

3

OSASUNA

SALUD

Jon Leonardo Aurtenetxe (*)
Emma Sobremonete de Mendicuti ()**

(*) **Soziologiako katedraduna. Gizarte eta Giza Zientzien Fakultatea. Deustuko Unibertsitatea.**

Catedrático de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Deusto.

(**) **Gizarte-lan eta Soziologia saileko zuzendaria. Gizarte eta Giza Zientzien Fakultatea. Deustuko Unibertsitatea.**

Directora del Departamento de Trabajo Social y Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Deusto.

ÍNDICE

1. ESTADO DE SALUD EN LA C.A. DE EUSKADI
 - 1.1. La problemática de la salud en un contexto de envejecimiento general de la población
 - 1.2. La salud percibida
 - 1.3. Estado de salud y autonomía funcional
 - 1.4. Incidencia de las enfermedades crónicas
 2. DETERMINANTES DE LA SALUD
 - 2.1. Hábitos de vida nocivos
 - 2.2. Hábitos de vida preventivos
 - 2.3. Las desigualdades sociales en salud
 3. LA MORBILIDAD HOSPITALARIA
 - 3.1. Morbilidad hospitalaria y sexo
 - 3.2. Morbilidad hospitalaria y edad
 4. ASISTENCIA HOSPITALARIA
 - 4.1. Recursos hospitalarios
 - 4.2. Asistencia hospitalaria
 5. ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA
 - 5.1. Ratios de asistencia extrahospitalaria
 6. GASTO SANITARIO
 - 6.1. Indicadores de gasto
 - 6.2. Desarrollo económico y gasto sanitario: una mirada más allá de nuestras fronteras
 7. CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

AURKIBIDEA

1. OSASUNAREN EGOERA EUSKAL AEn
 - 1.1. Osasunaren arazoa biztanleriaren zahartze orokorraren testuinguruan
 - 1.2. Atzematen den osasuna
 - 1.3. Osasun egoera eta autonomia funtzionala
 - 1.4. Gaixotasun kronikoen eragina
 2. OSASUNAREN BALDINTZATZAILEAK
 - 2.1. Bizitza-ohitura kaltegarriak
 - 2.2. Prebentziozko bizitza-ohiturak
 - 2.3. Ezberdintasun sozialak osasunean
 3. OSPITALEKO ERIKORTASUNA
 - 3.1. Ospitaleko erikortasuna eta sexua
 - 3.2. Ospitaleko erikortasuna eta adina
 4. OSPITALEKO ARRETA
 - 4.1. Ospitaleko baliabideak
 - 4.2. Ospitaleko arreta
 5. OSPITALEZ KANPOKO ARRETA
 - 5.1. Ospitalez kanpoko arretaren ratioak
 6. OSASUN GASTUA
 - 6.1. Gastuaren adierazleak
 - 6.2. Garapen ekonomikoa eta osasuneko gastua: begirada bat gure mugetatik haratago
 7. ONDORIOAK
- BIBLIOGRAFIA

1. ESTADO DE SALUD EN LA C.A. DE EUSKADI

1.1. La problemática de la salud en un contexto de envejecimiento general de la población

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población superior a 60 años supera con creces los 700 millones, esperándose que para el 2050 alcance la cifra de 2.000 millones de personas. Viene esto a cuento para destacar que los indicadores de salud y el estado de salud en general de la población vasca no puede realizarse en abstracto, al margen de las situaciones vivenciales concretas, sino en el marco de los cambios demográficos actuales y más concretamente en una sociedad vasca que lleva años experimentando un envejecimiento progresivo producto de las mejoras de las condiciones de vida que ha alargado la esperanza de vida hasta límites que hace 20 ó 30 años, no más, nos parecían imposibles.

Un simple detalle ilustrativo expresa la profundidad del cambio vivido en la C.A. de Euskadi; si en 1970 el porcentaje de personas entre 0-19 años era del 36,4%, en el año 2010 representa únicamente el 17% (-19,4 puntos); por el contrario, la población mayor de 64 años ha pasado del 7,8% al 19,1% (+11,3 puntos). Puede decirse que, en algo menos de 40 años, se ha producido un vuelco de tal magnitud que ha modificado sustancialmente no sólo los patrones demográficos sino las problemáticas de salud asociadas a ellos.

Este cambio demográfico no es flor de un día, viene produciéndose poco a poco concomitantemente a las transformaciones producidas en los modos y estilos de vida. Esto es especialmente importante en el caso del tema que nos ocupa: el estado de salud de la población vasca.

Consecuentemente, a pesar de que el perfil demográfico de la C.A. de Euskadi muestra una mejora sensible en las condiciones de vida de los vascos y las vascas, no podemos olvidar a este respecto que la C.A. de Euskadi tiene una esperanza de vida al nacer muy elevada: 77,2 años en los hombres y 84,3 en las mujeres, una de las más altas de Europa; esto no es óbice para que el estado de salud vaya deteriorándose máxime cuando en el año 2010 había aproximadamente 107.000 personas que superaban los 80 años de edad.

No puede obviarse el hecho de que en este contexto la pregunta por la salud de la población vasca, más allá de las diferencias de edad y de género que le confieren un rasgo particular debido a las especificidades propias de estos segmentos de la población, tiene como rasgo estructural una presión constante sobre los recursos sanitarios y el sistema en general. Todos los estudios muestran perfectamente cómo en los países desarrollados cuyas pirámides de población

1. OSASUNAREN EGOERA EUSKAL AEn

1.1. Osasunaren arazoa biztanleriaren zahartze orokorraren testuinguruan

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) egin dituen zenbaitzenekin bat etorriz, 60 urtetik gorako biztanleak 700 milioi baino gehiago dira. 2050. urtean 2.000 pertsona izango omen dira adin horretakoak. Datu hau aipatu nahi izan dugu nabarmentzeko euskal biztanleriaren osasun-adierazleak eta osasun egoera orokorrean ezin direla modu abstraktuan aztertu, bizipen zehatzak kontuan izan gabe. Aitzitik, gaur egun gertatzen ari diren aldaketa demografikoak kontuan hartu beharra dago, eta zehazkiago modu mailakatuan zahartzen ari den euskal gizartean. Izan ere, bizi-baldintzak hobetu dira, eta horren ondorioz bizi-itxaropena asko luzatu da, orain dela 20 edo 30 urte ezinezkoak iruditzen zitzaigun modu batean.

Datu soil baten bidez Euskal AEn gertatu den aldaketaren sakontasuna erakutsi nahi genuke: 1970. urtean 0-19 urteko pertsonen portzentajea % 36,4 zen. 2010. urtean, berriz, % 17 baino ez zen (-19,4 puntu). Aitzitik, 64 urtetik gorako biztanleria % 7,8 izatek % 19,1 izatera igaro da (+11,3 puntu). Esan dezakegu 40 urte baino apur bat gehiagotan aldaketa itzela gertatu dela; patroio demografikoak ez ezik biztanleriaren osasun arazoak erro-errotik aldatu dira.

Aldaketa demografiko hau ez da bat-batean gertatu. Apurka-apurka etorri zaigu, bizimoduetan eta bizitza-estiloetan izandako aldaketen ondorioz. Hau bereziki garrantzitsua da aztertu nahi dugun gaian: euskal biztanleriaren osasun-egoera.

Ondorioz, nahiz eta Euskal AEn profil demografikoa nabarmen hobetu den euskal biztanleen baldintzei dagokienez, ezin dugu ahaztu Euskal AEn bizi-itxaropena oso handia dela jaiotzan: 77,2 urte gizonetan eta 84,3 urte emakumeetan, Europako altuenetako bat. Horrek ez du eragozten osasun egoera okerrera joatea, batez ere kontuan izaten badugu 2010. urtean 80 urtetik gorako 107.000 pertsonatik gora zeudela.

Ezin dugu ahaztu testuinguru honetan euskal biztanleriaren osasunari buruzko galderak ezaugarri estruktural argi bat daukala: osasun baliabideen eta oro har sistemaren gaineko presio etengabea, adin eta genero ezberdintasunez haratago, nahiz eta azken horiek izaera berezia ematen dioten, biztanleriaren segmentu horien ezaugarri propioak direla-eta. Ikerketa guztiek argi eta garbi erakusten dute herrialde garatuetan, biztanleria-piramideek zahartze sintoma argiak erakusten

señalan claros síntomas de envejecimiento, como en el caso de la C.A. de Euskadi, el uso de los sistemas sanitarios en todas sus manifestaciones: asistencia médica, recursos hospitalarios, socio-sanitarios, se dispara de manera vertiginosa (Fernández-Mayoralas y col., 2003).

Como veremos más adelante, en la C.A. de Euskadi el promedio anual de consultas médicas por habitante es de 8,1 situándose entre los países de la OCDE que más frecuentan la asistencia sanitaria (Eustat, 2011). Conviene tener en cuenta que si aceptamos que la salud es un estado acumulativo que incorpora tanto aspectos biológicos como conductuales o medioambientales, la precariedad creciente vinculada al estado de deterioro paulatino producto del proceso de envejecimiento necesita inevitablemente compensar los déficits con la ayuda de los recursos exteriores al sujeto. Consecuentemente, la vulnerabilidad ínsita vinculada al envejecimiento hace a las personas mayores cada vez más dependientes de los recursos sociosanitarios.

Para ofrecer una panorámica de las condiciones y recursos de salud de la C.A. de Euskadi, a lo largo de este capítulo se hará un repaso de sus principales magnitudes. Tras comenzar presentando en primer lugar las cifras relativas a los indicadores de salud más relevantes como son: la salud percibida, la autonomía funcional, la morbilidad, los determinantes de la salud y las desigualdades sociales en salud, se abordarán en segundo lugar los principales indicadores relativos al sistema sanitario como son: la actividad asistencial desarrollada, la oferta de recursos del sistema y el gasto sanitario.

1.2. La salud percibida

Como es de sobra conocido, el concepto de salud percibida constituye realmente una dimensión muy relevante del concepto más general de salud. Prácticamente se asemeja a la idea de bienestar personal, ya que como el profesor Laín Entralgo señalaba hace ya unos años: la salud percibida es el sumatorio de diversas dimensiones: del bienestar psicopsicológico que experimenta cada persona independientemente de sus malestares fugaces, de la conciencia de la propia autonomía funcional, de la seguridad ontológica y del mantenimiento de la capacidad relacional. Se trata, por tanto, de un concepto integral que expresa un equilibrio o bienestar individual que está muy cerca del concepto de felicidad y que tiene un carácter sintético.

Aunque inicialmente el concepto de salud percibida fue introducido por la OMS, como muestran algunas investigaciones este indicador «*se ha consolidado en la comunidad científica como el indicador positivo de salud más relevante*» (Sobremonte, 2005:147). Como su propio nombre expresa, se refiere a la percepción subjetiva de la salud y, consecuentemente, constituye un indicador relativo del estado de salud, no objetivo, que expresa una valoración personal del estado de salud desde una perspectiva relacional. Desde este punto de vista, considerar que la salud de uno o una es buena, regular o mala siempre implica una comparación en función de diversos factores: condiciones de vida, edad, género y demás.

Sea como fuere, la importancia de la salud percibida recogida en las diferentes encuestas de salud viene dada no sólo por el hecho de que aportan un conjunto de informaciones útiles del estado de salud de la población vasca, sino porque es una herramienta de planificación determinante para los responsables del sistema de salud (Sobremonte, 2005:150).

dituztenean (Euskal AEn gertatzen denez), mota guztietako osasun sistemen erabilera (arreta medikoa, ospitaleetako baliabideak, gizarte eta osasun baliabideak) izugarri gehitzen dela (Fernández-Mayoralas eta kol., 2003).

Aurrerago ikusiko dugunez, Euskal AEn, biztanle bakoitzeko kontsulta medikoen urteko batezbestekoa 8,1ekoa da. Beraz, osasun arreta gehien eskatzen duten ELGAko herrialdeen artean dago Euskal AE (Eustat, 2011). Osasuna egoera pilagarria dela (ezaugarri biologikoak, jokabidezkoak edo ingurumenekoak bereganatzen dituena) onartzen baldin badugu, kontuan izan behar dugu Eprekarietate gero eta handiagoa dagoela, zahartze prozesuaren ondorioz pertsonen egoera apurka-apurka okertzen delako. Horregatik, ezinbestekoa da defizitak subjektuaren kanpoko baliabideen bidez konpentsatzea. Ondorioz, zahartzeak dakarren ahultasun hori dela medio, adineko pertsonak gizarte eta osasun baliabideen mende daude gero eta gehiago.

Euskal AEko osasun baldintzen eta baliabideen ikuspegia eskaintzeko, kapitulu honetan zehar haren magnitude nagusiak aztertuko ditugu. Lehenik eta behin osasun-adierazlerik garrantzitsuenen zifrak ikusiko ditugu: atzematen den osasuna, autonomia funtzionala, erikortasuna, osasunaren baldintzatzaileak eta gizarte ezberdintasunak osasunean. Bigarrenik, osasun sistemari buruzko adierazle nagusiak aztertuko ditugu: garatutako arreta jarduera, sistemaren baliabide eskaintza eta osasuneko gastua.

1.2. Atzematen den osasuna

Jakina denez, atzematen den osasunaren kontzeptua oso dimentsio garrantzitsua da osasun orokorraren kontzeptuan. Praktikan, ongizate pertsonalaren ideia antzekoa da. Laín Entralgo irakasleak honela azaldu zuen orain urte batzuk: atzematen den osasuna zenbait dimentsioren batura da: pertsona bakoitzak duen ongizate psikosoziologikoa (uneko ezinegona gorabehera), norberaren autonomia funtzionalaren kontzientzia, segurtasun ontologikoa eta erlazio-gaitasuna mantentzea. Beraz, kontzeptu integrala da, norbakoaren oreka edo ongizatea adierazten dituena. Kontzeptu hau zorientasunetik oso hurbil dago eta izaera sintetikoa dauka.

Hasiera batean, atzematen den osasunaren kontzeptua OMEK erabili zuen, baina ikerketa batzuek erakusten digutenez, adierazle hau «*komunitate zientifikoan finkatu da eta osasun adierazle positiborik garrantzitsuena da*» (Sobremonte, 2005:147). Izenak berak dienez, osasunaren pertzepzio subjektiboa deskribatzen du. Beraz, osasun egoerari buruzko adierazle ez-objektiboa da, osasun egoeraren balorazio pertsonala erlazio ikuspegitik egiten duena. Ikuspegi honetatik, norberaren osasuna ona, hala-holakoa edo txarra dela uste izateak konparazioa dakar beti, zenbait faktore kontuan izanik: bizi-baldintzak, adina, generoa eta beste.

Nolanahi ere, osasunari buruzko inkestetan jasotzen den atzematen den osasunaren garrantzia ez zaio zor bakarrik euskal biztanleriaren osasun egoerari buruzko informazio baliagarria dakarrelako, baizik eta plangintzarako tresna erabakigarria delako osasun sistemaren arduradunentzat (Sobremonte, 2005:150).

Adin taldea Grupo de edad	Bikaina / Oso ona / Ona Excelente / Muy Buena / Buena			Hala-holakoa / Regular			Txarra / Mala			Guztira / Total	
	2002	2007	Aldea Dif ^a	2002	2007	Aldea Dif ^a	2002	2007	Aldea Dif ^a	2002	2007
16-24	95,0	95,8	0,8	4,6	3,7	0,9	0,5	0,5	0,0	100	100
25-44	91,7	91,3	-0,4	7,6	7,8	-0,2	0,6	0,8	-0,2	100	100
45-64	77,5	76,4	-1,1	19,9	20,6	-0,7	2,6	3,0	-0,4	100	100
≥ 65	62,3	55,9	-6,4	29,8	35,8	-6,0	7,9	8,4	-0,5	100	100
Euskal AE / C.A. de Euskadi	82,3	79,9	-2,4	15,0	17,0	-2,0	2,6	3,0	-0,4	100	100
Europa (*)	68,1	73,0	4,9	26,2	20,0	6,0	5,7	7,0	-2,0	100	100
16-24	95,6	96,3	0,7	3,6	2,7	0,9	0,8	1,0	-0,2	100	100
25-44	92,5	92,1	-0,4	7,0	7,2	-0,2	0,5	0,6	-0,1	100	100
45-64	78,3	79,6	1,3	18,6	17,7	0,9	3,1	2,8	0,3	100	100
≥ 65	65,5	57,9	-7,6	28,4	35,9	-7,5	6,0	6,2	-0,2	100	100
Euskal AE - Gizonak C.A. de Euskadi - Hombres	84,4	82,7	-1,7	13,4	15,0	-1,6	2,2	2,3	-0,1	100	100
Europa (*) - Gizonak Europa (*) - Hombres	71,3	75,0	3,7	24,2	19,0	5,2	4,5	6,0	-1,5	100	100
16-24	94,2	95,3	1,1	5,7	4,7	1,0	0,1	0,0	0,1	100	100
25-44	91,1	90,6	-0,5	8,2	8,4	-0,2	0,8	1,1	-0,3	100	100
45-64	76,6	73,5	-3,1	21,1	23,4	-2,3	2,2	3,2	-1,0	100	100
≥ 65	60,0	54,4	-5,6	30,8	35,7	-4,9	9,2	9,9	-0,7	100	100
Euskal AE - Emakumeak C.A. de Euskadi - Mujeres	80,5	77,4	-3,1	16,5	18,9	-2,4	3,0	3,7	-0,7	100	100
Europa (*) - Emakumeak Europa (*) - Mujeres	65,1	71,0	5,9	28,1	21,0	7,0	6,8	8,0	1,2	100	100

(*) Europako datuak, 2002. urtean, EB15ekoak dira, eta 2007. urtean, EB25ekoak.

Los datos europeos corresponden en el caso 2002 a EU-15 y en 2007 a EU-25.

Balio negatiboak (lodia) osasunaren pertzepzio negatiboagoaren erakusgarri dira.

Los valores negativos en negrita representan una percepción más negativa de la salud.

Iturriak: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasun inkesta. European Commission. Special Eurobarometer.

Fuentes: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud. European Commission. Special Eurobarometer.

De acuerdo con las Encuestas de Salud Percibida elaboradas por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco puede apreciarse que, en términos generales, la salud percibida de la población vasca ha empeorado en el lustro comprendido entre 2002 y 2007. Analizando los datos de la Tabla 1, en la que se comparan los datos de la C.A. de Euskadi con Europa en dos momentos distintos se observa lo siguiente:

- La salud percibida en la C.A. de Euskadi sigue siendo relativamente alta, los vascos y vascas valoran muy positivamente la salud de la que gozan, esto se aprecia perfectamente cuando se comparan los datos con Europa, la diferencia media oscila en torno a los 6 puntos. Casi el 80% de la población vasca entrevistada manifiesta tener muy buena salud.
- No obstante, ha decrecido respecto a 2002. Sólo la cohorte de edad comprendida entre 16-24 años ha mejorado la percepción de la salud. En el resto de cohortes de edad se ha producido un ligero empeoramiento. Aquí se aprecia perfectamente la influencia del envejecimiento general al que aludíamos en el epígrafe anterior; así, a medida que la población envejece, la percepción favorable de la salud disminuye.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak atzematen den osasunari buruz egiten dituen inkestei dagokienez, ikus dezakegu, oro har, euskal biztanleriak atzematen duen osasunak okerrera egin duela 2002 eta 2007. urteen artean. 1. taulan Euskal AEko datuak Europako datuekin erkatzen dira bi une zehatzetan. Datu horiek aztertuz gero ondorio hauek aterako ditugu:

- Euskal AEn atzematen den osasuna nahiko ona da oraindik ere. EAeko biztanleek oso modu positiboan baloratzen dute beren osasuna. Hori argi eta garbi atzematen da datuak Europakoekin erkatzen direnean: batez besteko aldea 6 puntu ingurukoa da. Euskal biztanlerian, elkarri zeketa egin zaien ia %80k adierazi du oso osasun ona duela.
- Halere, 2002. urtean baino txikiagoa da datu hori. 16-24 urteko adin-tarteak bakarrik hobetu du atzematen duen osasuna. Gainerako adin-tarteetan, egoera apur bat okertu da. Hemen argi eta garbi ikusten dugu zahartze orokorraren eragina, aurreko paragrafoan aipatu duguna. Beraz, biztanleria zahartzen den heinean, osasunaren pertzepzio onak okerrera egiten du.

- c. A pesar de las cifras que expresan un alto grado de satisfacción, analizando los datos en función del género se aprecia perfectamente que las mujeres tienen peor salud percibida que los hombres. El que las mujeres tengan en casi todas las cohortes de edad una percepción más negativa de su salud se explica en parte por el hecho de que tienen un mayor grado de longevidad y por tanto viven más años. Pero como han puesto de manifiesto algunos estudios recientes, las mujeres tienen una peor calidad de vida a edades más tempranas, lo cual se ha interpretado como una de las consecuencias de la sobrecarga física y psicológica que padecen las mujeres por su rol de cuidadoras de personas de cualquier edad, cuestión que remite al impacto que está teniendo la «doble jornada» sobre la salud de las mujeres (Instituto de la Mujer, 2011).
- d. Dado que la salud percibida expresa en última instancia el grado de bienestar, malestar subjetivo físico, psíquico y social y que éste se encuentra asociado a las aspiraciones, oportunidades y expectativas de logro personal y social, cabe interpretar que el ligero descenso que globalmente expresan los datos en casi todas las cohortes de edad, pueda estar relacionado con la percepción de un cierto empeoramiento de las condiciones de vida derivadas del estrés psicosocial creciente y la incertidumbre asociada a la vida actual que padecen las sociedades de consumo posmodernas (Baumann, 2007).
- c. Zifrek asebetetasun maila handia erakusten duten arren, datuak generoaren arabera aztertzen baditugu, argi eta garbi ikusiko dugu emakumeek osasun txarragoa atzematen dutela gizonek baino. Emakumeek, adin-tarte guztietan, beren osasunaren pertzepzio negatiboagoa izatearen arrazoia da (zati batez behintzat) urte gehiagoz bizi direla. Baina azterlan berri batzuek azaldu dutenez, emakumeek bizi-kalitate txarragoa dute gazteago izanik. Emakumeek adin guztietako pertsonen zaintzaile izateagatik gaitzera fisikoa eta psikologikoa izatearen ondorio da hori. Horra hor «lansao bikoitzak» emakumeen osasunean daukan eragina (Emakumearen Institutua, 2011).
- d. Atzematen den osasunak ongizate maila eta ezinegon subjektibo fisiko, psikiko eta soziala erakusten ditu azken batean, eta horrek zuzeneko zerikusia dauka lorpen pertsonal eta sozialeko nahi, aukera eta espektatibekin. Horregatik, esan dezakegu datuak adin-tarte ia guztietan erakusten duten beherakada txikiak zerikusia izan ahal duela bizi-baldintzen nolabaiteko okertze baten pertzepzioarekin, estres psikosozial gero eta handiagoaren ondorioz eta gaur egungo bizimoduak dakarren zalantzazko egoeraren ondorioz, kontsumo-gizarte posmodernoek horretara bultzatuta (Baumann, 2007).

