alderdi subjektiboa ondoeza da (maila desberdinetan gaizki sentitzea), eta helburuak funtzionatzeko gaitasunari eragiten dio (mugak funtzionamenduan edo autonomia, maila desberdinetan).

OSASUNA-GAIXOTASUNA ERLAZIO JARRAIA

Terrisek M.O.Eren definizioa aldatzea eta osasuna honela definitzea proposatu zuen: "Ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera, funtzionatzeko gaitasuna ahalbideratzen duena eta ez soilik afekzio edo gaixotasunik eza".



Terrisen definizioa eraginkorra da; izan ere, pertsona gehienentzat, osasun onean egotea "ongizatearen" (ongi sentitzea, eragozpenik ez izatea, ez sufritzea...) eta "funtzionatzeko gaitasunaren" (lan egin ahal izatea, ikastea, harremanak izan ahal izatea...) baturaren baliokidea da.

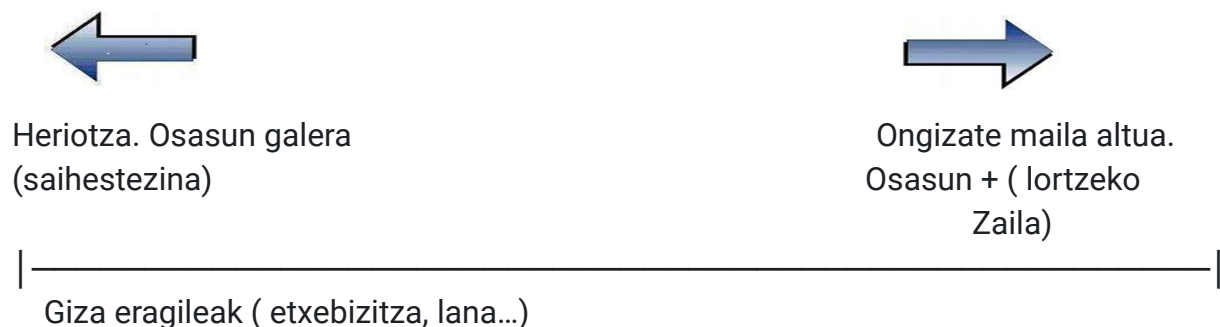
Terrisen definizioaren eta, oro har, definizio guztien eragozpena da posible dela batera agertzea osasuna eta fase goiztiarrean dauden zenbait gaixotasun edo gaitz, sintomarik sortzen ez dutenak eta funtzionatzeko gaitasuna mugatzen ez dutenak.

Adibidea: umetoki-lepoko minbizia sintomarik gabeko fasean, ohiko azterketa ginekologiko batean aurkitua, arterioesklerosi asintomatiko bat, edo biriketako tuberkulosi bat hasierako fasean, etab.

OSASUNAREN KONTZEPTU DINAMIKOA

Terrisek markatutako ildoari jarraituz, Osasuna-Gaixotasuna jarraitua gero eta zehaztasun handiagoz zehazten joan zen, Osasunaren Kontzeptu Dinamiko bat ezarri arte, gaixotasunarekin estuki lotua.

Hurrengo grafikoak osasunaren kontzeptu dinamiko hori adierazten du, gizabanakoei zein komunitateei aplika dakiekeena.



Bertan, osasunak eta gaixotasunak continuum bat osatzen dutela ikus daiteke. Horren muturrak Osasun Optimoa eta Heriotza dira, eta gainera, Eremu Neutroa dago.

Osasunaren mutur optimoa ongizate-egoera osoari dagokio, egoera fisiko, mental eta sozialari dagokionez, eta hori oso arraroa da, ezinezkoa ez esatearren.

Heriotza muturrera, kasu guztietan biologiaren aginduz iristen da (izaki bizidun guztiak lehenago edo geroago hiltzen dira).

Zona neutroa anbiguo samarra da, bertan zaila baita argi eta garbi bereiztea normala eta patologikoa dena.

Eremu neutroaren eta muturren artean, osasun-galeraren (gaixotasuna) eta osasun positiboaren (optimorantz) maila desberdinak daude. Osasuna eta gaixotasuna, beraz, ez dira estatikoak, dinamikoak baizik, eta osasun positiboko eta gaixotasuneko hainbat maila daude.

"Ongizate fisiko, mental eta sozial eta funtzionatzeko gaitasun maila gorena lortzea, gizabanakoa eta kolektiboa bizi diren faktore sozialak ahalbideratzen duten heinean".

Osasun Publikoaren helburu garrantzitsuenetako bat faktore sozialen aldaketa sustatzea da, eta, beraz, eremu neutroko jarduerak garrantzi handikoak izango dira helburu hori lortzeko.

Osasunaren kontzeptu dinamikoa funtsezkoa da osasun-hezkuntzan; izan ere, osasun-maila positibo handiak lortzea eta heriotza goiztiarrak saihestea, neurri handi batean, gizabanakoek, taldeek eta kolektibitateek osasun-jokabide positiboak hartzearen mende daude.

