

Osasunaren Ikuspegia 2008

Panorama de la Salud 2008



Lanketa / Elaboración:

EUSTAT

Euskal Estatistika Erakundea

Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT)

Argitalpena / Edición:

EUSTAT

Euskal Estatistika Erakundea

Instituto Vasco de Estadística

Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

© **Euskal AEko Administrazioa**

Administración de la C.A. de Euskadi

Ale-kopurua / Tirada:

1.500 ale / ejemplares

VI-2010

Inprimaketa eta koadernaketa

Impresión y encuadernación:

Estudios Gráficos ZURE, S.A.

Carretera Lutxana-Asua, 24A

Erandio-Goikoa (Bizkaia)

ISBN: 978-84-7749-462-1

Lege gordailua / Depósito legal: BI 1630-2010

PRESENTACIÓN

Eustat presenta la primera edición del Panorama de la Salud, publicación de síntesis que supone un paso más en la trayectoria de Eustat en el análisis estadístico y que se ha realizado en colaboración con el órgano estadístico del Departamento de Sanidad y Consumo. Una de las aspiraciones del Instituto es realizar análisis integradores que recojan y sintetizen información relevante para el conocimiento de un sector desde varios puntos de vista y que incorporen indicadores de comparación con otros ámbitos geográficos de referencia.

En este caso, el Panorama de la Salud pretende ofrecer una visión lo más completa posible, además de comparativa del sector sanitario vasco desde distintos enfoques, a partir de los últimos datos recogidos por las diferentes estadísticas que realiza Eustat y el Departamento de Sanidad y Consumo.

La estructura de la publicación Panorama de la Salud se concreta en 5 capítulos, el primero de los cuales avanza el contexto socioeconómico en el que se mueve el sector. El capítulo 2 analiza los determinantes no médicos de la salud, que hacen referencia al medio ambiente y a los hábitos de vida, así como a las enfermedades causadas por los estilos de vida insanos. En el capítulo 3 se investigan los indicadores básicos para determinar el estado de salud y el nivel de bienestar existente en un país o región, como son: la esperanza de vida, la tasa de mortalidad y el estado de salud percibido por la población, así como la morbilidad hospitalaria. En el capítulo 4 se examina el sistema de salud por sus prácticas preventivas, recursos disponibles y la utilización de dichos recursos sanitarios. El último capítulo, se dedica a situar al sector sanitario de la C. A. de Euskadi en el contexto internacional, mediante un amplio panel de indicadores, principalmente proporcionados por Eurostat y la OCDE, que contribuyen al conocimiento del estado de salud y de los servicios sanitarios en los países de la UE-27.

Esperamos que esta publicación, junto con la información mucho más desagregada y minuciosa recogida y tratada por Eustat en sus diferentes encuestas, sirva de referencia para cualquier analista que pretenda conocer mejor la situación del sector sanitario vasco.

Agradecemos a todos los organismos que, mediante su colaboración en las distintas estadísticas de Eustat, han hecho posible este estudio. También queremos agradecer cualquier sugerencia que contribuya a mejorar nuestro trabajo y la calidad de nuestras estadísticas.

Vitoria-Gasteiz, junio de 2010
JAVIER FORCADA SAINZ
Director General

AURKEZPENA

Eustatek lehenengo Osasunaren Ikuspegia aurkezten du. Laburtuta dagoen argitalpen honen bidez Eustatek azterketa estatistikoan aurrerapausoa eman du. Osasun eta Kontsumo Sailaren estatistika-organoarekin elkarlanean egin du lana. Erakundeak, besteak beste, sektore bat ezagutzeko informazio garrantzitsua bildu eta laburtzen duten azterketa integratzaileak egin nahi ditu ikuspegi ezberdinetatik, eta azterketa horiek erreferentziako beste geografi eremu batzuekin konparatzeko adierazleak izatea lortu nahi du.

Kasu honetan, Osasunaren Ikuspegiaren bidez, EAEko osasun sektorearen gaineko ahalik eta ikuspegi osoena eta alderatua eman nahi da ikuspegi ezberdinetatik; eta, horretarako, Eustatek eta Osasun eta Kontsumo Sailak egiten dituzten estatistiketan jasotako azken datuak hartu dira oinarritzat.

Osasunaren Ikuspegia izeneko argitalpenak 5 kapitulu ditu: horietako lehenak sektorearen testuinguru sozioekonomikoa azaltzen du. 2. kapitulu osasunaren medikuntzaz kanpoko ezaugarriak aztertzen dira: ingurumena, bizi-ohiturak eta osasungarriak ez diren bizi-ohituren ondoriozko eritasunak. 3. kapitulu osasun egoera zein den jakiteko oinarritzat adierazleak eta herrialde edo eskualde jakin bateko ongizate-maila ikertzen dira, hala nola: bizi-itxaropena, heriotza tasa, herritarren iritziz duten osasun egoera eta ospitaleetako erikortasuna. 4. kapitulu osasun sistema aztertzean prebentzio neurriak, erabilgarri dauden baliabideak eta osasun baliabideen erabilera hartu dira aintzat. Azken kapitulu, Euskal AEko osasun sektorea nazioartekoarekin alderatu da. Adierazle ugari erabili dira alderaketarako, batez ere Eurostatek eta ELGEk emandakoak, eta horrela EB-27ko herrialdeetako osasun egoera eta osasun zerbitzuen egoera zein diren jakin ahal izan da.

Beraz, benetan espero dugu argitalpen hau eta Eustatek inkesta ezberdinen bidez bildu eta erabilitako informazio askoz banakatuagoak eta zehatzagoak abiapuntu eta erreferentzia izan daitezela EAEko osasun sektorea hobeto ezagutu nahi duen edozein analistarentzat.

Eustaten estatistikak betez lagundu duten erakunde guztiei eskerrak eman nahi dizkiegu, horiei esker burutu ahal izan baita azterlan hau. Pozik hartuko ditugu gure lana eta gure estatistiken kalitatea hobetzen lagun dezaketen iradokizun guztiak.

Vitoria-Gasteiz, 2010. urteko ekaina
JAVIER FORCADA SAINZ
Zuzendari nagusia

ÍNDICE

AURKIBIDEA

	Pág./Or.	
1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO	11	1. TESTUINGURU SOZIOEKONOMIKOA
2. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD	19	2. OSASUNAREN ERAGILEAK, MEDIKUNTZAZ KAN- POKOAK
2.1. Medio ambiente	21	2.1. Ingurunea
2.1.1. Calidad del aire	22	2.1.1. Airearen kalitatea
2.1.2. Emisiones de gases de efecto invernadero (GEIs)	23	2.1.2. Berotegi-efektuko gasen isurpena (BEG-en)
2.1.3. Calidad del agua de consumo	25	2.1.3. Kontsumorako uraren kalitatea
2.1.4. Recuperación de suelos para nuevos usos	26	2.1.4. Lurrak leheneratzea beste erabilera batzuetarako
2.2. Hábitos de vida	27	2.2. Bizi-ohiturak
2.2.1. Actividad física	27	2.2.1. Jarduera fisikoa
2.2.2. Exceso de peso	29	2.2.2. Pisu gehiegia
2.2.3. Obesidad	31	2.2.3. Gizentasuna
2.2.4. Peso insuficiente	32	2.2.4. Pisu gutxiegia
2.2.5. Accidentes	32	2.2.5. Istripuak
2.2.6. Población fumadora	33	2.2.6. Erretzaileak
2.2.7. Población exfumadora	34	2.2.7. Erretzaile ohiak
2.2.8. Población bebedora de riesgo	35	2.2.8. Edale arriskutsuak
2.2.9. Hábitos alimentarios	36	2.2.9. Elikatzeko ohiturak
2.2.10. Hábitos de sueño	38	2.2.10. Loaren ohiturak
3. ESTADO DE SALUD	41	3. OSASUN EGOERA
3.1. Esperanza de vida	43	3.1. Bizi-itxaropena
3.2. Mortalidad	46	3.2. Heriotza tasa
3.2.1. Evolución	46	3.2.1. Bilakaera
3.2.2. Mortalidad. Año 2008	49	3.2.2. Heriotza tasa 2008. urtean
3.2.3. Principales causas de defunción	51	3.2.3. Heriotzaren eragile nagusiak
3.2.4. Mortalidad infantil	53	3.2.4. Haurren heriotza tasa
3.2.5. Desigualdades sociales en la mortalidad	55	3.2.5. Heriotza gizarte maila ezberdinetan
3.3. Estado de salud: Percibido y declarado	60	3.3. Osasun egoera: hautemandakoa eta jasotakoa
3.3.1. Autovaloración de la salud	61	3.3.1. Osasunaren autobalorazioa
3.3.2. Salud mental	62	3.3.2. Osasun mentala
3.3.3. Limitación crónica de la actividad	64	3.3.3. Jardueraren mugaketa kronikoa
3.3.4. Hipertensión	66	3.3.4. Hipertentsioa
3.4. Morbilidad hospitalaria	67	3.4. Ospitaleetako erikortasuna
3.4.1. Evolución	69	3.4.1. Bilakaera
3.4.2. Morbilidad hospitalaria por género, edad y grandes grupos de diagnóstico	70	3.4.2. Ospitaleetako erikortasuna, generoaren, adinaren eta diagnostiko-multzo handien arabera
3.4.3. Hospital de día	74	3.4.3. Egunko ospitalea
3.4.4. Neoplasias	76	3.4.4. Neoplasiak
4. SISTEMA DE SALUD	79	4. OSASUN SISTEMA
4.1. Prácticas preventivas	81	4.1. Aurrea hartzeko neurriak
4.1.1. Vacunación antigripal	81	4.1.1. Gripearren aurkako txertoa
4.1.2. Tensión arterial	82	4.1.2. Arteria-presioa

4.1.3. Mamografías	83	4.1.3. Mamografiak	
4.1.4. Citologías	84	4.1.4. Zitologiak	
4.2. Recursos	85	4.2. Baliabideak	
4.2.1. Centros sanitarios	85	4.2.1. Osasun zentroak	
4.2.2. Recursos humanos	88	4.2.2. Giza Baliabideak	
4.2.3. Formación del personal en Ciencias de la Salud	91	4.2.3. Osasun zientzien prestakuntza duten langileak	
4.3. Utilización de los recursos sanitarios	92	4.3. Osasun baliabideen erabilera	
4.3.1. Atención médica ambulatoria. Consultas	92	4.3.1. Anbulatorioetako medikuaren arreta. Kontsultak	
4.3.2. Atención hospitalaria	95	4.3.2. Ospitaleetako arreta	
4.3.3. Atención de urgencias	100	4.3.3. Larrialdietako arreta	
4.4. Gastos en salud	102	4.4. Osasunean egindako gastua	
5. COMPARACIÓN INTERNACIONAL	109	5. NAZIOARTEKO ALDERAKETA	
5.1. Resumen	111	5.1. Laburpena	
5.2. Contexto	114	5.2. Testuingurua	
5.2.1. Población y su evolución	114	5.2.1. Biztanleak eta horien bilakaera	
5.2.2. Población mayor y población infantil	116	5.2.2. Adinekoak eta umeak	
5.2.3. Esperanza de vida y renta per cápita	118	5.2.3. Bizi-itxaropena eta biztanleko errenta	
5.3. Estado de salud	120	5.3. Osasun egoera	
5.3.1. Esperanza de vida al nacer	120	5.3.1. Bizi-itxaropena jaiotzean	
5.3.2. Tasa de mortalidad	122	5.3.2. Heriotza tasa	
5.3.3. Tasa de mortalidad, según causas	124	5.3.3. Heriotza tasa, arrazoen arabera	
5.3.3.1. Tasa de mortalidad. Sistema circulatorio	126	5.3.3.1. Heriotza tasa. Zirkulazio sistema	
5.3.3.2. Tasa de mortalidad. Cáncer	128	5.3.3.2. Heriotza tasa. Minbizia	
5.3.4. Tasa de mortalidad estandarizada	130	5.3.4. Heriotza tasa estandarizatua	
5.3.4.1. Tasa de mortalidad estandarizada	130	5.3.4.1. Heriotza tasa estandarizatua	
5.3.4.2. Tasa de mortalidad estandarizada, según género	132	5.3.4.2. Heriotza tasa estandarizatua, generoaren arabera	
5.3.5. Tasa de mortalidad estandarizada, según causas	134	5.3.5. Heriotza tasa estandarizatua, arrazoen arabera	
5.3.5.1. Tasa de mortalidad estandarizada. Sistema circulatorio	136	5.3.5.1. Heriotza tasa estandarizatua. Zirkulazio sistema	
5.3.5.2. Tasa de mortalidad estandarizada. Cáncer	138	5.3.5.2. Heriotza tasa estandarizatua. Minbizia	
5.4. Determinantes de salud no médicos	140	5.4. Osasunaren mugatzaileak	
5.4.1. Consumo de alcohol	140	5.4.1. Alkoholaren kontsumoa	
5.4.2. Consumo de tabaco	142	5.4.2. Tabakoaren kontsumoa	
5.4.3. Obesidad	144	5.4.3. Gizentasuna	
5.4.4. Emisión de gases de efecto invernadero	146	5.4.4. Berotegi-efektuko gasen isurketa	
5.5. Personal de la salud	148	5.5. Osasun arloko langileak	
5.5.1. Personal medio por cama disponible en hospitales de agudos	148	5.5.1. Gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko langile kopurua	
5.5.2. Personal medio de enfermería por cama disponible en hospitales de agudos	150	5.5.2. Gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko langile kopurua	
5.5.3. Personal graduado en medicina	152	5.5.3. Medikuntzan graduatutako pertsonak	
5.5.4. Personal diplomado en enfermería	154	5.5.4. Erizaintzan diplomatutako pertsonak	
5.5.5. Personal médico facultado para la práctica médica	156	5.5.5. Medikuntzan aritzeko gaituta dauden medikuak	
5.6. Asistencia sanitaria	158	5.6. Osasun laguntza	
5.6.1. Camas en hospitales de agudos	158	5.6.1. Gaixo akutuen ospitaleetako ohe kopurua	
5.6.2. Altas hospitalarias	160	5.6.2. Ospitaleetako altak	
5.6.3. Altas hospitalarias, según causas	162	5.6.3. Ospitaleetako altak, arrazoiaren arabera	
5.6.3.1. Altas hospitalarias, sistema circulatorio	164	5.6.3.1. Ospitaleetako altak, zirkulazio sistema	
5.6.3.2. Altas hospitalarias, aparato digestivo	166	5.6.3.2. Ospitaleetako altak, digestio-aparatua	
5.6.4. Estancia media en hospitales de agudos	168	5.6.4. Batez besteko egonaldia gaixo akutuen ospitaleetan	

5.6.5. Ocupación de las camas en hospitales de agudos	170	5.6.5. Gaixo akutuen ospitaleetako oheen okupazioa
5.6.6. Consultas médicas per cápita	172	5.6.6. Mediku-kontsultak, biztanle bakoitzeko
5.6.7. Consultas odontológicas per cápita	174	5.6.7. Kontsulta odontologikoak, biztanle bakoitzeko
5.6.8. Cesáreas por cada 100 nacidos vivos	176	5.6.8. Zesarea kopurua, bizirik jaiotako 100 ume bakoitzeko
5.7. Gastos en salud y financieros	178	5.7. Osasun eta finantza gastuak
5.7.1. Gastos en salud (% PIB)	178	5.7.1. Osasun gastua (BPGren %)
5.7.2. Gasto en salud per cápita (\$ en ppc), según financiación	180	5.7.2. Biztanle bakoitzeko osasun gastua (\$ eap-n), finantzaketaren arabera
5.7.3. Gasto público en salud según la fuente de financiación del sector institucional	182	5.7.3. Osasuneko gastu publikoa, finantzaketa iturriaren eta erakunde-sektorearen arabera
5.7.4. Gasto en salud según proveedores y funciones de gasto	184	5.7.4. Osasuneko gastua, hornitzaileen eta gastuaren funtzioen arabera

1

TESTUINGURU SOZIOEKONOMIKOA

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Entre noviembre de 2001 y de 2006 la población de la C.A. de Euskadi creció casi en 50.000 habitantes –46.752– a un ritmo medio anual del 0,45%, sólo dos centésimas por debajo del crecimiento de la UE-27.

Álava se adjudica un 41,6% de ese crecimiento (1,32% anual), repartiéndose el resto casi a partes iguales los otros dos territorios. Bizkaia aumentó sus efectivos poblacionales en un 0,25% anual y Gipuzkoa un 0,39%.

El crecimiento en el conjunto de España alcanzó proporciones desconocidas en todo el siglo pasado, siendo para el período citado de un 2,05% anual de media. Esta evolución ha supuesto un aumento de 4.353.366 habitantes, el 47,4% del saldo poblacional de la Unión Europea de los 27 estados. La C.A. de Euskadi contribuye a ese aumento con un escaso 1,1% del total.

Como se puede apreciar en la tabla 1, el aumento poblacional del primer quinquenio del siglo se consigue básicamente por efecto del saldo migratorio y en mucha menor medida por la diferencia entre nacimientos y defunciones. De hecho, hasta 2004 se constatan saldos vegetativos negativos. En el año 2000 comienzan a ser sensiblemente superiores las lle-

2001eko azarotik 2006ko azarora bitartean, Euskal AEn ia 50.000 biztanle gehiago izan dira –46.752–; hau da, urtean % 0,45 hazi da biztanle kopurua, eta hazkunde hori EB-27ko hazkunde baina bi hamarren txikiagoa bakarrik izan da.

Hazkunde horren % 41,6 Araban gertatu da (% 1,32 urtean), eta gainerakoa ia ehuneko berean banatu dute beste bi lurraldeek. Bizkaian % 0,25 igo da biztanle kopurua urtean, eta Gipuzkoan % 0,39.

Espainia osoko hazkunde aurreko mendean inoiz ikusi ez zen modukoa izan da: aztertutako aldian % 2,05 igo da batez beste biztanle kopurua, urtean. Beste modu batera esanda, 4.353.366 biztanle gehiago izan ditu, 27 kidez osatutako Europar Batasunaren biztanle kopuruaren % 47,4. Euskal AEk hazkunde osoaren % 1,1 eskasa izan du.