Puntuación de las Comunidades Autónomas en el indicador Salud Percibida. Valores tipificados «Z»

2

Autonomi erkidegoen puntuazioa atzematen den osasunaren adierazlean «Z» balio tipifikatuak

	Urtea / Año		Aldea / Dif ^a 99-09
	1999	2009	
Ceuta	0,74	2,52	1,79
Kantabria / Cantabria	-0,24	1,13	1,36
Gaztela eta Leon / Castilla-León	-0,48	0,94	1,42
Melilla	0,02	0,92	0,90
Katalunia / Cataluña	-0,06	0,80	0,86
Balearrak / Baleares	0,23	0,60	0,37
Errioxa / Rioja (La)	-0,16	0,55	0,71
Aragoi / Aragón	-0,10	0,42	0,52
Nafarroa / Navarra	0,13	0,37	0,24
Madril / Madrid	0,24	0,10	-0,14
Andaluzia / Andalucía	-0,03	0,03	0,06
Euskal AE / C.A. de Euskadi¹	0,03	0,02	-0,02
Gaztela-Mantxa / Castilla-La Mancha	-0,51	-0,11	0,39
Kanariak / Canarias	-0,42	-0,12	0,30
Valentziar K. / C. Valenciana	0,03	-0,35	-0,38
Murtzia / Murcia	-0,28	-0,40	-0,13
Asturias	-0,85	-1,22	-0,37
Extremadura	-0,30	-1,26	-0,95
Galizia / Galicia	-4,08	-2,15	1,93

Iturria / Fuente: EIN / INE.

(1) Aldeak, -0,02, «Z» balioetan adierazia, erakusten du egoera ez dela ia aldatu.

La diferencia -0,02 expresada en valores «Z» muestra que la situación permanece prácticamente igual.

Una comparación de la evolución de la salud percibida tomando como referencia el ranking efectuado a partir de la puntuación alcanzada en una distribución normal, indica que la C.A. de Euskadi ocupa una posición intermedia, apenas ha experimentado variación, en el conjunto del Estado español.

Atzematzen den osasunaren bilakaera konparatzen badugu, egindako zerrenda erreferentzia gisa hartuta, banaketa normal batean lortutako puntuaziotik abiatuta, ikusiko dugu Euskal AEk tarteko posizioa daukala Espainiar estatuan, eta ez duela ia aldaketarik izan.

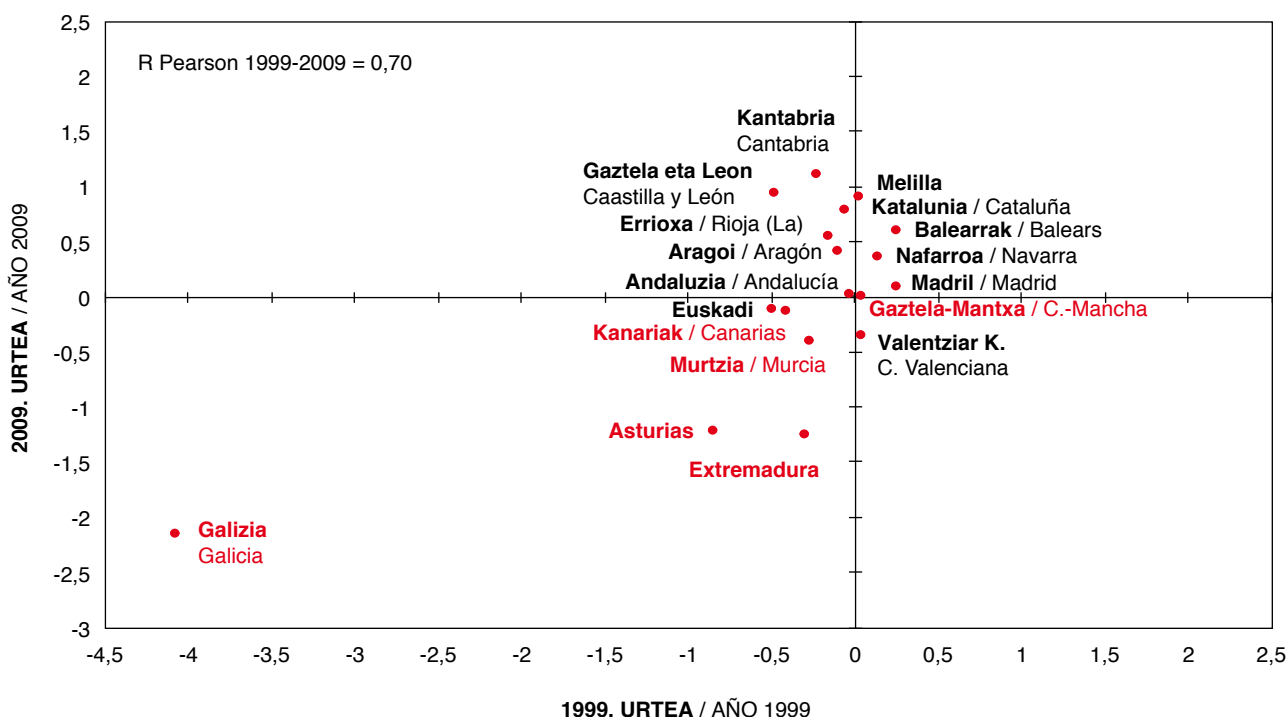
La información de la Tabla 2 aparece reflejada en el Gráfico 1 que a continuación aparece:

2. taularen informazioa 1. grafiko honetan islatuta dago:

Salud percibida 1999-2009. Representación del ranking de las Comunidades Autónomas. Valores tipificados «Z»

1

Atzemandako osasuna, 1999-2009. Autonomi erkidegoen zerrendaren irudikapena. «Z» balio tipifikatuak



Iturria: Geuk egina, EINren datuekin.

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos del INE.

La correlación entre las dos series de datos es de 0,70, lo que significa que durante los 10 años transcurridos se ha producido una alteración en la percepción de la salud percibida, a pesar de que, en términos generales, las jerarquías no se han modificado sustancialmente.

Bi datu-serieen arteko korrelazioa 0,70 da. Horrek esan nahi du igaro diren 10 urteetan atzemandako osasunaren pertzepzioa aldatu dela, nahiz eta oro har hierarkiak ez diren funtsean aldatu.

1.3. Estado de salud y autonomía funcional

Aunque el concepto de autonomía funcional ha tenido y tiene muchas acepciones, dependiendo del ámbito de referencia al que se refiera¹, no obstante, la autonomía se ha definido en

1.3. Osasun egoera eta autonomia funtzionala

Autonomía funtzionalaren kontzeptuak adiera asko izan ditu eta ditu, dagokion erreferentziazko eremuaren arabera¹. Hain zuzen, Autonomía pertsonala sustatzeari eta mendetasun egoe-

¹ El psicólogo norteamericano Gordon Allport relacionaba este concepto con los hábitos y con los motivos que justificaban determinados tipos de acciones, pero normalmente se refiere a la capacidad de desarrollar las funciones de la vida cotidiana al estar libre de las dependencias generadas tanto por procesos patológicos que afectan a la salud, como por la disminución, en términos de movilidad, producida por efecto del envejecimiento.

¹ Gordon Allport iparramerikar psikologoak kontzeptu hau ekintza mota jakin batzuk justifikatzen dituzten motiboekin eta ohiturekin erlazionatu zuen baina, normalean, mendetasunik ez izateari esker eguneroko bizitzako funtzioak garatzeko gaitasunaz hitz egiteko erabiltzen da. Balizko mendetasun horiek osasuna kaltetzen duten prozesu patologikoen ondorio edo zahartzean mugikortasuna murriztearen ondorio izan ohi dira.

la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia como «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria» (Ley 39/2006).

Analizando los datos de la población vasca sólo desde la perspectiva de la limitación de la autonomía funcional física para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda, observamos que, de acuerdo con la encuesta realizada por el INE, el 20,4% de la población vasca tiene o bien «limitaciones severas» o «no puede» desarrollar sin ayuda las labores cotidianas, siendo su peso mayor en las mujeres (Ver Tabla 3).

ran dauden pertsonentzako arretari buruzko legean honela definitzen da autonomia: «norberaren arauen eta nahien arabera bizitzeko moduari buruzko erabaki pertsonalak norberaren ekimenez kontrolatzeko, aurre egiteko eta hartzeko gaitasuna, eta eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak egiteko gaitasuna» (39/2006 Legea).

Euskal biztanleriaren datuak eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak laguntzarik gabe garatzeko autonomia funtzional fisikoaren muga gisa soilik aztertzen baditugu, EINEk egindako inkestaren arabera, euskal biztanleriaren % 20,4ak «muga larriak» ditu edo «ezin ditu» laguntzarik gabe egin eguneroko zereginak. Batez ere emakumeen artean gertatzen da fenomeno hau. Ikusi 3. taula.

Grado de limitación funcional física (%).
C.A. de Euskadi. 2009

3

Euskal AE. Muga funtzional fisikoaren maila (%)
2009

	Gizonak / Hombres	Emakumeak / Mujeres	Euskal AE / C.A. de Euskadi
Mugarik gabe / Sin limitación	76,1	68,6	72,3
Muga txikia / Limitación moderada	5,3	9,3	7,4
Muga larria / Limitación severa	2,1	3,8	3,0
Ezin du / No puede	16,5	18,3	17,4
Guztira / Total	100	100	100

Iturria: EIN. Espainiako osasunari buruzko europar inkesta. 2009.
Fuente: INE. Encuesta europea de salud en España. 2009.

Por otra parte, tal y como vemos en la Tabla 4, el porcentaje de personas que tienen movilidad funcional reducida ha bajado ligeramente, representando en el año 2009 aproximadamente el 7,21% de la población. Como puede apreciarse perfectamente, la dependencia funcional aumenta sensiblemente con la edad. El 21,18% de la población mayor de 65 años manifiesta ser dependiente en menor o mayor medida.

Bestalde, 4. taulan ikusiko dugunez, mugikortasun funtzional murriztua daukaten pertsonen portzentajea pixka bat jaitsi da, 2009. urtean biztanleriaren % 7,21 inguru izanik. Argi eta garbi ikusten da mendetasun funtzionala adinarekin batera gehitzen dela. 65 urtetik gorako biztanleriaren % 21,18ak adierazi du mendetasuna duela (maila ezberdinetan).

Número de personas que manifiestan ser dependientes por razones de salud según grupos de edad (%).
C.A. de Euskadi

4

Euskal AE. Osasun arrazoiengatik mendetasuna dutela dioten pertsonen kopurua, adin-taldean arabera. (%)

	2004		2009	
	Pertsona kop / N° Personas	% (*)	Pertsona kop / N° Personas	% (*)
0-19	6.785	2,0	12.430	3,37
20-64	68.669	5,0	56.147	4,06
≥ 65	98.625	25,8	87.482	21,18
Euskal AE / C.A. de Euskadi	174.079	8,4	156.059	7,21

(*) % dagokion adin-tartean kalkulaturia.
% calculado sobre la cohorte de edad correspondiente.

Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta.
Fuente: Eustat. Encuesta de Condiciones de Vida.

1.4. Incidencia de las enfermedades crónicas

No cabe duda que las enfermedades crónicas constituyen un importante problema de salud pública. Aunque en muchos casos, tener alguna dolencia crónica no es idéntico a tener un problema grave de salud, y las personas se ven obligadas a «cohabitar» con este tipo de enfermedades, no cabe duda que producen un efecto de merma en el estado de salud, tanto desde el punto de vista físico como psíquico y social.

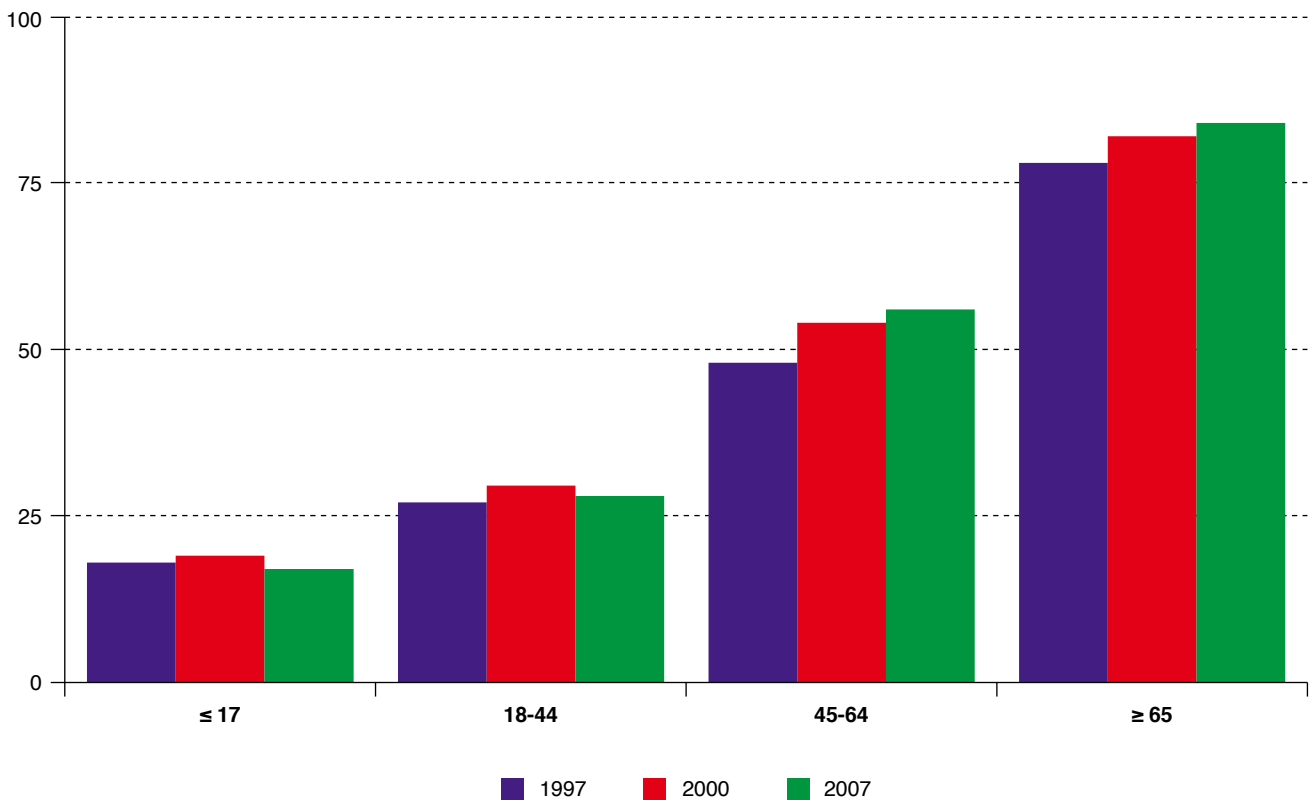
1.4. Gaixotasun kronikoen eragina

Ez dago zalantzarik gaixotasun kronikoak osasun publikoko arazo garrantzitsua direla. Kasu askotan, gaixotasun kronikoren bat edukitzeak ez du esan nahi osasun arazo larriren bat dagoenik, eta pertsonak gaixotasun hauekin bizi ahal dute. Halere, argi dago honelako gaixotasunek osasun egoera kaltezen dutela, bai ikuspegi fisikotik bai ikuspegi psikiko eta sozialetik.

Evolución de personas con problemas crónicos por grupos de edad (%). C.A. de Euskadi

2

Euskal AE. Arazo kronikoak dituzten pertsonen bilakaera adin-taldeen arabera (%)



Iturria: Osakidetza. Euskal AEn kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia 2010, 9. orr.
Fuente: Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en la C.A. de Euskadi, 2010, pág. 9.

El peso de las enfermedades crónicas crece de forma significativa. En el caso de la C.A. de Euskadi y de acuerdo con los datos aportados por Osakidetza (2010), el porcentaje de crónicos va en aumento, tal y como se aprecia en el Gráfico 2, sobre todo en las cohortes de edad superior. Así, entre los individuos comprendidos entre 45 y 64 años en 2007, en comparación con la cifra de 1997, hubo cerca de 90.000 personas más que manifestaron algún tipo de dolencia crónica.

Aunque bajo el término enfermedad crónica existe una nube de patologías de muy diversa naturaleza y etiología, las personas que presentan alguna dolencia crónica pueden padecer simultáneamente otras enfermedades, sobre todo, en el caso de las personas de 65 años y más, donde la pluripatología es muy frecuente.

Gaixotasun kronikoen pisua nabarmen gehitu da. Euskal AEn kasuan, Osakidetzak emandako datuen arabera (2010), kronikoen portzentajea handitzen ari da, 2. grafikoan ikusten denez, batez ere adin-tarte gorenean. Hain zuzen ere, 45 eta 64 urte arteko pertsonen artean, 2007. urtean, gaixotasun kronikoren bat izan zuten 90.000 pertsona gehiago zeuden 1997. urtean baino.

Gaixotasun kronikoa izenaren barruan oso patologia ezberdinak sartzen dira, baina esan dezakegu gaixotasun kronikoren bat daukaten pertsonak beste gaixotasun batzuk izan ditzaketela aldi berean, batez ere 65 urtetik gorako pertsonen kasuan (haien artean pluripatologia oso ohikoa da).

En este sentido, según los datos proporcionados por Osakidetza (2010) el 28,9% de la población mayor de 65 años padece al menos dos problemas crónicos y otro 8,6% tres o más.

Una idea más precisa sobre las principales enfermedades crónicas diagnosticadas en la C.A. de Euskadi y las principales causas de mortalidad pueden verse en el Gráfico 3.

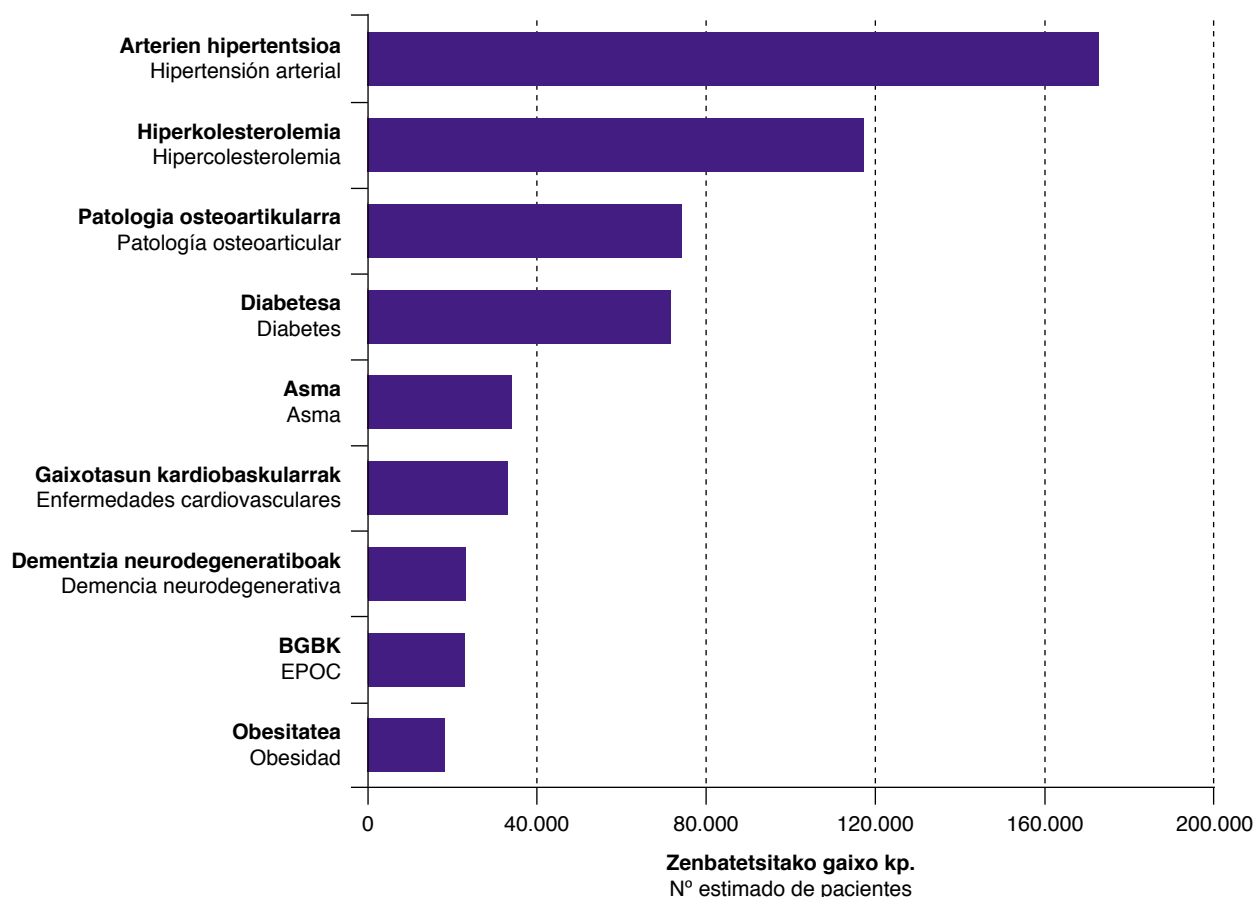
Zentzu horretan, Osakidetza 2010ean emandako datuen arabera, 65 urtetik gorako % 28,9ak gutxienez bi arazo kroniko ditu, eta beste % 8,6 batek, hiru edo gehiago.

Euskal AEn diagnostikatutako gaixotasun kronikorik garrantzitsuenei eta heriotza-kausari nagusiei buruzko ideia zehatzago bat 3. grafikoa ikus dezakegu.

Número y prevalencia de pacientes mayores de 18 años con patologías crónicas (y factores de riesgo) relevantes, 2007. C.A. de Euskadi

3

Euskal AE. Patología kroniko (eta arrisku-faktore) garrantzitsuak dituzten 18 urtetik gorako gaixoen kopurua eta prebalentzia, 2007



Iturria: Osakidetza. Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia 2010, 10. orr.

Fuente: Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, 2010, pág. 10

El tipo de condiciones crónicas más frecuentes reproduce perfectamente la problemática de salud propia de las sociedades sedentarias y envejecidas, hipertensión, hipercolesterolemia, afecciones osteoarticulares como artrosis, artritis y otras relacionadas con procesos reumáticos. Idénticamente patologías como la diabetes, el asma y las enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas continúan ocupando un papel central. Además, las patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la obesidad, relacionadas con estilos de vida nocivos para la salud, aunque aparecen en los últimos lugares, tienen un peso muy significativo.

Gaixotasun kronikorik ohikoek gizarte sedentario eta zahar-tuen berezko osasun arazoak erakusten dituzte: hipertentsioa, hiperkolesterolemia, gaixotasun osteoartikularrak (artrosia, artritis), eta erreuma-prozesuekin zerikusia duten beste batzuk. Era berean, diabetesa, asma, gaixotasun kardiobaskularrak eta neurodegeneratiboak oso garrantzitsuak dira. Gainera, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoak (BGBK) eta obesitateak, osasunarentzat kaltegarriak diren bizitza-estiloekin zerikusia dutenak, nahiz eta azken postuetan agertu, pisu esanguratsua daukate.

2. DETERMINANTES DE LA SALUD

Como es de sobra conocido, el estado de salud de una persona es un compendio de múltiples factores: biológicos, conductuales, sociales, económicos, culturales y demás. Todos ellos convergen en unos modos de vida que, al fin y a la postre, determinan la calidad de vida de la que disfrutamos.

Bajo el concepto *determinantes de la salud*, se incluye un conjunto de factores relacionados con los hábitos y modos de vida que inciden en el estado de salud. Unos tienen efectos nocivos sobre ella, como los relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y la adicción a determinadas drogas; otros, como la actividad física, son preventivos en la medida que representan estilos de vida saludables e inhiben la existencia de factores de riesgo relacionados con la aparición de distintas patologías.