OSASUNA BALDINTZATZEN DUTEN FAKTOREAK

Osasuna eta gaixotasuna ez dira faktore biologiko bakar batek zehazten dituen fenomenoak. Osasun-arazo batek ere ez du kausa bakar bat. Gizakien osasun-maila hainbat faktore endogenoren eta exogenoren esku-hartzeak zehazten du. Faktore horiek hainbat intentsitate-mailatan eta denbora-tarte aldakorretan eragiten dute. Faktore horiek osasuna baldintzatzen duten faktoreak izango dira.

Komunitate baten osasunaren eta gaixotasunaren kausak edo determinatzaileak luze aztertu dira; 1974tik, Lalonderen eskemak laguntza ona eman du hura zehazten duten aldagaiak aztertzeko.

Marc Lalonde Kanadako Osasun ministroa izan zen, eta 1974an txosten politiko-epidemiologiko bat argitaratu zuen. Horren arabera, osasun-maila lau aldagairen interakzioak zehazten du:

1. Giza biologia. Hemen kontuan hartzen dira organismoari datxezkion alderdi guztiak: eraketa, karga genetikoa, hazkundera, garapena eta zahartzea. Hasiera batean, gutxi edo batere aldatu ezin diren faktoretzat jotzen ziren, eta ingeniariak genetika eta bioteknologia bezalako zientzien egungo garapenak ikusmolde hori aldatu du.

2. Ingurumena. Norbanakoen inguruko kutsadura fisikoa, kimikoa, biologikoa, psikosoziala eta soziokulturala. Batzuetan, zaila da hurrengo taldetik bereiztea, bizi-ohitura kaltegarrien proportzio handi batek giro psikosozialaren edo soziokulturalaren eragin handia baitu.
3. Bizimoduak eta osasun-jokabideak. Horien artean, tabakoa edo alkohola bezalako drogen kontsumoa, sedentarismoa, elikadura txarra, estresa, jokabide arriskutsuak edo osasun-laguntzako zerbitzuen erabilera txarra nabarmentzen dira.
4. Osasun-laguntzako sistema. Frogatuta dago herritar guztiek erraz eskura dezaketen osasun-sistemak, zerbitzu-zorro egokiak eta antolamendu onak komunitatearen osasuna hobetzen dutela.

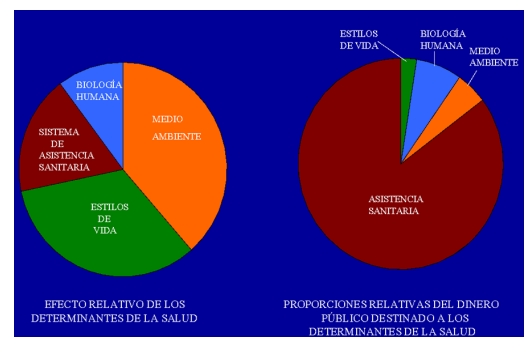
Hala ere, geroko ikerketek kritikatu dute gizabanakoak bere osasun-mailari buruz duen erantzukizuna gehiegi zentralizatu dela bizimoduaren bidez. Britainia Handiko 1980ko **Black Txostenetik** aurrera, agerian geratu zen osasunaren determinatzailearik handiena eta garrantzitsuen desberdintasun sozialak eta ekonomikoak direla, eta, beraz, ikuspegi sozialak beti egon beharko du presente edozein osasun-arazori aurre egiteko orduan.

Lalondek, txostena egin eta urte batzuetara, eta markatutako ikerketekin jarraituz, bere herrialdeko erakundeei adierazi zien biztanleriaren bizi-ohituren aldaketa askoz ere garrantzitsuagoa eta eraginkorragoa zela heriotza-tasa murrizteko, asistentzia-sisteman inbertitzea baino.

Hala ere, osasun-gastuaren % 90,4 azken horrek hartzen zuen, eta % 1,2 baino ez zen bideratzen gizarte-taldeen bizimoduaren eragiteria.

Teoria hori beste ikertzaile batzuek berretsi dute, hainbat herrialdetan.

Ikerketa horien eta hainbat ikertzailek egindako beste batzuen ondorioz, gobernu askotako osasun-erakundeei osasun publikoko lehentasunak aldatzea gomendatu zitzaion, eta baliabideen ehuneko handiagoa osasunaren prebentzioari eta sustapenari eta osasun-hezkuntzari bideratzea.



Lalondek sektore-grafiko batzuetan laburbildu zituen bere ideiak. Grafiko horietan, aipatutako aldagaietako bakoitzak Osasun Publikoaren mailan duen garrantzi erlatiboa ikus daiteke, eta gaur egun ere balio eta erabilgarritasuna dute.

2. GAIA: GAIKOTASUNAK (KONTZEPTUA, GARAPENA ETA PREBENTZIOA)

2.1-Gaikotasunaren kontzeptua

Gaikotasuna definitzea osasuna definitzea baino are zailagoa izan da historian zehar. Era ezberdinetan interpretatua izan da gizarte eredu eta momentu historikoaren arabera.