1. taulan ikusten den bezala, mendeko lehenengo bosturtekoan izan den hazkunde, funtsean, migrazio saldoaren ondorioz lortu da eta hein handiago batean jaiotzen eta heriotzen arteko aldearen ondorioz. Izan ere, 2004. urtera arte, saldo begetatiboak negatiboak izan dira. 2000. urtean, heldutako biztanle kopurua joandakoena baino pixka bat handia-

Gráfico 1
Tasas de crecimiento intercensal por territorio histórico y para España. (%)

1. grafikoa
Errolda arteko hazkunde tasa, lurralde historikoetan eta Espainian. (%)

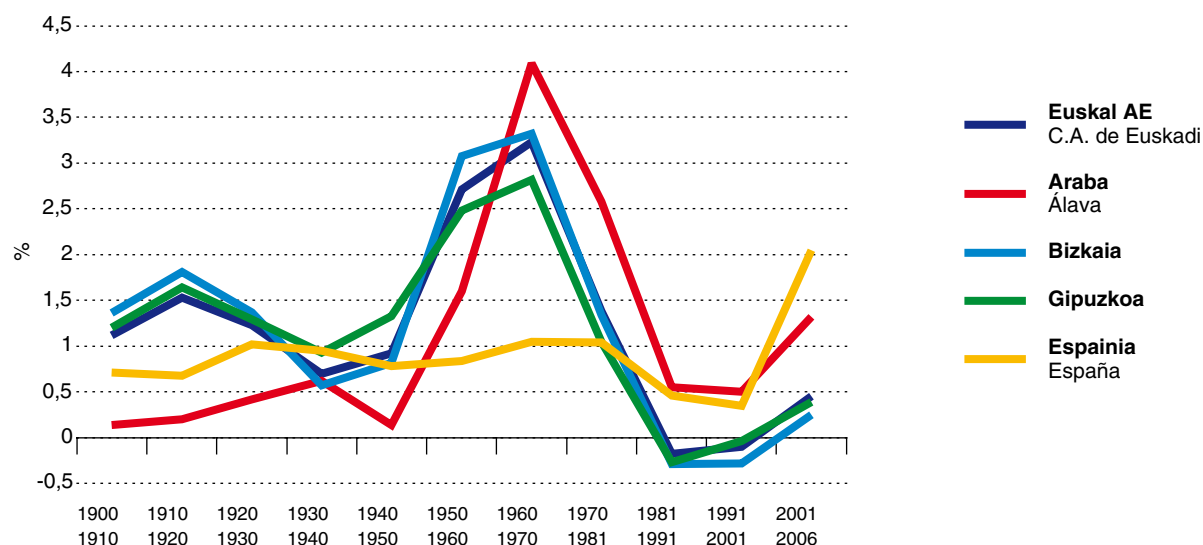


Tabla 1
Evolución de los saldos vegetativos y migratorios por territorio histórico. 1991-2005

1. taula
Saldo begetatiboen eta migrazio saldoen bilakaera lurralde historiko bakoitzean. 1991-2005

	Saldo begetatiboa / Saldo vegetativo				Migrazio saldoa / Saldo migratorio			
	Euskal AE C.A. de Euskadi	Araba Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	Euskal AE C.A. de Euskadi	Araba Álava	Bizkaia	Gipuzkoa
1991	-538	357	-763	-132	-2.611	741	-2.700	-653
1992	-307	393	-687	-13	-4.662	508	-3.809	-1.362
1993	-998	333	-1.190	-141	-4.542	741	-3.342	-1.941
1994	-1.509	91	-1.310	-254	-5.370	437	-4.131	-1.677
1995	-2.182	34	-1.950	-266	-4.814	668	-3.988	-1.493
1996	-2.044	161	-1.864	-341	-3.057	1.808	-3.128	-1.737
1997	-1.210	189	-1.431	32	-1.738	932	-2.327	-343
1998	-2.038	145	-1.855	-328	-2.213	309	-2.257	-264
1999	-1.609	49	-1.511	-147	-1.188	423	-1.705	93
2000	-926	296	-1.396	174	2.560	1.504	828	226
2001	-440	217	-968	311	7.079	2.316	3.184	1.579
2002	-486	325	-1.058	247	6.237	2.710	3.425	103
2003	-38	337	-878	503	6.251	2.241	4.020	-9
2004	910	534	-392	768	9.024	3.168	5.280	575
2005	894	410	-343	827	13.321	3.020	7.422	2.880

Iturria: Eustat. Jaiozen Estatistika, Heriotzen Estatistika eta Migrazio-mugimenduen Estatistika.

Fuente: Eustat. Estadística de Nacimientos, Defunciones y Movimientos Migratorios.

gadas a las salidas de población, invirtiendo una larga tendencia de saldos migratorios negativos.

Una parte sustancial del incremento de habitantes en este comienzo de siglo deriva de la llegada de extranjeros: se ha pasado de contabilizar 31.000 residentes de esta característica en 2001 a 95.000 en 2006. El 51% residen en Bizkaia, el 20% en Álava y el resto en Gipuzkoa, distribución que no ha variado sustancialmente en los cinco años de referencia. Representan el 4,5% de la población, media que se repite sin muchas diferencias en Bizkaia y Gipuzkoa, pero que sube al 6,4% en Álava. El padrón a 1 de enero de 2007 arrojaba un 10% de extranjeros en España (4.500.000), superando ese porcentaje las comunidades autónomas con una amplia presencia del sector servicios: Islas Baleares -18,5%- , Comunidad Valenciana -15%- , Murcia -14,5%- , Madrid -14,3%- y Cataluña -13,5%- . Las comunidades de la cornisa cantábrica presentan las tasas más bajas, sin superar en ningún caso el 5%. Navarra se aproxima a la media estatal con un 9,2%.

Según informan las proyecciones de población realizadas por Eustat con base en 2001, parece que el crecimiento anual medio se mantendrá entre un 0,4% y un 0,5%, llegando a las 2.200.000 personas en 2015. Álava será el territorio que acumule el incremento mayor -el 40%-.

Con respecto a la distribución de la población por edad cabe reseñar que ya empieza a ser visible en la pirámide la ligera recuperación de la natalidad que comenzó en el último quin-

goa izan da; horrela, migrazio saldo negatibodun joera luzea alderantzikatu egin da.

Mende hasierako biztanleen gorakadaren zati handi bat atzeritarrak etortzeagatik eman da: 2001. urtean ezaugarri horretako 31.000 egoiliar zeuden eta 2006. urtean 95.000. % 51 Bizkaian bizi zen, % 20 Araban eta beste guztiak Gipuzkoan; erreferentziako bost urteetan zehar, gainera, banaketa hori ez da askorik aldatu. Biztanleen % 4,5 dira, eta batezbesteko hau antzera eman da Bizkaian eta Gipuzkoan baina Araban % 6,4 igo da. 2007ko urtarilaren 1eko erroldaren arabera, Espainiako biztanleen % 10 atzeritarra zen (4.500.000); baina zerbitzuen sektorea nagusi duten autonomia-erkidegoetan ehuneko hori handiagoa izan da: Balear Uharteak -% 18,5-, Valentziako Erkidegoa -% 15-, Murtzia -% 14,5-, Madril -% 14,3- eta Katalunia -% 13,5-. Kantauriko erlaitzean dauden erkidegoetan eman dira tasarik txikienak, batek ere ez du gainditu % 5a. Nafarroa Estatuko batezbestekotik hurbil egon da, % 9,2arekin.

Eustatek 2001eko oinarriarekin egindako biztanleen gaineko proiektzioen arabera, urteko batez besteko hazkundea 0,4 eta 0,5 artean mantenduko dela eta 2015. urtean 2.200.000 pertsona egongo dela ematen du. Araban emango da hazkunde-rik handiena -% 40-.

Biztanleak adinaren arabera sailkatuz gero, piramidean dagoeneko hasi da ikusten jaioza tasak pixkanaka gora egiten duela. Gorakada hori aurreko mendeko azken bosturtekoan

queno del siglo pasado: de 0 a 4 años en 2006 hay 12.976 personas más que en 2001 y de 5 a 8 un aumento de 8.236. Aun así, se está muy lejos del tamaño generacional máximo alcanzado en 1976 (41.100 nacidos); en 2006 nacieron 20.043 niños. El aporte migratorio se distribuye básicamente entre las generaciones de los nacidos entre 1995 y 1956 (10 y 49 años en 2006), sin afectar notoriamente a grupos concretos; han sido las generaciones de 1978 a 1987 (18 a 27 años en 2006) las que mayores efectivos reciben: crecen entre un 5% y un 7% de 2001 a 2006.

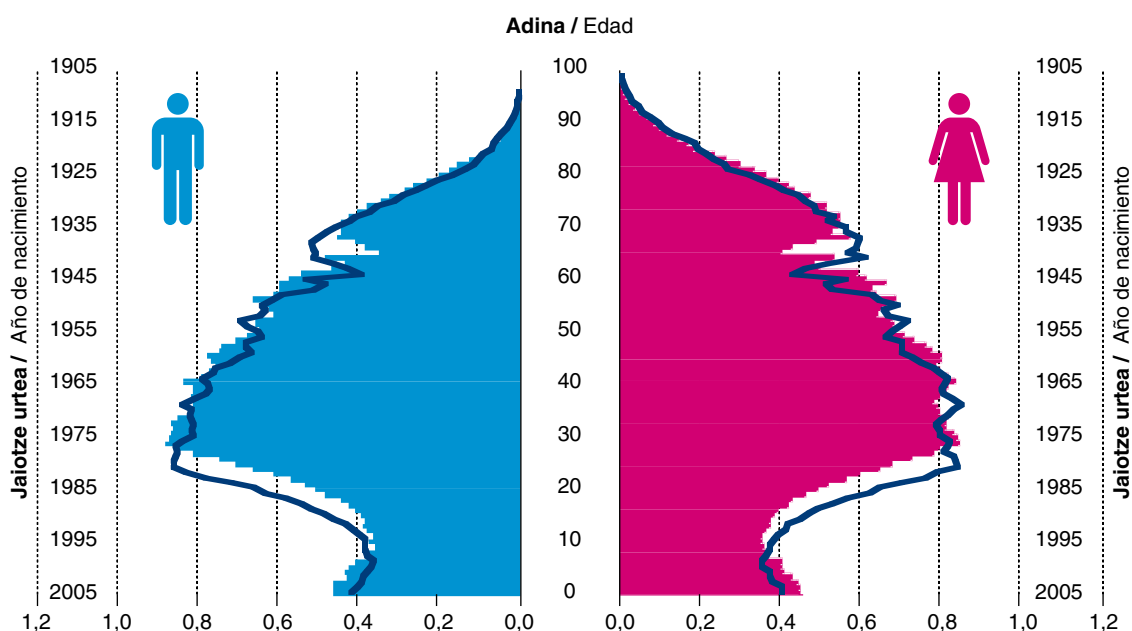
Los veinte años de caída de la natalidad, junto con el aumento de la esperanza de vida y los saldos migratorios negativos o mínimos, han producido una proporción de jóvenes reducida –de un 16,5%–, casi seis puntos menos que la media de la UE-25 y 3,4 menos que España. En 1900 y en la C.A. de Euskadi los jóvenes de las edades citadas representaban el 44,5%, bajando al 34,3% en 1981.

hasi zen: 2006. urtean 2001ean baino 12.976 pertsona gehiago egon dira 0-4 urte arteko tartean, eta 8.236 pertsona gehiago 5-8 urte arteko tartean. Hala ere, 1976. urtean jaio-takoen kopurutik oso urrun geratu da (41.100 ume jaio ziren urte horretan); 2006. urtean 20.043 ume jaio dira. Migrazioa 1995 eta 1996 urteetan jaiotako umeen artean banatzen da funtsean, (2004. urtean 10 eta 49 urte), talde jakinetan eragin handirik izan gabe; 1978 eta 1987 urteen arteko belau-naldiak izan dira (2006. urtean 18 eta 27 urte) pertsona gehien hartu dutenak: 2001. urtetik 2006ra % 5 eta % 7 artean hazi da.

Hogei urtean zehar jaiotza tasak behera egin du, bizi-itxaropena luzeagoa da eta migrazio saldoak negatiboak edo gutxienekoak dira. Hori guztia kontuan hartuta, gazte kopurua txikia da –% 16,5–, EB-25eko batezbestekoa baino ia sei puntu txikiagoa eta Espainiako batezbestekoa baino 3,4 puntu txikiagoa. 1900. urtean, Euskal AEn, aipatutako adineko gazteak % 44,5 izan ziren; eta 1981. urtean % 34,3.

Gráfico 2
Pirámides de población de la C.A. de Euskadi 2001-2006

2. grafikoa
Biztanleen piramideak, 2001-2006 urte artekoak



Iturria: Eustat. Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Estatistika 2006, Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Zentsuak 2001.
Fuente: Eustat. Estadística de Población y Viviendas 2006, Censos de Población y Viviendas 2001.

La C.A. de Euskadi cuenta con un número de mayores –de 65 años y más– importante que la sitúan a la altura de los países con población más envejecida de Europa, con un 18,6%, casi dos puntos por encima de la media de la UE-25, en la que prácticamente se sitúa la proporción española. De 1900 a 1981 se ha incrementado en 4,3 puntos porcentuales el peso de este colectivo en la C.A. de Euskadi, mientras que en los últimos 25 años se ha duplicado, al pasar del 9,1% en 1981 al 18,6% citado. No sólo se aprecia un envejecimiento intenso sino también muy rápido.

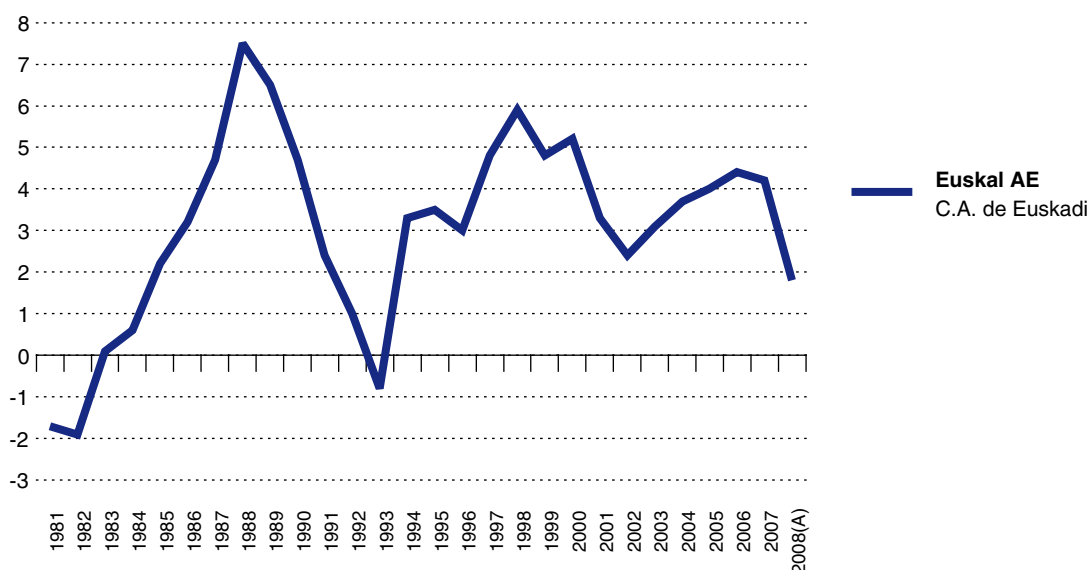
Euskal AEn adineko –65 urte eta gehiagoko– pertsona kopurua handia da; horrela, Europako herrialde zahartueneren artean dago, % 18,6arekin, EB-25eko batezbestekotik ia bi puntu gorago. Espainiaren ehunekoa honen parean dago. 1900. urtetik 1981. urtera ehuneko 4,3 puntu igo da Euskal AEko talde horren kopurua, baina azken 25 urteetan kopurua hirukoiztu egin da: 1981. urtean % 9,1 eta gero % 18,6. Zahartzea handia eta oso azkarra izan da.

Casi una cuarta parte de los mayores tienen 80 y más años –el 5% de la población–, porcentaje sólo superado por Suecia –5,4%–. Esto supone que en 2006 había en la C.A. de Euskadi 105.800 personas de esa edad y algo menos de la mitad –45.100– con 85 y más. Según las proyecciones de Eustat en base a 2001, en 2010 la población de 80 y más años ascenderá a 129.000 –el 6% de la población–, de ellos 59.000 tendrán 85 y más.

Adinekoen ia laurdenak 80 urte eta gehiago izan ditu –biztanleen % 5–. Suediak bakarrik gainditu du ehuneko hori –% 5,4–. 2006. urtean adin horretako 105.800 pertsona zeuden Euskal AEn eta erdia baino pixka bat gutxiago –45.100– 85 urte eta gehiagorekin. Eustatek 2001eko oinarriarekin egindako proiektzioen arabera, 2010. urtean 80 urteko eta gehiagoko biztanleen kopurua 129.000 izango da –biztanleen % 6–; horietako 59.000 pertsonak, gainera, 85 urte eta gehiago izango ditu.

Gráfico 3
Evolución del PIB. Índice de volumen encadenado (base 2005). 1980-2008(A)

3. grafikoa
BPGren bilakaera. Kateatutako bolumen-indizea (oinarria: 2005). 1980-2008 (A)



Iturria: Eustat. Kontu Ekonomikoak (A). Behin-behineko datuak.
Fuente: Eustat. Cuentas Económicas (A). Datos provisionales.

Los cambios de tendencia poblacionales al alza, que se sitúan en las inmediaciones del salto de milenio, vienen precedidos de crecimientos de la economía notables a partir de 1994. Han sido trece años, hasta el año 2006, con crecimientos del Producto Interior Bruto –PIB– que han superado el 3% anual, mientras que en el año 1993 (A) la crisis económica se manifiesta en la C.A. de Euskadi y el crecimiento del PIB decae, creciendo tan sólo un 1,8%.

En paralelo con los años de crecimiento económico ininterrumpido, desde 1994 se vienen produciendo aumentos netos de empleo y una fuerte bajada de las personas desempleadas. Mientras que en 1993 y 1994 casi una de cada cuatro personas activas no tenían empleo (el 18% de varones y más del 34% de mujeres), ya en 2005 se bajó del 5% de tasa de paro, afectando en 2008 a una media de 38.000 personas.

A la vez, el volumen total de las personas ocupadas se sitúa próximo al millón, 987.000 en 2008, después de crecimientos constantes desde 1996. La paulatina incorporación de la mujer al empleo ha supuesto el 52% del crecimiento en la

Milurtekoa aldatu aurretik biztanleen kopuruak gorako joera izan du, batez ere 1994. urteaz gero ekonomiak hazkunde handia izan zuelako. 2006. urtera arte hamahiru urtean zehar gehitu da Barne Produktu Gordina (BPG), urtean % 3tik gora. 2008(A) urtean nabaritu da krisi ekonomikoa Euskal AEn; eta BPGren hazkundeak behera egin du, soilik igo da % 1,8.

Era berean, 1994. urteaz gero ekonomia etengabe haztean enpleguak ere igoera garbia izan zuen eta langabetu kopuruak izugarri egin zuen behera. 1993 eta 1994 urteetan, lau pertsona aktibotik batek ez zuen lanik (% 18 gizonezkoak eta % 34 emakumezkoak). 2005. urtean, alabaina, langabezia tasak % 5etik behera egin zuen, eta 2008. urtean batez beste 38.000 pertsona egon dira langabezia.

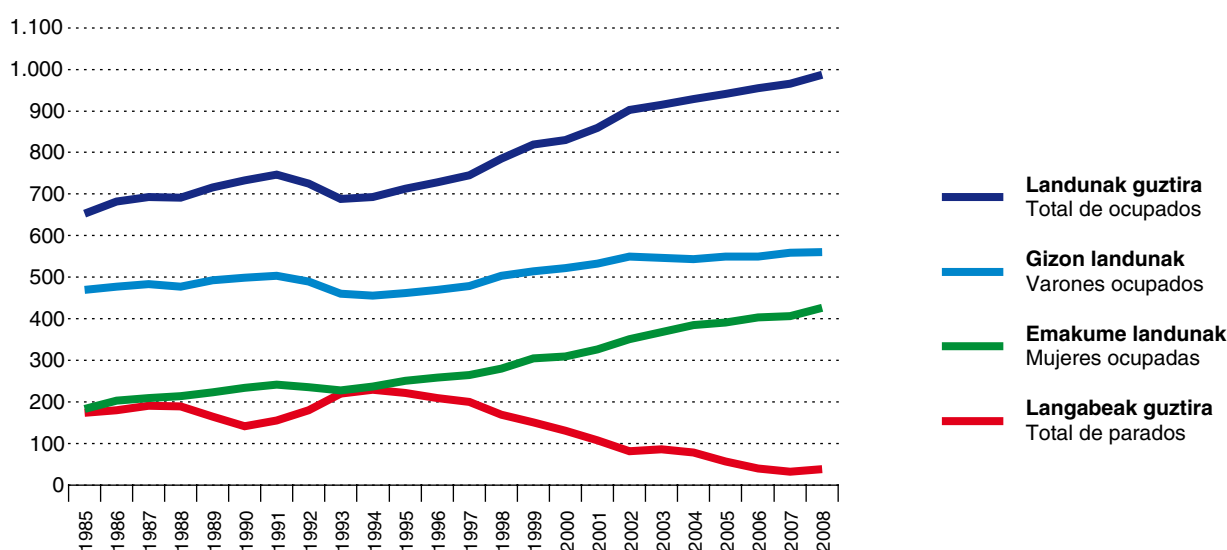
Pertsona landunen kopurua milioi bat ingurukoa (987.000) izan da 2008. urtean, 1996. urteaz gero etengabe hazi ostean. Aztertutako azken hamarkadan, emakumeak pixkaka enplegua lortzea % 52 hazi da, gizonen hazkundeak

última década analizada, muy por encima de los hombres que crecieron un 11%, y si se cuentan los 23 años para los que se dispone de serie, se apreciará un crecimiento de las mujeres del 133%. La situación boyante del empleo ha supuesto que la brecha por género en las tasas de paro, tradicionalmente muy negativa para las mujeres, haya prácticamente desaparecido en 2008.