2.1. Hábitos de vida nocivos

Tabaco

Durante el periodo 2002-2007, aproximadamente un tercio de la población era fumadora: 30,54%. Por otra parte, en este mismo periodo el consumo de tabaco descendió en el caso de los hombres y se mantuvo prácticamente igual en el caso de las mujeres (Ver Tabla 5).

Consumo de tabaco por grupo de edad y sexo (%).
C.A. de Euskadi

5

Euskal AE. Tabakoaren kontsumoa adin-taldearen eta sexuaren arabera (%)

	Gizonak / Hombres			Emakumeak / Mujeres		
	2002	2007	Aldea / Dif ^a	2002	2007	Aldea / Dif ^a
16-24	33,7	27,7	6,0	31,5	28,9	2,6
25-44	44,0	39,8	4,2	37,6	36,1	1,5
45-64	37,4	33,2	4,2	19,1	22,9	-3,8
≥ 65	18,6	19,2	-0,6	3,5	3,5	0,0
Euskal AE / C.A. de Euskadi	36,3	32,8	3,5	24,0	23,7	0,3

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasun inkesta.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

Por grupos de edad, se observa un comportamiento similar. La iniciación al tabaco empieza en edades muy tempranas para ir *in crescendo*, alcanzando tasas de incidencia realmente importantes en la cohorte de edad comprendida entre 25 y 44 años, para a partir de este momento ir disminuyendo poco a poco. Se observa mayor reducción en el consumo de tabaco entre los hombres que entre las mujeres. No obstante, en el caso de las mujeres es previsible que la influencia del tabaco sobre su salud en los próximos años sea muy superior, con los riesgos que comporta, debido al hecho de que si exceptuamos a la cohorte de edad superior a 65 años donde el consumo es prácticamente testimonial, en el resto de grupos de edad, la incidencia del tabaco es muy superior. Obsérvese que las mujeres comprendidas entre 45 y 64 años fuman más en el año 2007 que lo que lo hacían en el 2002, cosa que no sucede entre los hombres. De acuerdo con un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (2011) titulado *Emancipación de género y cocientes de prevalencia del taba-*

2. OSASUNAREN BALDINTZATZAILEAK

Jakina denez, pertsona baten osasun egoera zenbait faktoreren batura da: faktore biologikoak, jokabidezkoak, sozialak, ekonomikoak, kulturalak eta beste. Horiek guztiak bizimodu jakin batzuetan elkartzen dira, eta azken batean horrek baldintzatzen du daukagun bizi-kalitatea.

Osasunaren baldintzatzaileak kontzeptuaren barruan, osasun egoerari eragiten dioten bizimoduekin eta ohiturekin zerikusia duten faktore multzo bat sartzen da. Batzuek ondorio kaltegarria daukate bizitzan, adibidez, tabakoaren eta alkoholaren kontsumoa eta droga jakin batzuen mendetasuna. Beste batzuk, hala nola jarduera fisikoa, prebentiboak dira, bizimodu osasungarrien erakusgarri direlako eta zenbait patologia agertzeko arrisku-faktoreak saihesten dituztelako.

2.1. Bizitza-ohitura kaltegarriak

Tabakoa

2002-2007 denboraldian, biztanleriaren heren bat erretzailea zen gutxi gorabehera: % 30,54 zehazki. Bestalde, denboraldi horretan bertan, tabakoaren kontsumoa gizonen kasuan murriztu zen eta emakumeen kasuan berdin mantendu zen. Ikusi 5. taula.

quismo entre hombres y mujeres, parece que el empoderamiento femenino está directamente ligado al aumento de tabaquismo en ese sector de la población; sin embargo, no se puede concluir taxativamente que las razones personales que conducen a las mujeres a fumar estén siempre relacionadas con un sentimiento de poder e igualdad. En cualquier caso, a la vista de los datos, la reducción del consumo de tabaco derivada de las campañas de prevención realizadas está arrojando resultados similares entre hombres y mujeres.

Alcohol

Respecto al consumo de alcohol, los datos muestran en su conjunto una sensible mejoría. En el año 2007 el 11,7% de los hombres eran considerados «*bebedor excesivo*» o «*gran bebedor*», lo que representaba una disminución de 2,3 puntos respecto a la situación del 2002. En el caso de las mujeres, la situación es sensiblemente mejor, sólo el 4,8% bebía de forma preocupante. La mejoría observada es atribuible sobre todo a la reducción del consumo de alcohol en las cohortes de edad más jóvenes, llamando sobre todo la atención el que la cohorte de edad comprendida entre los 25 y 44 años haya disminuido el consumo en más de 7 puntos en el caso de los hombres y casi 3 puntos en el de las mujeres. El hecho de que la población más joven haya reducido el consumo de alcohol es una buena noticia que puede estar dando cuenta del efecto que han tenido las diversas medidas tomadas para hacer frente a este grave problema.

tore horretan. Aitzitik, ezin daiteke ziurtasun osoz esan emakumeek erretzeko dituzten arrazoi pertsonalak beti botere eta berdintasun sentimenduarekin lotuta daudenik. Nolanahi ere, datuak ikusita, tabakoaren kontsumoaren murrizpena, prebentzio kanpainetatik eratorrita, gizonen eta emakumeen artean emaitza berdintsuak izaten ari da.

Alkohola

Alkoholaren kontsumoari dagokionez, datuek hobekuntza nabarmena erakusten dute. 2007. urtean, gizonen % 11,7ak «*gehiegi edaten zuten*» edo «*asko edaten zuten*». Beraz, 2,3 puntu murriztu dira bi kategoria horiek 2002. urtearen aldean. Emakumeen kasua askozaz ere hobea da. % 4,8ak bakarrik edaten zuen kezkatzeko moduan. Ikusi den hobekuntza hori batez ere adin-tarterik gazteenen artean alkoholaren kontsumoa murriztearen ondorio da. Arreta deitzen du, batez ere, 25 eta 44 urte arteko adin-tarteak kontsumoa 7 puntu baino gehiago murriztu duela gizonen kasuan, eta ia 3 puntu emakumeen kasuan. Biztanleriarik gazteenak alkoholaren kontsumoa murriztu izana albiste ona da. Arazo honi aurre egiteko hartu diren neurriek daukaten ondorioen emaitza izan daiteke.

Personas consideradas «*gran bebedor (*)*» o «*bebedor excesivo (**)*» (%). C.A. de Euskadi

6

6. taula. Euskal AE. «*Asko edaten duten pertsonak (*)*» eta «*gehiegi edaten duten pertsonak (**)*» (%)

	Gizonak / Hombres			Emakumeak / Mujeres		
	2002	2007	Aldea / Dif ^a	2002	2007	Aldea / Dif ^a
16-24	6,8	5,0	1,8	4,3	3,9	0,4
25-44	11,7	4,3	7,4	7,1	4,5	2,6
45-64	21,3	21,9	-0,6	8,7	6,8	1,9
≥ 65	12,9	14,5	-1,6	5,1	3,2	1,9
Euskal AE / C.A. de Euskadi	14,0	11,7	2,3	6,6	4,8	1,8

(*) *Asko edaten duen pertsona: egunero 51-90 cc (gizonetan) edo 31-54 cc (emakumeetan) edaten dutela dioten pertsonak.*

(*) Gran bebedor: bebedor que declara consumir diariamente entre 51-90 cc (hombre), 31-54 cc (mujer).

(**) *Gehiegi edaten duen pertsona: egunero gutxienez 91 cc edaten duen gizona edo 55 cc edaten duen emakumea.*

(**) Bebedor excesivo: hombre que declara consumir habitualmente por lo menos 91 cc (hombre), 55 cc (mujer).

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasun inkesta.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

Consumo de drogas

Independientemente del debate surgido sobre la legalización de determinados tipos de drogas, no cabe duda que su consumo constituye en la mayor parte de los países un problema de salud pública muy importante, debido a los riesgos y daños asociados al consumo que varían según la frecuencia y la entidad de la sustancia consumida. Como afirmaba en su día Giovanni Quaglia, representante para el Cono Sur y Brasil perteneciente a la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito: «*el problema de las drogas no es una cuestión moral, es un tema de salud pública*». Consecuentemente, el análisis de las pautas de iniciación al consumo son determinantes como indicador del estado de salud de la población vasca.

Drogen kontsumoa

Zenbait droga mota legeztatzeari buruz sortu den eztabaida gorabehera, ez dago zalantzarik droga kontsumoa, herrialderik gehienetan, osasun publikoko arazo oso garrantzitsua dela, kontsumoari lotuta dauden arriskuak eta kalteak direla-eta. Arrisku eta kalte horiek ezberdinak ezin daitezke kontsumitzen den substantziaren izaeraren eta maiztasunaren arabera. Giovanni Quagliak, Nazio Batuen drogaren eta delitua-ren aurkako Bulegoko kide eta Hegoaldeko Konorako eta Brasilerako ordezkari, hauxe esan zuen: «*drogen arazoa ez da arazo moral, baizik eta osasun publikoko arazo*». Ondorioz, kontsumoa hasteko pauten analisisa erabakigarria da euskal biztanleriaren osasun egoeraren adierazle gisa:

Cannabis

Respecto al consumo de cannabis, tal y como puede apreciarse en la Tabla 7, aproximadamente un tercio de la población ha consumido alguna vez esta sustancia.

Kannabis

Kannabisaren kontsumoari dagokionez, 7. taulan ikus dezakegunez, biztanleriaren heren batek, gutxi gorabehera, noizbait substantzia hau kontsumitu du.

Consumo de cannabis según sexo (%).
C.A. de Euskadi

7

Euskal AE. Kannabisaren kontsumoa sexuaren arabera (%)

	Esperimentala / Experimental ¹			Azken boladan / Reciente ²			Gaur egun / Actual ³		
	Guztira Total	Gizonak Hombres	Emakumeak Mujeres	Guztira Total	Gizonak Hombres	Emakumeak Mujeres	Guztira Total	Gizonak Hombres	Emakumeak Mujeres
1992	21,9	28,6	15,5	6,2	8,8	3,7	3,0	5,1	1,1
1994	21,6	27,2	16,0	5,3	8,2	2,4	3,3	5,1	1,4
1996	27,5	35,2	19,8	4,7	7,1	2,3	3,6	5,4	1,9
1998	23,6	30,3	17,3	:	:	:	4,2	6,2	2,4
2000	25,8	30,6	21,2	8,2	10,9	5,4	5,3	7,2	3,5
2002	26,3	32,0	20,7	11,7	14,6	8,7	8,5	11,3	5,7
2004	31,7	39,1	24,3	12,0	16,7	7,4	9,0	13,0	5,0
2006	36,2	43,5	28,9	14,0	17,5	10,4	11,0	14,2	7,7
2008	33,8	42,2	25,5	12,0	16,5	7,6	8,7	12,9	4,6
2010	34,2	41,5	27,0	10,4	13,5	7,3	7,2	10,1	4,4

(:) Ez dago daturik.

No se dispone de datos.

(1) **Esperimentala (bizitzan noizbait).**

Experimental (alguna vez en la vida).

(2) **Azken boladan (azken 12 hileetan).**

Reciente (en los últimos 12 meses).

(3) **Gaur egun (azken hilabeteetan).**

Actual (en el último mes).

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Drogamendetasunen Euskal Behatokia.

Fuente: Observatorio Vasco de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

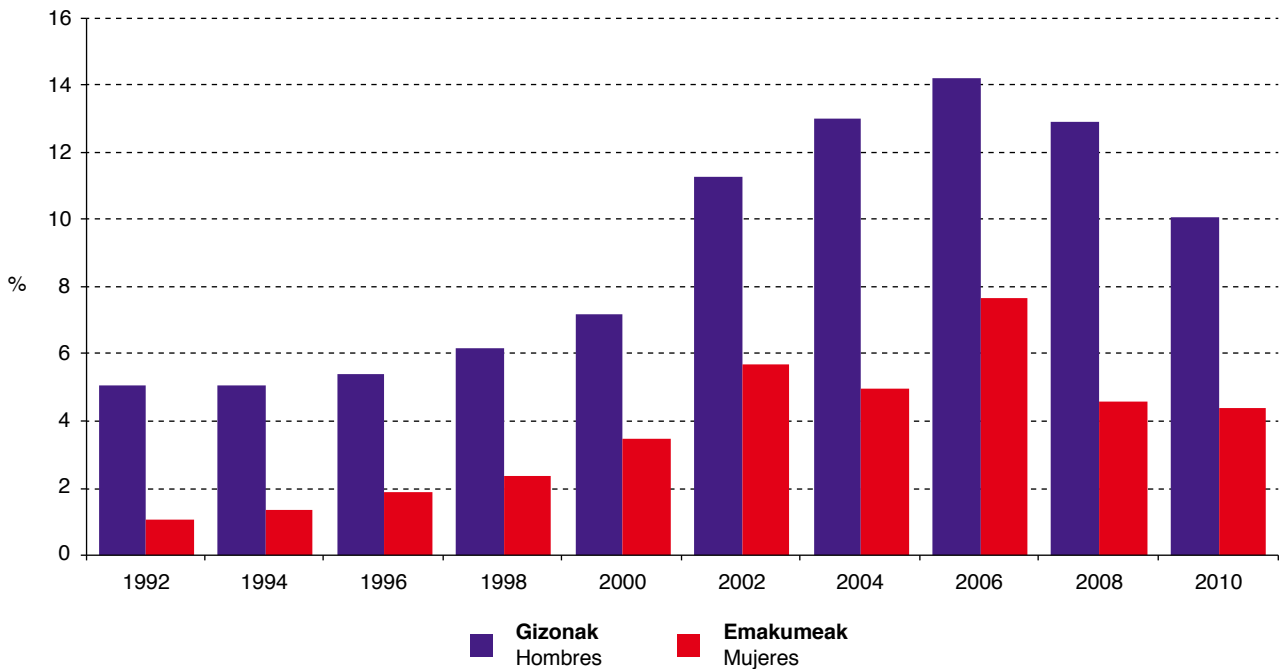
No obstante, el consumo parece haberse estancado. Sin embargo, si tenemos en cuenta lo que podemos denominar práctica de riesgo, es decir, la relativa a aquellos y aquellas que consumen esta sustancia de forma habitual, el consumo ha descendido aproximadamente 4 puntos desde el año 2006, representando en la actualidad el 10,1% en el caso de los hombres y el 4,4% en el caso de las mujeres. La diferencia por sexo es realmente significativa. La evolución de la trayectoria de los consumidores habituales queda reflejada en el Gráfico 4 que a continuación se expone; en ella se aprecia perfectamente la trayectoria descendente producida en el consumo de cannabis, así como las diferencias por sexo.

Halere, badirudi kontsumoa ez dela gehitzen. Nolanahi ere, kontsumo arriskutsua deritzona (hau da, substantzia hau kontsumitzeko ohitura daukaten pertsonak) kontuan izaten badugu, esan dezakegu kontsumoa 4 puntu inguru murriztu dela 2006. urteaz geroztik; gaur egun, gizonen % 10,1 dira eta emakumeen % 4,4. Sexuen arteko ezberdintasuna ikusgarria da. Ohiko kontsumitzaileen ibilbidearen bilakaera 4. grafikoan azaltzen da (behean jarri dugu). Bertan, argi eta garbi ikusten da kannabisaren kontsumoak izan duen beherantzko joera, eta sexuen arteko ezberdintasunak ere agertzen dira.

Evolución del consumo de cannabis por sexo. Personas que manifiestan consumir en la actualidad (plazo inferior a un mes) (%). C.A. de Euskadi

4

Euskal AE. Kannabisaren kontsumoaren bilakaera sexuaren arabera. Gaur egun kontsumitzen dutela dioten pertsonak (orain dela hilabete) (%)



Iturria: Eusko Jaurlaritzako Drogamendetasunen Euskal Behatokia. Fuente: Observatorio Vasco de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

Otras drogas

En cuanto al resto de sustancias, al margen del cannabis, en la Tabla 8 aparece la estimación realizada por el Observatorio Vasco de Drogodependencias del Gobierno Vasco:

Bestelako drogak

Gainerako substantzietan, kannabisa kanpoan utzita, Eusko Jaurlaritzako Drogamendetasunen Euskal Behatokiak egin duen estimazioa ikus dezakegu 8. taulan:

Evolución reciente (*) de drogas ilegales (diferentes al cannabis) según sexo (%). C.A. de Euskadi

8

Euskal AE. Legez kanpoko drogen (kannabisa kanpo) azken boladako bilakaera (*) sexuaren arabera (%).

	Azken boladan kontsumitu duten pertsona kop (*) Nº de personas de consumo reciente (*)	Anfetamina edo Speeda Anfetamina o Speed		Kokaina / Cocaína		Estasia / Éxtasis	
		Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
1996	19.283	1,8	0,3	1,6	0	0,7	0,3
2000	49.566	2,4	1,4	2,9	0,9	:	:
2002	56.776	2,8	1,5	2,6	1,1	1,2	1
2004	76.353	4,2	1,4	5,1	1,7	2	0,6
2006	74.062	3,5	1,3	4,0	1,3	0,6	0,5
2008	63.103	3,6	1,1	4,5	0,7	1,3	0,2
2010	37.838	1,6	0,6	2,5	0,7	0,8	0

(:) Ez dago daturik. No se dispone de datos.

(*) Azken boladan (azken 12 hiletan). Reciente (en los últimos 12 meses).

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Drogamendetasunen Euskal Behatokia. Fuente: Observatorio Vasco de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

Tal y como puede observarse, la evolución del consumo de anfetaminas/speed o cocaína ha experimentado un ligero retroceso en los últimos años. Las estimaciones realizadas por el Observatorio de Drogodependencias cifran en una reducción de aproximadamente la mitad del número de consumidores vascos en el periodo 2008-2010.

2.2. Hábitos de vida preventivos

Todos los expertos e instituciones están de acuerdo en reconocer la importancia de los hábitos de vida preventivos relacionados con la alimentación, higiene y el ejercicio. Constituyen activos muy importantes a fin de fomentar estilos de vida saludables. La correlación entre el desarrollo de hábitos preventivos a lo largo de la vida y el aumento de la esperanza de vida es un hecho aceptado universalmente. Por ello, la relación existente entre la realización de actividades preventivas relacionadas con el ejercicio físico y su impacto en la reducción de la morbilidad derivada de la afección de enfermedades cardiovasculares es un hecho. De ahí la importancia otorgada en este informe a la actividad física como eje central de los hábitos de vida preventivos.

Actividad Física

Actividad física por sexo y grupo de edad (%).
C.A. de Euskadi

9

Euskal AE. Jarduera fisikoa, sexuaren eta adin-taldearen arabera (%)

	Gizonak / Hombres						Emakumeak / Mujeres						Gizonen jarduera indizea (1)		Emakumeen jarduera indizea (1)	
	Ez du egiten / sedentarioak		Jarduera fisikoa txikia		Aktiboak / Oso aktiboak		Ez du egiten / sedentarioak		Jarduera fisikoa txikia		Aktiboak / Oso aktiboak (1)		Índice masculino de actividad (1)		Índice femenino de actividad (1)	
	No realiza / sedentarios	Actividad Física moderada	Activos / Muy activos	No realiza / Sedentarias	Actividad Física moderada	Activas / Muy activas	No realiza / Sedentarias	Actividad Física moderada	Activas / Muy activas	masculino de actividad (1)	femenino de actividad (1)	masculino de actividad (1)	femenino de actividad (1)			
	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007
16-24	46,9	39,3	18,7	24,2	34,4	36,4	66,4	58,5	19,1	23,7	14,5	17,8	4,38	4,85	2,41	2,97
25-44	62,1	52,5	17,2	22,7	20,7	24,8	68,6	58,1	17,3	21,3	14,1	20,6	2,93	3,62	2,28	3,13
45-64	64,1	49,8	16,5	21,1	19,4	29,1	65,9	53,5	17,3	22,4	16,8	24,1	2,77	3,97	2,55	3,53
≥ 65	61,1	42,7	15,3	22,3	23,7	35,1	73,6	60,2	14,7	21,0	11,6	18,8	3,14	4,63	1,90	2,93
Euskal AE C.A. de Euskadi	60,2	48,4	16,9	22,3	22,9	29,2	68,7	57,2	17,0	21,8	14,3	20,9	3,14	4,04	2,28	3,18

(1) Jarduera indizea 0 (jarduera fisikorik ez) eta 10 (jarduera gehiena) artekoa da. El Índice de actividad oscila entre 0 (no actividad física) y 10 (máxima actividad).

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzaren Osasun Inkesta.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

Aunque ha habido una evolución muy positiva en la iniciación y desarrollo de hábitos preventivos de vida, sobre todo por lo que afecta a la iniciación en el ejercicio físico y la mejora media oscila en 6-7 puntos en el lustro 2002-2007, todavía estamos en tasas de sedentarismo muy elevadas. Aproximadamente, el 48,4% de los hombres (1 de cada 2) y el 57,2% de las mujeres manifiestan en el año 2007 no realizar ninguna actividad física.

No obstante, como dato positivo destaca la evolución experimentada por parte de las personas mayores de 65 años. El sedentarismo entre las personas mayores ha descendido

lkus dezakegunez, anfetaminen edo speedaren eta kokainaren kontsumoaren bilakaerak beherakada txiki bat izan du azken urteetan. Drogamendetasunen Behatokiak eginiko zenbatespenek adierazten dute gutxi gorabehera euskal kontsumitzaileak erdira murriztu direla 2008-2010 denboraldian.

2.2. Prebentziozko bizitza-ohiturak

Aditu eta erakunde guztiak ados daude elikadura, higiene eta ariketa fisikoarekin zerikusia duten prebentziozko bizitza-ohiturek duten garrantzian. Oso faktore garrantzitsuak dira bizitza-estilo osasuntsuak sustatzeko. Bizitzan zehar prebentziozko ohiturak garatzearen eta bizi-itzaropena luzatzearen arteko erlazioa mundu osoan onartuta dago. Horregatik, uka ezinezko erlazioa dago ariketa fisikoarekin zerikusia duten prebentziozko jarduerak egitearen eta horrek gaixotasun kardibaskularretatik eratorritako erikortasuna murriztean duen eraginaren artean. Horregatik da hain garrantzitsua txosten honetan jarduera fisikoa, prebentziozko bizitza-ohituen ardatz nagusia baita.

Jarduera fisikoa

Prebentziozko bizitza-ohituretan hasteko eta garatzeko bilakaera oso positiboa izan da, batez ere ariketa fisikoa egiten hasteari dagokionez. Batez besteko hobekuntza 6-7 puntu ingurukoa da 2002-2007 urteetan; halere, oraindik ere sedentarismo tasak oso handiak dira. Gutxi gorabehera, gizonen % 48,4ak (2tik 1) eta emakumeen % 57,2ak, 2007. urtean, ez zuten inolako jarduera fisikorik egin.

Halere, datu positiboa 65 urtetik gorako pertsonen izandako bilakaera da. Adineko pertsonen arteko sedentarismoa 19 puntu murriztu da gizonen kasuan (2002an % 61,1 zen eta

nada más y nada menos que 19 puntos en el caso de los hombres pasando del 61,1% en 2002 al 42,7% en 2007, mientras que en las mujeres se ha reducido en 13 puntos, pasando del 73,6% en 2002 al 60,2% en el año 2007.