Historiaurreko tribuek gaikotasuna espiritu gaiztoen errua zela uste zuten. Greziarren garaian eta Hipocratesen obrari esker hasi ziren gaikotasunak fenomeno natural bezala aztertzen, eta ikuspegi zientifikotik egiten zuten, gaikotasunen jatorriak aztertuz. Geroago, XVII.mendean, gaixo ezberdinetan koadro kliniko berberak errepikatzen zirela ikusita, “espezie morbosoa” aipatu ziren lehen aldiz.

XIX. mendetik aurrera, gaikotasuna bizitzaren normaltasunaren aldaketatzat hartzen da, hau da, arrazoi zehatz batzuek funtzionamendu txar bat eragiten dute, organo eta ehunetan aldaketak eragiten dituzte eta sintoma batzuk agertzen dira norbanakoan. Norbanako gaixo horrek sendatzera, gaikotasuna kroniko bihurtzera edo heriotzara egingo du.

Geroago, gizakia gorputz eta arimaren batuketatzat hartzen hasten denean, gaikotasunaren kontzeptuari atal psikikoa gehitzen zaio, eta gaikotasun psikosomatikoei buruz hitz egiten hasten da.

Egun, gaikotasunaren definizioa honako hau da: “ingurugiroari eta ingurune sozialari oso lotuta dagoen bizimodu eta funtzionamendu normalaren aldaketa da. Are gehiago, gaikotasuna arazo sozial bezala hartzen da, eta ez indibiduala soilik.”

2.2- Gaikotasunak historian

Historiaren garai ezberdinetan ezagunak izan dira orduko gaikotasunik garrantzitsuenak. Adibide gisa izurrite horia eta Erdi Aroan jende asko hil zuen izurrite beltza aipa ditzakegu. Batzuetan gaikotasun bera garai ezberdinetan ezagutu izan da; aipatutako izurrite beltzaren kasuan, adibidez, lehen epidemia VI.mendean piztu zen eta azkena XIX.mendearen amaieran.

XIX. mendearen amaierara arte nafarrerria, kolera, legenarra, poliomielitisa, tuberkulosia, tifusa, malaria, difteria edo sifilia izaten ziren gaikotasunik arruntenak. Horietako batzuek gaur egun indarrean jarraitzen dute, malaria edo tuberkulosia bezala. Baina XX. mendean ingurugiroan eta higienean gertatu diren hobekuntzen ondorioz eta osasungintzan eman diren aurrera pausuen ondorioz bestelako gaikotasunei utzi diete lekua. Gaur egun diabetea, bihotzeko arazoak, minbizia, dementzia, alzheimerria eta mota askotako elbarritasun eta ezintasunak dira gure inguruko biztanleriaren osasunean gehien eragiten duten gaikotasunak.

2.3-Gaixotasunaren garapena

Gaixotasun baten garapen naturalean hiru aldi edo garai bereizten dira:

- Garai prepatogenikoa: Garai honetan gerora gaixotasuna lagundu edo sortuko duten barne- edo kanpo-faktoreak presente daude. Hasieran organismoren orekan aldaketa bat gertatzen da, baina aldaketa isila da, somatzen ez dena.
- Garai patogenikoa: Behin gaixotasunak organismoa kutsatu duenean. Beste bi egoeratan azpibanatzen da.
 1. Presintomatikoa: proba diagnostikoen bidez (erradiografia, adibidez) baino detektatu ezin diren aldaketa biologikoak daude, baina sintomarik ez.
 2. Sintomatikoa: gaixotasuna agerikoa da eta sintomak eragiten ditu organismoan.
- Garai postklinikoa edo emaitza: Gaixotasunaren emaitzari esaten zaio: heriotza, sendatzea, kroniko bihurtzea edo baliaezintasuna (ezgaitasuna).

2.4-Prebentzioa

Oso denbora luzean medikuntza tradizionalak osasunaren berreskuratze prozesuan batu zituen indarrak, hau da, gaixotasunak sendatzean. Urte haietan prozedura diagnostiko eta terapeutikoetan aurrera pauso handiak eman ziren, elektronikaren eta garapen teknologikoari esker neurri handi batean.

Azken urteetan, ordea, osasun sistemak osasuna mantentzea gaixotasuna sendatzea bezain garrantzitsua edo are garrantzitsuagoa dela konturatu dira, eta horretan ari dira orain arreta jartzen, prebentzioan alegia. MOEk 1978. urtean Alma-Atan egin zuen biltzarrean argi azaltzen da ikuspegi aldaketa hori.

Gaixotasun baten prebentzioa gaixotasun bat agertzearen probabilitatea txikitzen edo bere garapena eten edo moteltzen duen edozein neurriari esaten zaio.