(% 11) baino askoz gehiago; eta seriea duten 23 urteak kontuan hartuz gero, emakumeen kopurua % 133 hazi da. Enpleguaren egoera onak gizon eta emakumeen langabezia tase-tan alde handirik ez ematea ekarri du 2008. urtean, normalean emakumeen egoera oso txarra baitzen.

Gráfico 4
Evolución de la población de 16 y más años ocupada por sexo y parada. 1985-2007. Media anual. Miles

4. grafikoa
16 urteko eta gehiagoko biztanle landunen eta langabetuen bilakaera, sexua bereizita. 1985-2007. Urteko batezbestekoa. Milaka



Iturria: Eustat. Biztanleria Jardueraren Arabera Sailkatzeko Inkesta (BJA).
Fuente: Eustat. Encuesta de Población en Relación con la Actividad (PRA).

Aunque la tasa de ocupación en 2006 de la población de 16 a 64 años en la C.A. de Euskadi –66,5%– superaba en 2,2 puntos a la de la UE-27, aún se estaba a varios puntos de países como Dinamarca –77,4%–, Países Bajos –74,3%– o Suecia –73,1%–. La diferencia la explica la mayor participación de la mujer en la actividad productiva fuera del hogar en esos países, muy próxima a la de los varones.

Los ocupados y ocupadas de la C.A. de Euskadi trabajan mayoritariamente en el sector servicios, perdiendo fuerza los trabajadores de la industria, que si hace 25 años superaban el 35%, actualmente rondan en torno al 23%. Esta pérdida de importancia relativa de los trabajadores en la industria está en consonancia con lo que ocurre en los países más desarrollados y debe hacer pensar en un cambio en las enfermedades profesionales.

Euskal AEn, 2006. urtean, 16 eta 64 urte arteko biztanleen enplegu tasa (% 66,5) EB-27koa baino 2,2 puntu handiagoa izan da; baina puntu altuagoak izan dituzte Danimarkak (% 77,4), Herbehereek (% 74,3) edo Suediak (% 73,1). Herrialde hauetan puntuazioa altuagoa izan da emakumeek etxetik kanpoko ekoizpen jardueretan parte hartze handiagoa dutelako, gizonen parte-hartzetik hurbilekoa.

Euskal AEko landun gehienek zerbitzuen sektorean egin dute lan; industriako langile kopuruak, beraz, behera egin du: due-la 25 urte % 35 ziren baina orain % 23 inguru dira. Industriako langile kopuruaren beherapen erlatibo hau herrialde garatue-netan ere eman da, eta lanbidearen ondoriozko gaixotasunak bestelakoak izango direla pentsarazi behar digu.

2

OSASUNAREN ERAGILEAK, MEDIKUNTZAZ KANPOKOAK

DETERMINANTES NO MÉDICOS
DE LA SALUD

En el modelo de salud de Lalonde¹ los determinantes que tenían mayor importancia, en un principio, eran los determinantes no médicos de la salud que hacen referencia al medio ambiente y a los hábitos de vida ya que se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vida insanos ocasionaban a la sociedad un elevado coste económico.

Por ello, aunque en estos últimos años se le ha dado gran importancia a la asistencia sanitaria, siguiendo directrices de la OMS se recomienda dirigir los esfuerzos en prestar la máxima atención a la salud pública. Una promoción de la salud global en distintos entornos, por ejemplo, en las escuelas, las empresas, las familias y los municipios, ha demostrado ser eficaz para tratar estos factores.

Se entiende por medio ambiente el entorno que nos rodea y que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de la vida de las personas. La salud de los individuos se puede ver afectada por cualquier contaminación producida en el aire, suelo, agua, alimentos, etc., tanto si la contaminación es biológica, física, química o la llamada contaminación sociocultural y psicosocial, en la que se incluye, entre otros, la dependencia, violencia, estrés y competitividad.

Mientras que los hábitos de vida se refieren al conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida no saludables son los que causan la mayor parte de las enfermedades; entre otros podemos destacar: el consumo de sustancias tóxicas como tabaco, alcohol y otras drogas, una alimentación inadecuada y la falta de ejercicio físico.

En la C.A. de Euskadi, enmarcadas dentro de la estadística oficial, existen tres fuentes de información complementarias que analizan aspectos diferentes de nuestra realidad social y sanitaria: la Encuesta de Salud, la Encuesta de Condiciones de Vida y la Encuesta de Presupuestos de Tiempo.

2.1. MEDIO AMBIENTE

Los factores ambientales pueden producir, entre otros, los siguientes efectos nocivos sobre la salud: la contaminación atmosférica eleva las afecciones de tipo respiratorio (bronquitis crónica, asma y alergias), la reducción de la capa de ozono aumenta el riesgo de cáncer de piel, la falta de calidad del agua potable favorece la aparición de enfermedades gastrointestinales, y el tratamiento indebido de los residuos tóxicos la propagación de enfermedades infecciosas; sin olvidar los problemas auditivos y de estrés derivados de la contaminación acústica.

¹ Lalonde y Laframboise. 1974. Políticas de salud pública. Canadá.

Lalonde-ren¹ osasun ereduan, hasiera batean medikuntzaz kanpoko osasun ezaugarriei eta bizi-ohiturei eman zaie garrantzi handiena, frogatuta baitago osasungarriak ez diren bizi-estiloek eragindako gaixotasunek gizartean kostu ekonomiko handia dutela.

Horregatik, azken urte hauetan osasun asistentziari garrantzi handia eman zaion arren, OMEren arauen arabera osasun publikoari ahalik eta arreta handiena ematea gomendatzen da. Esparru ezberdinetan sustatu behar da osasun orokorra, adibidez, ikastetxeetan, enpresetan, familietan eta udalerrietan. Horrela faktore hauek modu eraginkorrean balia daitezke.

Ingurunetzat hartzen da pertsonen bizi-baldintzak ukitzen dituen eta horietan eragina duen gure ingurua. Airean, lurrian, uretan, elikagaietan eta abarretan ematen den edozein kutsadurak du eragina banakoen osasunean; kutsadura hori biologikoa, fisikoa, edo kimikoa izan daiteke, baina baita gizarte eta kultura arloko kutsadura eta kutsadura psikosoziala ere (besteak beste, menpekotasuna, indarkeria, estresa eta lehia).

Bizi-ohiturak, aldiz, pertsonen portaera edo jarrera guztien multzoa dira; batzuetan portaera nahiz jarrera horiek osasunerako onak dira eta beste batzuetan osasunerako kaltegarriak dira. Herrialde garatuetan, osasunerako kaltegarriak diren bizi-estiloek eragiten dituzte gaixotasun gehienak. Osasunerako kaltegarriak dira, besteak beste, honako hauek: tabakoa, alkohola eta beste droga batzuk bezalako substantzia toxikoen kontsumoa; elikadura desegokia eta ariketa fisikoaren falta.

Euskal AEn, estatistika ofizialaren barruan, gizarte eta osasun arloetan bizi dugun errealitateko alderdi ezberdinak aztertzen dituzten hiru informazio-iturri osagarri daude: Osasunari buruzko Inkesta, Bizi-baldintzen Inkesta eta Denbora Aurrekontuen Inkesta.

2.1. INGURUNEA

Inguruneari lotutako faktoreek, besteak beste, honako ondorio kaltegarriak eragin ditzakete osasunean: atmosferaren kutsadurak arnasari lotutako erasan kopurua handitzen du (bronkitis kronikoa, asma eta alergiak), ozono-geruza desagertzean larruazaleko minbizia izateko arriskua areagotzen da, edateko ura kalitatezkoa ez bada gaixotasun gastrointestinal gehiago agertzen da, eta hondakin toxikoak behar bezala tratatzen ez badira gaixotasun infekziosoak zabaltzen dira. Horrez gain, kutsadura akustikoak entzumeneko arazoak eta estresa sortzen dituzte.

¹ Lalonde eta Laframboise. 1974. Osasun publikoaren politikak. Kanada.

La Encuesta de Medio Ambiente-Familias 2008² señala que casi la cuarta parte de la población vasca ha detectado problemas ecológicos en su entorno; el ruido ambiental es uno de ellos: una cuarta parte de las familias vascas soporta ruidos (26%) y atribuyen al tráfico terrestre como la principal fuente de ruido a la vez que apoyan mayoritariamente la adopción de medidas a favor de reducir el ruido de tráfico.

Los últimos datos de la Encuesta de Condiciones de Vida³ (año 2004) ya reflejaban la problemática de la movilidad obligada por razones de trabajo: «cada vez más el centro de trabajo se aleja de las áreas residenciales» y esto se deja notar en un aumento generalizado del coche como medio de desplazamiento. En este sentido, a pesar de las medidas puestas en marcha por parte de las entidades municipales y públicas en general, la sostenibilidad se resiente al aumentar exageradamente la dependencia del coche (un 49% de los desplazamientos al trabajo se realizaron en coche).

De la diversidad de indicadores medioambientales⁴ que analizan los principales aspectos medioambientales (aire, agua y suelo) en la C.A. de Euskadi, hemos seleccionado algunos de ellos en base a la disponibilidad de datos históricos y actualizados, que permiten un análisis de tendencia y evolución, y más aún, evalúan el cumplimiento de los compromisos de mejora ambiental adquiridos por el Gobierno Vasco en el Programa Marco Ambiental 2007-2010.

2.1.1. Calidad del aire

Una calidad de aire óptima es un requisito necesario para evitar impactos negativos sobre la salud humana y los ecosistemas; uno de los indicadores básicos que nos proporciona información sobre los distintos niveles de contaminación atmosférica asociados a una región determinada es el índice de calidad de aire⁵.

Uno de los objetivos del II Programa Marco Ambiental 2007-2010 de mejora ambiental asumidos por el Gobierno Vasco era: «Mejorar la calidad del aire en el conjunto del territorio por su particular incidencia en la salud y la calidad de la vida de las personas, prestando especial atención a los núcleos urbanos»; y donde se fijaba como compromiso: «conseguir un índice de calidad de aire con categorías de buena y admisible superior al 95% y que las categorías mala, muy mala y peligrosa fueran inferiores al 1%».

² Eustat ha realizado la Encuesta de Medio Ambiente-Familias en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE) y los institutos de Andalucía, Cataluña y Galicia, en el marco de la Encuesta de Hogares y Medio Ambiente 2008, cuya finalidad es conocer los equipamientos, hábitos y actitudes de las familias en relación con el medio ambiente.

³ La Encuesta de Condiciones de Vida (últimos datos año 2004) tiene un apartado referido a Condiciones de Trabajo donde se analiza, entre otras cuestiones, la movilidad al centro de trabajo.

⁴ El primer Anuario Ambiental 2008 que publica el Departamento de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio recoge toda una serie de indicadores ambientales de la C.A. de Euskadi.

⁵ Se analizan las concentraciones de los siguientes contaminantes SO₂ (dióxido de azufre), NO₂ (dióxido de nitrógeno), partículas de PM₁₀, O₃ (ozono troposférico) y CO (monóxido de carbono). El índice de calidad del aire está dividido en seis tramos, que definen los estados de calidad de aire: buena, admisible, moderada, mala, muy mala y peligrosa.

2008ko Ingurumenari eta Familiei buruzko Inkestaren² arabera, EAEko biztanleen ia laurdenak antzeman ditu arazo ekologikoak ingurunean; ingurunekeo zarata adibidez: EAEko familien laurdenak zaratak jasaten ditu (% 26); haien ustez, zarata gehien sortzen duena lurreko trafikoa da, eta denek nahi dute trafikoaren zarata murrizteko neurriak har daitezen.

Bizi-baldintzen Inkestaren³ (2004. urtea) azken datuek aspaldi erakutsi zuten lanaren zioz joan-etorriak egin behar izateak arazoak sortzen zituela: «lantokia bizilekutik gero eta urrunago dago» eta, ondorioz, joan-etorriak egiteko gero eta gehiago erabiltzen da autoa. Horri dagokionez, udal erakundeek eta erakunde publikoek, oro har, zenbait neurri martxan jarri badituzte ere, autoa gehiegi behar dugu eta horrek iraunkortasuna kaltetzen du (laneko joan-etorrien % 49 autoz egin dira).

Euskal AEn, ingurunekeo alderdi nagusienak (airea, ura eta lurra) aztertzen dituzten ingurumenaren adierazleak⁴ asko dira, baina datu historikoak eta eguneratuak dituztenak bakarrik aukeratu ditugu, joera eta bilakaera aztertzeko, eta Eusko Jaurlaritzak 2007-2010 Ingurumen Programan ingurumenari lotuta hartu dituen konpromisoak betetzen diren ebaluatzeko behar ditugunak, alegia.

2.1.1. Airearen kalitatea

Gizakien osasunean eta ekosistemetan eragin kaltegarriak ez izateko, airearen kalitatea ezin hobea izan behar da; hain zuzen, airearen kalitatearen indizeak eskualde jakin bateko atmosferaren kutsadura maileri buruzko informazioa ematen duen oinarritzko adierazleetako bat da⁵.

Ingurumena hobetzeko asmoz egin den 2007-2010 Ingurumen Estrategiaren II. Agirian jasotzen diren helburuen artean, Eusko Jaurlaritzak honakoa hartu du bere gain: «Pertsonen osasunean eta bizi-baldintzetan eragin berezia duelako, airearen kalitatea lurralde osoan hobetzea, eta batez ere hiri inguruneetan». Helburu horretan ondoko konpromisoa ezarri da: «airearen kalitate ona eta onargarria % 95etik gorakoa izatea eta kalitate txarra, oso txarra eta arriskutsua % 1etik beherakoa izatea».

² Eustatek Estatistikako Institutu Nazionalarekin (EIN) batera egin du Ingurumenari eta Familiei buruzko Inkesta, baita Andaluziako, Kataluniako eta Galiziako estatistika erakundeekin batera ere, 2008ko Familiei eta Ingurumenari buruzko Inkestaren barruan. Inkesta horren bidez, hain zuzen, familiek ingurumenari lotuta zein ekipamendu, ohitura eta jarrera dituzten jakin daiteke.

³ Bizi-baldintzen Inkestak (azken datuak 2004koak) lan-baldintzei buruzko atal bat du, eta bertan, beste batzuen artean, lantokiko joan-etorriak aztertzen dira.

⁴ Ingurumen eta Lurralde Antolamendu Sailak 2008an argitaratu duen lehenengo Ingurumenaren Urtekarian Euskal AEko ingurumenaren adierazle ugari jasotzen dira.

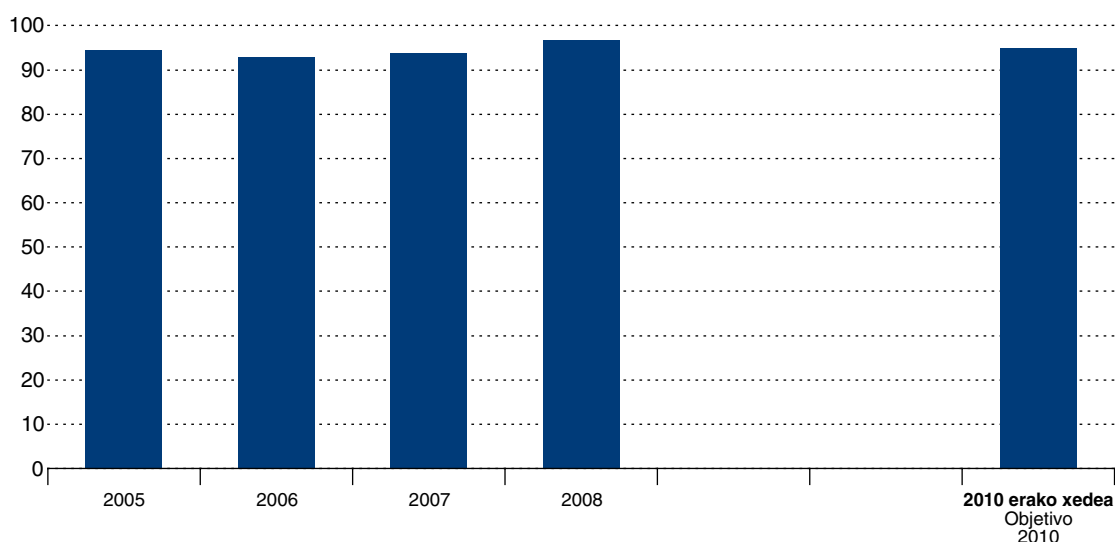
⁵ Honako kutsatzaileen kontzentrazioak analizatu dira: SO₂ (sufre dioxidoa), NO₂ (nitrogeno dioxidoa), PM₁₀, O₃ partikulak (ozono troposferikoa) eta CO (karbono monoxidoa). Airearen kalitatea neurtzeko indize honek sei tarte ditu, airearen kalitate-egoerak zehazten dituztenak: kalitate ona, onargarria, neurritzkoa, txarra, oso txarra eta arriskutsua.

El índice de calidad del aire en 2008 obtuvo resultados mejores que en años precedentes, la categorías buena o admisible se situó en un 96,77%, superando las expectativas fijadas para el año 2010, al mismo tiempo que se redujo a un 0,84% las categorías de mala, muy mala y muy peligrosa.

2008. urtean, airearen kalitatearen indizeak aurreko urteetan baino emaitza hobek izan ditu: kalitate ona edo onargarria % 96,77 izan da, 2010. urterako ezarri diren aukerak gaituz; halaber, % 0,84 txikitu dira kalitate txarra, oso txarra eta oso arriskutsua.

Gráfico 1
Calidad del aire buena o admisible

1. grafikoa
Airearen kalitatea ona edo onargarria



Iturria: Ingurumen, Lurralde Plangintza, Nekazaritza eta Arrantza Saila. Eusko Jaurlaritza.

Fuente: Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca. Gobierno Vasco.

2.1.2. Emisión de gases de efecto invernadero (GEIs)

La emisión total de gases de efecto invernadero atribuibles a las actividades socioeconómicas de la C.A. de Euskadi en 2008 ascendió a 25,2 millones de toneladas de CO₂ equivalente, lo que representa un descenso del 3% respecto a las emisiones del año 2007.

El dióxido de carbono (CO₂) representa el 88% de las emisiones de gases de efecto invernadero en la C.A. de Euskadi en 2008, lo que le sitúa como el gas que más contribuye en las emisiones de gases de efecto invernadero, le sigue el metano (CH₄) con un 6,6%, óxido nitroso con el 1,6% (N₂O) y gases fluorados (HFC's, PCF'S y SF₆) con el 3,6%.

Las emisiones de GEIs en su conjunto se han reducido en un 3,3% respecto a 2007. A diferencia del año anterior, la emisión de dióxido de carbono ha descendido un 5%, debido en gran medida a la reducción de los niveles de emisión en el sector transporte. Las emisiones de los gases fluorados, por el contrario, han aumentado un 60% con motivo de la mayor emisión de la industria química.

El sector energético (incluyendo la electricidad importada) es el sector que más contribuye a las emisiones de GEIs en la C.A. de Euskadi; éste representó el 42% en 2008, y le sigue-

2.1.2. Berotegi-efektuko gasen isurpena (BEGen)

Euskal AEn, 2008. urtean, jarduera sozioekonomikoen ondorioz izan diren berotegi-efektuko gasen isurpen osoa CO₂-ren 25,2 milioi tona izan da, hau da, 2007. urtean izan ziren isurpenak baino % 3 gutxiago.