2.3. Las desigualdades sociales en salud

Las desigualdades sociales en salud hacen referencia a las diferencias de salud entre poblaciones y grupos sociales asociadas a factores socioeconómicos. Como se ha puesto reiteradamente de manifiesto, el nivel de salud de una población varía en función de la desigualdad social; así, los grupos sociales más desfavorecidos tienen peor salud y una esperanza de vida más corta (Wilkinson, 1996). Por tanto, en la medida en que estas diferencias pueden evitarse son consideradas injustas, de ahí la necesidad y la urgencia de adoptar medidas para reducirlas (Mackenbach, 2006). Por otra parte, la correlación entre salud y desigualdad social no se manifiesta con idéntica fuerza en todos los estratos, funciona por encima o por debajo de determinados niveles de renta. Así, la correlación entre esperanza de vida y bienestar económico es muy estrecha en los intervalos extremos pero no en los intermedios tal y como diversos estudios promovidos por la Organización Mundial de la Salud han demostrado (Wilkinson y Marmot, 2003).

En el caso de la C.A. de Euskadi, las desigualdades de salud no funcionan en todos los estratos y grupos (Sobremonte, 2005), precisamente debido al grado de homogeneidad social de la población. No obstante, merece la pena destacar su evolución dado que, tal y como se planteaba en el Plan de Salud 2002-2010, una de las metas más importantes del mismo era mejorar la salud de los sectores más desfavorecidos para lo cual se perseguía a través de él monitorizar las desigualdades mediante el desarrollo de sistemas de información (Osakidetza, 2002).

Por otra parte, el análisis de las tasas de mortalidad realizado por el propio Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (2006) relativo a los factores de desigualdad, nos proporciona una visión inmejorable, de las diferencias de salud medidas a través de los patrones de mortalidad en función del nivel de instrucción, de la condición socioeconómica, de la situación laboral y del grado de confort de la vivienda, tal y como podemos apreciar a continuación.

Nivel de instrucción

Centrándonos en la cohorte comprendida entre 20 y 64 años, en el Gráfico 5 podemos observar los valores alcanzados por cada una de las categorías que componen la variable *nivel de instrucción* en la probabilidad de muerte expresada en la *razón de la tasa de mortalidad ajustada por edad*. Así, tomando como referencia (valor=1) a las personas con estudios superiores, con menor tasa de mortalidad, la probabilidad de muerte de las mujeres sin estudios es de 1,29 veces más y en el caso de los hombres casi el doble, 1,88 veces. Además, la probabilidad de muerte aumenta significativamente a medida que descendemos en el nivel educativo; sin embargo, en el caso de las mujeres la correlación no es significativa.

2007an % 42,7), eta emakumeen kasuan 13 puntu murriztuta (2002an % 73,6 eta 2007an % 60,2).

2.3. Ezberdintasun sozialak osasunean

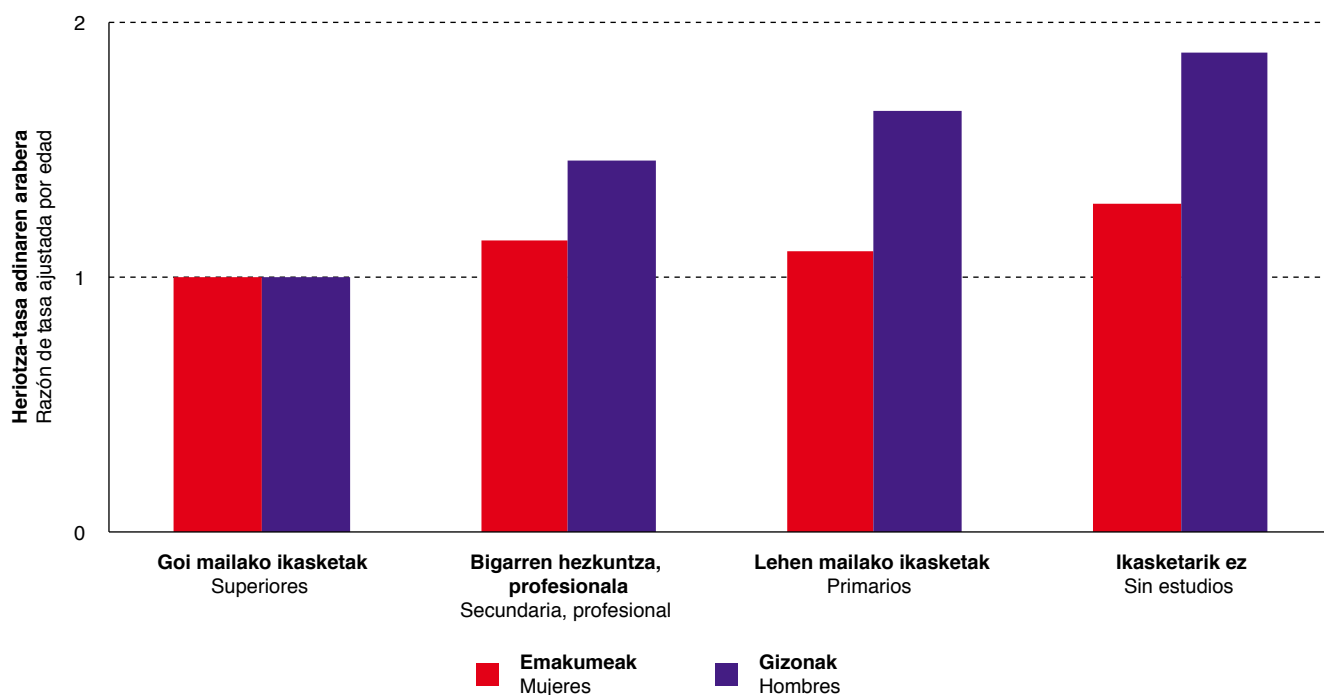
Osasuneko ezberdintasun sozialak terminoaren bidez, biztanleriaren eta talde sozialen arteko ezberdintasunak osasun kontuetan aipatu nahi ditugu, faktore sozioekonomikoei lotuta. Behin baino gehiagotan esan dugunez, biztanleria baten osasun maila gizarte ezberdintasunaren arabera aldatzen da. Horrela, talde sozialik behartsuenek osasun okerragoa eta bizi-itxaropen laburragoa dauzkate (Wilkinson, 1996). Beraz, ezberdintasun hauek ekidingarriak diren neurrian, bidegabeak dira. Horregatik, beharrezkoa eta premiazkoa da haiek murrizteko neurriak hartzea (Mackenbach, 2006). Bestalde, osasunaren eta ezberdintasun sozialaren arteko korrelazioa ez da indar berdinez agertzen geruza guztietan: errenta maila jakin batzuen gainetik edo azpitik funtzionatzen du. Horrela, bizi-itxaropenaren eta ongizate ekonomikoaren arteko korrelazioa oso estua da muturreko tarteetan, baina ez erdiko tarteetan, Osasunaren Mundu Erakundeak sustatutako hainbat ikerketak erakusten dutenez (Wilkinson eta Marmot, 2003).

Euskal AERen kasuan, osasuneko ezberdintasunek ez dute geruza eta talde guztietan funtzionatzen (Sobremonte, 2005), hain zuzen ere biztanleriaren homogeneotasun sozialaren ondorioz. Halere, bilakaera hori erakustea merezi du; izan ere, 2002-2010eko Osasun Planean planteatu zenez, beraren helbururik garrantzitsuenetako bat sektorerik behartsuenen osasuna hobetzea da. Horretarako, planaren bidez ezberdintasunei jarraipena egin nahi zitzaion, informazio sistemak garatuz (Osakidetza, 2002).

Bestalde, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak heriotza-tasei buruz egindako analisiak (2006), ezberdintasun faktoreei dagokienez, ikuspegi ezin hobea eskaintzen digu osasun ezberdintasunez, heriotza-patroiak zenbait faktoreren arabera neur-tuz: egoera sozioekonomikoa, lan egoera eta etxebizitzaren erosotasun maila, hemen ikus dezakegunez.

Ikasketa-maila

20 eta 64 urte arteko adin-tarteari erreparatzen badiogu, 5. grafikoa, *heriotza-tasa adinaren arabera* adierazten den heriotza-probabilitatean *ikasketa-maila* aldagaia osatzen duten kategorietako bakoitzak dituen balioak ikus ditzakegu. Beraz, goi mailako ikasketak dituzten pertsonak, heriotza-tasa txikiena dutenak (balioa=1), erreferentzia gisa hartuz gero, ikasketarik gabeko emakumeen heriotza-probabilitatea 1,29 aldiz handiagoa da, eta gizonen kasuan, ia bikoitza, 1,88 aldiz. Gainera, heriotza-probabilitatea askozaz ere handiagoa da ikasketa-mailan jaisten garen neurrian. Aitzitik, emakumeen kasuan korrelazioa ez da esanguratsua.



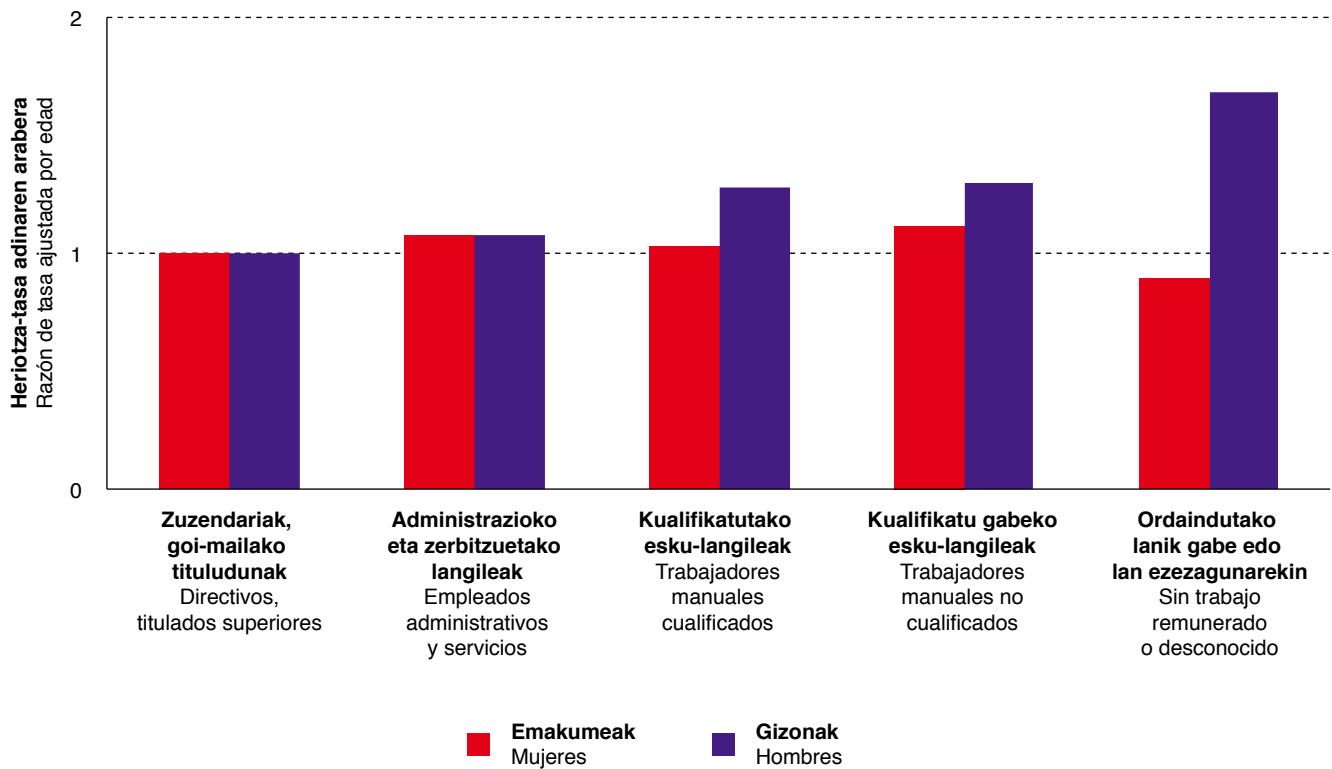
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Ezberdintasun sozialak heriotza-tasan: heriotza-tasa eta posizio ekonomikoa Euskal AEn. 1996-2001. Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi. 1996-2001.

Condición socioeconómica

Respecto a la probabilidad de muerte según la condición socioeconómica de la población podemos ver en el Gráfico 6 que, mientras en las mujeres esta variable apenas tiene incidencia, en el caso de los hombres es todo lo contrario. Así, la probabilidad de muerte en el caso de los *empleados administrativos y servicios* es el 8% mayor que en los directivos, el 28% en el caso de los *trabajadores manuales cualificados*, el 30% en el caso de los *trabajadores manuales no cualificados* y el 68% más en el caso de los que no tienen *trabajo remunerado o bien es desconocido*.

Egoera sozioekonomikoa

Biztanleriaren egoera sozioekonomikoaren arabera heriotza-probabilitateari dagokionez, 6. grafikoan ikus dezakegu emakumeen artean aldagai honek ez duela ia eraginik, baina gizonen artean bai. Hain zuzen ere, heriotza-probabilitatea zuzendarien artean baino % 8 handiagoa da *administratioko eta zerbitzuetako langileen* artean, *kualifikatutako esku-langileen* artean % 28 handiagoa, *kualifikatu gabeko esku-langileen* artean % 30 handiagoa, eta *ordaindutako lanik ez dutenen* edo *lan ezezaguna dutenen* artean % 68 handiagoa.



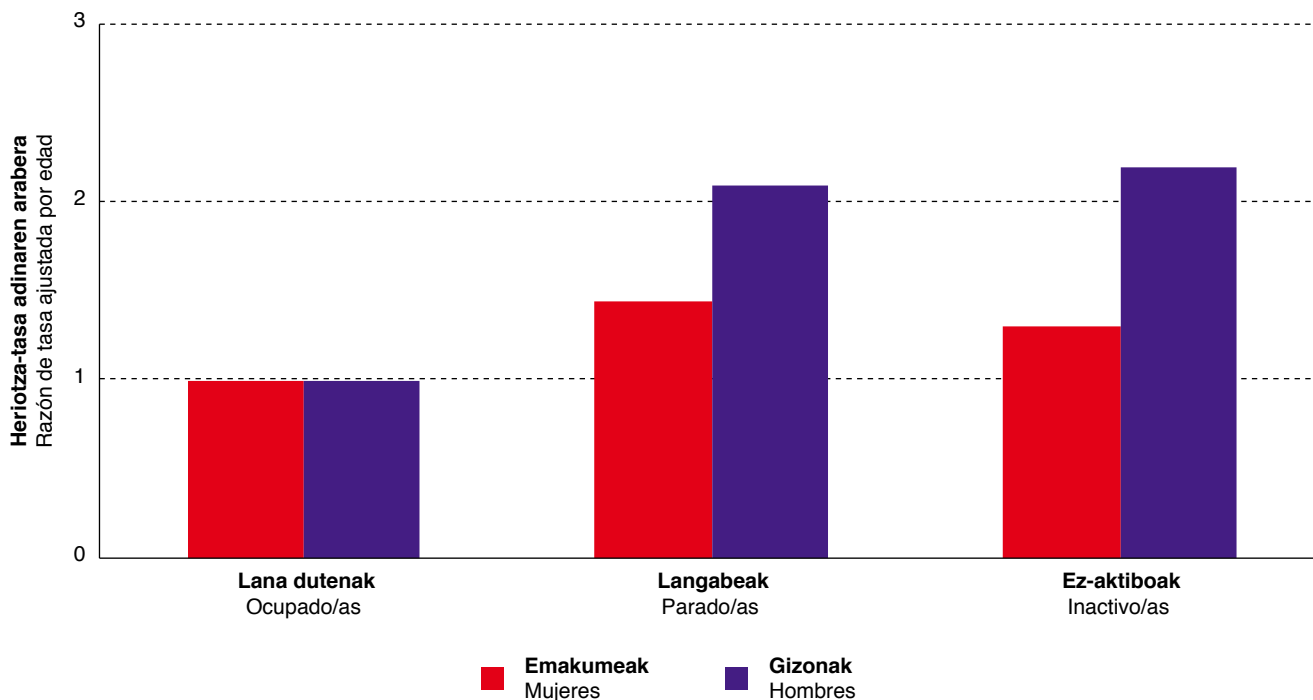
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Ezberdintasun sozialak heriotza-tasan: heriotza-tasa eta posizio ekonomikoa Euskal AEn, 1996-2001. Fuente: Dpto.de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi, 1996-2001.

Situación laboral

Respecto a la variable *situación laboral* que expresa la relación de la salud con la actividad vemos que es determinante. El hecho de estar en situación de paro o de inactividad tiene una incidencia negativa en las pautas de mortalidad respecto a las personas ocupadas. Esta diferencia es sensiblemente mayor en los hombres que, tal y como se observa en el Gráfico 7, aumenta 2,2 veces la probabilidad de muerte respecto a la población ocupada. En el caso de las mujeres, la probabilidad de muerte también aumenta aunque de forma más atenuada; así, las mujeres paradas tienen un 45% más de probabilidades de muerte que las ocupadas. En el caso de las mujeres inactivas la probabilidad es del 30% superior.

Lan egoera

Lan egoeraren aldagaiak osasunaren eta jardueraren arteko erlazioa adierazten dugu. Ikusi dugu erlazio hori erabakigarria dela. Langabezian edo lanik egin gabe egoteak eragin negatiboa dauka heriotza-pautetan, okupatutako pertsonekin alderatuta. Ezberdintasun hori askozaz ere handiagoa da gizonengan. Haiengan, 7. grafikoan ikusten denez, heriotza-probabilitatea 2,2 aldiz handiagoa da lanean ari diren pertsonen artean baino. Emakumeen artean, heriotza-probabilitatea ere handitzen da, baina modu leunagoan. Horrela, emakume langabeek % 45 heriotza-probabilitate gehiago dituzte okupatuek baino. Emakume ez-aktiboen kasuan, probabilitatea % 30 handiagoa da.



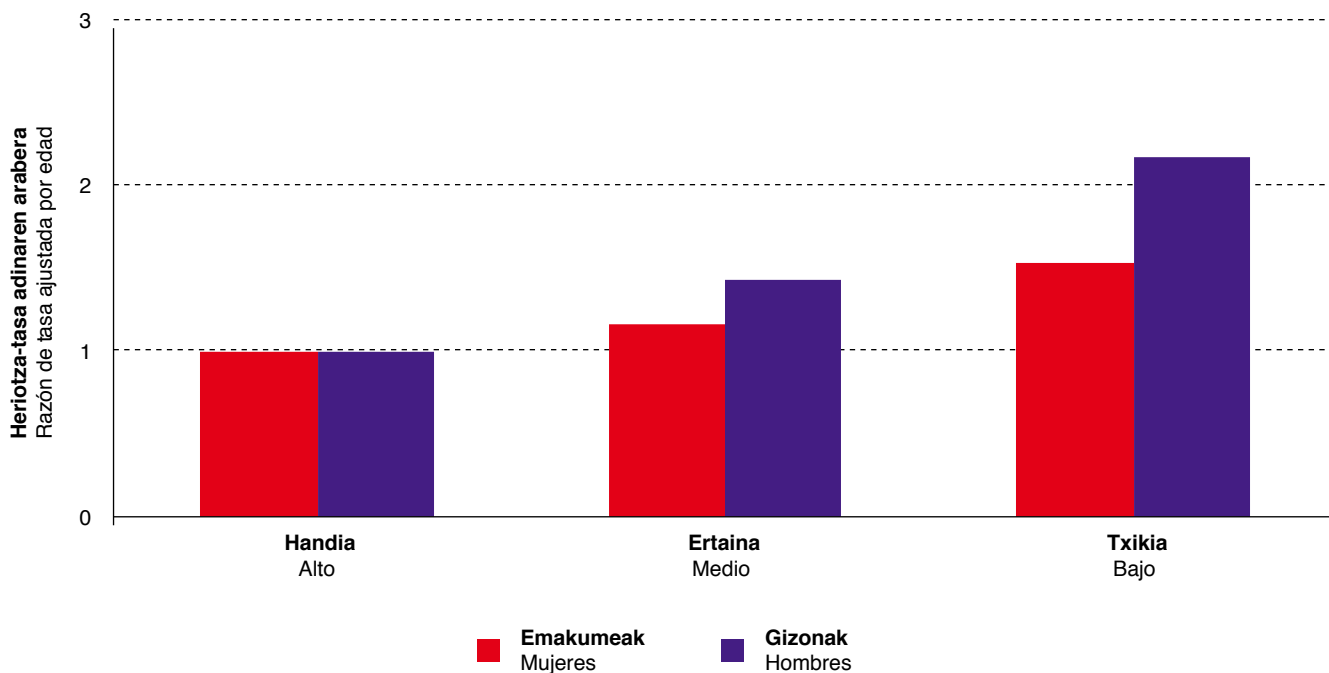
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Ezberdintasun sozialak heriotza-tasan: heriotza-tasa eta posizio ekonomikoa Euskal AEn, 1996-2001. Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi, 1996-2001.

Grado de confort de la vivienda

La correlación entre el *grado de confort de la vivienda* y los patrones de mortalidad es bastante alta. Se han establecido tres categorías para ver en qué medida la disponibilidad o no de un hábitat residencial agradable incide en los patrones de salud de la población. Puede comprobarse por los datos del Gráfico 8 que a medida que disminuye el grado de confort la probabilidad de muerte aumenta significativamente. Así por ejemplo, en el caso de las mujeres al comparar la probabilidad de muerte entre quienes viven en viviendas de bajo confort y alto, ésta aumenta en un 53%; en el caso de los hombres, la diferencia es aún mayor, un 117%.

Etxebizitzaren erosotasun maila

Etxebizitzaren erosotasun mailaren eta heriotza-patroien arteko korrelazioa nahiko handia da. Hiru kategoria finkatu dira, jakiteko bizileku atsegin bat edukitzeak edo ez edukitzeak biztanleriaren osasun-patroietan eragina duen. 8. grafikoko datuen bidez egiaztatu ahal da erosotasun maila murriztu ahala heriotza-probabilitatea nabarmen gehitzen dela. Adibidez, emakumeen kasuan, heriotza-probabilitatean, erosotasun maila txikiko eta handiko etxebizitzetan bizi direnen artean erkatuz gero, % 53koa da tarte; gizonen kasuan, aldea are handiagoa da: % 117.



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Ezberdintasun sozialak heriotza-tasan: heriotza-tasa eta posizio ekonomikoa Euskal AEn, 1996-2001. Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi, 1996-2001.

Posiblemente, esta estrecha correlación entre tipología de vivienda y patrones de mortalidad es debida al hecho de que la vivienda es la expresión sintética última de las diferencias sociales existentes por todos los conceptos anteriormente analizados.

Seguruenik, etxebizitza tipologiaren eta heriotza-patroien arteko korrelazio estu honen arrazoa da arestian aztertu ditugun kontzeptu guztien ondorioz dauden ezberdintasun sozialen azken adierazpide sintetikoa etxebizitza dela.

A modo de síntesis: desigualdades socioeconómicas y mortalidad

La relación entre las desigualdades económicas y la mortalidad constituye una visión de síntesis complementaria a los factores anteriormente descritos. Tal y como se recoge en el informe anteriormente citado (Gobierno Vasco, 2006:16) expresa la mortalidad en exceso atribuible a las desigualdades sociales, es decir, aquella mortalidad que **no se habría producido** (el énfasis es nuestro) si todos los grupos hubieran tenido la mortalidad de la persona más favorecida.

Como puede comprobarse, comparando por sexos podemos apreciar lo siguiente:

Laburbilduz: desberdintasun sozioekonomikoak eta heriotza-tasa

Desberdintasun ekonomikoen eta heriotza-tasaren arteko erlazioa lehen deskribatutako faktoreen laburpen osagarria da. Lehen aipatu dugun txostenean azaltzen denez (Eusko Jaur-larritza, 2006:16), gizarte ezberdintasunei egotzi beharreko gehiegizko hilkortasuna adierazten da, hau da, talde guztiek egoera onenean dagoen pertsonaren heriotza-tasa edukiz gero **gertatuko ez liritekeen heriotzak** (letra etzana geurea da).