Prebentzioan maila ezberdinak bereizten dira:

1. Lehen mailakoa edo primarioa: Prebentzio primarioan neurriak gaixotasuna agertu baino lehen aplikatzen dira, hau da, helburua gaixotasuna ez agertzea edo eragina murriztea izango da, norbanako zein talde edo populazioetan. Prebentzio mailarik garrantzitsuena dela esan daiteke. Gaixotasunaren agerpena saihesten saiatzen diren osasun jarduerak osatzen dute. Bi modutan egin daiteke:
 - Gaixotasun eragileak ingurugirotik kenduz edo pertsonekin kontaktua saihestuz. Adibidez kontsumoko uren klorazioa germenak eliminatzeko,

fluorazioa txantxarra saihesteko, gaixotasun batzuen aurkako txertaketak,...

- Ohitura osasungarriak eskuratuz. IHESa ekiditeko preserbatiboak erabili, jatordu bakoitzaren ostean hortz-haginak eskuilatu txantxarra ekiditeko, elikadura egokia loditasunaren aurka jarduteko,...

Osasun hezkuntzaren helburuak maila honetan honako hauek dira:

- Jarrera eta ohitura ez osasuntsuak baztertzea.
- Ohitura osasungarriak sustatzea.

2. Bigarren mailakoa edo sekundarioa: Bigarren maila honetan neurriak gaixotasunaren detekzio goiztiarra egiteko hartzen dira. Horrela, bere garapena eta aurrerapena eragotzi edo moteldu ahal izango da.

Maila honetan gaixotasuna agertu da, baina lehen faseetan aurkitzen da. Prebentzioaren helburua gaixotasunak aurrera ez egitea da.

Prebentzioa antzemate eta tratamendu goiztiarrean oinarritzen da. Detekzio goiztiarraren barruan bereiz daiteke:

- Detekzio goiztiar masiboa (mass screening), frogak aurrez aukeratutako gabeko biztanleri talde bati egiten zaizkionean. (Mamografia,zitologia)
- Detekzio goiztiar oportunistak (case finding), frogak kontsultara doazen pertsonen egiten zaizkionean. (Tentsio arteriala neurtu)

Prebentzio maila honetan osasun hezkuntzaren helburuak:

- Arrisku handiko gaixotasunen sintomei buruzko informazioa eskaintzea.
- Diagnostiko eta tratamendu goiztiarra egiteko tokiei buruzko informazioa eskaintzea.
- Osasun azterketa sistematikoak egitearen garrantzia azaltzea.

3. Hirugarren mailakoa edo tertziarioa: Neurrien helburua osasuna berreskuratzea izango da edo, behintzat, gaixotasuna geratzea heriotza goiztiarra edo balioezintasun itzulezina gerta ez dadin.

Maila honetan gaixotasuna tratatu behar da eta honen ondorioak eta kronifikazioa saihestu.

Prebentzio honen helburuak gaixotasunaren diagnostikoa, sendabidea eta eraginak murriztea dira. Pertsonak, konplikaziorik txikienekin, bizitza normala eramateko gaitasuna izan dezan.

Prebentzio mota honen adibideak: diabetearen kontrola retinopatiak ekiditeko (adibidez); txantxarraren zabaltzea saihesteko hagin baten obturazioa, e.a.

Prebentzio maila honetan osasun hezkuntzaren helburuak honako hauek dira:

- Jokaeren eragin zuzena gaixotasun batzuen bilakaeran azaltzea: kardiopatiak, zirrosia, diabetea.
- Auto-zainketak irakastea

- Botiken erabilera egokiari buruzko informazioa ematea

2.5-Osasunaren sustapena

Osasunaren sustapena giza taldeetan egiten den gaitze prozesu bat bezala definitzen da; helburua indibiduoek bere osasunaren gaineko kontrola izatea eta horren bidez osasuna bera hobetzea izanik.

Prebentzioarekin alderatuta, badira ezberdintasun batzuk: biek ala biek osasuna dute helburu, baina prebentzioak gaixotasunean jartzen du erreferentzia-puntua, gaixotasuna ekintzen bidez saihestean edo ekiditean datza. Osasunaren sustapenak, bere aldetik, osasun maila ahalik eta gehien igotzea du helburu, eta heziketa edo gaitze prozesuan jartzen du arreta, ez horrenbeste ekintza zehatzetan.

Hala ere, jatorrian kontzeptu ezberdinak diren arren, ikusiko dugu askotan oso zaila edo ezinezkoa bihurtuko zaigula bata bestearengandik bereiztea. Are gehiago, esan daiteke prebentzioa osasunaren sustapenaren esparru bat baino ez dela.

Orokorrean hartuta, osasunaren sustapena erakundeen ardura da, eta aurrera eramaten dute estatu eta autonomia mailako kanpainen bitartez. Horrelako kanpainei oso arazo ezberdinei egiten diete aurre eta oso erakunde ezberdinek har dezakete parte berauetan, hala nola, Trafiko Zuzendaritza Nagusiak, Osasun Ministerioak, Hezkuntza eta Osasun Sailek, gaixoen elkarteek, elkargo ofizialek, enpresa pribatuek eta abar. Kanpaina horiek herritarrenganaino osasun-zentru, institutu edo komunikabideen bidez iristen dira.