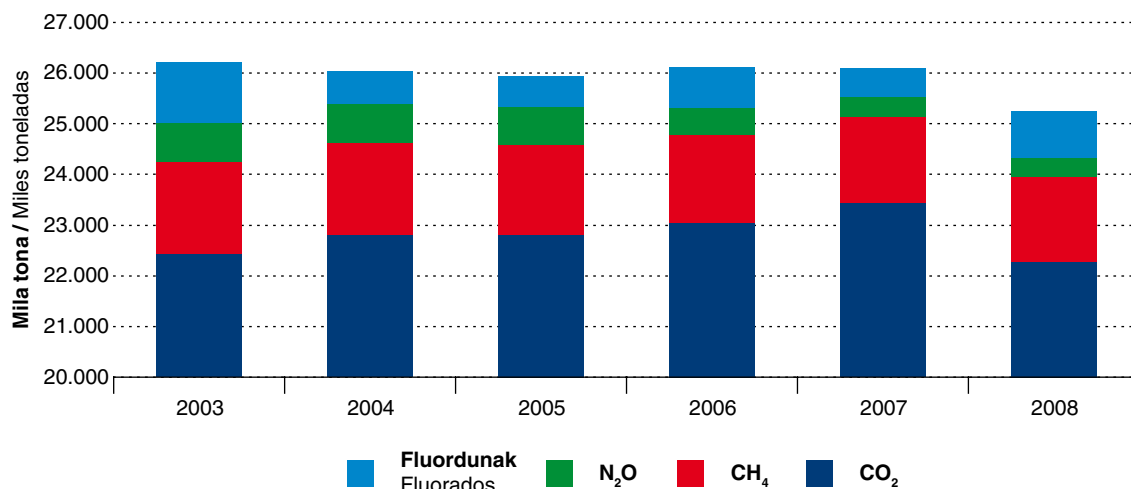
2008. urtean, Euskal AEko berotegi-efektuko gasen isurpenen % 88 karbono dioxidoa (CO₂) izan da; beraz, horixe izan da berotegi-efektuko gasen isurpen gehien egin duena. Ondoren, honakoak izan dira ugariak: metanoa (CH₄), % 6,6arekin; óxido nitrosoa, % 1,6arekin (N₂O) eta gas fluoradunak (HFC's, PCF'S eta SF₆) % 3,6arekin.

BEGen isurpenak, oro har, % 3,3 txikitu dira 2007. urteaz gero. Aurreko urtean ez bezala, karbono dioxidoaren isurpena % 5 murriztu da, batez ere garraio sektorean isurpen gutxiago izan delako. Gas fluordunen isurpenak, aldiz, % 60 igo dira industria kimikoak gehiago isurtzen duelako.

Energiaren sektoreak (inportatu den elektrizitatea barne) egiten du BEGen isurpen handiena Euskal AEn: 2008. urtean % 42. Haren atzetik garraioa (% 23) eta industria (% 22) izan

Gráfico 2
Evolución de emisiones de gases de efecto invernadero en la C.A. de Euskadi (miles Tm CO₂ equivalentes)

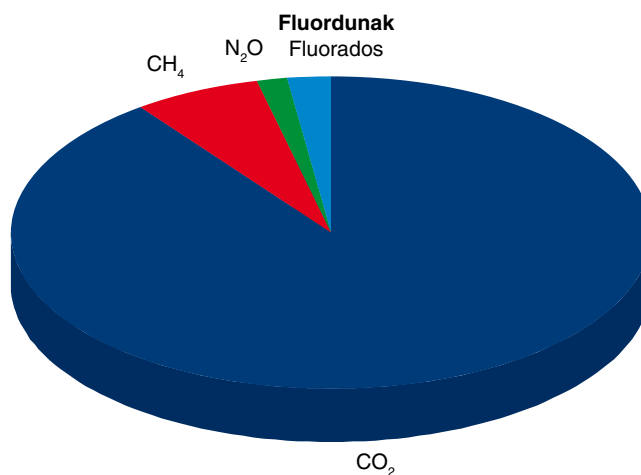
2. grafikoa
Berotegi-efektuko gasen isurpenen bilakaera Euskal AEn (milaka Tm CO₂, baliokideak)



Iturria: Ingurumen, Lurralde Plangintza, Nekazaritza eta Arrantza Saila. Eusko Jaurlaritza.
Fuente: Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca. Gobierno Vasco.

Gráfico 3
Emisiones de gases de efecto invernadero 2008 (%)

3. grafikoa
Berotegi-efektuko gasen isurpenak. 2008 (%)



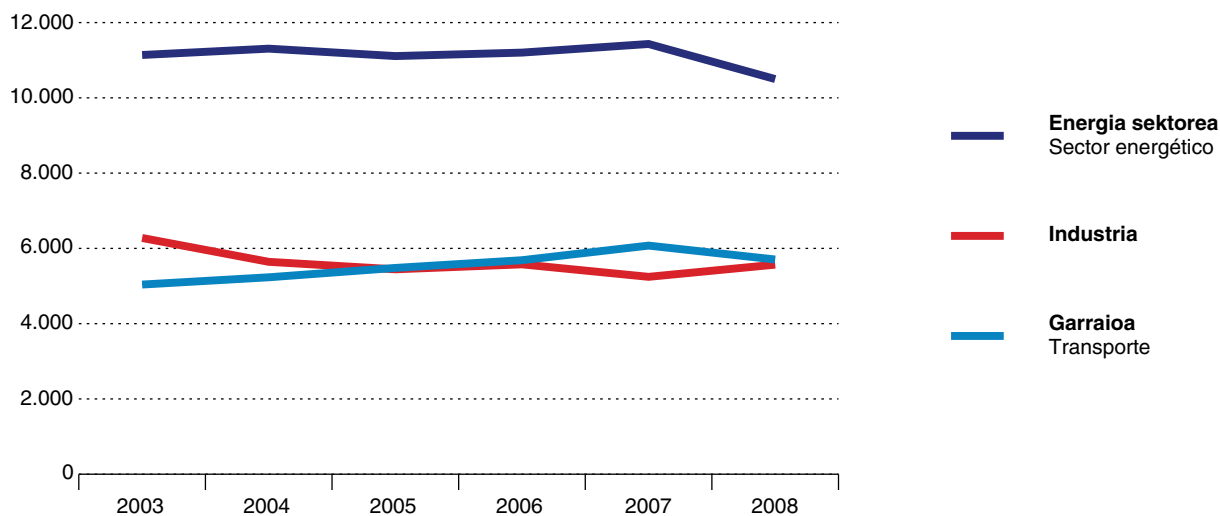
Iturria: Ingurumen, Lurralde Plangintza, Nekazaritza eta Arrantza Saila. Eusko Jaurlaritza.
Fuente: Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca. Gobierno Vasco.

ron transporte (23%) e industria (22%). Respecto a 2007, tanto el sector energético como el transporte disminuyeron las emisiones de GEIs en un 8% y 6%, respectivamente. Destaca el descenso del sector transporte por ser el primero, desde 1990, en eliminar la tendencia ascendente de años precedentes. Por el contrario, en el sector industrial aumentaron las emisiones de GEIs en un 6% respecto a 2007.

dira isurpen handiena egin dutenak. 2007. urtearen aldean, energiaren sektoreak eta garraio sektoreak BEGen isurpen txikiagoak egin dituzte: % 8 eta % 6, hurrenez hurren. Garraio sektoreak behera egin izana azpimarratu behar da, 1990. urteaz gero lehenengo aldiz eten duelako aurreko urteetako gorako joera. Alabaina, industri sektorean % 6 igo da BEGen isurpena, 2007. urtearen aldean betiere.

Gráfico 4
Evolución de los sectores económicos con mayor
contribución de GEIs

4. grafikoa
BEGen ekarpen handiena egiten duten sektore
ekonomikoen bilakaera



Iturria: Ingurumen, Lurralde Plangintza, Nekazaritza eta Arrantza Saila. Eusko Jaurlaritza.

Fuente: Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca. Gobierno Vasco.

2.1.3. Calidad del agua de consumo

En los países económicamente desarrollados los riesgos sanitarios se asocian con la exposición a contaminantes de origen químico, que pueden dar lugar a la aparición de enfermedades infecciosas de transmisión hídrica –cólera, diarrea y hepatitis A–. Las fuentes de contaminación procedentes de actividades industriales, ganaderas, agrícolas, urbanas e incluso de fuentes naturales pueden deteriorar el agua en origen, en las captaciones de las aguas subterráneas o en otros puntos de la zona de abastecimiento.

El Decreto 178/2002 regula el sistema de control, vigilancia e información de la calidad de las aguas de consumo público en la C.A. de Euskadi y establece que todos los sistemas de abastecimiento deben disponer de una Unidad de Control y Vigilancia (UCV). El Departamento de Sanidad y Consumo queda encargado de supervisar todos los sistemas de abastecimiento, realizar una vigilancia complementaria y valorar la calidad del agua de consumo de todas las localidades de la C.A. de Euskadi.

Los datos de calidad del agua de 2007 y su evolución a lo largo de estos últimos cuatro años (2004-2007) apuntan una mejora progresiva en los sistemas de abastecimiento de agua en la C.A. de Euskadi. Cada año aumenta la proporción de personas que reciben agua con calificación de satisfactoria, llegando a alcanzar a la inmensa mayoría de la población en 2007 (95,8%), al mismo tiempo que se está reduciendo el colectivo de personas afectadas por un agua de consumo tolerable y deficiente (4,2%).

Los estándares de calidad del agua de consumo se sitúan por encima del compromiso fijado para el 2010 en el Programa Marco Ambiental 2007-2010, donde se propone «conseguir que el 95% de la población vasca reciba agua de consumo de abastecimiento con calificación satisfactoria»; aun así se continúa trabajando para reducir el 2% de la población abastecida con agua de calidad deficiente.

2.1.3. Kontsumorako uraren kalitatea

Ekonomia aldetik garatuen dauden herrialdeetan, osasun arriskuak jatorri kimikodun kutsatzaileen eraginpean egoteari daude lotuta, uraren bidez kutsatzen diren gaixotasun infektziosoak (kolera, beheakoa eta A hepatitis) agertzea eragin dezakete eta. Industri, abeltzaintza, nekazaritza eta hiri jardueren kutsadura-iturriek, eta iturri naturalek, ura kutsa dezakete, jatorrian bertan, lurpeko uren hartuneetan edo hornidura sareko beste puntu batzuetan.

178/2002 Dekretuak Euskal AEko kontsumo publikorako uren kalitatearen kontrol, zaintza eta informazio sistema arautzen du; horrez gain, hornidurarako sistema guztiek eduki behar dute Kontrolerako eta Zaintzarako Unitatea (KZU). Osasun eta Kontsumo Sailak du hornidura sistema guztiak ikuskatzeko, zaintza osagarria egiteko eta Euskal AEko herri guztietako kontsumorako uraren kalitatea baloratzeko ardura.

Uraren kalitateari buruzko 2007ko datuak eta azken lau urteetan (2004-2007) zehar izan duen bilakaerak erakusten dute Euskal AEko ur horniduraren sistemak pixkanaka hobetu egin direla. Urte bakoitzean igo egin da ontzat ematen den ura hartzen duen pertsona kopurua; are gehiago, 2007. urtean biztanle ia gehienek izan dute ur hori (% 95,8). Halaber, kontsumorako ur onargarria eta eskasa hartzen duen pertsona kopurua (% 4,2) txikitzen joan da.

Kontsumorako uraren kalitatearen estandarrak 2007-2010 Ingurumen Estrategiaren Agirian 2010. urterako ezarri den konpromisoa gainditzeko du. Hain zuzen, agiri horretan haxe proposatu da: «EAEko biztanleen % 95ek hornidurara bideratzen den kontsumorako ur ona hartzea». Hori gorabehera, ur eskasa hartzen duten biztanleen % 2ko kopurua txikitzea lortu behar da.

Tabla 1
Calidad de agua de consumo en la C.A. de Euskadi

1. taula
Kontsumorako uraren kalitatea Euskal AEn

	Ona / Satisfactoria (1)	Onargarria / Tolerable (1)	Eskasa / Deficiente (1)
Biztanle kopurua 2007 / Habitantes 2007	2.036.117	48.381	41.286
Ukitutako biztanleen ehunekoa / Porcentaje de población afectada			
2007	95,8	2,3	1,9
2006	93,8	3,6	3,6
2005	92,9	3,1	4,0
2004	91,0	6,0	3,0

(1) Ona: KONTSUMORAKO ERABILI DAITEKEEN ura, gutxienez, analisiaren %95ean.

Onargarria: KONTSUMORAKO ERABILI EZIN DEN ura, analisiaren %5 eta %10 artean.

Eskasa: KONTSUMORAKO ERABILI EZIN DEN ura, analisiaren %10etik gora.

Satisfactoria: Agua calificada como APTA PARA EL CONSUMO, al menos, en el 95% de los análisis.

Tolerable: Agua calificada como NO APTA entre el 5 y el 10% de los análisis.

Deficiente: Agua calificada como NO APTA en más del 10% de los análisis.

(2) Hornidura sarea: geografikoki mugatuta dagoen eremua da, banatutako uren kalitatea urteko aldi gehienez homogeneoa duena.

Zona de abastecimiento: área geográficamente definida en la que la calidad de las aguas distribuidas puede considerarse homogénea en la mayor parte del año.

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Ingurumen Osasunaren Unitateak.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Unidades de Sanidad Ambiental.

2.1.4. Recuperación de suelos para nuevos usos

Entre los principales efectos que puede suponer un suelo contaminado están: el peligro toxicológico para la salud humana (problemas respiratorios y alergias entre otros), contaminación de aguas de abastecimiento, contaminación de alimentos cultivados y animales de granja por el consumo de agua contaminada.

Con el fin de hacer frente a los riesgos que suponen los suelos contaminados se puso en marcha en el año 2000 el primer programa de recuperación de suelos contaminados. Las tierras contaminadas objetivo del programa son los solares industriales y los vertederos que puedan suponer riesgo para la salud de las personas y para los ecosistemas, en los usos actuales y futuros que pretendan darse en el terreno.

La recuperación de suelos para nuevos usos es otro de los compromisos propuestos por el Gobierno Vasco de mejora ambiental en el Programa Marco Ambiental 2007-2010 donde se fija como propósito «recuperar 407 hectáreas de suelos potencialmente contaminados para 2010».

La evolución creciente del número de parcelas investigadas y recuperadas durante el período 2000-2008, alcanzando las 258 hectáreas de superficie recuperada de suelos contaminados para otros usos, manifiesta una tendencia favorable de mejora.

2.1.4. Lurak leheneratzea beste erabilera batzuetarako

Lur kutsatuak ondorio ugari izan ditzake, eta nagusienak honako hauek dira: gizakien osasunerako arrisku toxikologikoa (arnas arazoak eta alergiak, besteak beste), hornidurarako uren kutsadura, eta landutako elikagaien eta baserrietako animalien kutsadura, kutsatuta dagoen ura kontsumitu dute-lako.

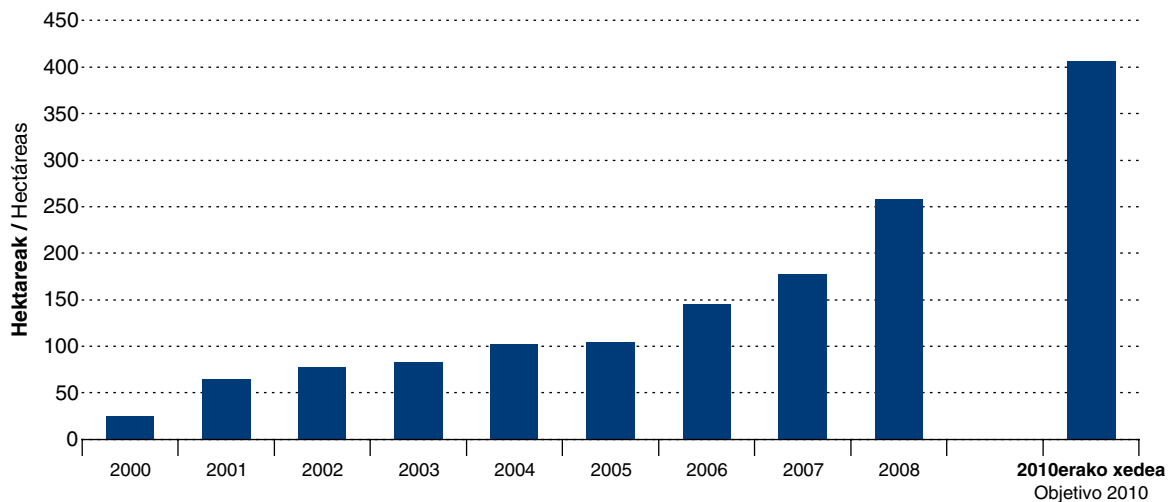
Lur kutsatuek dakarten arriskua ezabatzeko asmoz, 2000. urtean kutsatutako lurak leheneratzeko lehen programa abiarazi zen. Programaren barruan sartu ziren industri orubeak eta zabortegeak, hau da, pertsonen eta ekosistemen osasunerako oraingo erabileren ondorioz edo lurtean etorki-zunean izan daitezkeen erabileren ondorioz arriskutsuak izan daitezkeen zabortegeak.

Eusko Jaurlaritzak 2007-2010 Ingurumen Estrategiaren Agirian ingurumena hobetzeko asmoz proposatutako beste konpromiso bat lurak leheneratu eta erabilera berriak ezartzea da. Izan ere, agirian haxe proposatu da: «2010. urterako, kutsatuta egon daitekeen 407 hektarea lur leheneratzea».

2000-2008 aldian zehar ikertu eta leheneratu den lurzati kopurua gero eta handiagoa izan da; guztira, kutsatuta zeuden lurretan 258 hektareako azalera leheneratu da beste erabilera batzuk emateko. Joera hori, gainera, gehitzen joan da.

Gráfico 5
Suelos contaminados recuperados
para nuevos usos

5. grafikoa
Kutsatuta zeudelako leheneratu diren eta beste
erabilera batzuk eman zaizkien lurrak



Iturria: Ingurumen, Lurralde Plangintza, Nekazaritza eta Arrantza Saila. Eusko Jaurlaritza.

Fuente: Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca. Gobierno Vasco.

2.2. HÁBITOS DE VIDA

2.2.1. Actividad física

La actividad física mejora el estado de salud de las personas para al menos cinco condiciones crónicas: enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes, osteoporosis y trastornos mentales. Y desde luego ayuda a controlar el peso corporal si se añade a una alimentación equilibrada y adecuada al gasto calórico de la actividad desempeñada por la persona.

2.2. BIZI-OHITURAK

2.2.1. Jarduera fisikoa

Jarduera fisikoak pertsonen osasun egoera hobetzen du, gu-txienez bost ezaugarri kronikotan: koronarioetako gaixotasuna, hipertentsioa, diabetesa, osteoporosia eta buru-nahas-teak. Eta, jakina, jarduera fisikoak gorputzaren pisua kontrolatzen laguntzen du, jarduerarekin batera elikadura orekatua eta egokia mantentzen bada, hau da, pertsona ba-tek egindako jardueraren bidez erretzen den kaloria kopurua-ren araberako elikadura mantentzen bada.

Tabla 2
Población que realiza alguna actividad física (%)
en su tiempo libre

2. taula
Aisialdian jarduera fisikoren bat egin duen
biztanle kopurua (%)

	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	39,7	47,1	39,8	51,5	23,3	39,5	31,3	42,8
16-24	52,5	56,4	53,1	60,5	24,2	36,9	33,6	41,5
25-44	38,6	46,2	37,9	47,5	23,4	40,0	31,4	41,9
45-64	35,7	42,9	35,9	50,2	28,0	40,7	34,1	46,5
≥65	32,7	45,7	39,0	57,3	14,8	38,9	26,4	39,8

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

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

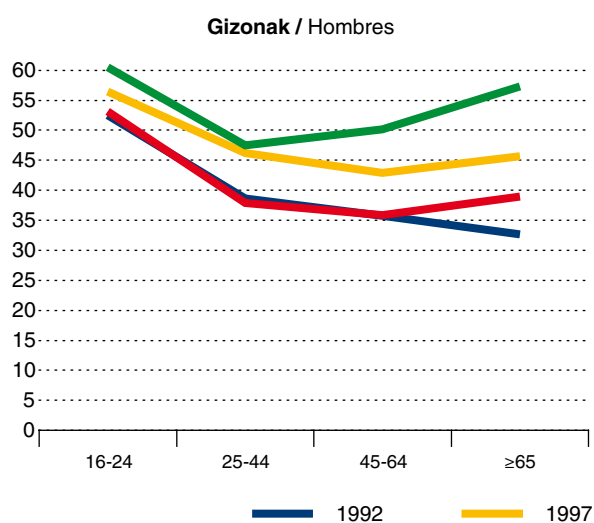
El 51% de los hombres y el 43% de las mujeres han realizado alguna actividad física en su tiempo libre en 2007. Los hombres más jóvenes de 16 a 24 años presentaron la proporción más elevada de actividad física en el tiempo libre (60%); en las mujeres se encontró en las de edad adulta, de 45 a 64 años (46%).