Ikus daitekeenez, sexuak erkatuz gero, honakoa ikus dezakegu:

Patrones de mortalidad atribuibles a las desigualdades socio-económicas, C.A. de Euskadi, 1996-2001 (Población 20-64 años) (Grado de contribución %)

10

Ezberdintasun sozio-ekonomikoei egotzi beharreko heriotza-patroiak, Euskal AE, 1996-2001 (20-64 urteko biztanleria) (kontribuzio maila%)

	%	
	Emakumeak / Mujeres	Gizonak / Hombres
Ikasketa-maila / Nivel de instrucción	10,1	34,4
Egoera sozioekonomikoa / Condición socioeconómica	1,3	21,4
Langabezia / Desempleo	9,1	13,3
Erosotasuna etxebizitzan / Confort en la vivienda	13,4	27,8

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Ezberdintasun sozialak heriotza-tasan: heriotza-tasa eta posizio ekonomikoa Euskal AEn, 1996-2001. Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi, 1996-2001.

Entre las mujeres de 20-64 años, el exceso de mortalidad atribuible a cada uno de los factores, comparadas con las más privilegiadas oscila entre el 1,3% atribuible a la condición socioeconómica y, en el peor de los casos, el 13,4% atribuible al confort de la vivienda; en el caso de los hombres, los excesos de mortalidad comparados con los más privilegiados son mayores: oscilan entre el 13,3% en el caso de la contribución del desempleo y el 34,4% en el caso de la variable nivel de instrucción. En definitiva, cada uno de los factores expresados en la tabla refleja su grado de contribución al exceso en los patrones de mortalidad.

20 eta 64 urte arteko emakumeen artean, faktore horietako bakoitzari egotzi beharreko gehiegizko heriotza-tasa, egoera onenean daudenekin erkatuta, % 1,3 (egoera sozioekonomikoari egotzi beharrekoa) eta, kasurik txarrenean, % 13,4 (etxebizitzaren erosotasunari egotzi beharrekoa) artekoa da. Gizonen kasuan, gehiegizko heriotza-tasak, egoera onenean dauden aldean, handiagoak dira: langabeziaren kontribuzioaren kasuan % 13,3 eta % 34,4 ikasketa-mailaren aldagaiaren kasuan. Finean, taulan islatutako faktoreetako bakoitzak heriotza-patroietako gehiegizko heriotza-tasan daukan kontribuzio maila islatzen du.

3. LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

El análisis de la morbilidad hospitalaria representa otro de los indicadores más importantes para medir la evolución del estado de salud de una población. Consecuentemente, su análisis y comportamiento constituyen un instrumento clave para la planificación hospitalaria así como para su gestión. La morbilidad hospitalaria nos habla del grado de incidencia de determinados tipos de patologías registradas a través de las altas hospitalarias que se producen durante un periodo determinado, en nuestro caso 2000-2009. Los datos que se analizan provienen por tanto de estadísticas hospitalarias elaboradas a partir de la clasificación otorgada según tipo de diagnóstico principal.

Evolución de la morbilidad hospitalaria según grupos de diagnóstico. C.A. de Euskadi.

11

3. OSPITALEKO ERIKORTASUNA

Ospitaleko erikortasunaren analisisa ere adierazle oso garrantzitsua da gizarte baten osasun egoeraren bilakaera neurtzeko orduan. Ondorioz, analisisa eta portaera ezinbesteko tresna dira ospitaleen plangintzarako eta kudeaketarako. Denboraldi jakin batean (gure kasuan 2000-2009 urteetan) ospitaleetako alden bidez erregistratzen diren patologia mota jakin batzuen eragin maila deskribatzen digu ospitaleko erikortasunak. Aztertzen diren datuak, beraz, ospitaleetako estatistiketatik datoz. Estatistika horiek diagnostiko nagusiaren arabera emandako sailkapenetik abiatuta egiten dira.

Euskal AE. Ospitaleko erikortasunaren bilakaera diagnostiko taldeen arabera

	Guztira 2009 Total 2009	Δ_{x100}		Aldea Dif ^a
		2000-2005	2005-2009	
Nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	37.469	8,6	36,7	28,0
Zirkulazio sistemaren gaixotasunak Enfermedades del sistema circulatorio	37.076	14,5	4,8	-9,8
Digestio aparatuaren gaixotasunak Enfermedades del aparato digestivo	35.726	11,0	11,2	0,2
Neoplasiak (Tumoreak) / Neoplasias (tumores)	28.862	19,4	16,2	-3,3
Arnasketa aparatuaren gaixotasunak Enfermedades del aparato respiratorio	28.236	17,3	3,0	-14,2
Sistema osteo-mioartikularren eta ehundura konektiboaren gaixotasunak Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	27.690	11,6	18,9	7,4
Haurdunaldiko, erditzeko eta puerperioko konplikazioak Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	25.967	18,4	5,1	-13,2
Lesioak eta pozoinketak / Lesiones y envenenamientos	22.958	4,1	8,2	4,1
Aparatu genitourinarioaren gaixotasunak Enfermedades del aparato genitourinario	18.753	1,8	16,1	14,3
Osasun egoeran eragiten duten egoerak Situaciones que influyen en el estado de salud	14.242	-36,2	38,3	74,5
Sintoma, zantzu eta egoera gaizki definituak Síntomas, signos y estados mal definidos	14.026	23,3	10,9	-12,4
Larruzalaren eta azalaren azpiko ehunen gaixotasunak Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos	5.243	20,9	28,5	7,6
Adimen nahasmenak / Trastornos mentales	4.750	4,2	-5,9	-10,1
Endokrinako, elikadurako, metabolismoko gaixotasunak eta inmunitateko nahasmena Enfermedades endócrina, nutrición, metabólica, trast. inmunidad	4.362	14,8	6,6	-8,2
Gaixotasun kutsagarriak eta parasitoenak Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.583	3,0	-0,3	-3,3
Odolaren eta organo hematopoietikoen gaixotasunak Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	3.334	68,6	11,2	-57,4
Jaiotzatiko anomaliak / Anomalías congénitas	2.411	12,9	0,4	-12,5
Jaiotza inguruko garaian jatorria duten zenbait gaixotasun Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	1.836	6,4	0,8	-5,6
Kodetu gabe / Sin codificar	35	-48,4	-96,2	-47,9
Euskal AE / C.A. de Euskadi	316.559	9,4	12,9	3,5

Iturria: Eustat. Ospitaleko erikortasunaren estatistikaren egokitzapena.
Fuente: Eustat. Adaptación a partir de la Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

En la Tabla 11 puede observarse, en primer lugar, el número de altas según grupo de diagnóstico habidas en el año 2009, y en la segunda y tercera columnas, respectivamente, la evolución en términos de incremento/reducción de las altas en los dos periodos considerados: 2000-2005 y 2005-2009. Por último, la columna última expresa el diferencial del incremento/reducción habido al comparar ambos periodos.

Los grupos de diagnóstico más frecuentes registrados en los hospitales de agudos son, por orden de importancia: *Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del aparato digestivo, neoplasias (tumores), enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo*; en conjunto representan el 62% de las altas registradas en este año. Los datos indican que el patrón de morbilidad hospitalaria es consistente con el envejecimiento de la población.

Otro aspecto a considerar relativamente importante es la evolución de los ingresos. Si durante el periodo 2000-2005 los aumentos más importantes fueron en los siguientes grupos de diagnóstico: *enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos*, con un incremento del 68%; *síntomas, signos y estados mal definidos*, con un 23,3%; y *enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos*, con un 20,9%; durante el lustro 2005-2009 fueron en los siguientes: *situaciones que influyen en el estado de salud*, con un 38,3%; *enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos*, con un aumento del 36,7%; y *enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos*, con el 28,5%. Las diferencias encontradas en los porcentajes de ingresos, según diagnósticos principales entre los dos periodos estudiados, pueden estar relacionados no sólo con los cambios de los patrones de morbilidad sino también con un uso más eficiente de las diversas modalidades de atención sanitaria especializada sin ingreso.

3.1. Morbilidad hospitalaria y sexo

A continuación se exponen las cifras relativas a la morbilidad hospitalaria por sexo (ver Tabla 12). Tal y como puede apreciarse, las patologías difieren por sexos; en el caso de los hombres la morbilidad más importante está causada por las enfermedades que afectan al sistema circulatorio, al aparato digestivo y al respiratorio, por este orden; en el caso de las mujeres, las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio, las relativas al sistema nervioso y otros órganos de los sentidos y las del sistema circulatorio, por este orden, ocupan los primeros lugares.

11. taulan ikus daiteke, lehenik eta behin, 2009. urtean diagnostiko-taldearen arabera alta kopuru handia dagoela. Bigarren eta hirugarren zutabeetan hurrenez hurren, kontuan izan ditugun bi denboraldietan (2005-2000 eta 2009-2005) altek izan duten gehikuntza edo murrizpena ageri dira. Amaitzeko, azken zutabeak bi denboraldien gehikuntzaren edo murrizpenaren artean dagoen aldea erakusten digu.

Akutuen ospitaleetan erregistratzen diren diagnostiko talderik ohikoenak hauek dira, garrantziaren arabera: *Nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak, zirkulazio sistemaren gaixotasunak, digestio aparatuen gaixotasunak, neoplasiak (tumoreak), arnasketa aparatuen gaixotasunak, sistema osteo-mioartikularraren eta ehundura konektiboaren gaixotasunak*; guztira, urte honetan erregistratutako alteen % 62 dira. Datuek erakusten dute ospitaleko erikortasunaren patroia egonkorra dela biztanleriaren zahartzearekin.

Beste arazo erlatiboki garrantzitsu bat ingrosen bilakaera da. 2000-2005 denboraldian gehikuntzarik garrantzitsuenak diagnostiko hauetan izan ziren: *odolaren eta organo hematopoietikoen gaixotasunak*, % 68ko gehikuntza, *sintoma, zantzu eta egoera gaizki definituak*, % 23,3; eta *larruazalaren eta azalaren azpiko ehunen gaixotasunak*, % 20,9. 2005-2009 urteetan ordea hauek izan ziren: *osasun egoeran eragiten duten egoerak*, % 38,3; *nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak*, % 36,7ko gehikuntza; eta *Larruazalaren eta azalaren azpiko ehunen gaixotasunak*, % 28,5. Diagnostiko nagusien araberrako ingrosen ehunekoetan bi denboraldien artean aurkitu ditugun ezberdintasunen atzean, erikortasun patroien aldaketen eragina ez ezik, baliteke beste arrazoi bat egotea: ingrosorik gabe ematen den osasun arreta espezializatua (era askotan ematen dena) modu eraginkorragoan erabiltzen ari dela.

3.1. Ospitaleko erikortasuna eta sexua

Orain ospitaleko erikortasunaren zifrak, sexuren arabera bereiztuak, aztertuko ditugu (ikusi 12. taula). Ikusten denez, patologiak ezberdinak dira sexuen arabera. Gizonen kasuan, erikortasunik handiena gaixotasun hauek sortzen dituzte: zirkulazio sisteman eragina duten gaixotasunak, digestio aparatuen gaixotasunak, eta arnasketa aparatuen gaixotasunak, hurrenkera horretan. Emakumeen kasuan hauek dira garrantzitsuenak: haurdunaldiko, erditzeko eta puerperioko konplikazioak, nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak, eta zirkulazio sistemarenak, hurrenkera horretan.

	Gizonak / Hombres			Emakumeak / Mujeres			Aldea sexuaren arabera Difª por sexo (*)
	2009	Δ_{x100}		2009	Δ_{x100}		
		2000-2005	2005-2009		2000-2005	2005-2009	
Haurdunaldiko, erditzeko eta puerperioko konplikazioak Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	-	-	-	25.967	18,4	5,1	
Nerbio sistemaren eta zentzumeneren organoen gaixotasunak Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	15.852	9,0	38,2	21.617	8,4	35,6	2,9
Zirkulazio sistemaren gaixotasunak Enfermedades del sistema circulatorio	21.104	14,2	2,8	15.972	15,1	7,5	4,0
Digestio aparatuen gaixotasunak Enfermedades del aparato digestivo	20.999	10,0	10,6	14.727	12,7	12,1	4,7
Sistema osteo-mioartikularraren eta ehundura konektiboaren gaixotasunak Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	13.745	10,8	17,4	13.945	12,4	20,5	0,5
Neoplasiak (tumoreak) / Neoplasias (tumores)	15.219	20,7	15,7	13.643	18,1	16,8	1,6
Arnasketa aparatuen gaixotasunak Enfermedades del aparato respiratorio	16.790	14,2	1,9	11.446	22,3	4,8	4,0
Aparatu genitourinarioaren gaixotasunak Enfermedades del aparato genitourinario	8.041	2,9	21,6	10.712	1,1	12,3	1,3
Lesioak eta pozoinketak / Lesiones y envenenamientos	13.002	-0,6	6,0	9.956	11,5	11,2	2,4
Osasun egoeran eragiten duten egoerak Situaciones que influyen en el estado de salud	7.194	-35,5	40,5	7.048	-37,0	36,1	0,4
Sintoma, zantzu eta egoera gaizki definituak Síntomas, signos y estados mal definidos	7.675	21,1	10,6	6.351	26,1	11,2	1,1
Endokrinoko, elikadurako, metabolismoko eta inmunitateko gaixotasunak Enfermedades endócrina, nutrición, metabólica, inmunidad	1.799	19,9	-5,6	2.563	10,7	17,2	0,4
Larruzalaren eta azalaren azpiko ehunen gaixotasunak Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos	2.947	15,7	23,6	2.296	29,0	35,3	0,5
Adimen nahasmenak / Trastornos mentales	2.644	2,7	-5,3	2.106	6,2	-6,7	0,4
Odolaren eta organo hematopoietikoen gaixotasunak Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	1.599	82,4	6,9	1.735	56,7	15,4	0,0
Gaixotasun kutsagarriak eta parasitoenak Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.130	4,6	0,0	1.453	0,8	-0,7	0,5
Jaiotzatiko anomaliak / Anomalías congénitas	1.290	12,9	-0,9	1.121	12,9	2,0	0,2
Jaiotza inguruko garaian jatorria duten zenbait gaixotasunak Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	1.000	2,3	3,0	836	11,4	-1,8	0,1
Kodetu gabe / Sin codificar	18	-55,0	-95,5	17	-41,8	-96,8	0,0
Euskal AE / C.A. de Euskadi	153.048	8,2	12,0	163.511	10,6	13,7	

(*) Urdinez/ gorritz dagoen zifrak patologiak sexuaren arabera duen eragina adierazten du. Horrela, neoplastien kasuan, esan nahi du 2009. urtean patologia honen eragina % 1,6 handiagoa dela gizonen artean emakumeen artean baino.

La cifra expresa la diferencia de la incidencia de la patología por sexo. Así, en el caso de las neoplasias, significa que en el año 2009, la diferencia en el grado de incidencia de esta patología es 1,6% mayor en los hombres que en las mujeres.

Iturria: Eustat. Ospitaleko erikortasunaren estatistikaren egokitzapena.

Fuente: Eustat. Adaptación a partir de la Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Otro aspecto interesante a considerar es el relativo a la evolución en los dos lustros. En ambos casos se muestra una evolución similar. Así, en el periodo 2005-2009 los motivos de alta más frecuentes fueron debidos a: *situaciones que influyen en el estado de salud*, que fueron las que proporcionalmente más crecieron, aunque este grupo en 2009 representaba el 4,5% de las altas. Esta categoría agrupa a pacientes ingresados por alguna circunstancia que, sin ser una enfermedad actual, influye en su estado de salud y que no han sido intervenidos quirúrgicamente. El diagnóstico más frecuente de este grupo suele ser el de observación por sospecha de enfermedad que se descarta, las *enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos*, y después los ingresos provocados por *enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos*.

Por último, merece la pena mencionar las diferencias respecto al grado de incidencia mayor o menor por sexo; en el caso de los hombres, la incidencia es sensiblemente mayor en tres grupos de diagnóstico: *enfermedades del aparato digestivo, del sistema circulatorio y del aparato respiratorio*, en los tres casos en torno a un 4% superior; en el caso de las mujeres la incidencia es mayor en el caso de *las enfermedades nerviosas y de los órganos de los sentidos* (+2,9%), *aparato genitourinario* (+1,3%) y *endocrinas* (+0,4%).

3.2. Morbilidad hospitalaria y edad

Por último, conviene tener en cuenta la influencia de la edad en la evolución de las patologías de la población vasca. Como puede apreciarse en la Tabla 13, la incidencia de los grupos de diagnóstico es diferente. Analizando, los tipos de ingresos hospitalarios por grupos de edad se observa lo siguiente:

En primer lugar, en la población más joven, al margen de las enfermedades propias del periodo perinatal, las enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo ocupan los primeros lugares: 22,2% y 11,7%, respectivamente, en el año 2009. Comparando con la situación en el año 2000, se ha producido en este grupo de edad un incremento de altas hospitalarias en los siguientes grupos de diagnóstico: *enfermedades del sistema nervioso, anomalías congénitas, situaciones que influyen en el estado de salud, enfermedades en el periodo perinatal y neoplasias*. Por el contrario, se ha producido una baja en los ingresos debidos a *enfermedades infecciosas y parasitarias, aparato genitourinario y aparato respiratorio*.

Kontuan izan beharreko beste alderdi bat bost urteko bi denboraldien bilakaera da. Hemen, antzeko bilakaera dago bi kasuetan. Horrela, 2005-2009 denboraldian, alden arrazoirik ohikoenak hauek izan ziren: *osasun egoeran eragina duten egoerak*. Hauek dira proportzioan gehien gehitu zirenak, baina talde hau 2009an alden % 4,5 zen. Kategoría honetan, gaixotasuna izan gabe osasun egoeran eragina duten eta ebakuntza bidez sendatu ez diren inguruabarren batengatik ingresatutako gaixoak sartzen dira. Talde honetako diagnostikorik ohikoena baztertzen den gaixotasun baten susmoagatik egiten den behaketarena da; *nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak*, eta hirugarrenik, *Larruazalaren eta azalaren azpiko ehunen gaixotasunengatik* egindako ingresoak.

Azkenik, sexuaren arabera izaten diren eragin mailen arteko ezberdintasunak aipatu behar ditugu. Gizonen kasuan, eragina askozaz ere handiagoa da hiru diagnostiko taldetan: *digestio aparatua gaixotasunak, zirkulazio sistemarenak eta arnasketa aparatua gaixotasunak*. Hiru kasuetan, aldea % 4 handiagoa da gutxi gorabehera. Emakumeen kasuan, eragina handiagoa da honako hauetan: *nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak* (+% 2,9), *aparatu genitourinarioa* (+% 1,3) eta *endokrinoak* (+% 0,4).

3.2. Ospitaleko erikortasuna eta adina

Azkenik, kontuan izan behar da euskal biztanleriaren patologien bilakaeran adinak nolako eragina duen. 13. taulan ikusten denez, diagnostiko taldeen eragina ezberdina da. Ospitaleko ingresoen motak adin-taldeen arabera aztertzen baditugu, honako hau ikus dezakegu:

Lehenik eta behin, biztanleriarik gazteenaren artean, denboraldi perinataleko berezko gaixotasunak baztertuta, arnasketa aparatua gaixotasunak eta digestio aparatua gaixotasunak dira lehenengo postuetan daudenak: % 22,2 eta % 11,7 hurrenez hurren 2009. urtean. 2000. urteko egoeraren aldean, adin-talde honetan ospitaleko altak gehitu dira diagnostiko talde hauetan: *nerbio sistemaren gaixotasunak, jaiotzatikako anomaliak, osasun egoeran eragina duten egoerak, denboraldi perinataleko gaixotasunak eta neoplasiak*. Aitzitik, *gaixotasun kutsagarriek eta parasitoenak, aparatu genitourinarioko gaixotasunak eta arnasketa aparatua gaixotasunak* eragindako ingresoak murriztu dira.

	2000			2009			Aldea / Diferencia		
	< 15	15-64	≥ 65	< 15	15-64	≥ 65	< 15	15-64	≥ 65
Nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	6,8	5,7	15,9	9,3	6,6	18,6	-2,4	-0,9	-2,6
Sintoma, zantzu eta egoera gaizki definituak Síntomas, signos y estados mal definidos	5,6	3,7	4,2	5,3	3,8	5,1	0,3	-0,1	-0,9
Neoplasiak (tumoreak) / Neoplasias (tumores)	2,0	8,0	9,2	2,9	9,2	9,8	-0,9	-1,1	-0,6
Sistema osteo-mioartikularraren eta ehundura konektiboaren gaixotasunak Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	2,1	10,0	6,5	2,5	10,7	7,1	-0,4	-0,6	-0,6
Odolaren eta organo hematopoietikoen gaixotasunak Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	0,9	0,4	1,0	1,7	0,7	1,5	-0,7	-0,2	-0,5
Lesioak eta pozoinketak Lesiones y envenenamientos	7,8	9,0	6,6	7,4	7,5	6,9	0,4	1,4	-0,3
Aparatu genitourinarioaren gaixotasunak Enfermedades del aparato genitourinario	7,8	7,0	4,9	5,4	6,5	5,2	2,4	0,4	-0,3
Larruazalaren eta azalaren azpiko ehunen gaixotasunak Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos	1,4	1,8	0,7	1,9	2,1	1,0	-0,5	-0,4	-0,3
Gaixotasun kutsagarriak eta parasitoenak Enfermedades infecciosas y parasitarias	5,6	1,3	0,7	3,1	1,1	0,9	2,5	0,2	-0,2
Haurdunaldiko, erditzeko eta puerperioko konplikazioak Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0,0	15,0	0,0	0,1	15,6	0,0	-0,0	-0,6	0,0
Jaiotza inguruko garaian jatorria duten zenbait gaixotasun Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	10,9	0,0	0,0	11,7	0,0	0,0	-0,9	0,0	0,0
Jaiotzatiko anomaliak / Anomalías Congénitas	7,4	0,6	0,1	8,4	0,6	0,0	-1,0	-0,0	0,1
Endokrinoko, elikadurako, metabolismoko gaixotasunak eta inmunitateko nahasmena Enfermedades endócrina, nutrición, metabólica, trast. inmunidad	0,7	1,3	1,6	0,7	1,4	1,4	-0,0	-0,1	0,2
Digestio aparatuaren gaixotasunak Enfermedades del aparato digestivo	11,4	11,4	11,2	11,7	11,7	10,8	-0,3	-0,3	0,4
Adimen nahasmenak / Trastornos mentales	0,5	2,8	0,9	0,6	2,3	0,6	-0,2	0,4	0,4
Arnasketa aparatuaren gaixotasunak Enfermedades del aparato respiratorio	24,4	6,0	11,1	22,2	6,4	10,5	2,2	-0,4	0,5
Zirkulazio sistemaren gaixotasunak Enfermedades del sistema circulatorio	0,8	8,6	18,5	0,7	8,2	17,4	0,1	0,4	1,2
Osasun egoeran eragiten duten egoerak Situaciones que influyen en el estado de salud	3,4	6,6	6,3	4,4	5,5	3,3	-1,0	1,1	3,1
Kodetu gabe / Sin codificar	0,5	0,8	0,5	0,1	0,0	0,0	0,4	0,8	0,5
Euskal AE / C.A. de Euskadi	100	100	100	100	100	100			

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitaleko estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

En el grupo de población comprendido entre 15 y 64 años, dejando al margen los ingresos relativos a las complicaciones del embarazo, por parto y puerperio, que dado su carácter se ubican en esta franja de edad, las altas hospitalarias son debidas a *enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo y neoplasias*. Estos tres grupos constituyen las tres causas más frecuentes de ingreso hospitalario.