Hona zenbait adibide:

- Drogen aurkako plan nazionalaren kanpainak.
- Tabakoaren aurkako kanpainak.
- Istripuak prebenitzeko kanpainak.
- Sexu-portaera osasungarrien aldeko kanpainak.
- Ariketa fisiko eta mentala sustatzeko kanpainak.

Herritarrengana iristeko beste bide batzuk ere erabil daitezke:

- Egun bereziak, gaixotasun zehatz batzuk prebenitzera edo portaera osasungarriak bultzatzera bideratuak: bularreko minbiziaren detekzioaren eguna, kotxerik gabeko eguna...
- Azoketan jartzen diren pabilioi edo postuak edo ibilgailu bereziak: odola emateko autobusa, balioezintasunaren azoka...
- Hitzaldi edo jardunaldi bereziak, gobernuz kanpoko erakundeen iragarkiak, telebistako erreportajeak...

2.6-Babesa

Osasunaren babesa, osasunarentzako arriskutsuak gerta daitezkeen ekintzak kontrolatzeari deritzogu.

Adibide batzuk:

- Ingurune osasungarria sustatzea, kutsadurarik gabe, bizi kalitaterik egokiena lortuz biztanleentzat.
- Populazioaren osasuna ziurtatzen duten legeak. Adibidez, baldintza txarretan dauden elikagaiak saltzea ekiditea, adin txikikoei alkohola zein tabakoa saltzea debekatzea...
- Laneko arriskuak saihestea. Laneko arriskuen prebentzioko legea betez. Bertan, jarraitu beharreko babes neurriak agertzen dira: betaurrekoak, eskularruak, kaskoa, maskarillak; baita alde ergonomikoa ere, gorputz jarrerak, altzariak, e.a.

Ohitura osasungarriak eskuratzea, bizimodu bat. Gaur egungo gizartean osasunarekiko kezkak, kontzeptuak nahastea ekar lezake; hau da, osasuna helburutzat hartzea bizimodua izan beharrean.

Gaur egun, komunikabide, gorputzari ematen zaion gehiegizko garrantzia, eta azken finean, interes ekonomikoen eraginez, ohitura osasuntsuak izatea sakrifizio bezala ikusten ditugu.

Argi geratu behar da hori ez dela helburua. Orokorrean, sakrifizioek ez dute denbora luzez irauten (adibidez aste bat baino irauten ez duten dietak). Jokaera bat iraunkorra izan dadin, ez da sakrifizio bezala hartu behar, bizitzeko modua bezala baizik, hau da, hobeto sentiarazten laguntzen dizun ohitura eskuratuta.

Hezkuntza gaixoaldian

Ohitura eta jokaera positiboak eta osasungarriak jarraitu arren, gaixotasuna agertzea normala da, eta agertzen denean aurre egiten jakin behar da. Beraz, osasunerako hezkuntzaren gaur egungo ikuspegiaren helburua ez da bakarrik bizitza osasungarria izatea, baizik eta gaixotasunari aurre egiten jakin eta gaixotasunarekin ahalik eta egokien bizitzen lortzea da.

2.7-Prebentzioa eta osasunaren sustapena odontologian

Odontologia lanbide moduan agertzea XIX. mendean gertatu zen txantxarren ugaritzearekin batera. Gaixotasun horren bilakaera eta eragin handiaren ondorioz, garai hartako odontologiak hartz eta haginaren konpontzera eta birgaitzera jo zuen, eta horri esker aurrerakuntza nabariak eman ziren tekniketan.

Azken urteetan, berriz, odontologiak ikuspegi medikoagoa hartu du; horrek esan nahi du prebentzio eta osasunaren sustapenari dagokien garrantzia eman zaiela. Izan ere, txantxarra bezalako gaixotasunetan eman den beherakada eta aho-osasun mailan eman den gorakada orokor eta nabarmenean eragin handia izan dute hartu izan diren prebentzio neurriek.

Txantxarra, gaixotasun periodontala edo ahoko minbizia bezalako aho eta hortzetako gaixotasun gehienek harreman zuzena daukate azukre kontsumoarekin, aho-higiene eskasarekin, tabakoarekin, alkoholarekin edo estresarekin. Horrelako arazoei aurre egiteko behar-beharrezkoa da portaera eta jarreraren aldaketa globala, eta horrek odontologian diharduten profesionalak osasunaren sustapenean ere aritzera behartzen ditu.

Hona hemen osasun erakundeek gomendatzen dituzten zenbait neurri:

- Hortzak sakonean garbitu egunean behin, eta jaten den bakoitzean era arinago batean.
- Hortzetako pasta fluorduna erabili.
- Hortzen artean hortzetako haria edo eskuila interproximala erabiliz egunean behin ondo garbitu.
- Alkoholik gabeko kolutorioa erabili.
- Aldizka dentistarenera joan errebisioa eta garbiketa egitera.
- Otorduen artean ez ezer jan, eta ahalik eta azukredun produktu gutxien jan.
- Ez erre.
- Ez pipitarik jan, ezta atzazalak jan ere.
- Eskuilaz hortzak ondo garbitzen ikasi.