Se ha apreciado un incremento de actividad física en el tiempo libre en los últimos años en ambos sexos, pero más intenso en las mujeres. Desde 1992, en los varones se ha incrementado 12 puntos la realización de alguna actividad física, y en las mujeres 20 puntos; aunque las mujeres partían de niveles muy bajos.

2007. urtean zehar, gizonen % 51k eta emakumeen % 43k noizbait jarduera fisikoren bat egin du aisialdian. Gizon gazteenek, 16-24 urte artekoek, egin dute jarduera gehien aisialdian (% 60); eta emakumeen artean helduenek, 45-64 urte artekoek (% 46).

Azken urte hauetan, bi sexuek egin dute jarduera fisiko gehiago, baina batez ere emakumeek. 1992. urteaz gero, 12 puntu igo da jarduera fisikoren bat egin duen gizon kopurua, eta 20 puntu igo da emakume kopurua. Gainera kontuan izan behar da emakumeen kopurua txikiagoa izan zela hasieran.

Gráfico 6
Población que realiza alguna actividad física (%) en su tiempo libre



6. grafikoa
Aisialdian jarduera fisikoren bat egin duen biztanle kopurua (%)

Tabla 3
Evolución del tiempo medio social, por participante y día de la semana

	Batez besteko denbora soziala (1) Tiempo medio social					Batez besteko denbora, partaide bakoitza (2) Tiempo medio participante				
	1993	1998	2003	2008	Bilak. / Evol. 2008/03	1993	1998	2003	2008	Bilak. / Evol. 2008/03
Kirol jarduerak Prácticas deportivas	0:09	0:09	0:10	0:12	0:02	1:25	1:23	1:24	1:33	0:09
Lanegunetan / Laborables	0:07	0:08	0:10	0:13	0:03	1:13	1:12	1:17	1:26	0:09
Ostiraletan / Viernes	0:10	0:07	0:12	0:11	-0:01	1:21	1:15	1:27	1:30	0:03
Larunbatetan / Sábados	0:13	0:13	0:10	0:13	0:03	1:55	1:48	1:42	1:45	0:03
Igandeetan / Domingos	0:09	0:11	0:08	0:11	0:03	1:40	1:51	1:41	2:02	0:21

(1) Batez besteko denbora soziala: biztanleek jarduera jakin batean emandako batez besteko denbora ≥ 16 urte.

Tiempo medio social: tiempo medio que dedica a una actividad la población ≥ 16 años.

(2) Batez besteko denbora, partaide bakoitzak: biztanleek jarduera jakin batean emandako batez besteko denbora ≥ 16 urte egiten duela.

Tiempo medio por participante: tiempo medio que dedica a una actividad la población ≥ 16 años que la realiza.

Iturria: Eustat. Denbora Aurrekontuen Inkesta.

Fuente: Eustat. Encuesta de Presupuestos de Tiempo.

Si bien, no sólo se realiza más actividad física durante el tiempo libre, sino que también aumenta su tiempo de dedicación. La Encuesta de Presupuesto de Tiempo (año 2008), donde se analiza la distribución diaria del tiempo dedicado por la población a diversas actividades, señala que el tiempo medio que dedica la población a prácticas deportivas ha aumentado 2 minutos respecto al año 2003, y más aún entre la población que realiza algún tipo de práctica deportiva, que dedicando 1 hora y 33 minutos diarios a esta actividad en 2008, resulta 9 minutos superior al año 2003.

2.2.2. Exceso de peso

El peso corporal, y en concreto el exceso de peso, se asocia a múltiples causas de mortalidad y de prevalencia de enfermedades (cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer de mama, colon y próstata), ya que la probabilidad de desarrollar un problema de salud es mayor para las personas que tienen sobrepeso que para las que tienen un peso adecuado, y sobre todo en el caso de las personas obesas.

El peso corporal se plantea como un problema tanto en relación al exceso de peso⁶, como al peso insuficiente. Ambas situaciones producen efectos perjudiciales en el estado de salud de las personas.

El 58% de los hombres y el 42% de las mujeres han manifestado exceso de peso; se considera así cuando el índice de masa corporal es igual o superior a 25. A partir de los 45 años, el 72% de los hombres y más de la mitad de las mujeres tuvieron exceso de peso. La probabilidad de desarrollar un problema de salud es mayor para las personas que tienen sobrepeso que para las que tienen un peso normal y aún mayor si son obesas.

La prevalencia de exceso de peso se ha ido incrementando en ambos sexos y, en general, en todos los grupos de edad a lo largo de los últimos años.

Aisialdian jarduera fisiko gehiago egin da, bai, baina horretan emandako denbora ere luzatu egin da. Denbora Aurrekontuen Inkestan (2008. urtea) biztanleek egunean zehar jardue- ra jakin batzuetan zenbat denbora eman duten aztertu da. Horren arabera, biztanleek kirol jardueretan emandako denbora batez beste 2 minutu luzatu da, 2003. urteko datuekin alderatuta; are gehiago, kirol jardueraren bat egin duten biztanleen artean, 2008an jarduera horretan ordu 1 eta 33 minutu eman dutenek 2003an baino 9 minutu gehiago luzatu dute jarduera.

2.2.2. Pisu gehiegia

Gorputzaren pisuak eta, zehatzago, pisu gehiegia heriotza eragiten duten arrazoi askori eta gaixotasun kopuruari (kardiobaskularrak, hipertentsioa, diabetesa, titietako minbizia, koloneko minbizia eta prostatako minbizia) dago lotuta. Gehiegizko pisua duten pertsonen, baina batez ere pertsona gizenek, pisu egokia dutenek baino probabilitate handiagoa dute osasun arazoren bat edukitzeko.

Gorputzaren pisua, beraz, arazoa da: bai gehiegizko pisua edukitzea⁶⁶, baita pisu gutxiegi izatea ere. Bi arazo horiek ondorio kaltegarriak izan ditzakete pertsonen osasunean.

Gizonen % 58k eta emakumeen % 42k gehiegizko pisua izan dute, hau da, gorputz-masaren indizea 25 edo hortik gora izan dute. 45 urtetik gorako pertsonen artean, gizonen % 72k eta emakumeen erdiak baino gehiagok izan dute gehiegizko pisua. Gehiegizko pisua duten pertsonen, baina batez ere pertsona gizenek, pisu normala dutenek baino probabilitate handiagoa dute osasunean arazoren bat izateko.

Bi sexuen artean eman da gehiegizko pisua duten pertsonen kasu gehiago eta, oro har, adin-talde guztietan eman da iguera hori azken urte hauetan zehar.

Tabla 4

Prevalencia de exceso de peso (IMC $\geq$ 25) (%) por sexo y grupos de edad (%)

	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	51,9	54,0	55,8	58,1	36,9	37,0	37,8	41,6
16-24	21,5	24,8	25,8	25,7	11,4	13,6	13,0	13,9
25-44	53,1	47,3	50,6	50,2	23,7	23,8	24,8	27,5
45-64	67,2	66,7	69,8	71,8	55,5	50,1	50,1	51,0
$\geq$ 65	60,3	61,7	70,6	72,8	59,2	53,3	58,8	63,3

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

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

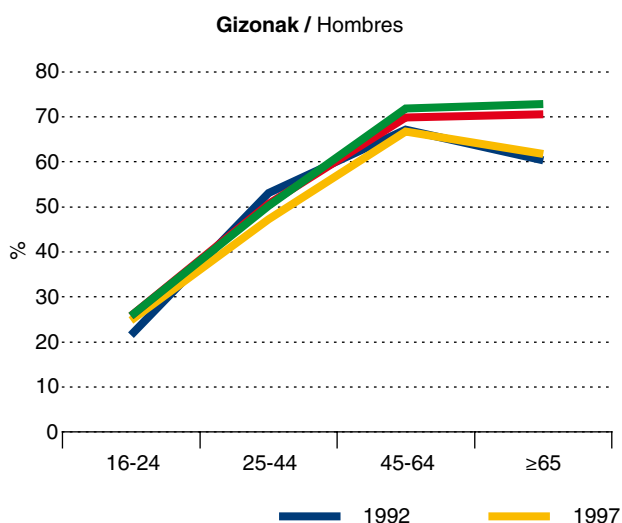
4. taula

Pisu gehiegia duten pertsonen kopurua (GMI $\geq$ 25) (%), sexua eta adin-taldea bereizita (%)

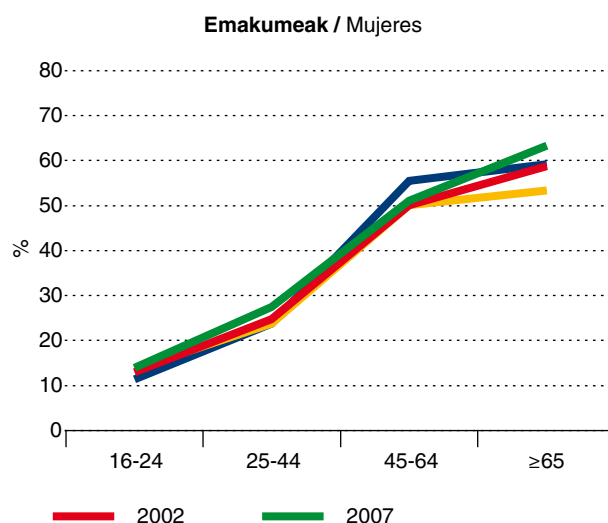
⁶ En la Encuesta de Salud se utilizó como indicador del peso corporal el índice de masa corporal (IMC). Este indicador pone en relación el peso del individuo con su altura y da como resultado un valor que indica si la persona se encuentra por debajo, dentro o por encima del peso establecido como normal para sus características antropométricas. Se clasifica así a los individuos de una población en aquéllos con peso insuficiente (IMC<18,5), normal (IMC 18,5-24,9), sobrepeso (IMC 25-29,9) y obesidad (IMC $\geq$ 30).

⁶ Osasunari buruzko Inkestan Gorputz-masaren Indizea (GMI) erabili da gorputzaren pisua neurtzeko. Adierazle honek banakoaren pisua eta altuera hartzen ditu kontuan, eta emaitza gisa lortzen den balioak adierazten du pertsona horrek bere ezaugarri antropometrikoen arabera normalizat hartzen den pisua duen edo pisu horren azpitik edo gainetik dagoen. Banakoak, orduan, honela banatzen dira: pisu gutxiegi dutenak (GMI<18,5), pisu normala dutenak (GMI 18,5-24,9), gehiegizko pisua dutenak (GMI 25-29,9) eta pertsona gizenak direnak (GMI $\geq$ 30).

Gráfico 7
Prevalencia de exceso de peso ($IMC \geq 25$) por sexo
y grupos de edad. (%)



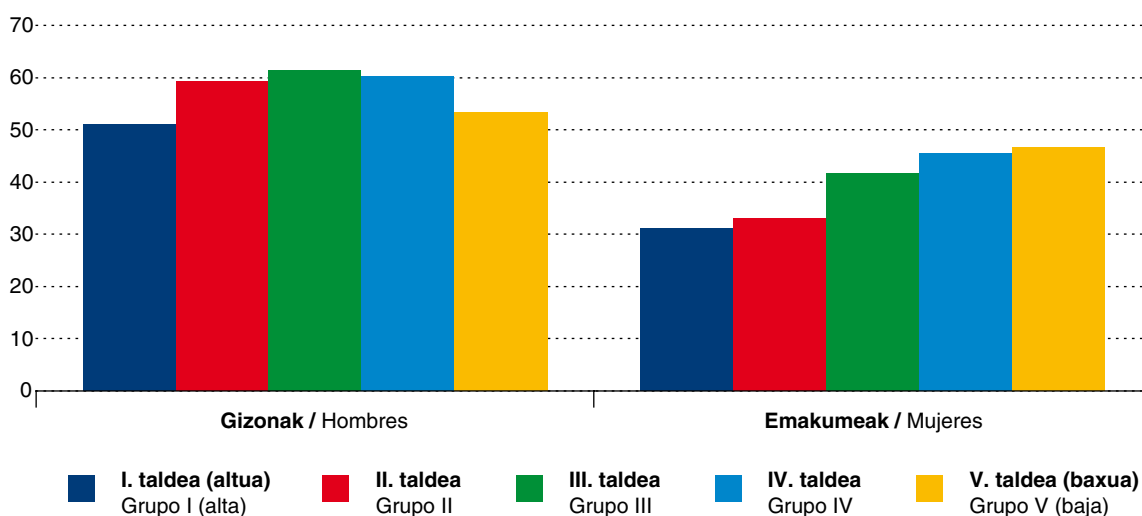
7. grafikoa
Pisu gehiegia duten pertsonen kopurua ($IMC \geq 25$),
sexua eta adin-taldea bereizita. (%)



Además, el exceso de peso, en el caso de las mujeres, parece guardar una relación gradual con el grupo socioeconómico de pertenencia: a medida que bajamos en el nivel socioeconómico la prevalencia de exceso de peso aumenta. El colectivo de nivel socioeconómico más bajo se sitúa 15,5 puntos por encima del grupo mejor situado.

Gainera, gehiegizko pisua duten emakumeen artean badirudi ezaugarri horrek pixkanakako lotura duela pertsonaren talde sozioekonomikoarekin: maila sozioekonomikoan behera egin ahala gehiegizko pisua duen emakume kopurua handitu egiten da. Maila sozioekonomiko beherenean dagoen taldea goren dagoenak baino 15,5 puntu gehiago ditu.

Gráfico 8
Exceso de peso (%) por sexo y grupo
socioeconómico



8. grafikoa
Pisu gehiegia (%), sexua eta talde
sozioekonomikoa bereizita

2.2.3. Obesidad

El dato más preocupante relacionado con el peso se refiere a la prevalencia de la obesidad. El 13% de los hombres y el 12% de las mujeres son obesos, es decir, su índice de masa corporal es igual o superior a 30. Las prevalencias más altas en los hombres se han detectado a partir de los 45 años, y en las mujeres se ha retrasado a partir de los 65 años. La obesidad se quintuplica en la población mayor con respecto a la joven.

En los últimos años, la prevalencia de obesidad ha ido aumentando en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

2.2.3. Gizentasuna

Pisuari buruz daukagun daturik kezkarriena pertsona gizenen kopurua da. Gizonen % 13 eta emakumeen % 12 pertsona gizenak dira, hau da, horien gorputz-masaren indizea 30 edo hortik gorakoa da. Gizonen artean kopuru handiena 45 urtetik gora eman da, eta emakumeen artean 65 urtetik gorako talderaino atzeratu da arazo hori. Adineko pertsonen artean, gizenen kopurua gazteenen artean baino bost aldiz altuagoa izan da.

Azken urteetan, bi sexuetan handitu da pertsona gizenen kopurua, eta adin-talde guztietan gainera.

Tabla 5
Prevalencia (%) de obesidad ($IMC \geq 30$) por sexo y grupos de edad

	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	7,5	10,4	10,4	13,3	8,6	9,6	9,5	11,8
16-24	1,7	2,9	2,6	4,4	0,9	3,0	1,9	3,5
25-44	7,2	9,8	8,5	8,9	5,0	6,1	4,8	6,6
45-64	10,6	15,8	15,1	19,6	12,9	12,4	12,9	14,7
≥ 65	11,0	11,5	13,7	18,0	16,7	17,7	17,6	19,6

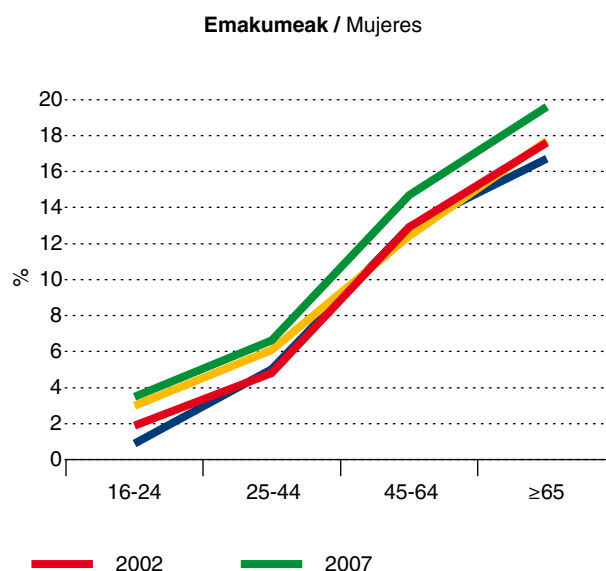
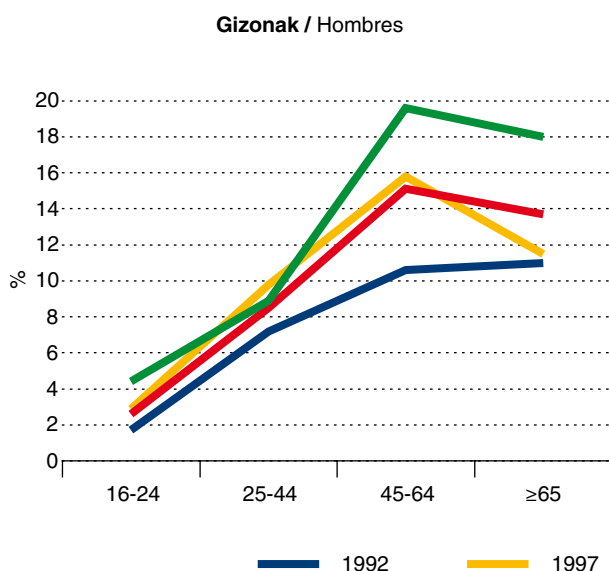
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasun Inkesta.

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

5. taula
Pertsona gizenen ($GM \geq 30$) kopurua (%),
sexua eta adin-taldea bereizita

Gráfico 9
Prevalencia (%) de obesidad ($IMC \geq 30$) por sexo y grupos de edad. 1992-2007

9. grafikoa
Pertsona gizenen ($GM \geq 30$) kopurua (%), sexua eta
adin-taldea bereizita. 1992-2007



2.2.4. Peso insuficiente

Se considera que una persona presenta peso insuficiente cuando su índice de masa corporal es inferior a 18,5.

En 2007, el 0,8% de los hombres y el 3,1% de las mujeres tuvieron peso insuficiente. Es un problema que afecta con mayor frecuencia a la población joven y especialmente a las mujeres. El 9,2% de las mujeres de 16 a 24 años tenía peso insuficiente frente al 3,1% de los hombres de esa misma edad.

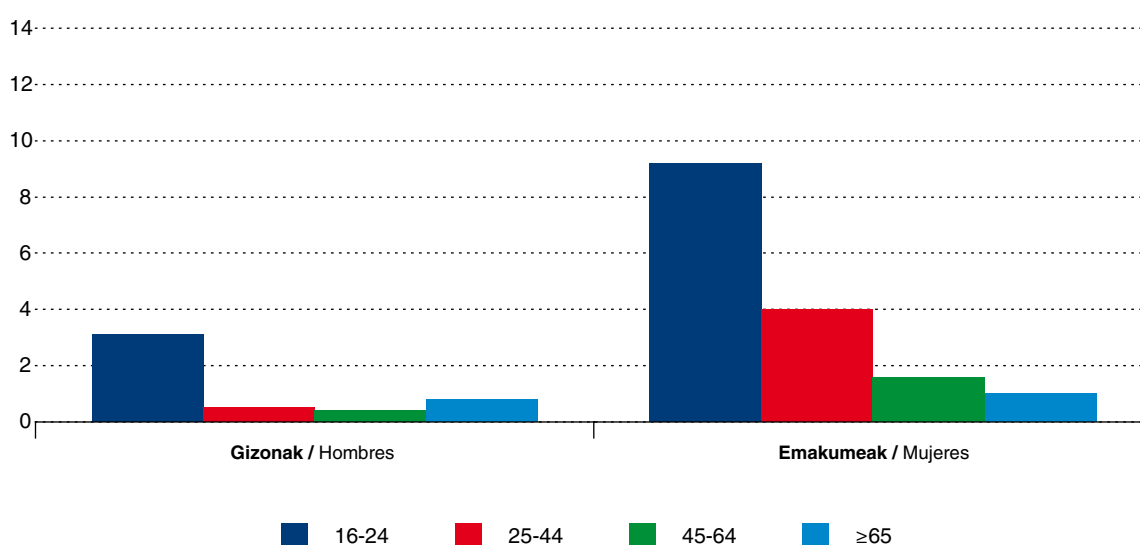
2.2.4. Pisu gutxiegia

Pertsona batek pisu gutxiegi du bere gorputz-masaren indizea 18,5etik beherakoa denean.