Por otra parte, comparando los datos de 2009 con los del año 2000, se ha producido un aumento significativo de altas hospitalarias debido a *neoplasias, enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio* y, por último, por *enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo*. Por el contrario, han disminuido los ingresos hospitalarios de este grupo de edad en dos grupos de diagnóstico: *lesiones y envenenamientos y situaciones que influyen en el estado de salud*.

A medida que se envejece, la prevalencia de determinadas patologías cambia. Patologías degenerativas relacionadas con la *disminución de las facultades sensoriales y locomotoras, problemas relacionados con el sistema circulatorio, o con distintos órganos vitales: aparato digestivo, respiratorio* y, por último, la importancia de las patologías relacionadas con la *prevalencia de afecciones tumorales* son las más relevantes.

En relación a las modificaciones producidas en el periodo 2000-2009 para este grupo de edad en relación a las altas hospitalarias, cabe decir que se han incrementado sensiblemente las altas debidas a *enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos* y, por el contrario, se han reducido las correspondientes a *situaciones que influyen en el estado de salud*, posiblemente en el caso de éstas por la importancia de la externalización de determinados procedimientos diagnósticos.

15 eta 64 urte arteko adin-taldean, haurdunaldiko, erditzeko eta puerperioko konplikazioak baztertuta (duten izaeraren ondorioz adin-talde horretan kokatzen direnak), ospitaleko altak gaixotasun hauen ondorioz izaten dira: *digestio aparatuen gaixotasunak, sistema osteo-mioartikularraren eta ehundura konektiboaren gaixotasunak eta neoplasiak*. Hiru talde horiek ospitalean ingresatzeko kausarik ohikoena dira.

Bestalde, 2009. urteko datuak 2000. urteko datuekin erkatuz gero, ospitaleetan altak nabarmen gehitu dira gaixotasun hauen ondorioz: *neoplasiak, nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunak, haurdunaldiko, erditzeko eta puerperioko konplikazioak, eta azkenik, sistema osteo-mioartikularraren eta ehundura konektiboaren gaixotasunak*. Ordea, adin-talde honetan ospitaleetako ingresoak bi diagnostiko talde hauetan murriztu dira: *lesioak eta pozoinketak, eta osasun egoeran eragiten duten egoerak*.

Zahartu ahala, patologia jakin batzuen prebalentzia aldatzen da. Garrantzitsuenak hauek dira: *patologia degeneratiboak, zentzumenen eta mugimenduaren ahalmenen murrizpenarekin zerikusia dutenak, zirkulazio sistemaren arazoak edo bi-zi-organoekin zerikusia dutenak (digestio eta arnasketa aparatuek), eta azkenik, tumore-gaixotasunen prebalentziarekin zerikusia duten patologiak*.

2000-2009 denboraldian adin-talde horrentzat ospitaleetako altetan izandako aldaketei buruz esan behar dugu *nerbio sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunengatiko* altak asko gehitu direla eta, aitzitik, *osasun egoeran eragina duten egoerenak* murriztu direla; azken fenomeno hori, ziurrenik, zenbait diagnostiko-prozedura ospitaletik kanpo egiten direlako gertatu da.

4. ASISTENCIA HOSPITALARIA

4.1. Recursos hospitalarios

Una mirada rápida a los principales indicadores relativos al sistema hospitalario muestra la profunda evolución y transformación del mismo en los últimos años.

Sector hospitalario. Evolución de los recursos.
C.A. de Euskadi

14

Euskal AE. Ospitale sektorea. Baliabideen bilakaera

	Datu absolutuak / Datos absolutos					Indizea 1986 = 100 / Índice 1986 = 100				
	1986	1990	2000	2005	2009	1986	1990	2000	2005	2009
Ospitale kop. / Nº de hospitales	58	56	49	45	44	100	97	84	78	76
Osasun langileak / Personal sanitario	11.803	13.372	14.275	15.423	17.550	100	113	121	131	149
Medikuak / Médicos	2.817	3.455	4.007	4.284	4.771	100	123	142	152	169
Erizaintza / Enfermería	4.292	4.876	5.296	5.794	6.748	100	114	123	135	157
Bestelakoak, osasunekoak Otro sanitario	4.694	5.041	4.972	5.345	6.031	100	107	106	114	128
Osasunekoak ez direnak No sanitario	5.151	5.624	4.881	4.976	5.511	100	109	95	97	107
Oheak / Camas	10.373	10.024	8.206	8.118	7.916	100	97	79	78	76

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitaleko estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

Desde el punto de vista de los recursos hospitalarios, tal y como aparece en la Tabla 14, se observan cambios que merece la pena comentar:

- En primer lugar, se aprecia un descenso del número de centros hospitalarios a lo largo de los últimos años. La desaparición de algunas clínicas privadas y la reordenación del sistema público son algunas de las causas que explican el descenso paulatino de los centros hospitalarios.
- Desde el punto de vista del *personal sanitario* cabe destacar lo siguiente: tanto los facultativos como el personal de enfermería han aumentado su número sensiblemente. Los incrementos han sido importantes; en el caso de los facultativos han crecido en un 69% respecto a la cifra que había a mediados de la década de los 80. El personal de enfermería que trabaja en los centros hospitalarios también ha experimentado un aumento considerable, con un aumento del 57%.
- Por lo que afecta al personal denominado *otro sanitario*, al cual pertenecen desde titulados superiores que realizan actividades sanitarias: físicos, biólogos, farmacéuticos, hasta aquellos que realizan actividades de asistencia sanitaria, laboratorio y demás, el crecimiento ha sido del 28% y se ha producido básicamente en la última década.
- Respecto al personal *no sanitario*, es decir, personal básicamente empleado en actividades administrativas y de gestión, el incremento ha sido menor, un 7%.
- Por lo que respecta al número de camas hospitalarias se observa una reducción sensible a partir del año 2000, pasando de 10.024 a comienzos de los 90 a 7.916 en el año 2009, lo que representa una disminución del 24%, cifra realmente significativa.

4. OSPITALEKO ARRETA

4.1. Ospitaleko baliabideak

Ospitale sistemaren adierazle nagusiei erreparatuz gero, ikusiko dugu azken urteetan sakoneko bilakaera eta aldaketa jasan dituztela.

Ospitale baliabideen ikuspegitik, 14. taulan ikusten denez, zenbait aldaketa nabarmendu beharko genituzke:

- Lehenik eta behin, azken urteetan ospitale zentroak murriztu direla ikus dezakegu. Klinika pribatu batzuk desagertu dira eta sistema publikoa berrantolatatu da, horregatik, besteak beste, murriztu da ospitale zentroen kopurua, poliki-poliki.
- *Osasuneko langileen* ikuspegitik, ondokoa nabarmendu behar dugu: medikuak eta erizainak askoz ere gehiago dira. Gehikuntza hauek garrantzitsuak dira; medikuak 80ko hamarkadaren erdialdean baino % 69 gehiago dira. Ospitale zentroetan lan egiten duten erizainak ere gehiago dira, % 57 gehiago hain zuzen ere.
- *Osasuneko bestelako langileak* izendatutako multzoaren barruan, osasun jarduerak egiten dituzten goi mailako tituludunak (fisikoak, biologoak, botikariak) eta osasun arreatako, laborategiko eta bestelako jarduerak egiten dituztenak sartzen dira. Talde honen gehikuntza % 28koa izan da, eta batez ere azken hamarkadan gertatu da.
- *Osasunekoak ez diren* langileak (hau da, batez ere administrazio eta kudeaketa lanak egiten dituzten langileak) gutxiago gehitu dira: % 7.
- Ospitaleetako ohe kopuruan murrizpen garrantzitsua gertatu zen 2000. urtetik aurrera: 90eko hamarkadaren hasieran 10.024 ohe zeuden eta 2009. urtean 7.916. Horrek esan nahi du % 24ko murrizpena egon dela. Kopuru hori oso esanguratsua da.

4.2. Asistencia hospitalaria

Si hubiera que expresar en una sola idea lo sucedido en los últimos años en relación a la asistencia hospitalaria, cabría decir que en este contexto de reducción de camas se ha producido una intensificación creciente de la actividad hospitalaria sustentada, al mismo tiempo, en una reducción sensible del número de estancias; lo cual, como veremos más abajo, ha supuesto un incremento del índice de rotación con la consiguiente reducción del número de días de hospitalización.

Actividad asistencial

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 15, excepto las estancias hospitalarias que se han reducido notablemente, todos los indicadores muestran una presión creciente de la actividad asistencial hospitalaria. El número de ingresos se ha incrementado en un 41%, lo mismo sucede con las consultas externas que, en aproximadamente 15 años, se han duplicado: 127%. La evolución tanto del número de urgencias atendidas como de intervenciones quirúrgicas realizadas siguen el mismo camino, el incremento ha sido del 107% y 87%, respectivamente. La evolución del número de partos atendido sigue un curso estable debido al estancamiento demográfico habido en esta época.

Sector hospitalario. Evolución de la actividad asistencial.
C.A. de Euskadi

15

Euskal AE. Ospitale sektorea. Arreta jardueraren bilakaera

	Datu absolutuak / Datos absolutos					Indizea 1986 = 100 Índice 1986 = 100				
	1986	1990	2000	2005	2009	1986	1990	2000	2005	2009
Ingresoak (ospiteleratzeak) Ingresos (hospitalizaciones)	216.255	215.622	275.947	285.620	305.910	100	100	128	132	141
Egonaldiak / Estancias	2.969.012	2.818.306	2.417.561	2.461.245	2.334.268	100	95	81	83	79
Kanpo kontsultak Consultas externas	1.135.405	1.313.287	1.961.756	2.179.236	2.574.991	100	116	173	192	227
Larrialdiak / Urgencias	538.904	625.303	914.731	1.074.903	1.115.358	100	116	170	199	207
Ebakuntzak / Intervs. quirúrgicas	129.513	130.491	197.976	213.276	242.764	100	101	153	165	187
Erditzeak / Partos	20.303	16.574	17.232	19.992	20.884	100	82	85	98	103

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Ospitaleko estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

Como se puede apreciar por la evolución de los indicadores de actividad asistencial correspondientes, la evolución demográfica presiona fuertemente sobre la actividad hospitalaria debido fundamentalmente al progresivo envejecimiento de la población; consecuentemente, la respuesta del propio sistema ha sido externalizar el desarrollo de nuevos tratamientos y procedimientos quirúrgicos lo que ha acortado los tiempos de estancia así como la cirugía mayor ambulatoria (hospital de día) que ha reducido los casos en que se hace necesaria la hospitalización. De hecho, la estancia media en los hospitales del País Vasco ha pasado de 13,2 días en 1990 a 7,7 en el año 2009, lo cual significa que prácticamente se ha doblado la capacidad por cada cama hospitalaria durante este periodo.

4.2. Ospitaleko arreta

Azken urteetan ospitaleko arretan gertatu dena ideia bakar batean azaldu behar bagenuke, esan beharko genuke ohe kopuruaren murrizketako testuinguru honetan ospitaleko jarduera areagotu dela. Gainera, egonaldi kopurua asko gutxitu da. Horrek, beheago ikusiko dugunez, txandaketa indizea gehitzea ekarri du, ospiteleratze egun kopurua murriztuz.

Arreta jarduera

15. taulan ikustenenez, ospitaleko egonaldiak izan ezik (nabarmen murriztu baitira), adierazle guztiek erakusten dute ospitaleko arreta jarduerak gero eta presio handiagoa jasaten duela. Ingresoaren kopurua % 41 gehitu da. Beste hainbeste gertatzen da kanpoko kontsultekin, 15 urtetan gutxi gorabehera bikoiztu direnak: % 127. Arreta eman zaioen larrialdien kopuruaren eta egindako ebakuntzen kopuruaren bilakaera bide berean daude; gehikuntza % 107koa eta % 87koa izan da. Arreta eman zaien erditzeen kopuruaren bilakaerak bide egonkorra dauka, aro honetan geldialdi demografikoa gertatu delako.

Consultas externas

La evolución de la actividad hospitalaria en relación a las consultas externas por tipo de especialidad aparece recogida en la Tabla 16. Las consultas externas representan una parte importante de la actividad asistencial que expresa perfectamente la presión que ejerce la demanda creciente de salud sobre el sistema sanitario.

Kanpo kontsultak

Ospitaleko jardueraren bilakaera kanpoko kontsultei dagokionez, espezialitate motaren arabera, 16. taulan jasota dago. Kanpo kontsultak arreta jardueraren zati garrantzitsu bat dira, osasuneko eskaera gero eta handiagoak osasun sisteman egiten duen presioa ederki azaltzen duena.

Asistencia hospitalaria. Consultas externas por especialidad. C.A. de Euskadi

16

Euskal AE. Ospitaleko arreta. Kanpoko kontsultak espezialitatearen arabera

	2000	2005	2009	UHI 2000-2005 (%) [*] I.C.A. 2000-2005 (%) [*]	UHI 2005-2009 (%) [*] I.C.A. 2005-2009 (%) [*]
Medikuntza eta espezialitateak Medicina y especialidades	590.807	694.743	854.640	3,2	5,2
Kirurgia eta espezialitateak Cirugía y especialidades	522.141	553.752	670.412	1,2	4,8
Traumatologia eta ortopedia Traumatología y ortopedia	344.780	353.472	396.778	0,5	2,9
Ginekologia / Ginecología	135.001	156.823	145.907	3,0	-1,8
Errehabilitazioa / Rehabilitación	109.802	124.716	133.058	2,5	1,6
Pediatría / Pediatría	106.184	109.758	126.043	0,7	3,5
Zainketa intentsiboak / Cuidados intensivos	63.589	69.203	86.398	1,7	5,5
Beste / Otros	19.200	51.367	78.140	18,2	10,3
Psikiatria (akutuen unitatea) Psiquiatría (unidad de agudos)	33.977	26.188	41.809	-5,2	11,5
Obstetrizia / Obstetricia	34.175	25.534	34.821	-5,8	7,7
Psikiatria (egonaldi luzea) Psiquiatría (larga estancia)	1.201	5.790	4.289	26,3	-7,4
Egonaldi luzea / Larga estancia	899	7.890	2.696	31,8	-24,5
Guztira / Total	1.961.756	2.179.236	2.574.991	2,1	4,2

* UHI = Urteko Hazkunde Indizea (%).
I.C.A. = Índice de Crecimiento Anual (%).

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitaleko estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

La asepsia de los datos nos permite comprender perfectamente cómo dada la situación general de envejecimiento de la población vasca, a medida que ésta envejece, la presión sobre el sistema sanitario es mayor. Podemos observar que en el conjunto de la población, la demanda de consultas externas creció durante el periodo 2000-2005 a una tasa de un 2,1% anual, mientras que en el periodo 2005-2009 esta tasa se duplicó, el crecimiento fue del 4,2%. Si en el periodo anterior 2000-2005 (5 años) las consultas externas habían aumentado en 200.000 aproximadamente, en tan sólo 4 años han pasado de 2,2 a 2,6 millones, es decir, aproximadamente un crecimiento en términos absolutos de 400.000 consultas más, cifra realmente espectacular.

Por tipos de consulta, medicina en sus diferentes especialidades, cirugía, trauma y ortopedia representan el 75% del total. Pero, si nos fijamos en qué especialidades han experimentado mayor aumento podemos observar que destaca sobre el resto el crecimiento de la psiquiatría (unidad de agudos) con una tasa media anual del 11,5% durante el periodo

Datuen asepsiari esker, ederki asko uler dezakegu euskal biztanleriaren zahartze orokorreko egoera ikusita, biztanleria zahartu ahala, osasun sistemaren gaineko presioa handiagoa dela. Ikus dezakegu biztanleria osoan kanpoko kontsulten eskaera 2000-2005 denboraldian urteko % 2,1eko tasan gehitu zela; 2005-2009 denboraldian, berriz, tasa hori bikoiztu zen, % 4,2ko hazkundearekin. Aurreko denboraldian, 2000-2005 (5 urte), kanpoko kontsultak 200.000 kontsultatan gehitu ziren gutxi gorabehera. Bada, gero, 4 urtetan soilik, 2,2 milioi izatetik 2,6 milioi izatera igaro dira; hau da, kopuru absolutuetan 400.000 kontsulta gehiago egon dira, kopuru benetan ikusgarria.

Kontsulta moten arabera, medikuntzaren espezialitateak, kirurgia, trauma eta ortopedia osotasunaren % 75 dira. Baina gehikuntza handiena izan duten espezialitateei erreparatu gero, ikus dezakegu psikiatriaren gehikuntza (akutuen unitatea) besteak baino handiagoa dela: 2005-2009 denboraldian urtean batez besteko % 11,5eko tasa izan du. Beste mutu-

2005-2009. En el extremo contrario encontramos que en las unidades de larga estancia, tanto a nivel de psiquiatría como de rehabilitación, el descenso ha sido muy pronunciado durante este periodo (-7,4% y -24,5%), producto de la derivación a servicios más acordes con las necesidades de los y las pacientes.

Indicadores de estructura

Los indicadores muestran que durante estos años ha habido un incremento sensible del personal dedicado a la atención sanitaria, pero al mismo tiempo se ha producido una reducción sensible del número de camas hospitalarias, tal y como expresa el ratio *camas por 1.000 habitantes*. El personal sanitario por cama ocupada ha subido de forma importante, aunque estas fuertes subidas no se explican tanto por el incremento del mismo (también) sino por la reducción del denominador, en este caso del número de camas. A pesar de que, tal y como aparece en la Tabla 17, el crecimiento por cama del personal facultativo y del personal de enfermería ha sido de 148% y 94%, respectivamente, ya hemos visto en la Tabla 14 que los incrementos han sido inferiores: 69% y 57%, respectivamente.

rrean, ikusten dugu psikiatriako eta errehabilitazioko egonaldi luzeko unitateetan jaitsiera oso nabarmena izan dela denboraldi horretan (-% 7,4 eta -% 24,5), gaixoak beren beharretarako egokiagoak diren zerbitzuetara bideratu direlako.

Egitura adierazleak

Adierazleek erakusten digute urte hauetan osasun arreta ematen duten langileen kopurua nabarmen gehitu dela. Baina aldi berean ospitaleetako oheen kopurua asko murriztu da, *1.000 biztanleko ohe kopuruaren* ratioak erakusten duenez. Okupatutako ohe bakoitzeko dauden osasun langileen kopurua izugarri gehitu da. Halere gehikuntza handi hauen arrazoia ez dira langile kopuruaren gehikuntza (hori ere bada ere), baizik eta ohe kopurua murriztu dela. 17. taulan ikusten denez, medikuen eta erizainen kopuruaren gehikuntza ohe bakoitzeko % 148koa eta % 94koa izan da hurrenez hurren. 14. taulan ikusi dugu gehikuntzak txikiagoak izan direla: % 69 eta % 57 hurrenez hurren.

Sector hospitalario. Evolución de los Indicadores de estructura. C.A. de Euskadi

17

Euskal AE. Ospitale sektorea. Egitura adierazleen bilakaera

	Datu absolutuak / Datos absolutos					Indizea 1986 = 100 / Índice 1986 = 100				
	1986	1990	2000	2005	2009	1986	1990	2000	2005	2009
Medikuek/okupatutako 100 ohe Médicos/100 camas ocupadas	23,2	31,8	41,9	46,1	57,5	100	137	181	199	248
Erizainak/okupatutako 100 ohe Pers. enfermería/100 camas ocupadas	51,8	62,1	77,6	81,9	100,7	100	120	150	158	194
Oheak/1.000 biztanle Camas/1.000 habitantes	4,9	4,8	4,0	3,8	3,6	100	98	82	78	73

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitaleko estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

Indicadores de actividad

Los ratios de actividad por habitante confirman la tendencia anteriormente descrita. Exceptuando las estancias, el resto de indicadores muestran a las claras que en el periodo 1986-2009 la actividad asistencial se ha duplicado. Los crecimientos han sido espectaculares: *ingresos*_{1.000 habts} el 39%; *urgencias*_{1.000 habts} el 104%; *intervenciones quirúrgicas*_{1.000 habts} el 84%; y *número de consultas externas*_{1.000 habts} el 123%. Se aprecia perfectamente la presión sobre el sistema hospitalario a la que hacíamos referencia anteriormente.

Jardueraren adierazleak

Biztanle bakoitzeko jardueraren ratioek lehen deskribatutako joera berresten dute. Egonaldiak izan ezik, gainerako adierazleek argi eta garbi erakusten dute 1986-2009 denboraldian arreta jarduera bikoiztu egin dela. Hazkundeak ikusgarriak izan dira: *ingresoak*_{1.000 bizt} = % 39; *larrialdiak*_{1.000 bizt} = % 104; *ebakuntzak*_{1.000 bizt} = % 84; eta, *kanpo kontsulten kopurua*_{1.000 bizt} = % 123. Argi eta garbi ikusten da ospitale sistemak daukan presioa (lehen aipatu dugu).

	Datu absolutuak / Datos absolutos					Indizea 1986 = 100 / Índice 1986 = 100				
	1986	1990	2000	2005	2009	1986	1990	2000	2005	2009
Egonaldiak / 1.000 biztanle Estancias / 1.000 habitantes	1.389,0	1.339,0	1.160,1	1.163,9	1.074,3	100	96	84	84	77
Ingresoak / 1.000 biztanle Ingresos / 1.000 habitantes	101,2	102,4	128,5	135,1	140,8	100	101	127	133	139
Larrialdiak / 1.000 biztanle Urgencias / 1.000 habitantes	252,1	297,1	425,1	508,3	513,3	100	118	169	202	204
Ebakuntzak / 1.000 biztanle Intervcs. quirúrgicas / 1.000 hab.	60,6	62,0	91,2	100,9	111,7	100	102	150	167	184
Kanpo kontsultak / 1.000 biztanle Consultas externas / 1.000 hab.	531,2	624,0	907,0	1.030,5	1.185,1	100	117	171	194	223

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitaleko estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

Ratios de funcionamiento

Por último, los indicadores de funcionamiento expresan la respuesta del propio sistema hospitalario ante la presión ejercida por el sistema demográfico desde el punto de vista de la salud. A la luz de los indicadores de la Tabla 19 merece la pena comentar una serie de cuestiones importantes:

Funtzionamendu ratioak

Azkenik, sistema demografikoak osasunaren ikuspegitik egi-ten duen presioaren aurrean ospitale sistemak berak ematen duen erantzuna erakusten dute funtzionamenduaren adierazleek. 19. taulako adierazlea ikusita, zenbait gauza garrantzitsu aipatu beharrean gaude:

	Datu absolutuak / Datos absolutos					Indizea 1986 = 100 / Índice 1986 = 100				
	1986	1990	2000	2005	2009	1986	1990	2000	2005	2009
Okupazio indizea / Índice de ocupación	78,4	77,0	80,7	83,1	80,8	100	98	103	106	103
Batez besteko egonaldia / Estancia media	13,8	13,2	8,8	8,7	7,7	100	96	64	63	56
Txandaketa indizea / Índice de rotación	20,7	21,3	33,6	35,0	38,5	100	103	162	169	186
Batez besteko egonaldia kirurgian Estancia media en cirugía	10,1	8,8	4,3	4,4	3,7	100	87	43	44	37
Larrialdien presioa Presión de urgencias	53,6	52,3	47,4	50,4	48,6	100	98	88	94	91
Ingresatutako larrialdiak Urgencias ingresadas	21,1	17,9	14,3	13,3	13,3	100	85	68	63	63

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitaleko estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

En primer lugar, el incremento espectacular del índice de rotación: 86%. Si tenemos en cuenta que éste expresa el número de estancias por cama hospitalaria, podemos ver que desde 1986 aproximadamente se ha duplicado la actividad asistencial por cama. Consecuentemente, no es de extrañar que tanto la estancia media como la estancia por razones quirúrgicas hayan descendido espectacularmente: 44% y 63%, respectivamente. El descenso de la estancia media en cirugía ha pasado de 10,1 días a 3,7, es decir, un tercio de lo que venía siendo habitual al comienzo del periodo. No cabe duda que las alternativas puestas en marcha desde comienzos de la década de los 90, como por ejemplo la hospitalización domiciliaria y las unidades de ingreso de corta estancia, han compensado este descenso.