GAIXOTASUN KUTSAKORRAK

Gaixotasun kutsakorrak, animalia eta pertsonen ehunetan organismo patogeno bizien (parasitoak, onddoak, protozooak, metazooak, bakterioak eta birusak) ugalketaren ondorioz sorturikoak dira, koadro kliniko bat sortuz.

Izaki edo animalia batetik besterako transmisioa ematen da, horregaitik izaera kutsakorra.

Transmisioa kate epidemiologikoaren menpedago eta hiru oinarritzko kate-maila bereizten dira:

- Infekzio-iturria
- Transmisio-mekanismoa.
- Kutsatu daitekeen pertsona osasuntsua (ostalaria).

INFEKZIO ITURRIAK:

Agente infekzioso baten noizbehinkako edo ohiko habitata da. Agente infekziosoak gaixotasun ezberdinen eragileak dira, birus, bakterio, parásito, onddo eta abarrak, eta

habitat konkretuetan bizi dira.

Infekzio iturririk garrantzitsuena gizakia da, eta ondorengo egoera hauetan egon daiteke:

- Inkubazio aldian.
- Susperraldian.
- Osasuntsu.

Animaliak ere gordailuak izan daitezke, batez ere ugaztunak, hegaztiak eta artropodoak.

TRANSMISIO MEKANISMOA

Honeri dagokionez, bi eratakoak izan daitezke: Zuzena eta ez zuzena

- Zuzenak: kasu honetan mikroorganismoa ostalariarengana garraiatzen da momentuan bertan, azal eta mukosen arteko kontaktu zuzena ematen da. Adibidez eskuen bitartez, harreman sexualetan, doministiku eginez (Pflugger tantak), hitz egin bitartean...
- Ez zuzenak: Airearen (Wells-en nukleo gotikularrak), uraren, elikagaien, gainazalen, odolaren (trasfusioak) edota produktu biologikoen bitartez.

OSTALARIA.

Kutsatua izan daitekeen pertsona edo animalia da. Mikroorganismoaren egokitzapen maila bere gaitasun, birulentzia maila eta sarrera atearen (larruazala, parenterala, arnasketa bidez, digestiboa...) menpe dago.

2.2.2 Euskal autonomi erkidegoan DERRIGORREZ adierazi beharreko gaixotasunak Zabaltzeko daukaten gaitasun handia dela eta, adierazpen ofiziala eta osasun neurri zorrotzak behar dituzten gaixotasunak dira. Azken batean helburua gaixotasun haien inzidentzia jeiztea bait da.

- Salmonelosia: *S. typhi* Gordailua gizakia
Kutsatutako ura eta janariak (gorotzak) → gastrointestinala
- Legionelosia: *Legionella pneumophila*
En 1976 tuvo lugar el brote que dio a conocer la Enfermedad del Legionario. Dicho brote incidió en ex-combatientes legionarios alojados en el *Hotel Bellevue-Stratford de Filadelfia*, afectando 221 individuos aproximadamente.
- Hepatitisa: Hepatitisaren birusa (A, B, C, D, E)
A, E: kontaminatutako ura edo elikagaiak
B,C,D: Odola, sexu bidezko transmisioa
- Poliomieltis: Poliomieltisaren birusa
- Hiesa: GIB birusa
- Anisakis: parasittoa

EZ KUTSAKORRAK

Hiru ezaugarri nagusi:

- Multikausalak: kausa ezberdinen ondorio
- Ez dira kutsatzen
- Garapen luzekoa izaten dira

Herrialde garatuetan garrantzia → arrazoiak:

- Bizi ohituren aldaketa: sedentarismoa
- Biztanleriaren zahartzea
- Arrisku-faktoreen ugaritzea: tabakoaren eta alkoholaren kontsumoa
- Garapen ekonomiko soziala eta ekonomikoa

Kezka: morbi eta mortalitate handia eragin eta zama ekonomikoa igo

Morbilitatea: gaixotasun batek populazio batean duen eraginaren kuantifikazioa.

Prebalentzia: populazio batean gaixo, gaixotasun jakin batek jota, daudenen kopurua da. Ohikoena, prebalentzia-tasa kalkulatzeko da, portzentaje moduan, 1000 edo 100.000 biztanleko. Hala, prebalentzia tasa %1 bada (1000ko 10, edo 100.000ko 1000), populazioaren %1 une jakin batean gaixo dagoela esan nahi du.

Intzidentzia: gaixotasuna har dezaketen banakoen artean epe jakin batean (astea, urtea) izandako kasu berrien kopurua da.