2007. urtean, gizonen % 0,8k eta emakumeen % 3,1ek pisu gutxiegi izan du. Gazteek eta batez ere emakumeek izaten dute gehienbat arazo hau. 16-24 urte arteko emakumeen % 9,2k pisu gutxiegi izan du, baina adin bereko gizonen kopurua % 3,1 izan da.

Grafico 10
Peso insuficiente (%) por sexo y edad

10. grafikoa
Pisu gutxiegia (%), sexua eta adina bereizita



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

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

Entre los hombres, la prevalencia más alta de peso insuficiente se concentró en los del grupo socioeconómico más desfavorecido, mientras que entre las mujeres a medida que el nivel socioeconómico era más elevado aumentaba la prevalencia de peso insuficiente.

Gizonen artean, pisu gutxiegia izan duen pertsona kopuru handiena aukera gutxien izan duen talde sozioekonomikoan eman da; emakumeen artean, aldiz, maila sozioekonomikoak gora egin ahala pisu gutxiegia izan duen pertsona kopurua handitu da.

2.2.5. Accidentes

El 7% de los hombres y el 6% de las mujeres han sufrido algún accidente en el último año, según la Encuesta de Salud de 2007. Entre los hombres, los más jóvenes han sufrido mayor proporción de accidentes; sin embargo, entre las mujeres se aprecia la incidencia más elevada en las edades extremas, en las menores de 15 años, y más acusada en aquellas que superan los 65 años.

La proporción de accidentes y su distribución por sexo y grupos de edad se está manteniendo estable a lo largo de los años.

2.2.5. Istripuak

Gizonen % 7k eta emakumeen % 6k azken urtean istripuren bat izan du, 2007ko inkestaren arabera. Gizonen artean, gazteenek izan dute istripu gehien, baina emakumeen artean muturreko adin-taldeetan eman da istripu gehien: 15 urtetik beherako emakumeen artean eta, are gehiago, 65 urtetik gorakoan artean.

Istripu kopurua eta horrek sexua eta adin-taldea bereizita duen banaketa nahiko egonkor mantendu da urteak igaro ahala.

Tabla 6
Prevalencia de accidentes (%) por sexo y grupos de edad

	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	7,6	8,0	7,8	7,4	5,0	6,1	6,6	6,1
≤15	10,8	11,0	12,0	8,8	5,3	9,3	6,4	7,1
16-24	9,7	11,3	11,6	11,6	5,0	6,2	5,5	5,4
25-44	7,6	8,6	8,5	7,7	3,3	4,3	6,3	4,2
45-64	5,4	5,7	5,3	6,8	5,0	5,1	5,7	5,6
≥65	3,5	3,5	3,2	3,8	7,9	8,1	9,3	9,1

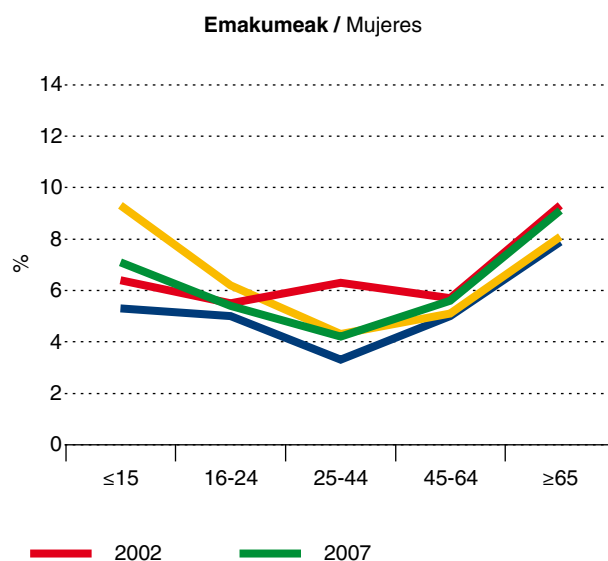
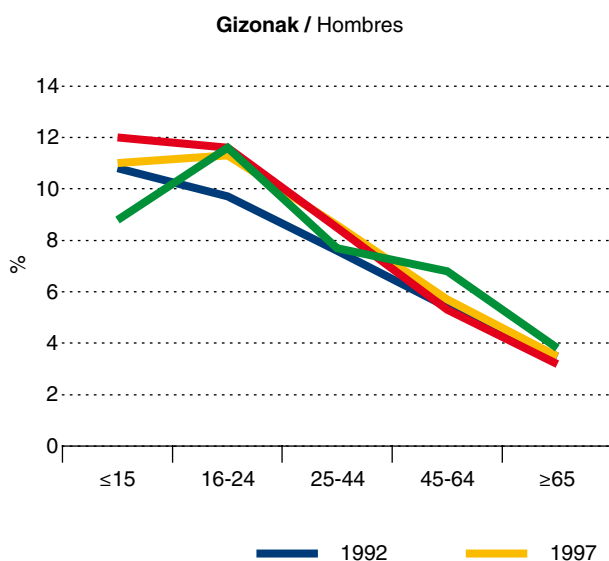
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritz. Osasun Inkesta.

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

6. taula
Istripu kopurua (%), sexua eta adin-taldea bereizita

Gráfico 11
Prevalencia de accidentes (%) por sexo y grupos de edad

11. grafikoa
Istripu kopurua (%), sexua eta adin-taldea bereizita



2.2.6. Población fumadora

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y de muerte como lo demuestran los motivos de fallecimientos de 2007 en la C.A. de Euskadi, ya que el 23% de los de los hombres y el 3% de los de las mujeres fueron atribuibles al tabaco.

El 29% de los hombres y el 21% de las mujeres fuman habitualmente. Tanto en uno como en otro sexo, el grupo de edad con mayor porcentaje de fumadores fue el de 25 a 44 años. La proporción de mujeres de 16 a 24 que fuman superó a la de los hombres de esa edad.

2.2.6. Erretzaileak

2007. urtean Euskal AEn izan diren heriotzen arrazoiak kontuan hartuta, tabakoaren kontsumoa gaixorik egoteko eta hiltzeko arrisku-faktore handia izan da: hildako gizonen % 23 eta emakumeen % 3 tabakoari egotzi ahal zaizkion arrazoiengatik hil dira.

Gizonen % 29k eta emakumeen % 21ek ohikotasunez erretzen du. Gizonen nahiz emakumeen artean, erretzaile gehien izan duen adin-taldea 25 eta 44 urte artekoa izan da. Erretzen duen 16 eta 24 urte bitarteko emakume kopurua adin bereko gizonena baino handiagoa izan da.

En 2007 el tabaquismo entre los hombres ha vuelto a disminuir, tendencia que se está manteniendo en los últimos años. Este descenso se ha apreciado en todos los grupos de edad, con la única excepción en los de edad más avanzada. Aunque la prevalencia del tabaquismo en las mujeres se ha mantenido estable, hay que destacar el paulatino descenso en las mujeres más jóvenes y el incremento en las de 45 a 64 años.

2007. urtean, gizonen arteko tabakismoa berriz jaitsi da; azken urteetan, gainera, joera hau mantentzen ari da. Jaitsiera hori adin-talde guztietan eman da, adin-talde nagusienean izan ezik. Emakumeen artean tabakismoa berdin mantendu da, baina azpimarratzekoa da emakume gazteenen artean pixkanaka tabakoa kontsumitzen duen pertsona kopurua txikitzen joan dela eta 45-64 urte arteko pertsonen artean gehitu dela.

Tabla 7
Población fumadora (%) por sexo y grupos de edad

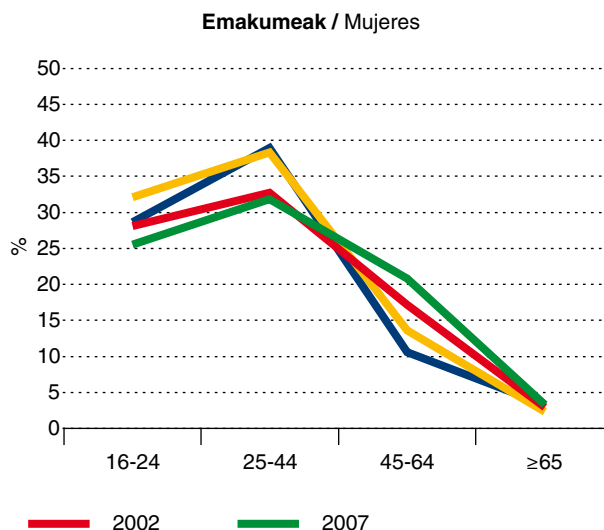
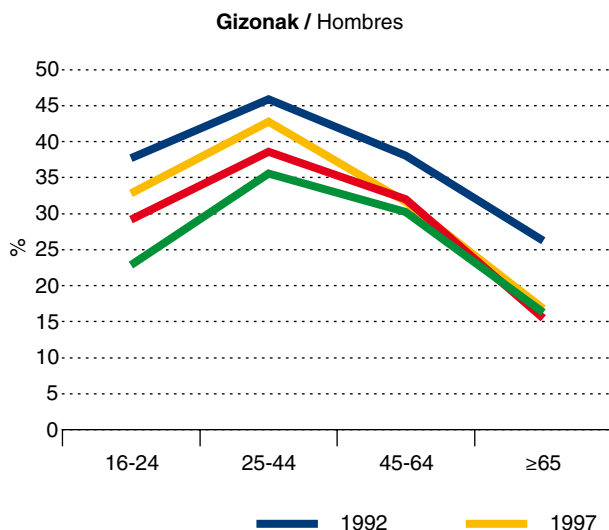
	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	39,5	33,9	31,4	29,1	22,7	23,1	21,1	21,1
16-24	37,7	32,8	29,2	22,9	28,6	32,1	28,1	25,5
25-44	45,9	42,8	38,6	35,6	38,9	38,3	32,7	31,8
45-64	38,1	31,7	32,0	30,2	10,6	13,6	17,2	20,8
≥65	26,2	16,8	15,5	16,3	3,3	2,3	2,9	3,3

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasun Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

7. taula
Erretzaile kopurua (%), sexua eta adin-taldea bereizita

Gráfico 12
Población fumadora (%) por sexo y grupos de edad

12. grafikoa
Erretzaile kopurua (%), sexua eta adin-taldea bereizita



2.2.7. Población exfumadora

El abandono del tabaquismo se hace patente con el incremento continuado de la población que se declara exfumadora, el 22% de los varones y el 13% de las mujeres componen este colectivo. Uno de cada tres hombres que supera los 45 años ha dejado de fumar. En las mujeres el abandono del tabaquismo se inicia antes, a partir de los 25 años (17%).

2.2.7. Erretzaile ohiak

Tabakismoa garrantzia galtzen ari da, biztanle gero eta gehiagok erretzaile ohia dela esan duelako: gizonen % 22 eta emakumeen % 13 sartzen da talde honetan. 45 urtetik gorako hiru gizonetik batek erretzeari utzi dio. Emakumeen artean tabakismoa gazteagotik hasten da, 25 urtetik aurrera (% 17).

Tabla 8
Población exfumadora (%) por sexo y edad

8. taula
Erretzaile ohien kopurua (%), sexua eta adina bereizita

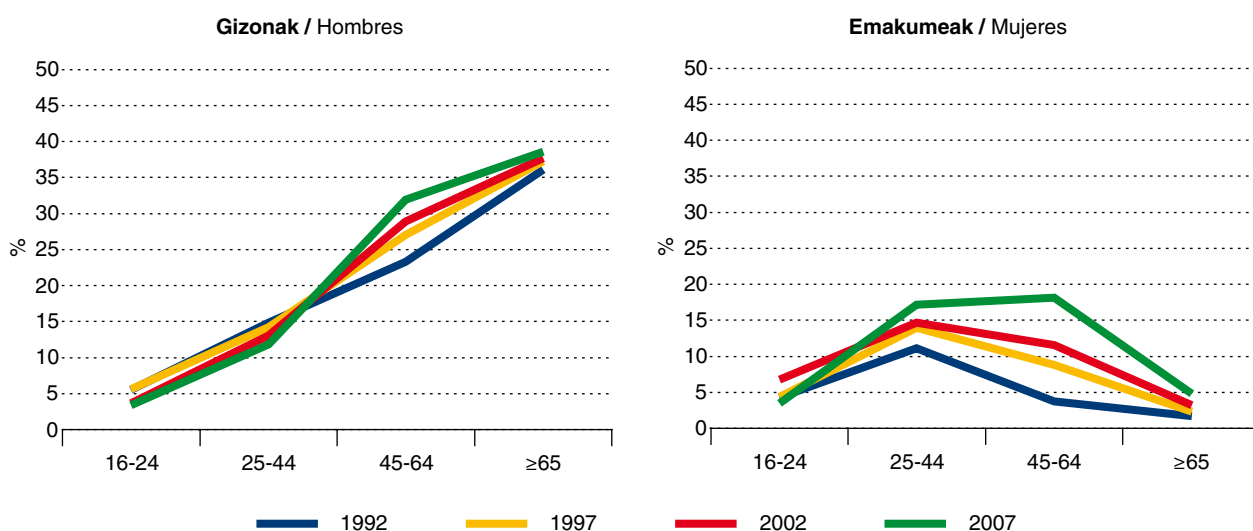
	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	18,2	19,6	20,4	21,8	6,1	8,6	10,2	13,2
16-24	5,5	5,6	3,7	3,4	4,3	4,4	6,8	3,5
25-44	14,9	14,2	13,1	11,8	11,1	14,0	14,7	17,2
45-64	23,3	27,0	28,9	31,9	3,7	8,8	11,6	18,1
≥65	36,1	37,3	37,7	38,6	1,7	2,3	3,2	4,8

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

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

Gráfico 13
Población exfumadora (%) por sexo y edad

13. grafikoa
Erretzaile ohien kopurua (%), sexua eta adina bereizita



2.2.8. Población bebedora de riesgo

La lucha contra el uso nocivo de alcohol constituye una prioridad en materia de salud pública. El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cirrosis hepática, determinados tipos de cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y favorece la aparición de malformaciones congénitas. Además, genera problemas de tipo familiar, laboral y social, y es el responsable de una parte importante de los accidentes, principalmente de tráfico.

En 2007, el 12% de los hombres y el 5% de las mujeres se clasificaron como bebedores de riesgo; en este colectivo se encuadran los grandes bebedores y los bebedores excesivos. En ambos sexos esa proporción fue mayor entre los 45 a 64 años.

2.2.8. Edale arriskutsuak

Alkoholaren erabilera kaltegarriaren aurkako borroka osasun publikoaren lehentasunetako bat da. Alkohol gehiegi kontsumitzen bada gibleko zirrrosia, minbizi mota batzuk, arteria-hipertentsioa eta garuneko hodietako gaixotasunen bat edukitzeko arriskua areagotu egiten da eta sortzetiko malformazioak ager daitezke. Gainera, familian, lanean eta gizartean arazoak sortzen ditu eta istripu gehienek (batez ere trafiko istripuen) eragile nagusia da.

2007. urtean, gizonen % 12 eta emakumeen % 5 edale arriskutsuak izan dira. Hain zuzen, talde honetan sartzen dira asko edaten duten pertsonak eta gehiegi edaten dutenak. Bi sexuetan, ehuneko handiena 45-64 urte arteko pertsonen artean eman da.

Es destacable la evolución de los últimos años con un descenso paulatino en ambos sexos ya que la proporción de bebedores de riesgo casi se ha reducido a la mitad.

Asimismo, parece guardar relación el grupo social y el consumo de alcohol en las mujeres, ya que las mujeres que pertenecían a los grupos sociales más favorecidos presentaron una mayor proporción de bebedoras de riesgo.

Alabaina, azken urteetan arazo hori izan duen pertsona kopurua pixkanaka txikitu egin da bai gizonen bai emakumeen artean, edale arriskutsuen ehunekoa ia erdira jaitsi baita.

Halaber, emakumeen artean talde soziala eta alkoholaren kontsumoa lotuta daudela ematen du; aukera gehien duten talde sozialetako emakumeen artean edale arriskutsu gehiago izan da.

Tabla 9
Población bebedora de riesgo (%) por sexo y grupos de edad

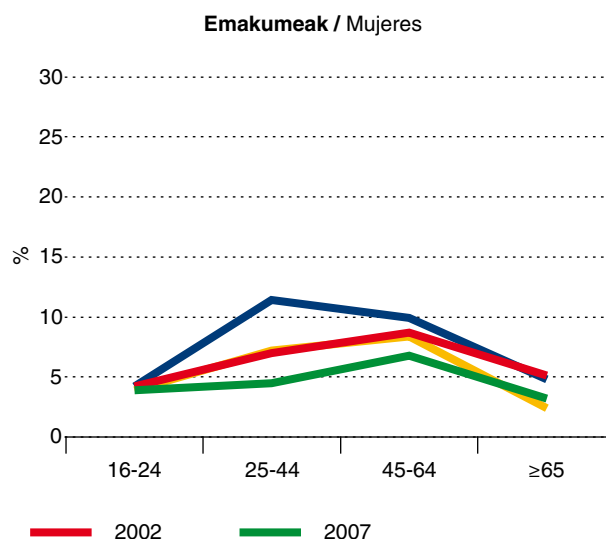
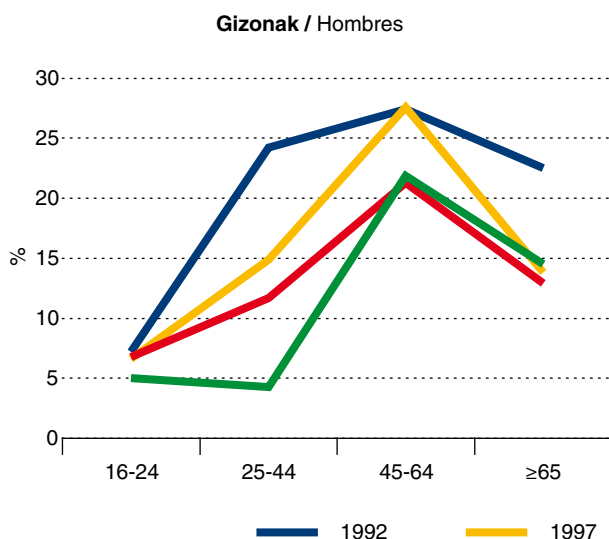
	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	21,7	17,3	14,0	11,7	8,5	6,1	6,6	4,8
16-24	7,2	6,6	6,8	5,0	4,2	3,9	4,2	3,9
25-44	24,2	14,9	11,7	4,3	11,4	7,2	7,0	4,5
45-64	27,4	27,6	21,3	21,9	9,9	8,4	8,7	6,8
≥65	22,5	13,8	12,9	14,5	4,8	2,4	5,1	3,2

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasun Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

9. taula
Edale arriskutsuak (%), sexua eta adin-taldea bereizita

Gráfico 14
Población bebedora de riesgo (%) por sexo y grupos de edad

14. grafikoa
Edale arriskutsuak (%), sexua eta adin-taldea bereizita



2.2.9. Hábitos alimentarios

Son cada vez más los trabajos de investigación que ponen de manifiesto el decisivo papel que juegan los hábitos alimentarios en el nivel de salud de los individuos. Los expertos en salud reconocen que la alimentación adecuada es un instrumento de protección de la salud y prevención de enfermedades.