Lehenik eta behin, txandaketa indizeak gehikuntza itzela izan du: % 86. Horrek ospitaleko ohe bakoitzeko egonaldi kopurua adierazten duela kontuan izaten badugu, ikusiko dugu 1986. urteaz geroztik ohe bakoitzeko arreta jardura bikoiztu inguru egin dela. Horrenbestez, ez da arraroa batez besteko egonaldia eta kirurgiako egonaldia modu ikusgarrian jaitea: % 44 eta % 63 batez beste. Kirurgiako batez besteko egonaldia 10,1 egun izatetik 3,7 egun izatera jaitsi da, hau da, denboraldiaren hasieran normala zenaren herena. Ez dago zalan-tzarik 90eko hamarkadaren hasieratik abiatu diren alternati-bek (adibidez, etxeko ospitaleratzea eta egonaldi laburreko ingreso unitateak) jaitsiera konpentsatu dutela.

En segundo lugar, parece evidenciarse que si bien el sistema de urgencias más o menos sigue manteniendo una actividad constante a lo largo del periodo, sin embargo, el número de urgencias ingresadas ha descendido. ¿Qué significa esto? Entre otras cosas, que los servicios de urgencia vienen funcionando a modo de filtro del sistema hospitalario desarrollando funciones propias de los centros de asistencia primaria y especializada.

Bigarrenik, argi dago larrialdi sistemak denboraldi honetan zehar jarduera nahiko egonkorra mantentzen duen arren ingesatutako larrialdien kopurua jaitsi egin dela. Zer esan nahi du horrek? Besteak beste, larrialdi zerbitzuek ospitale sistemaren iragazi moduan funtzionatzen dutela, lehen mailako arretako eta arreta espezializatuko zentroyen berezko funtzioak eginez.

5. ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

La evolución de la asistencia extrahospitalaria muestra una tendencia ascendente de forma ininterrumpida. Desde 1990, el total de consultas ha pasado de 11,5 millones en 1990 a 14,5 en el año 2009, lo cual supone un incremento del 25%. Si tenemos en cuenta que la población se mantiene prácticamente estancada desde principios de los 90, esto supone un aumento significativo del número de consultas por persona. Puede decirse que aproximadamente se acude al médico 6,7 veces al año².

Tal y como puede verse en el Gráfico 9, desde 1990 ha habido un incremento notable del número de consultas. De los 14,5 millones contabilizadas en el año 2009, el 71%, es decir 10,2 millones, corresponden a consultas de medicina general, frente a los 7,9 millones en 1990; 1,7 millones a pediatría, es decir un 12% aproximadamente; y las consultas debidas a radiografías alcanzan la cifra de 0,780 millones en el 2009, lo cual supone un incremento del 37,5% respecto al año anterior.

5. OSPITALEZ KANPOKO ARRETA

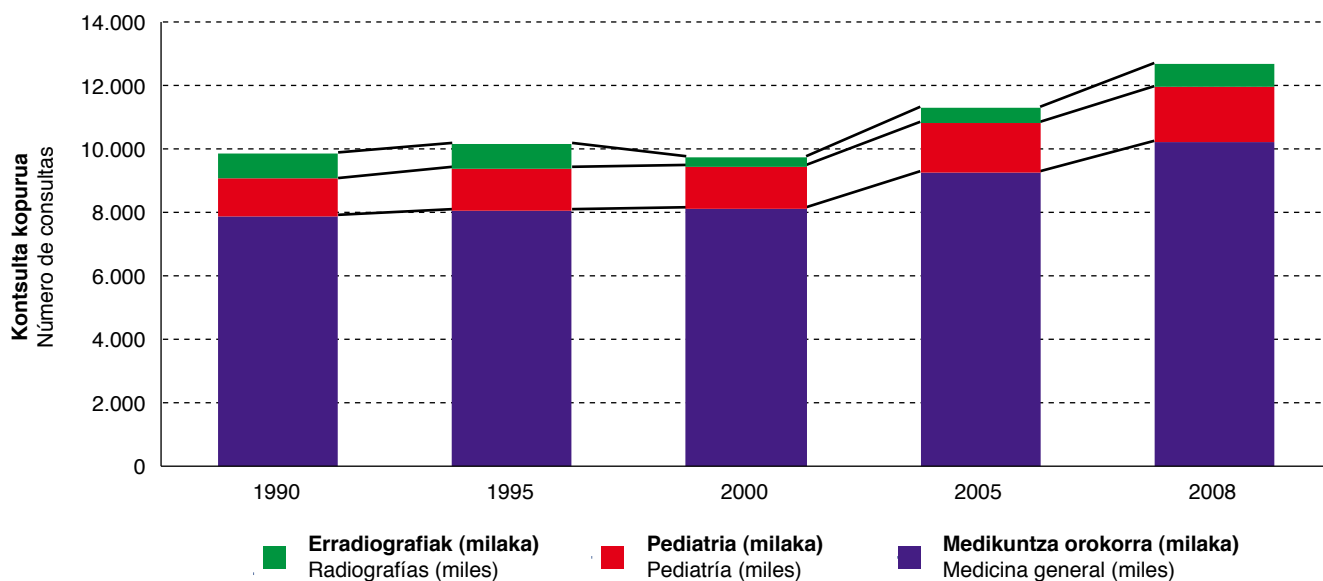
Ospitalez kanpoko arretaren bilakaerak goranzko joera erakusten du, etenik gabe. 1990. urteaz geroztik, kontsulta guztien kopurua 11,5 milioi izatetik (1990ean) 14,5 milioi izatera (2009an) igaro da; hau da, % 25eko gehikuntza izan da. Kontuan izaten badugu 90eko hamarkadaren hasieratik biztanle kopurua ez dela ia aldatu, horrek esan nahi du pertsona bakoitzeko kontsulta kopuruan gehikuntza esanguratsua gertatu dela. Esan dezakegu batez beste 6,7 aldiz joaten garela medikuarengana².

9. grafikoan ikusten denez, 1990. urteaz geroztik kontsulta kopurua nabarmen hazi da. 2009. urtean zenbatu ziren 14,5 milioi kontsultetatik, % 71 (hau da, 10,2 milioi) medikuntza orokorreko kontsultak dira; 1990ean 7,9 milioi ziren. 1,7 milioi pediatriako kontsultak dira (% 12 gutxi gorabehera), eta erradiografiak egiteko kontsultak 0,780 milioi izan ziren 2009an, aurreko urtean baino % 37,5 gehiago alegia.

Asistencia extrahospitalaria. Evolución del número de consultas según tipo de consulta, C.A. de Euskadi

9

Euskal AE. Ospitalez kanpoko arreta. Kontsulta kopuruaren bilakaera kontsulta motaren arabera



Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Ospitalez kanpoko estatistika publikoa. Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Estadística extrahospitalaria pública.

Centros y recursos extrahospitalarios

El análisis de los datos relativos a la evolución de los centros de atención primaria muestra una situación bastante consolidada a finales de la primera década del siglo XXI, al menos desde el punto de vista cuantitativo.

Ospitalez kanpoko zentroak eta baliabideak

Lehen mailako arreta zentroen bilakaerari buruzko datuen analisiak egoera nahiko finkatua erakusten digu XXI. mendearen lehenengo hamarkadaren amaieran, gutxienez ikuspegi kuantitatibotik.

² Cada vasco acude una media de 6,7 veces al médico de un centro extrahospitalario. Nota de prensa de Eustat del 22 de julio de 2010.

² Eustat, EAeko hiritar bakoitza 6,7 aldiz doa, batez beste, ospitalez kanpoko zentro bateko medikuarengana. 2010eko uztailaren 22ko prentsa-oharra.

	Datu absolutuak / Datos absolutos						Indizea 1990 = 100 / Índice 1990 = 100					
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	1990	1995	2000	2005	2008	2009
Anbulatorioa / Ambulatorio	26	27	28	28	28	28	100	104	108	108	108	108
Kontsultategia / Consultorio	57	41	55	28	51	50	100	72	96	49	89	88
Osasun zentroa Centro de salud	66	98	101	132	130	131	100	148	153	200	197	198
Larrialdi zerbitzua Servicio de urgencias	32	38	37	37	37	36	100	119	116	116	116	113
Zentro periferikoa Centro periférico	118	119	118	119	112	112	100	101	100	101	95	95
Adimen osasuneko zentroa Centro de salud mental	38	47	47	50	50	51	100	124	124	132	132	134
Arreta mutualeko zentroa Centro asistencial mutual	46	40	39	46	50	50	100	87	85	100	109	109
Beste Otros	45	36	10	11	14	14	100	80	22	24	31	31
Euskal AE C.A. de Euskadi	428	446	435	451	472	472	100	104	102	105	110	110

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Ospitalez kanpoko estatistika publikoa.

Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Estadística extrahospitalaria pública.

Como consecuencia del cambio producido en la estructura organizativa de la atención primaria y especializada, producto de los Decretos 194 y 195/1996 de 23 de julio por el que los hospitales asumieron la provisión de las prestaciones sanitarias de la atención especializada: hospitales y fuera de los hospitales/ambulatorios, esto afectó a la atención extrahospitalaria produciendo una reorganización interna importante que explica por qué los centros de salud pasaron de 66 en 1990 a 101 en el año 2000. La razón estriba en la asunción de nuevas especialidades, lo que les otorgó mayor grado de autonomía. Idénticamente, el Decreto 1277/2003 de 10 de octubre permitió una nueva clasificación de los consultorios transformándose en centros de salud, lo que explica el porqué del aumento a 132 en el año 2005.

También destaca el crecimiento de los centros de salud mental, paralelo como ya hemos visto al incremento de las patologías relacionadas con la salud mental. El incremento de este tipo de centros ha sido del 34%, aunque como se observa el crecimiento más importante se produjo a finales de la década de los 90.

Personal de asistencia extrahospitalaria

Analizando los datos de la Tabla 21 se observa un crecimiento generalizado en el personal empleado en los centros de asistencia primaria. En el caso del *personal facultativo de medicina general* el crecimiento más importante se ha producido en la segunda mitad de la primera década del 2000; si en el año 2005 el incremento representaba el 22% respecto a los datos del 2000, en el 2008, tan sólo tres años después, era del 43%. En el caso de pediatría, entre el 2000 y 2009, el crecimiento ha sido del 19%. Por otra parte, se ha observado un descenso del número de especialistas, en la medida que esta reducción ha sido absorbida por las especialidades existentes en el ámbito de la asistencia hospitalaria, tal y como se ha visto anteriormente.

Uztailaren 23ko 194 eta 195/1996 dekretuen bidez lehen mailako eta espezializatutako arreten antolaketa-egitura aldatu zen. Zehazki, ospitaleek arreta espezializatuko osasun prestazioak emateko erantzukizuna hartu zuten: ospitaleetan eta ospitaleetatik kanpo/ambulatorioetan. Horrek ospitalez kanpoko arretan eragina izan zuen. Barne-berrantolaketa garrantzitsua egin behar izan zen. Horrek azaltzen du zergatik osasun zentroak 66 ziren 1990ean eta 2000. urtean 101. Horren arrazoia da espezialitate berriak bereganatu zituztela; horrek autonomi maila handiagoa eman zien. Era berean, urriaren 10eko 1277/2003 Dekretuak kontsultategien sailkapen berria ematea ahalbideratu zuen, osasun zentro bihurtuz. Horrek azaltzen du zergatik 132 izan ziren 2005. urtean.

Adimen osasuneko zentrozen gehikuntza ere nabaria da, ikusi dugunez adimen osasuneko patologien gehikuntzaren paralelo. Honelako zentrozen gehikuntza % 34koa izan da, baina ikusi dugunez, gehikuntzarik garrantzitsuena 90eko hamarkadaren amaieran izan zen.

Ospitalez kanpoko arretako langileak

21. taulako datuak aztertuz gero, lehen mailako arreta zentroetako langile kopuruan gehikuntza orokorra ikusiko dugu. *Medikuntza orokorreko medikuen* kasuan, gehikuntzarik garrantzitsuena 2000ko lehen hamarkadaren bigarren erdialdean gertatu zen. 2005. urtean gehikuntza % 22koa zen 2000. urteko datuen aldean. 2008. urtean, berriz, hiru urte beranduago soilik, % 43koa zen. *Pediatriaren* kasuan, 2000 eta 2009. urteen artean, hazkundea % 19koa izan da. *Bestalde*, espezialista kopuruan murrizketa ikusi da. *Murrizketa* hau ospitaleko arretaren eremuan dauden espezialitateek bereganatu dute, lehenago ikusi dugunez.

	Datu absolutuak / Datos absolutos						Indizea 1990 = 100 / Índice 1990 = 100					
	1990	1995	2000	2005	2008	2009	1990	1995	2000	2005	2008	2009
Medikuak / Facultativos	2.527	2.556	2.628	2.773	3.015	3.049	100	101	104	110	119	121
Medikuntza orokorra Medicina general	1.197	1.285	1.343	1.465	1.713	1.759	100	107	112	122	143	147
Pediatría / Pediatría	274	292	279	295	320	327	100	107	102	108	117	119
Espezialistak Especialistas	1.056	979	1.006	1.013	982	963	100	93	95	96	93	91
Bestelako osasun langileak Otro personal sanitario	2.673	2.709	2.724	2.949	3.151	3.177	100	101	102	110	118	119
Osasunekoak ez diren langileak Personal no sanitario	1.410	1.331	1.561	1.724	1.866	1.835	100	94	111	122	132	130
Euskal AE C.A. de Euskadi	6.610	6.596	6.913	7.446	8.032	8.061	100	100	105	113	122	122

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Ospitalez kanpoko estatistika publikoa.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Estadística extrahospitalaria pública.

En cuanto al *otro personal sanitario*, básicamente vinculado a labores de enfermería y similares, el crecimiento durante el periodo 2000-2009 ha sido del 19%. Asimismo, se observa un incremento relativamente importante del *personal no sanitario*, producido fundamentalmente en la primera década, con un crecimiento total del 30%.

Bestelako osasun langileei dagokienez, erizaintza eta antzeko lanak egiten dituztenak, 2000-2009 denboraldiko hazkundea % 19koa izan da. Era berean, *osasunekoak ez diren langileen* artean nahiko gehikuntza garrantzitsua atzeman da, batez ere lehenengo hamarkadan gertatu dena. Hazkunde osoa % 30ekoa izan da.

5.1. Ratios de asistencia extrahospitalaria

Una visión general de la evolución de la asistencia extrahospitalaria nos la proporciona el análisis a los principales indicadores estructurales. De esta manera, en la Tabla 22 se puede obtener una visión global de su situación y de su evolución a lo largo de las dos últimas décadas.

5.1. Ospitalez kanpoko arretaren ratioak

Ospitalez kanpoko arretaren bilakaeraren ikuspegi orokorrak egitura adierazle nagusien analisisa eskaintzen digu. Horrela, 22. taularen bidez, azken bi hamarkadetako egoeraren eta bilakaeraren ikuspegi orokorra jakin daiteke.

Número de habitantes por médico

El indicador *número de habitantes por médico* nos proporciona una visión bastante ajustada del grado de individuación en la relación paciente/facultativo (es orientativo del potencial terapéutico que la sanidad pública destina, por término medio, a cada habitante en asistencia extrahospitalaria).

Biztanle kopurua mediku bakoitzeko

Mediku bakoitzeko biztanle kopuruaren adierazleak ikuspegi nahiko egokia ematen digu gaixoaren eta medikuaren arteko erlazioaren indibidualizazio mailari buruz (osasun publikoak ospitalez kanpoko asistentzian biztanle bakoitzari batez beste eskaintzen dion potentzial terapeutikoaren erakusgarri da).

En primer lugar, por lo que a *medicina general* se refiere cabe decir que se ha reducido aproximadamente en 500 personas el ratio habitantes/médico; en el año 2009 el número de habitantes por médico de medicina general era de 1.235 lo que representa una disminución del 30% respecto a la cifra de 1990. En segundo lugar, en el ámbito de la *pediatría* la reducción ha sido mayor en términos relativos, pasando de 1.182 habitantes por médico a 811, lo que representa un 31% menos.

Lehenik eta behin, *medikuntza orokorrari* dagokionez, esan behar dugu biztanleen eta medikuen arteko ratioa 500 pertsonatan murriztu dela gutxi gorabehera. 2009. urtean, medikuntza orokorreko mediku bakoitzeko biztanle kopurua 1.235ekoa zen. Beraz, % 30eko gutxipena izan zen 1990eko kopuruaren aldean. Bigarrenik, *pediatriaren* eremuan, murrizpena handiagoa izan da kopuru erlatiboetan. Mediku bakoitzeko 1.182 biztanle egotetik 811 egotera igaro da; hau da, % 31 gutxiago.

Adierazleak / Indicadores	1990	1995	2000	2005	2008	2009	1990	1995	2000	2005	2008	2009
Biztanle kopurua / medikua / N° de habitantes / médico												
Medikuntza orokorra Medicina general	1.758	1.634	1.548	1.444	1.258	1.235	100	93	88	82	72	70
Pediatría (0 ≤ 14 urte) Pediatria (0 ≤ 14 años)	1.182	868	818	814	805	811	100	73	69	69	68	69
100 biztanleko kontsultak / Consultas por 100 habitantes												
Medikuntza orokorra Medicina general	376	384	391	437	475	472	100	102	104	116	126	126
Pediatría (0 ≤ 14 urte) Pediatria (0 ≤ 14 años)	358	518	588	646	669	663	100	145	164	180	187	185
Mediku bakoitzeko kontsultak / Consultas por médico												
Medikuntza orokorra Medicina general	6.618	6.279	6.046	6.313	5.973	5.832	100	95	91	95	90	88
Pediatría Pediatria	4.231	4.499	4.806	5.259	5.385	5.377	100	106	114	124	127	127
Adierazle ekonomikoak / Indicadores económicos												
Gastua/biztanle (euro) Gasto/habitante (euros)	74	114	139	188	249	266	100	154	189	256	338	361
Gastua / BPG Gasto / P.I.B.	0,74	0,83	0,70	0,70	0,79	0,90	100	113	95	95	107	122

Iturria: Eustat eta Osasun eta Kontsumo Saila. Ospitalez kanpoko estatistika publikoa.

Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad y Consumo. Estadística extrahospitalaria pública.

Consultas por 100 habitantes

Paralelamente, el número de consultas en los centros de atención primaria ha subido espectacularmente (al igual que sucedía en el ámbito hospitalario), tanto en las consultas de *medicina general* como de *pediatría*. En el primer caso, el incremento ha sido del 26%; en el segundo, del 85%; esto quiere decir que se han duplicado prácticamente las consultas al pediatra. Los datos parecen evidenciar la tendencia ya apuntada de que la mejora en la oferta sanitaria corre paralela con la mayor demanda y preocupación por la salud.

Evolución del gasto extrahospitalario

Al mismo tiempo, los indicadores de gasto muestran que durante este periodo se ha hecho un esfuerzo enorme, desde el punto de vista económico, habiéndose triplicado el gasto por habitante que ha pasado de 74 euros a 266. Este aumento de gasto ha ido en consonancia con la mejora de la economía vasca experimentada durante este mismo periodo, ya que, tal y como se puede observar, el gasto sanitario sobre el PIB apenas ha variado, lo que significa que el aumento de gasto ha ido de la mano del aumento del PIB.

100 biztanleko kontsultak

Lehen mailako arretako zentroetako kontsulten kopurua, aldi berean, modu ikusgarrian areagotu da (ospitaleen eremuan gertatzen zen bezalaxe), bai *medikuntza orokorreko* kontsultetan bai *pediatriako* kontsultetan. Lehenengo kasuan gehikuntza % 26koa izan da. Bigarrean % 85ekoa. Horrek esan nahi du pediatriako kontsultak bikoiztu egin direla. Datuek lehen aipatutako joera berresten dutela ematen du, hau da, osasun eskaintzaren hobekuntza eskaera handiagoarekin batera eta osasunarenganako kezka handiagoarekin batera doala.

Ospitalez kanpoko gastuaren bilakaera

Era berean, gastuaren adierazleek erakusten dute denboraldi horretan ahalegin handia egin dela ikuspegi ekonomikotik. Biztanle bakoitzeko gastua hirukoiztu da, 74 eurotik 266 eurora. Gastuaren gehikuntza hori euskal ekonomiak denboraldi berean izan duen hobekuntzarekin batera gertatu da. Izan ere, ikus daitekeenez, BPGaren gaineko osasun gastua ez da ia aldatu; horrek esan nahi du gastuaren gehikuntza BPGaren gehikuntzarekin batera izan dela.

6. GASTO SANITARIO

6.1. Indicadores de gasto

Analizando la evolución del gasto durante el periodo 2000-2009 se observa que en esta etapa, que coincidió con la época expansiva de la economía vasca, se duplicó el volumen de recursos destinados al capítulo de la salud. Tal y como puede apreciarse en la Tabla 23, el volumen de recursos en el transcurso de nueve años se multiplicó por 2,09, pasando de los 2.700 millones aproximadamente a los 5.600 millones.

Idénticamente, la contribución del gasto en salud sobre el PIB ve aumentada su cuota de participación, alcanzando el 8,78% al final del periodo. Esto se refleja en el volumen de gasto por habitante que pasa de los 1.300 euros a 2.600 euros, aumento realmente significativo.

6. OSASUN GASTUA

6.1. Gastuaren adierazleak

Gastuak 2000-2009 denboraldian izan duen bilakaera aztertuz gero, ikusiko dugu etapa horretan (euskal ekonomiaren zabalkunde aroarekin batera gertatu zena) osasunerako bideratutako baliabideen bolumena bikoiztu zela. 23. taulan ikus daitekeenez, baliabideen bolumena bederatzir urtetan 2,09rekin biderkatu zen: 2.700 milioi izatetik 5.600 milioi izatera igaro zen.

Era berean, BPGaren gainean osasuneko gastuak egiten duen kontribuzioak bere partaidetza kuota gehitzen du, denboraldiaren amaieran % 8,78ra iritsiz. Hori biztanle bakoitzeko gastuaren bolumenean ikusten da, 1.300 euroetatik 2.600 euroetara igo dena; gehikuntza benetan ikusgarria.