Mortalitatea: epe zein leku jakin batean hiltzen den jende kopurua. Heriotza-tasak edo hilkortasun-tasak urte batean 1000 pertsonako izandako heriotzen kopurua adierazten du.

Gaixotasun kutsakor nagusienak

1. Gaixotasun kardiobaskularrak
2. Neoplasiak
3. Gaixotasun endokrino eta metabolikoak
4. Elikadurarekin lotutako beste gaixotasun ez kutsakorrak
5. Arnas-aparatuko gaixotasun kronikoak
6. Sistema muskulu-eskeletikoaren gaixotasunak
7. Nerbio-sistemaren gaixotasun degeneratiboak
8. Buruko gaitzak
9. Txantxarrak
10. Minusbalotasun fisiko, psikiko eta sentsorialak
11. Istripuak

3. GAIA: ARRISKU-FAKTOREAK

3.1-ARRISKU-FAKTOREAREN KONTZEPTUA:

Arrisku-faktorea zer den definitzeko lehenago arriskua zer den zehaztu beharko genuke. Arrisku denbora jakin batean gertaera bat jazotzeko probabilitateari esaten zaio. Gehienetan arrisku hitza zentzu negatiboan erabiltzen dugu, baina definizioan ikusi dugun bezala, zentzu positiboan ere erabil daiteke; esate baterako, loteria jokatzeko dugunean edo oposizio bat prestatzeko dugunean egokitze arriskua edo lanpostua lortzeko arriskua izango dugu.

Dena den, epidemiologian arrisku hitza jazo daitekeen gertaera osasun-arazo zehatz bat edo heriotza bera direnean erabiltzen da. Argi izan behar da gaixotasuna edo heriotza gertatzeko probabilitatea ez dela berbera indibiduo bakoitzarentzat; arrisku maila zenbait ezaugarri indibidualen menpe egongo da, hala nola, adina, maila sozioekonomikoa, faktore biologikoak...eta hauek izango dira, hain zuzen ere, arrisku-faktoreak. Labur esanda, arrisku-faktorea *ikertzen ari garen gertaerarekin lotura estatistikoa duen aldagaia da*.

3.2-EZAUGARRI BEREZIAK

Esan bezala, epidemiologian arrisku-faktore kontzeptua gaixotasun edo heriotzari lotuta dago, baina horrek ez du esan nahi beti zentzu txarra duenik. Adibide bezala Afrikako gaixotasun endemikoa den anemia faltziformearen kasua jarriko dugu. Anemia mota hau dutenek beste anemia hemolitiko batzuk pairatzeko aukera gehiago daukate, baina malaria pairatzeko aukera gutxiago, nolabaiteko babes ematen die eta. Adibide honetan anemia faltziformea pairatzea arrisku-faktorea da bai anemia hemolitikoa pairatzeko, bai malaria pairatzeko, baina lehen kasuan eragin negatiboa dauka eta bigarrenean positiboa.

Faktore jakin bat beste batekin estatistikoki lotura izateak ez du esan nahi bata bestearen kausa denik. Beste adibide batek argi azalduko du: tabakoa kardiopatia iskemikorako arrisku-faktorea da, baina ez da inolaz ere kausa-faktorea, erretzaile guztiek kardiopatia iskemikoa pairatzen ez dutelako, eta pairatzen duten batzuk ez-erretzaileak direlako. Kausa-faktorea dela esango dugu faktore horren maiztasunean edo kantitatean (neurgarria baldin bada) aldaketa batek zuzenean gaixotasunaren maiztasunean beste aldaketa bat eragiten duenean.

3.3-ARRISKU-FAKTOREEN SAILKAPENA

Arrisku-faktoreen menpe egon ondoren ondorioak jasan arteko denboraren arabera:

- *Berehalakoak*: arrisku-faktorearen menpe egon eta ondorioak berehala ikusten direnean. Traumatismoen kasuan, adibidez.
- *Tenporalak*: eraginak ikusteko arrisku-faktorearen menpe denbora batez egotea eskatzen dute. Adibidez, neguan zehar pairatzen dugun hotza arrisku-faktore tenporala da gripea edo hotzeria bezalako gaixotasunetarako.
- *Jarraiak*: arrisku-faktore baten presentzia iraunkorrek epe luzera eraginen bat baldintzatzen duen kasuetan ematen da. Esaterako, era jarrai batean hipertentsio arteriala pairatzen duen pertsonak epe luzera gaixotasun kardiobaskularrak izan ditzake.

Arrisku-faktoreen jatorriaren arabera beste sailkapen bat egiten da:

- *Kanpo-jatorrikoak*: arrisku-faktorea organismoaren kanpoaldetik datorrenean. Jatorri fisiko, kimiko, biologiko edo soziala izan dezakete.
- *Barne-jatorrikoak*: organismoak berezkoak dituenen. Fisiko-biologikoak (hipertentsioa, hiperkolesterolemia...) edo psikologikoak izan daitezke.