2.2.9. Elikatzeko ohiturak

Gero eta ikerketa lan gehiagok erakusten dute elikatzeko ohiturek garrantzi handia dutela banakoen osasunean. Osasuneko adituen esanetan, elikadura egokiak osasuna babesten du eta gaixotasunei aurrea hartzen lagun dezake.

La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria y semanal. La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SEC) elaboró en 2004 una nueva Pirámide de Alimentación, la cual se ha convertido en referencia en materia nutricional.

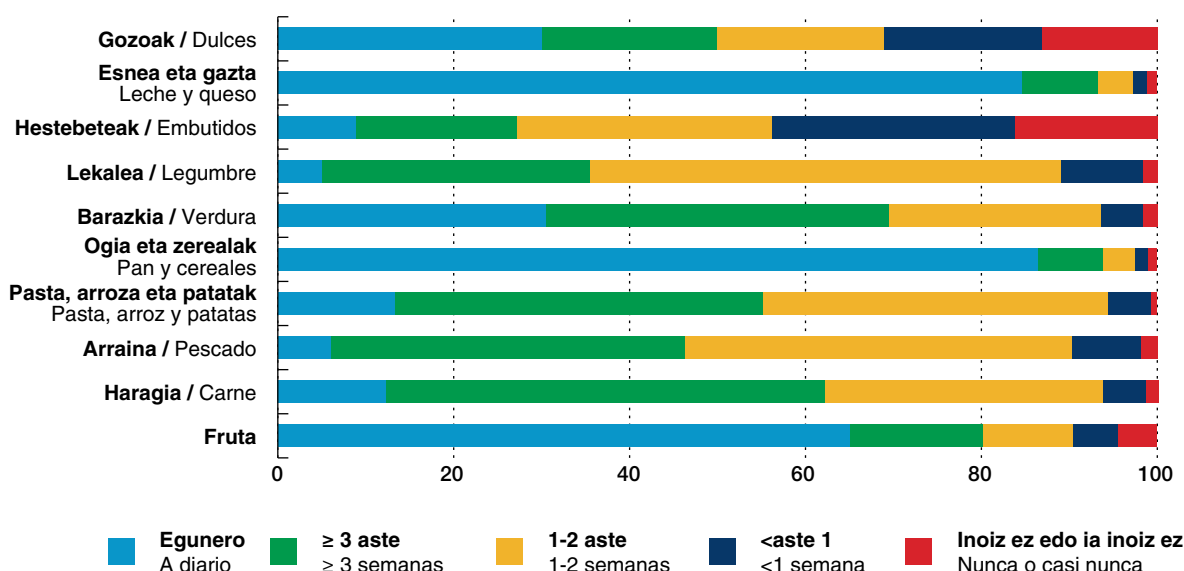
La pirámide muestra en la base los alimentos que deben ser ingeridos diariamente como son los derivados de los cereales y patatas, verduras, hortalizas, frutas, leche y derivados lácteos y aceite de oliva. Otros alimentos, concretamente, legumbres, frutos secos, pescados, huevos y carnes magras, se deben tomar alternativamente varias veces por semana. Por último y en la cúspide de la pirámide, se aconseja moderar el consumo de carnes grasas, pastelería, bollería, azúcares y bebidas refrescantes. También se recomienda ingerir como mínimo dos litros de agua diarios y la realización, de al menos, 30 minutos de actividad física.

Nutrizio-egoera egokia izateko biderik onena eguneko eta asteko dietan elikagai mota ezberdinak sartzea da. Espainiako Erkidegoaren Nutrizio Sozietateak (SEC) 2004. urtean Elikagaien piramide berria egin zuen, eta nutrizioaren esparruan erreferentzia bihurtu da.

Piramidearen oinarrian egunero hartu behar diren elikagaiak daude: zerealen eta pataten eratorriak, barazkiak, frutak, esnea, esnekiak eta oliba olio. Beste elikagai batzuk, hau da, lekaleak, fruitu lehorrak, arrainak, arrautzak eta gihar-haragiak, astean batzutan hartu behar dira, aldizka. Azkenik, eta piramidearen goiko aldean, haragi koipetsuak, gozogintza, opildegia, azukreak eta edari freskagarriak daude. Horrez gain, egunean gutxienez bi litro ur edatea eta 30 minutuko jarduera fisikoa egitea gomendatzen da.

Gráfico 15
Población de 16 y más años (%) según consumo de alimentos

15. grafikoa
16 urteko eta gehiagoko biztanleak (%), kontsumitutako elikagaien arabera



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasun Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

De los alimentos que aconseja la SEC para consumir a diario, los datos de la Encuesta de Salud señalan que un 85% de la población consume diariamente lácteos y pan o cereales, y el 65% fruta. En cambio, el consumo diario de verdura se reduce a un 30% de la población, equiparable al porcentaje del que toma dulces a diario.

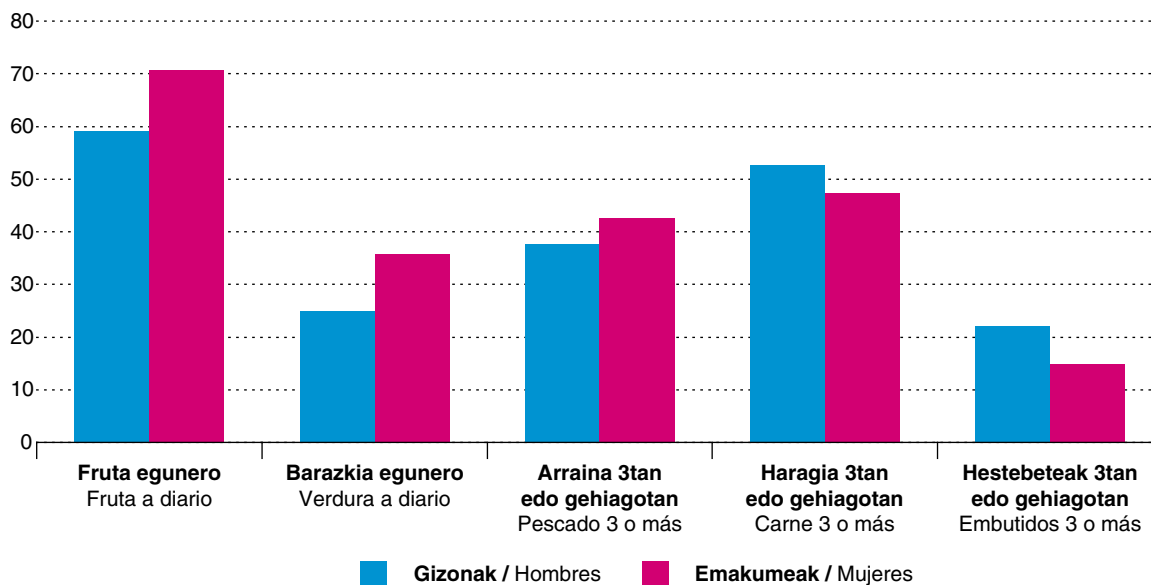
De entre los otros alimentos que deben tomarse varias veces por semana, destaca el consumo de carne: el 50% de la población come carne más de 3 veces a la semana; le sigue la pasta, arroz y patatas, el pescado y las legumbres.

SEC sozietateak egunero kontsumitzeko gomendatzen dituen elikagaiei dagokienez, Osasunari buruzko Inkestan jasotako datuen arabera biztanleen % 85ek egunero kontsumitzen ditu esnekiak eta ogia edo zerealak, eta % 65ek frutak kontsumitzen ditu. Eguneko barazki kontsumoari dagokionez, aldiz, % 30ra jaitsi da elikagai horiek kontsumitzen dituzten biztanleen kopurua; egunero gozoak jaten dituztenen antzeko ehunekoa dute hauek.

Astean batzutan hartu behar diren elikagai guztien artean haragiaren kontsumoa da nagusi: biztanleen % 50ak astean 3 aldiz baino gehiagotan jaten du haragia. Ondoren kontsumo altuenak pastak, arrozak eta patatak, arrainak eta lekaleak dute.

Gráfico 16
Población de 16 y más años (%) según consumo
de alimentos por sexo

16. grafikoa
16 urteko eta gehiagoko biztanleak (%),
kontsumitutako elikagaien eta sexuaren arabera



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasun Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

Por otro lado, se aprecian diferencias de género en los hábitos alimenticios; los hombres parecen ser más proclives al consumo de carne y embutidos mientras que las mujeres tienden más a preferir comer frutas, verduras y pescado.

Bestalde, elikatzeko ohituretan generoaren arabera bereizketa ematen da. Gizonek jaten dute haragi eta hestebete gehien; emakumeek nahiago dute frutak, barazkiak eta arraina jan.

2.2.10. Hábitos de sueño

El sueño afecta a las funciones diarias y a la actividad física y mental. El dormir menos horas de las necesarias puede ocasionar serios problemas de salud, como depresión, ansiedad, hipertensión y graves problemas de crecimiento. Asimismo, además de otras evidencias, un estudio realizado por la doctora Kristen G. Hairston⁷ revela que los adultos jóvenes que duermen muy poco o demasiado tienden, con el tiempo, a una mayor acumulación de grasa abdominal, lo que eleva el riesgo de sufrir enfermedades como la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías. Los resultados de este estudio confirman la idea de que los hábitos de sueño afectan al peso y la salud en general: «dormir es una parte importante de la salud».

El tiempo medio social dedicado al sueño en la C.A. de Euskadi, según datos de la última Encuesta de Presupuestos de Tiempo⁸, es de 8 horas y 47 minutos, un minuto menos del que se destina en el resto del Estado (8 horas y 48 minutos en el año 2003).

2.2.10. Loaren ohiturak

Loak eguneko eginkizunetan eta jarduera fisiko eta mentalean du eragina. Behar baino ordu gutxiago lo eginez gero osasun arazo larriak sor daitezke: depresioa, antsietatea, hipertentsioa eta hazteko arazo larriak. Halaber, beste ebidentzia batzuez gain, Kristen G. Hairston doktorearen⁷ ikerlan batean honako datua jaso da: oso gutxi edo gehiegi lo egiten duten heldu gazteek, denbora igaro ahala, sabelean gantz gehiago pilatzeko joera izaten dute eta horrek handitu egiten du diabetesa, hipertentsioa eta kardiopatiak bezalako gaixotasunak edukitzeko arriskua. Ikerlan horren emaitzek berretsi dute loaren ohiturek oro har pertsonen pisuan eta osasunean eragina dutela: «lo egitea osasunaren atal garrantzitsua da».

Denbora Aurrekontuen azken Inkestako⁸ datuen arabera, Euskal AEn loari eskainitako batez besteko denbora soziala 8 ordu eta 47 minutu da, Estatuan eskainitakoa baino minutu bat laburragoa (8 ordu eta 48 minutu, 2003ko udazkenean).

⁷ Doctora Kristen G. Hairston, de la Escuela de Medicina de la Wake Forest University, en Winston-Salem Carolina del Norte.

⁸ La Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT) en la C.A. de Euskadi la realiza Eustat cada 5 años (últimos datos disponibles 2008) y en el resto del Estado el INE con el nombre de Encuesta de Empleo de Tiempo (ETT) (los datos más recientes corresponden al año 2003).

⁷ Doktore Kristen G. Hairston, Iparraldeko Karolinako Winston-Salemen dagoen Wake Forest University-ko Medikuntza Eskolako.

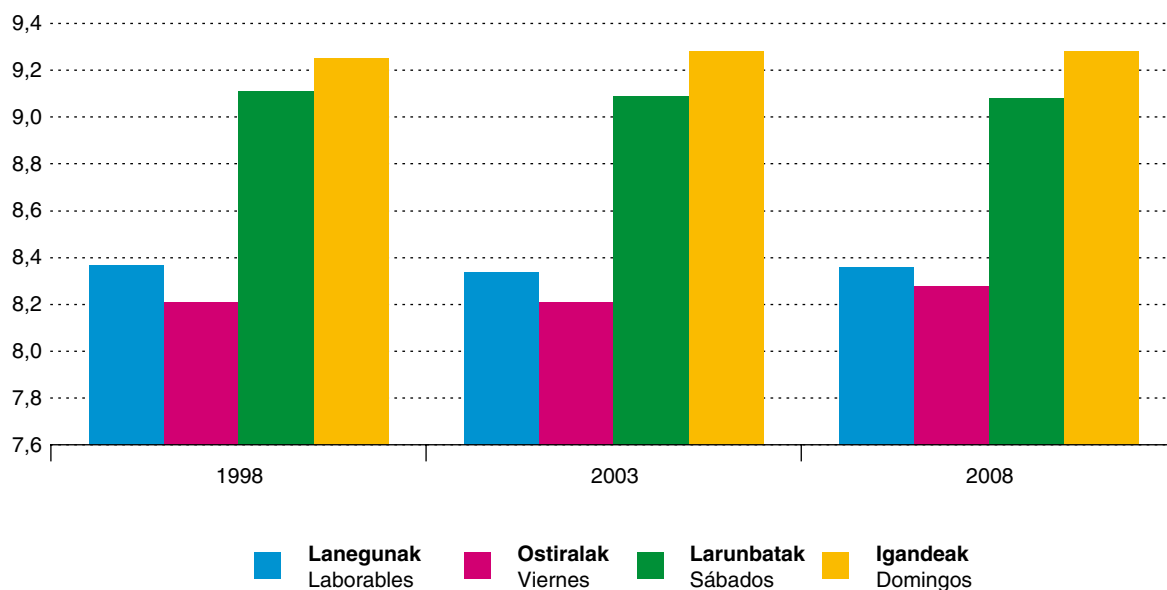
⁸ Eustatek 5 urtean behin egiten du Euskal AEko Denbora Aurrekontuen Inkesta (DAI). Azken datuak 2008koak dira. Estatuan EINek egiten du inkesta hau, baina beste izen batekin: Encuesta de Empleo de Tiempo (ETT). Estatuko daturik berrienak 2003koak dira.

Asimismo, el tiempo dedicado al sueño no presenta grandes cambios en el tiempo. Ahora se duerme tres minutos más que en 2003; y continúan siendo el domingo y sábado, los días por excelencia de la semana, en los que más tiempo se destina a dormir (más de 9 horas), y el viernes con 8 horas y 28 minutos el que menos (si bien ha aumentado en 7 minutos respecto a 2003).

Era berean, denborak aurrera egin ahala loaldian ez da al-daketa handirik eman. Orain, 2003an baino hiru minutu luze-agoa da loaldia. Oraindik larunbatean eta igandean egiten dugu lo gehien (9 ordutik gora); baina ostiraletan egiten dugu lo gutxien: 8 ordu eta 28 minutu (hala ere, datu hau 7 minutu luzatu da 2003. urtearekin alderatuta).

Gráfico 17
Tiempo medio de horas de sueño por día

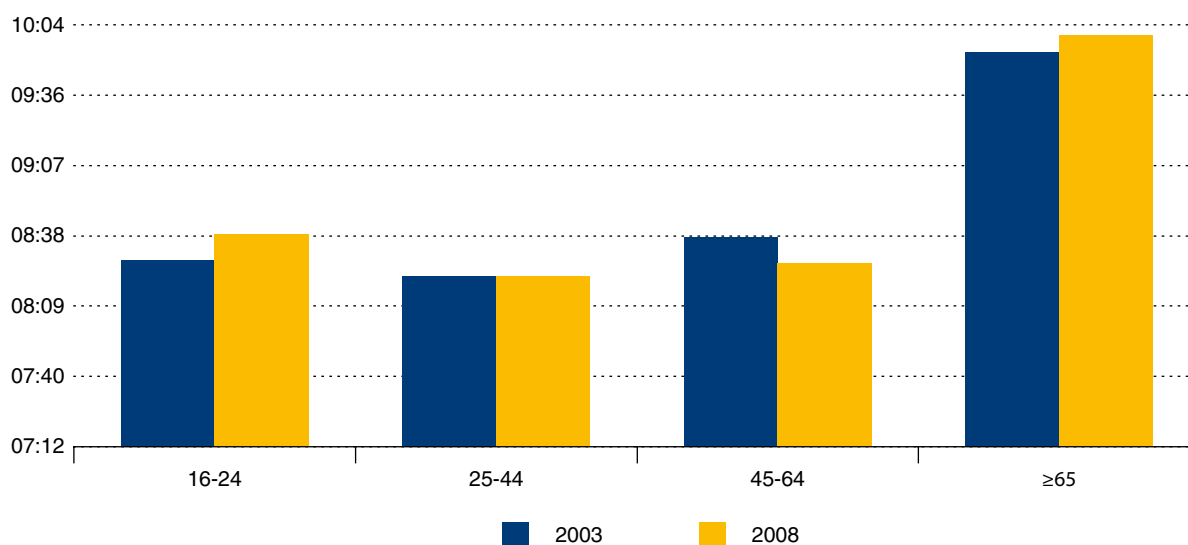
17. grafikoa
Egunean lo egindako ordu kopuruaren batez besteko denbora



Iturria: Eustat. Denbora Aurrekontuen Inkesta.
Fuente: Eustat. Encuesta de Presupuestos de Tiempo.

Gráfico 18
Tiempo medio de horas de sueño por edad

18. grafikoa
Lo egindako ordu kopuruaren batez besteko denbora, adinaren arabera



Iturria: Eustat. Denbora Aurrekontuen Inkesta.
Fuente: Eustat. Encuesta de Presupuestos de Tiempo.

Las necesidades de sueño dependen de diversos factores, uno de ellos es la edad. El número de horas necesarias de sueño diario varía con la edad y con la persona. Así, según los datos de la EPT, las personas de 65 y más años son las que más duermen, destinan casi 10 horas diarias para dormir, en tanto que las de 25-44 años son las que menos (8 horas y 22 minutos); en cualquier caso, todos los tramos de edad considerados superan las 7-8 horas diarias que es aconsejable dormir para una buena salud.

Lo egin behar den ordu kopurua faktore jakin batzuek ezartzen dute, adinak adibidez. Adinaren eta pertsonaren arabera ordu kopuru bat edo beste egin behar da lo egunean. DAlren arabera, 65 urteko eta gehiagoko pertsonak egiten dute lo gehien, ia 10 ordu egiten dituzte lo egunean. Baina lo gutxien egiten duten pertsonak 25-44 urtekoak dira (8 ordu eta 22 minutu). Nolanahi ere, aztertu diren adin-tarte guztietan gaitzen da osasun ona edukitzeko egunean gomendatzen den 7-8 orduko loaldia.

3

OSASUN EGOERA

ESTADO DE SALUD

3.1. ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida es uno de los indicadores básicos para determinar el nivel de bienestar existente en un país o región. En el caso de la C.A. de Euskadi, tanto los hombres como las mujeres han experimentado un aumento constante de su esperanza de vida¹. La esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado en 7,4 años respecto a hace 30 años y la de los hombres en 7,6 años, lo que supone que los varones y las mujeres han ganado como promedio 3 meses de vida cada año, hasta alcanzar los 77,2 años y los 84,3 años, respectivamente, en 2005. La esperanza de vida en Euskadi se sitúa entre las mayores del mundo.