Gasto en salud, financiación e indicadores.
C.A. de Euskadi

23

Euskal AE. Osasuneko gastua, finantzaketa eta adierazleak

	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Osasuneko gastua guztira, milaka € Gasto total salud, miles €	2.694.952	3.994.669	4.303.344	4.743.779	5.244.239	5.636.111
BPG mp-aren % En % del PIB p.m.	6,47	6,97	6,97	7,14	7,72	8,78
€ biztanleko En €/habitante	1.296	1.893	2.027	2.217	2.433	2.602
Finantzaketa mota / Tipo de financiación						
Publikoa (%) Pública (%)	72,6	72,3	72,4	73,3	74,4	75,1
Pribatua (%) Privada (%)	27,4	27,7	27,6	26,7	25,6	24,9
Izaera / Naturaleza						
Gastu arrunta (%) Gasto corriente (%)	96,3	97,4	97,4	96,1	96,4	96,6
Inbertsioak (%) Inversiones (%)	3,7	2,6	2,6	3,9	3,6	3,4

Iturria: Eustat. Osasunaren Kontua..
Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

En cuanto a la financiación pública/privada cabe decir que el esquema prácticamente no varía, el 72% es pública, cuota que aumenta de forma ligera (75,1%) a lo largo de esta época. Otro aspecto muy interesante es el relativo a la naturaleza del gasto. Como puede verse en la Tabla 23 el gasto corriente representa el 96,6% del gasto total, representando las inversiones un 3,4% del gasto total.

Finantzaketa publiko eta pribatuari dagokienez, esan behar dugu eskema ez dela ia aldatzen. % 72a publikoa da. Kuota hori apur bat gehitzen da (% 75,1) denboraldi horretan zehar. Beste alderdi oso interesgarri bat gastuaren izaera da. 23. taulan ikus daitekeenez, gastu arrunta gastu osoaren % 96,6 da. Inbertsioak gastu osoaren % 3,4 dira.

6.2. Desarrollo económico y gasto sanitario: una mirada más allá de nuestras fronteras

Un análisis comparativo del gasto sanitario nos da una idea bastante aproximada de nuestra situación en el conjunto. Como es de sobra conocido, el gasto sanitario está estrechamente correlacionado con el nivel de riqueza de los países, hasta el punto de que uno de los indicadores más fiables del grado de bienestar en un país determinado es el nivel de gasto dedicado al capítulo de salud.

6.2. Garapen ekonomikoa eta osasuneko gastua: begirada bat gure mugetatik haratago

Osasuneko gastuaren analisi konparatiboa egiten badugu, osotasunaren barruan dugun egoera ulertuko dugu. Jakina denez, osasuneko gastua herrialdeen aberastasun mailarekin erlazionatuta dago. Hain zuzen ere, herrialde jakin baten ongizate mailaren adierazlerik fidagarrienetako bat osasun atalari ematen zaion gastu maila da.

Nivel económico y gasto sanitario por países

24

Maila ekonomikoa eta osasuneko gastua, herrialdez herrialde

	Biztanle bakoitzeko osasun gastua guztira (EAP, US\$) Gasto sanitario total por habitante (PPC, US\$)					BPG biztanleko (EAP (\$)) 2009 PIB por habitante (PPC (\$)) 2009	Gastu publikoa PIBaren gainean (%) 2009 Gasto Público s/PIB (%) 2009
	1998	2005	2009	Δ 2005/1998 (%)	Δ 2009/2005 (%)		
Danimarka (e) / Dinamarca (e)	2.275	3.108	4.348	137	140	37.706	9,8
Frantzia / Francia	2.125	3.374	3.978	159	118	33.763	9,2
Alemania	2.361	3.287	4.218	139	128	36.328	8,9
Austria	2.014	3.519	4.289	175	122	38.823	8,6
Ameriketako Estatu Batuak Estados Unidos	4.358	6.401	7.960	147	124	45.797	8,3
Belgika (e) Bélgica (e)	2.181	3.389	3.946	155	116	36.287	8,2
Erresuma Batua (d) Reino Unido (d)	1.569	2.724	3.487	174	128	35.656	8,2
Suedia / Suecia	1.732	2.918	3.722	168	128	37.155	8,2
Kanada / Canada	2.463	3.326	4.363	135	131	38.230	8,1
Norvegia / Noruega	2.612	4.364	5.352	167	123	55.730	8,1
Islandia	2.287	3.443	3.538	151	103	36.654	7,9
Italia	1.905	2.532	3.137	133	124	33.105	7,4
Irlanda	1.534	2.926	3.781	191	129	39.652	7,2
Espainia (e) / España (e)	1.194	2.255	3.067	189	136	32.254	7,0
Finlandia	1.547	2.331	3.226	151	138	35.237	6,8
Suitza / Suiza	2.853	4.177	5.144	146	123	45.150	6,8
Euskal AE C.A. de Euskadi	1.342	2.446	3.658	182	150	42.360	6,6

e = estimazioa.

e = estimación.

d = metodologia desberdina.

d = diferente metodología.

Iturria: Eustat, Osasunaren Kontua eta ECO-SALUD ELGA 2007 (2007ko uztaila).

Fuente: Eustat, Cuenta de la Salud y ECO-SALUD OCDE 2007 (julio 07).

Al comparar la relación existente entre la riqueza de los países, medida en términos de PIB/habitante y lo que representa el porcentaje de gasto público del sistema sanitario sobre el PIB, se observa una débil correlación ($r = -0.08$). Aunque todos los estudios muestran que existe una estrecha correlación entre productividad y gasto sanitario, los resultados obtenidos en la Tabla 24 son debidos a que al estar comparando países que se sitúan en el percentil superior en términos de productividad por habitante, las diferencias en términos de gasto vienen explicadas por variables que tienen que ver con

Herrialdeen aberastasuna (BPG/biztanle erlazioaren bidez neurtuta) eta osasunerako gastu publikoaren portzentajeak BPGean duen pisua erkatzen baldin baditugu, korrelazio txiki bat ikusiko dugu ($r = -0.08$). Azterlan guztiek erakusten dute produktibitatearen eta osasuneko gastuaren artean korrelazio estua dagoela. Baina 24. taularen emaitzen arazoia da biztanle bakoitzeko produktibitateari dagokionez gorengo pertzentilean dauden herrialdeak erkatzen ari garela; horregatik, gastuetan dauden ezberdintasunak azaltzen dituzten aldagaiak osasun sistemen ezberdintasunei eta finantzaketa

las diferencias de los sistemas sanitarios y las formas de financiación. Así, por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, teniendo una productividad por habitante muy elevada el porcentaje de gasto público sobre el PIB baja sensiblemente (8,3%), frente al 9,8% en el caso de Dinamarca o al 9,2% en el de Francia.

Analizando la evolución del indicador *gasto sanitario por habitante*, vemos que en el caso de la C.A. de Euskadi estamos muy lejos de los países más desarrollados a pesar de que, tal y como se aprecia, se ha hecho un esfuerzo muy grande en el periodo 1998-2009. Se ha pasado de 1.342 \$ por habitante a 3.658 \$, lo que supone un incremento del 172%, es decir, prácticamente se ha duplicado. No obstante, países como Austria, Suiza o Noruega nos duplican.

Comparando lo que representa el gasto sanitario sobre el PIB, tal y como podemos comprobar en la citada tabla, estamos 3-4 puntos por debajo de los países más desarrollados.

modu ezberdinei dagozkie. Adibidez, Ameriketako Estatu Batuen kasuan, biztanle bakoitzeko produktibitatea oso altua izanik, gastu publikoaren portzentajea BPGaren barruan txikiagoa da (% 8,3) Danimarkan baino (% 9,8) eta Frantzian baino (% 9,2).

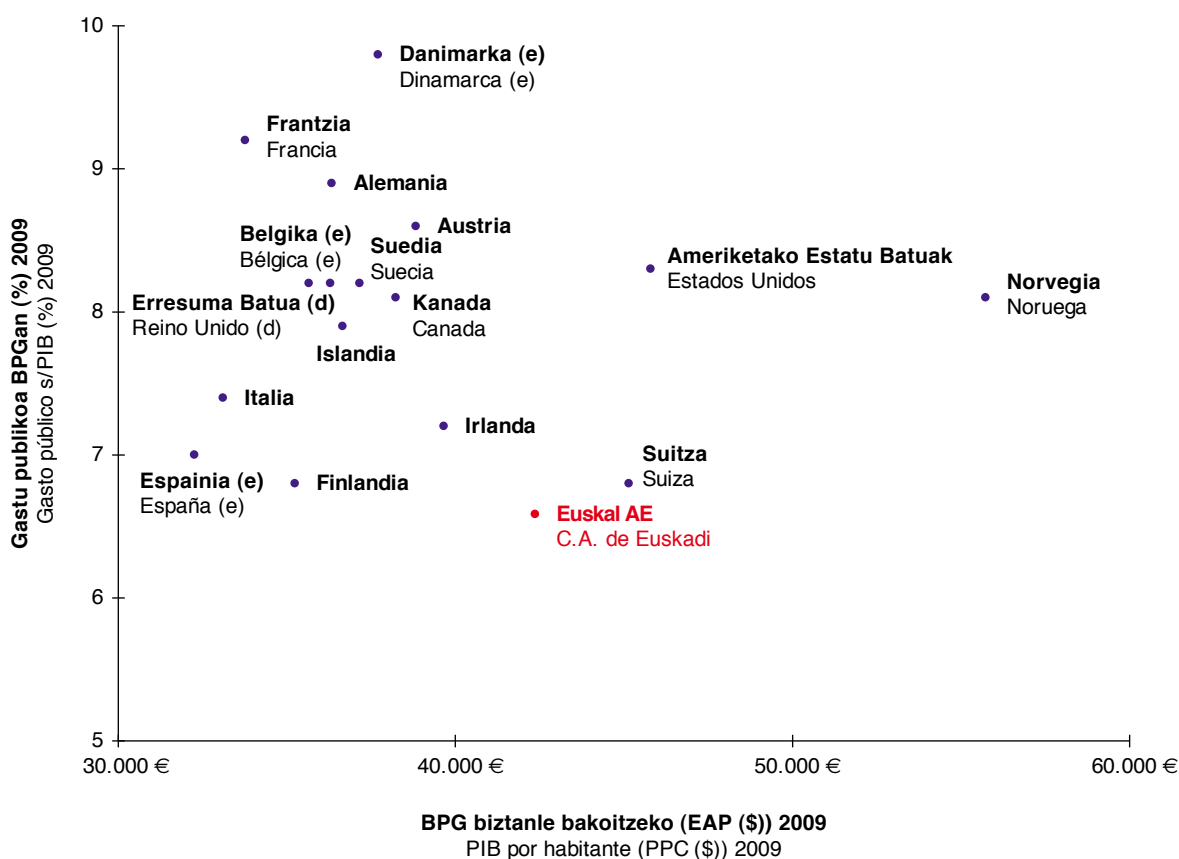
Biztanle bakoitzeko osasun gastua adierazlearen bilakaera aztertzen badugu, ikusiko dugu Euskal AEn oso urruti gaude la herrialde garatuenetatik, nahiz eta, ikusi denez, 1998-2009 denboraldian ahalegin oso handia egin den. Biztanle bakoitzeko 1.342 \$etatik 3.658 \$etara igaro gara, % 172ko gehikuntzarekin (hau da, ia-ia bikoiztu da). Halere, Austriak, Suitzak eta Norvegiak gu bikoizten gaituzte.

Osasuneko gastuak BPGan hartzen duen zatia erkatuta, taula horretan ikus dezakegunez, herrialde garatuena 3-4 puntu azpitik gaude.

P.I.B. y gasto sanitario. Representación por países

10

BPG eta osasun gastua. Herrialdeka irudikatuta



Iturria: Eustat, Osasunaren Kontua eta ECO-SALUD ELGA 2007 (2007ko uztaila)
Fuente: Eustat, Cuenta de la Salud y ECO-SALUD OCDE 2007 (Julio 07)

En el Gráfico 10 podemos apreciar perfectamente que la C.A. de Euskadi ocupa el último lugar en términos de gasto público sobre PIB en el conjunto de países considerados. Como se ha dicho, la débil correlación existente entre la evolución económica de los países y la del gasto sanitario es producto de las peculiaridades propias de los sistemas sanitarios.

10. grafikoan argi eta garbi ikus dezakegu Euskal AEk, aztertutako herrialde guztien artean, azken tokia jartzen duela BPGaren gaineko gastu publikoari dagokionez. Esan dugunez, herrialdeen bilakaera ekonomikoaren eta gastu ekonomikoaren arteko korrelazio txikia osasun sistemen berezko berezitasunen emaitza da.

7. CONCLUSIONES

El análisis evolutivo de las principales magnitudes de la salud indica que ésta ha mejorado en términos generales durante el último lustro, como así lo indica el incremento experimentado en la salud percibida y el ligero descenso del consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, el tabaco y otras drogas. Además, el aumento progresivo de la actividad física denota la importancia creciente que está otorgando la población a los hábitos de vida saludables.

Sin embargo, los datos muestran que el reto actual del sistema de salud es la atención de las enfermedades crónicas, tanto las derivadas de estilos de vida que ponen en riesgo la salud como las asociadas al envejecimiento de la población. La cronicidad y sus efectos en términos de dolor, sufrimiento y pérdida de autonomía constituyen un gran problema de salud pública y, consecuentemente, de gran trascendencia social tanto en términos de coste humano como socioeconómico.

Junto al gasto que inevitablemente está generando la atención a la cronicidad, también se observa la presión que está ejerciendo la ciudadanía vasca sobre el sistema de salud que se expresa a través de la demanda creciente de una atención sanitaria más ágil que dé respuesta a sus expectativas, su salud. Una muestra de ello es la frecuentación de las urgencias hospitalarias por problemas de salud que deberían ser atendidas en servicios de atención primaria y especializada. Todos los indicadores muestran que en el periodo 1986-2009 la actividad asistencial se ha duplicado siendo los crecimientos espectaculares. Esto revela, por un lado, la tendencia apuntada anteriormente de que la mejora de la oferta sanitaria corre paralela con la mayor demanda y preocupación por la salud, y por el otro, la fuerte presión que ejerce el envejecimiento de la población sobre la frecuentación de los servicios.

En cualquier caso, y teniendo en cuenta la fuerte presión asistencial existente en todos los dispositivos del sistema de salud, los datos sobre la utilización de los recursos sanitarios muestran que el sistema ha ganado en eficiencia tras las transformaciones estructurales realizadas.

Asimismo, los parámetros analizados relativos al gasto sanitario señalan una tendencia al alza similar a la de los países de nuestro entorno, aunque todavía, a pesar del incremento experimentado, nos situamos por detrás de muchos de ellos.

Si la búsqueda de nuevas fórmulas de gestión y organización de los servicios sanitarios ha sido el caballo de batalla principal de los sistemas de salud para contener el gasto y proporcionar una asistencia más eficiente y de mayor calidad, en la actualidad, dada la presión asistencial derivada del envejecimiento de la población y la necesidad aún mayor de limitar el gasto sanitario ante la crisis que estamos viviendo, la búsqueda de nuevas estrategias de atención y gestión sanitaria se convertirá en una prioridad ineludible de la agenda política del Sistema de Salud de la C.A. de Euskadi.

En este escenario, uno de los retos más importantes lo constituirá la búsqueda de sinergias más eficientes entre los servicios y agentes implicados en el ámbito sociosanitario a fin de lograr una atención más integral y eficaz a las personas que padecen enfermedades crónicas y situaciones de dependencia. Dadas las tendencias constatadas, la innovación en el ámbito de la salud no puede hacerse esperar.

7. ONDORIOAK

Osasunaren magnitude nagusien analisi ebolutiboak erakusten digu osasuna oro har hobetu egin dela azken bost urteetan. Hala azaltzen dute atzemandako osasunaren gehikuntzak eta substantzia toxikoen (alkoholaren, tabakoaren eta bestelako drogen) kontsumoaren jaitsiera txikiak. Gainera, jarduera fisikoaren gehikuntza mailakatuak erakusten du bizitza-ohitura osasuntsuak izatea gero eta garrantzitsuagoa dela jendearentzat.

Halere, datuek erakusten digute osasun sistemaren gaur egungo erronka gaixotasun kronikoen arreta dela, bai osasuna arriskuan jartzen duten bizitza-estiloetatik eratorritakoak, bai biztanleria zahartzearekin zerikusia dutenak. Kronikotasuna, eta minaren, sufrimenduaren eta autonomia galtzearen eremuetan kronikotasunak dituen ondorioak osasun publikoaren arazo larria dira. Horrenbestez, fenomeno horrek garrantzi handia du gizartean, kostu humanoan eta kostu sozioekonomikoan.

Kronikotasunari arreta emateak gastua sortzen du, noski, baina bestalde EAEko hiritarrek presioa egiten dute osasun sistemaren bidez, hau da, osasun arreta azkarragoa gero eta gehiago eskatzen da, osasun-espektatibei erantzuteko. Horren erakusgarri da jendea ospitaleetako larrialdietara joaten dela, askotan lehen mailako arreta zerbitzuan eta arreta espezializatuko zerbitzuan hartu beharko lirakeen osasun arazoengatik. Adierazle guztiek erakusten dute 1986-2009 denboraldian arreta jarduera bikoiztu dela; gehikuntzak ikusgarriak izan dira. Horrek, batetik, lehen aipatutako joera berresten du, hau da, osasun eskaintzaren hobekuntza eskaera handiagorekin eta osasunarengatik kezka eskutik doala, eta bestetik, gizartea zahartzeak presio handia egiten duela zerbitzuen erabilerean maiztasunean.

Nolanahi ere, osasun sistemaren alderdi guztietan dagoen arreta-presio handia kontuan izanik, osasun baliabideen erabilerrari buruzko datuek erakusten dute sistemak eraginkortasuna areagotu duela egiturazko eraldaketan ondorioz.

Era berean, osasuneko gastuari buruz aztertu diren parametroek goranzko joera erakusten dute, gure ingurune herrialdeetan bezala, baina oraindik, gehikuntza hori gorabehera, herrialde horietako askoren atzetik gaude.

Osasun zerbitzuen kudeaketa eta antolaketako formula berrien bilaketa izan da osasun sistemen helburu nagusietako bat, gastua murrizteko eta ematen den arreta eraginkorragoa eta kalitate handiagokoa izan dadin. Halere, gaur egun, gizartea zahartzearen ondorioz osasuneko arretan sortu den presioa dela bide eta bizi dugun krisialdian osasun gastua mugatu beharra dela bide, osasun arretako eta kudeaketako estrategia berrien bilaketa ezinbesteko lehentasuna izango da Euskal AEko osasun sistemaren agenda politikoan.

Testuinguru honetan, erronkarik garrantzitsuenetako bat gizarte eta osasun eremuan lan egiten duten zerbitzuen eta eragileen sinergia eraginkorragoen bilaketa izango da, gaixotasun kronikoak dituzten pertsonen eta mendetasun egoeran dauden pertsonen ematen zaien arreta integralagoa eta eraginkorragoa izatea lortzeko. Dauden joerak ikusita, osasun eremuan berrikuntzari heldu beharra dago, lehenbailehen.

BIBLIOGRAFÍA

- BAUMAN, Z. (2007). Miedo líquido: La sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona, Paidós Ibérica.
- EUSKO JAURLARITZA / GOBIERNO VASCO (2011). Plan de Salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad.
- (2011). Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, Vitoria-Gasteiz. Osakidetza, pp. 10.
- (2006). Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición socio-económica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria Gasteiz, Departamento de Sanidad.
- EUSTAT (7 de Septiembre de 2011). La esperanza de vida en Euskadi, entre las más altas de la UE. Diario Vasco .
- (2010). Nota de prensa del 22 de Julio.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO, F.; ABELLÁN, A. y RODRÍGUEZ, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 1 (13), 43-46.
- INSTITUTO DE LA MUJER (15 de febrero 2011). Nota de prensa sobre el estudio Mujer y Salud en España. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- HYPERLINK «http://www.inmujer.es/ss/Satellite?c=MIGU_NotaPrensa_FA&cid=1244651149604&language=cas_ES&pagename=InstitutoMujer/MIGU_NotaPrensa_FA/IMUJ_notaprensa»http://www.inmujer.es/ss/Satellite?c=MIGU_NotaPrensa_FA&cid=1244651149604&language=cas_ES&pagename=InstitutoMujer/MIGU_NotaPrensa_FA/IMUJ_notaprensa(consultado el 20/11/2011)
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- MACKENBACH, J. (2006). Health Inequalities: Europe in Profile, Tackling Health Inequalities Governing for Health, Londres, COI.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.
- (2011). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Vol, 89,(3) 195-202
- OSAKIDETZA (2011). Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, pp. 10.
- SOBREMONTA DE MENDICUTI, E. (2005). Desigualdades sociales en salud: el caso de la C.A. de Euskadi (Tesis Doctoral no publicada). Bilbao, Universidad de Deusto. pp.147-150.
- WILKINSON, R. Unhealthy Societies (1996). In *The Afflictions of Inequality*. London and New York, Routledge.
- WILKINSON, R.; MARMOT, M. (2003). Social determinants of health. The solid facts. OMS. Regional Office for Europe of the World Health Organization. Second edition.

BIBLIOGRAFIA

- BAUMAN, Z. (2007) Miedo líquido: La sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona, Paidós Ibérica.
- EUSKO JAURLARITZA / GOBIERNO VASCO (2011). *2002-2010 Osasun Plana*. Gasteiz, Osasun Saila.
- (2011). Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia, Gasteiz. Osakidetza, 10. orr.
- (2006). *Ezberdintasun sozialak heriotza-tasan: hilkortasuna eta posizio sozioekonomikoa EAEn, 1996 -2001*. Gasteiz, Osasun Saila.
- EUSTAT (2011ko irailaren 7a). La esperanza de vida en Euskadi, entre las más altas de la UE. *Diario Vasco* .
- (2010). uztailaren 22ko prentsa-oharra.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO, F.; ABELLÁN, A. eta RODRÍGUEZ, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 1 (13), 43-46.
- INSTITUTO DE LA MUJER (15 de febrero 2011). Nota de prensa sobre el estudio Mujer y Salud en España. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- HYPERLINK «http://www.inmujer.es/ss/Satellite?c=MIGU_NotaPrensa_FA&cid=1244651149604&language=cas_ES&pagename=InstitutoMujer/MIGU_NotaPrensa_FA/IMUJ_notaprensa»http://www.inmujer.es/ss/Satellite?c=MIGU_NotaPrensa_FA&cid=1244651149604&language=cas_ES&pagename=InstitutoMujer/MIGU_NotaPrensa_FA/IMUJ_notaprensa(consultado el 20/11/2011)
- 39/2006 LEGEA, abenduaren 14koa, Autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun egoeran dauden pertsonentzako arretari buruzkoa.
- MACKENBACH, J. (2006). Health Inequalities: Europe in Profile, Tackling Health Inequalities Governing for Health, Londres, COI.
- OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA (2008). Belaunaldi batean desberdintasunak desagerraraztea: Osasun berdintasuna lortzea osasunaren baldintzatzaile sozialetan jardunez. Osasunaren Baldintzatzaile Sozialen Batzordea. Geneva.
- (2011). Osasunaren Mundu Erakundearen buletina. 89. bol,(3) 195-202
- OSAKIDETZA (2011). Euskadin kronikotasunaren erronkari aurre egiteko estrategia, 10. orr.
- SOBREMONTA DE MENDICUTI, E. (2005). *Desigualdades sociales en salud: el caso de la C.A. de Euskadi (Tesis Doctoral no publicada)*. Bilbo, Deustuko Unibertsitatea. 147-150. orr.
- WILKINSON, R. Unhealthy Societies (1996). In *The Afflictions of Inequality*. London and New York, Routledge.
- WILKINSON, R.; MARMOT, M. (2003) Social determinants of health. The solid facts. OMS. Regional Office for Europe of the World Health Organization. Second edition.