3.4-ARRISKU-FAKTORE BEREZIAK

Arrisku sinergikoak: arrisku sinergikoak, elkarrekin aritzen direnean, eraginak biderkatzen dituztenak dira, eta ez batu, espero zitekeen bezala. Adibidez, hipertentsio arteriala, hiperkolesterolemia, erretzea, diabetes mellitusa eta loditasuna aldi berean ematen badira, euren eragina ez da batzen, biderkatzen da, eta kardiopatia bat pairatzeko probabilitatea oso-oso handia izango da, faktore bakoitzaren probabilitatea batzean lortzen dena baino handiagoa. Gauza bera gertatzen da gidatzea eta alkohola edatearekin. Faktore bakoitzak besteen eragina ere handitzen du.

Arrisku lehiakorak: arrisku-faktore bakar batek aldi berean edo sekuentzialki zenbait patologia eragiten dituenen lehiakor esaten zaio, hau da, gaixotasun guztiek arrisku-faktore komuna izango dute. Patologiak, beren aldetik, gaixotasun lehiakorak deitzen dira. Adibidez, erretzea arrisku lehiakorra izango litzateke, eta bere gaixotasun lehiakorak biriketako minbizia, bronkitisa, enfisema eta gaixotasun kardiobaskularrak.

3.5-ARRISKU-PORTZENTAJEEN KALKULUA

Arrisku-portzentajeen kontzeptua arriskuak kuantifikatzeko beharraren ondorio dira. Hala, puntu honetan kuantifikatzeko hiru modu definitu eta kalkulatzeko ikasiko dugu:

Arrisku absolutua:

Gaixotasun batek populazio batean nolako maiztasuna duen mila biztanleko.

Kalkulatu ahal izateko kasu berriak populazio osoarekin zatitu behar ditugu, eta bider

mila egin. Adibidez, 5000 biztanleko populazio batean urtean 35 kasu biriketako minbizi berri agertu badira, arrisku absolutua 7koa da.

$$Aa = (\text{kasu berriak/populazioa}) \times 1000$$

Arrisku erlatiboa:

Arrisku-faktore baten menpe egondakoek egon ez direnekin alderatuta gaixotasun bat izateko duten arriskua. Kalkulatzeko arrisku-faktorearen menpe egondakoen arteko gaixoen maiztasuna zati arrisku-faktorearen menpe egon ez direnen arteko gaixoen maiztasuna egin behar da. Adibidez, erretzen duten pertsonen artean biriketako minbizia dutenen maiztasuna 0.1 bada, eta erretzen ez duten pertsonena 0.01 bada, arrisku erlatiboa 10ekoa da, hau da, erretzen dutenek 10 aldiz aukera gehiago dute biriketako minbizia izateko.

$$Ae = \text{arriskupekoen gaixoen maiztasuna} / \text{arriskugabekoen gaixoen maiztasuna}$$

Arrisku egozgarria:

Arrisku-faktore bati gaixotasun baten agerpenaren zenbateko maiztasuna egozten zaion neurtzen du. Kalkulatzeko arrisku-faktorearen menpe egondakoen arteko gaixoen maiztasuna ken arrisku-faktorearen menpe egon ez direnen arteko gaixoen maiztasuna egin behar da. Aurreko adibidea aintzat hartuz, arrisku egozgarria 0.09koa da, hau da, erretzaileen 0.1eko maiztasunetik, 0.09 erretzeagatik gertatzen dira, eta beste 0.1 berez gertatzen diren kasuak. Datu bera populazio osoaren maiztasunarekin ere kalkulatzen da, geroago ikusiko dugunez. Kasu honetan populazio osoaren arrisku egozgarria deitzen da.

$$Aeg = \text{arriskupekoen gaixoen maiztasuna} - \text{arrisku gabekoen gaixoen maiztasuna}$$

Honekin batera, beste bi frakzio kalkulatzen ere ikasiko dugu:

Arriskupekoen frakzio etiologikoa:

Kalkulurako arrisku egozgarria (Aeg) zati arriskupekoen arteko gaixoen maiztasuna egin behar da. Aurreko datuekin arriskupekoen frakzio etiologikoa 0.9koa litzateke, hau da, kasuen % 90 arrisku-faktorearen ondorio dira.

$$Afe = Aeg / \text{arriskupekoen gaixoen maiztasuna}$$

Populazio osoaren frakzio egozgarria:

Lehenago aipatutako populazio osoaren arrisku egozgarritik abiatuta lortzen da. Gogoratu populazio osoaren arrisku egozgarria lortzeko populazio osoaren gaixotasun baten maiztasuna ken arrisku gabekoen arteko gaixoen maiztasuna egin behar dela. Azkenik, frakzioa kalkulatzeko, Aeg hori populazio osoaren gaixotasunaren maiztasunarekin zatitu behar da. $Pfe = Aeg (\text{populazio osoarena}) / \text{populazio osoaren gaixotasunaren maiztasuna}$. Azken bi frakzio hauek askotan portzentaje bezala ematen dira; horretarako, lortutako emaitza bider 100 baino ez dugu egin behar.