Asimismo, las proyecciones de esperanza de vida hasta 2020² evidencian que la población vasca vivirá aún más años, llegando las mujeres a los 87,3 años y los hombres hasta los 81,2 años, lo que reduce la diferencia entre las es-

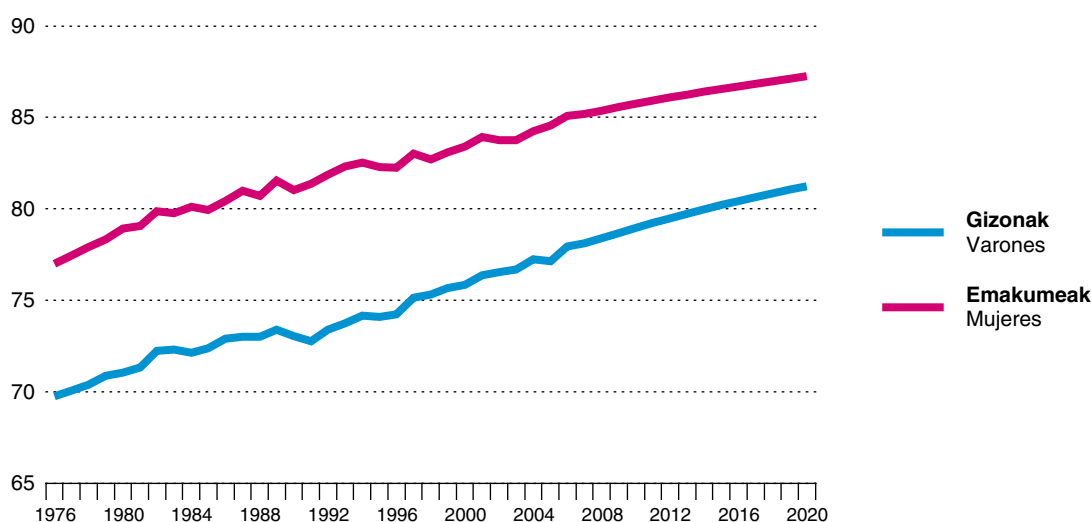
3.1. BIZI-ITXAROPENA

Herrialde edo eskualde baten ongizate maila neurtzeko funtsezko adierazlea da bizi-itxaropena. Euskadin, bai gizonen bai emakumeen bizi-itxaropenak etengabe hoberantz egin dute¹. Emakumeen bizi-itxaropena duela 30 urtekoa baino 7,4 urte luzeagoa da, eta gizonena 7,6 urte luzeagoa; hau da, gizonek eta emakumeek, batez beste, 3 hilabete gehiago bizi dira urtean. 2005. urtean gizonen bizi-itxaropena 77,2 urtekoa izan da eta emakumeena 84,3 urtekoa. Euskadiko bizi-itxaropena munduko altuenetakoa da.

Halaber, 2020. urtera arteko bizi-itxaropenaren proiektzioek², erakusten dute EAEko biztanleak oraindik urte gehiago biziko direla: emakumeak 87,3 urte izatera iritsiko dira eta gizonak 81,2 urte. Horrela, bi sexuen bizi-itxaropenen arteko aldea

Gráfico 1
Evolución de la esperanza de vida
del nacimiento por sexo

1. grafikoa
Jaiotzako bizi-itxaropenaren bilakaera,
sexuak bereizita



Iturria: Eustat. Proiektzio Demografikoak 2020.
Fuente: Eustat. Proyecciones Demográficas 2020.

¹ La esperanza de vida al nacer representa el número de años que, por término medio, viviría una persona de una determinada edad si estuviera sujeta durante el resto de la vida a la mortalidad de la época.

² Fuente: Eustat. Proyecciones Demográficas 2020.

¹ Jaiotzako bizi-itxaropena esaten zaio adin jakin bateko pertsona bat batez beste biziko den urte kopuruari, baina pertsona hori jaio zen aldiko heriokortasuna mantentzen bada bizi den bitartean.

² Iturria: Eustat. Proiektzio Demografikoak 2020.

peranzas de vida de ambos sexos de 7,4 años en 2005 a 6 años en 2020. Esta esperanza de vida, unida a las proyecciones de natalidad, supondrá que los mayores de 65 años representarán el 22% de la población de la C.A. de Euskadi en 2020.

Este incremento de la esperanza de vida supone un cambio de la estructura de población en el que adquirirán mayor protagonismo los mayores; este cambio puede tener importantes consecuencias sanitarias y sociales, entre las que podemos adelantar: un ascenso de la morbilidad por enfermedades crónicas, un incremento de las personas con discapacidad y dependencia y una demanda mayor de atención socio-sanitaria así como también de otros sectores, como el inmobiliario (adaptación de la vivienda a situaciones de dependencia), sin olvidar la incidencia que estos cambios tendrá sobre la sostenibilidad del sistema y la financiación del envejecimiento.

En este contexto de países desarrollados con altas esperanzas de vida, los indicadores de salud clásicos, basados únicamente en la mortalidad, resultan limitados para describir la evolución del estado de salud de la población. Es necesario conocer si la mejora continua de la mortalidad viene acompañada también de un aumento en el nivel de salud de la población, o si por el contrario es a costa de una mayor morbilidad y discapacidad. Para ello es necesario utilizar indicadores de salud que tengan en cuenta no sólo la mortalidad de una población sino también la experiencia de morbilidad o incapacidad. La esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) y

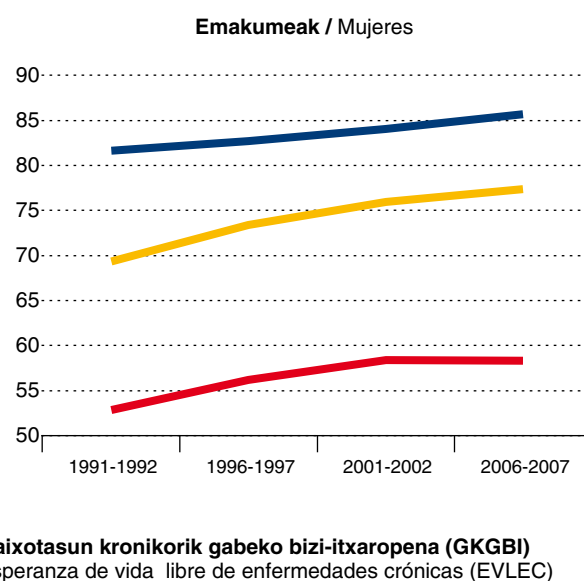
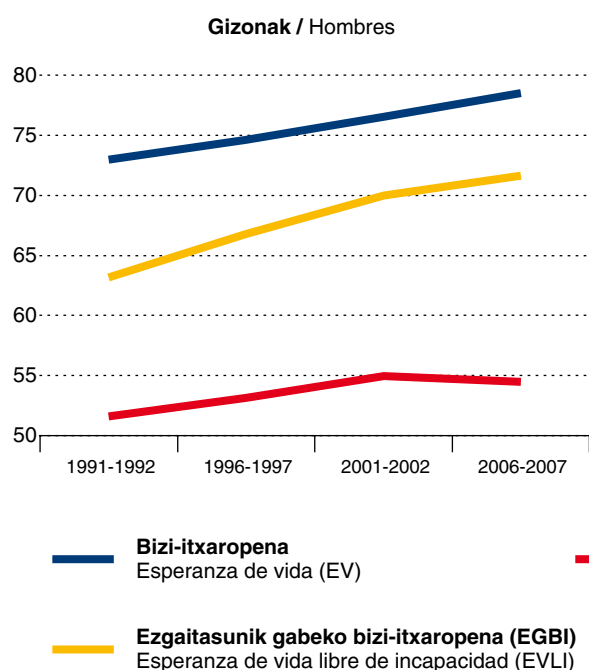
7,4 urtekoa izan da 2005. urtean eta 6 urtekoa izango da 2020. urtean. Bizi-itxaropen hori eta jaiotza tasaren gainean egindako proiektzioak kontuan hartuta, Euskadiko 65 urtetik gorako pertsonak biztanle guztien % 22 izango dira 2020. urtean.

Bizi-itxaropenaren hobetze horren ondorioz biztanleen egitura aldatu egin da: adinekoek protagonismo handiagoa izango dute. Eta horrek osasunean eta gizartean ondorio garrantzitsuak izan ditzake, besteak beste hauek aurreratu ditzakegu: gaixotasun kronikoen bidezko erikortasunak gora egingo du, ezintasuna eta menpekotasuna duten pertsona gehiago egongo da, gizarte eta osasun arreta jasotzeko eskaria handitu egingo da, baita beste sektore batzuetan ere, higiezinaren sektorean adibidez (etxebizitzak menpekotasun egoerara egokitu behar dira). Horrez gain, aipatutako aldaketek eragina izango dute sistemaren iraunkortasunean eta zaharztearen finantzaketan.

Bizi-itxaropen luzea duten herrialde garatueta osasunaren ohiko adierazleak, soilik heriotza tasan oinarritzen direnak, mugatuak dira biztanleen osasun egoeraren bilakaera deskribatzeko. Heriotza tasaren etengabeko hobekuntzarekin batera biztanleen osasuna ere hobetzen den jakin behar da edo, ostera, biztanleen erikortasuna eta ezintasuna areagotzen den. Horretarako, hain zuzen, biztanleen heriotza tasaz gainera haien erikortasuna edo ezintasuna ere kontuan hartzen duten osasunaren adierazleak erabili behar dira. Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena (EGBI) eta gaixotasun kronikorik gabeko bizi-itxaropena (GKGBI) izeneko adierazleak

Gráfico 2
Evolución de la Esperanza de Vida, Esperanza de Salud Libre de Incapacidad y Esperanza de Salud Libre de Enfermedades Crónicas

2. grafikoa
Osasun oneko bizi-itxaropenaren, ezintasunik gabeko bizi-itxaropenaren eta gaixotasun kronikorik gabeko bizi-itxaropenaren bilakaera



la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas (EVLEC) son dos indicadores que permiten un acercamiento de este tipo. De hecho, entre los principales objetivos del Plan de Salud 2002-2010 se encuentra el de mejorar la salud de la población, aumentando la duración de la vida y el número de años de vida saludable.

La esperanza de vida libre de discapacidad se situó en el año 2006-2007 en 71,7 años en hombres y 77,4 en mujeres, y a lo largo de estos años ha aumentado la edad a la que se llega libre de discapacidad. Es decir, durante el período analizado el aumento de los años de vida viene acompañado de un aumento de los años de vida que se viven libre de incapacidad, lo que significa que se ha producido una compresión de la morbilidad.

Sin embargo, respecto a la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas (54,5 años en los hombres y 58,3 en las mujeres), si bien aumenta en los dos sexos durante el total del período, en el último período el tiempo que se espera vivir libre de incapacidad se reduce, lo que unido al aumento de la esperanza de vida provoca que aumente el tiempo que se vive con una enfermedad crónica.

Si tenemos en cuenta las principales causas de defunción, los tumores, primera causa de muerte en la C.A. de Euskadi, son, por lo tanto, la principal amenaza a los años de esperanza de vida. Si se consiguiera eliminar totalmente esta causa de muerte, los hombres prolongarían algo más de 4 años su vida y las mujeres algo más de tres años y medio. Más débiles son, en cambio, los detrimentos provocados por las causas externas de defunción, que restan algo más de un año de vida a los hombres y cerca de 4 meses a las mujeres.

esker, mota horretako hurbilketa egin daiteke. Izan ere, Osasun Planaren (2002-2010) helburu nagusienetako bat biztanleen osasuna hobetzea da, bizia eta osasun dauden urte kopurua luzatuz.

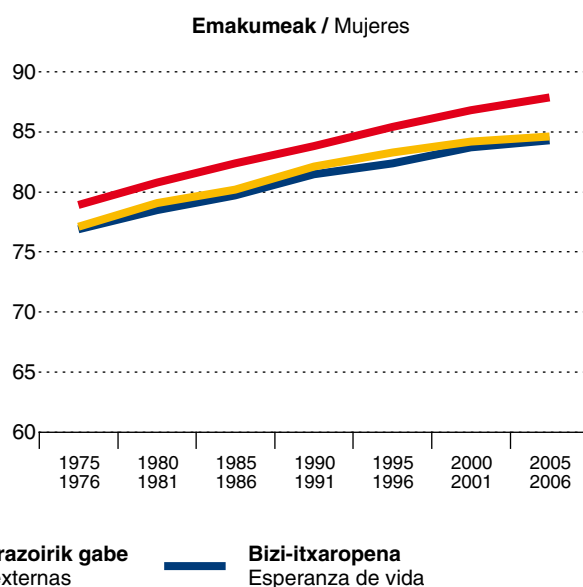
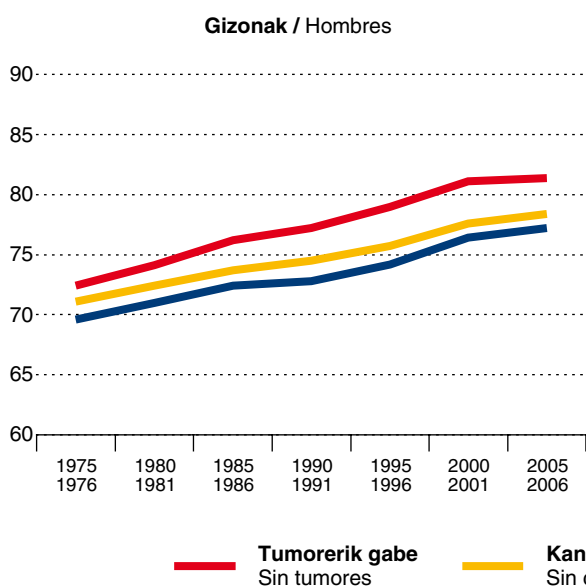
2006-2007 urteetan, ezintasunik gabeko bizi-itxaropena 71,7 urtekoa izan da gizonentzat eta 77,4 urtekoa emakumeentzat; urte horietan zehar, gainera, ezintasunik gabe bizitako urte kopurua luzatu egin da. Hots, aztertutako aldian, bizitako urte kopurua luzatzearekin batera ezintasunik gabe bizitako urte kopurua ere luzatu da eta, ondorioz, erikortasuna murriztu da.

Baina gaixotasun kronikorik gabeko bizi-itxaropena (54,5 urte gizonak eta 58,3 urte emakumeak) aldi horretan bi sexuen artean luzatu arren, azken aldian ezintasunik gabe bizitzea espero den denbora laburtu egin da. Hori kontuan hartuta eta bizi-itxaropena luzatu dela ikusita, gaixotasun kronikoarekin bizitako denbora luzatu egin da.

Heriotza dakarten arrazoiak aztertzean, Euskal AEn tumorak dira heriotza gehien eragiten dutenak. Bada, horixe da bizi-itxaropena arriskuan jartzen duen arrazoi nagusia. Heriotza dakarren arrazoi hori erabat ezabatuko balitz, gizonak 4 urtetik gora biziko lirakeke gehiago eta emakumeak hiru urte eta erditik gora gehiago. Ez dute hain eragin handia, aldiz, heriotzen kanpoko eragileek; gizonei urtebete eta pixka bat gehiago kentzen diete eta emakumeei 4 hilabete inguru.

Gráfico 3
Esperanza al nacimiento por causa

3. grafikoa
Jaiotzako bizi-itxaropena, arrazoiaren arabera



3.2. MORTALIDAD

Los datos de mortalidad se recogen en la Estadística de Defunciones, de la cual se tiene información desde 1861, y junto a la de Nacimientos y Matrimonios constituyen el Movimiento Natural de la Población.

La tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad infantil han sido extensamente usadas por la comunidad internacional como indicadores de la salud de la población y, de manera indirecta, del desarrollo socioeconómico.

Las tasas de mortalidad de la C.A. de Euskadi por 1.000 habitantes a lo largo de todo el período 1975-2008 han oscilado entre un 6,4 y un 9,2, inferiores al 15, límite por debajo del cual se considera baja la tasa de mortalidad.

Todos los países de la OCDE-Europa (23) han reducido los índices de mortalidad infantil en los últimos trece años (1996-2008), y también la C.A. de Euskadi, que con una tasa de 4,3 por 1.000 en 2008 se aproxima más a la de los países de la OCDE-Europa con las tasas más bajas.

Desde hace más de una década en la C.A. de Euskadi los fallecimientos por causa de enfermedades circulatorias han descendido a la inversa de los tumores, que han ido en aumento; esto mismo también viene sucediendo desde 1980 en el promedio de los países de la OCDE, y ha supuesto que en el año 2008 los tumores sean la principal causa de fallecimiento en la C.A. de Euskadi. Debido a la alta frecuencia de estos dos grupos de enfermedades en la mortalidad, se han introducido como áreas prioritarias del Plan Vasco de Salud 2002-2010.

3.2.1. Evolución

Las tasas de mortalidad más bajas de estos últimos dieciocho años (1991-2008) corresponden a los primeros años del período, 1991-1994, con una tasa de 8 defunciones por 1.000 habitantes; esta proporción aumenta en los años sucesivos alcanzando los valores más altos, 9,2 por 1.000 habitantes, en los años 2003 y 2005. Los 19.437 fallecimientos acaecidos en 2008 sitúan a la C.A. de Euskadi con una tasa de mortalidad de 9 por 1.000 habitantes.

Este aumento de las tasas de mortalidad es consecuencia del aumento de la población en edad avanzada; la población vive mayor número de años y la esperanza de vida es mayor, consecuencia, entre otras, de los avances realizados en la prevención y en el tratamiento de las enfermedades.

A lo largo de todo este período (1991-2008), Álava fue el territorio de la C.A. de Euskadi con la tasa de mortalidad más baja, mientras que Bizkaia registró la más alta.

Seis de cada diez muertes son causadas por los tumores (29,9%) y enfermedades del sistema circulatorio (29,3%). A más distancia se sitúan en tercer y cuarto lugar los fallecimientos por causa de enfermedades del sistema respiratorio (10%) y sistema digestivo (5%).

Durante todo el período 1996-2006 las enfermedades del sistema circulatorio han sido la principal causa de fallecimiento; ahora bien la tendencia de los últimos años ha estado marcada por un descenso del número de defunciones por

3.2. HERIOTZA TASA

Heriotzen estatistikan jasotzen dira heriotza tasari buruzko datuak. 1861. urteaz gero egiten da estatistika hori, eta jaio-tzen eta ezkontzen estatistikekin batera Biztanleriaren Berrezko Mugimendua osatzen du.

Heriotza tasa gordina eta haurren heriotza tasa nazioartean izugarri erabili izan dira biztanleriaren osasunari buruzko adierazleak konparatzeko eta, zeharka izan arren, garapen sozioekonomikoa konparatzeko.

Euskal AEn, 1975-2008 urteen artean, heriotza tasa hau izan da: 1.000 biztanleko 6,4 eta 9,2 hildako. Tasa hori 15etik beherakoa izan da, eta muga horretatik behera dauden tasak heriotza tasa txikiak bezala ezagutzen dira.

ELGEko-Europako herrialde guztietan (23) txikitu dira haurren heriotza indizeak azken hamahiru urteetan (1996-2008); baita Euskal AEn ere, hemen 2008. urtean 1.000 biztanletik 4,3 hil baitira eta tasa horrekin ELGEko-Europan tasa txikiak izan dituzten herrialdeen tasetatik hurbil geratu da.

Hamarkada bat baino denbora luzeagotik, Euskal AEn zirkulazioari lotutako gaixotasunen ondoriozko heriotza kopurua txikitu egin da; tumoreekin kontrako gertatu da, hauen ondoriozko heriotza kopurua handitzen joan da. ELGEko herrialdeen batezbestekoan ere horixe bera ari da gertatzen 1980. urteaz gero. 2008. urtean tumoreak izan dira Euskal AEn heriotza gehien eragin duten gaixotasunak. Izan ere, gaixotasun horiek heriotza ugari eragiten dituztenez, lehentasunezko arlo moduan sartu dira 2002-2010 Osasunaren Euskal Planean.

3.2.1. Bilakaera

Azken hemezortzi urteetako (1991-2008) heriotza tasa txikiak aldi horretako lehenengo urteetan eman dira (1991-1994): 1.000 biztanleko 8 hildako egon ziren. Hurrengo urteetan tasa horrek gora egin zuen eta 2003 eta 2005 urteetan balio handiagoetara heldu zen: 1.000 biztanleko 9,2 hildako. 2008. urtean 19.437 hildako izan dira; horrela, Euskal AEn 1.000 biztanleko 9 pertsonako heriotza tasa izan da.

Heriotza tasak gora egin du adineko biztanle kopurua handitu delako, biztanleak urte gehiago bizi direlako eta bizi-itxaropena luzeagoa delako. Hain zuzen, gaixotasunei aurrea hartzeko eta horiek tratatzeko egin diren aurrerapenak dira hobetze horren eragileak.

Aldi horretan zehar (1991-2008), Araba izan da Euskal AEko heriotza tasa txikiena izan duen lurraldea; eta Bizkaia, aldiz, heriotza tasa handiena izan duena.

Hamar heriotzatik sei tumoreen (% 29,9) eta zirkulazio sistemaren gaixotasunen (% 29,3) ondoriozkoak dira. Hirugarren eta laugarren eragileak urrunago geratzen dira: arnas sistemaren gaixotasunen (% 10) eta digestio sistemaren (% 5) ondoriozko heriotzak.

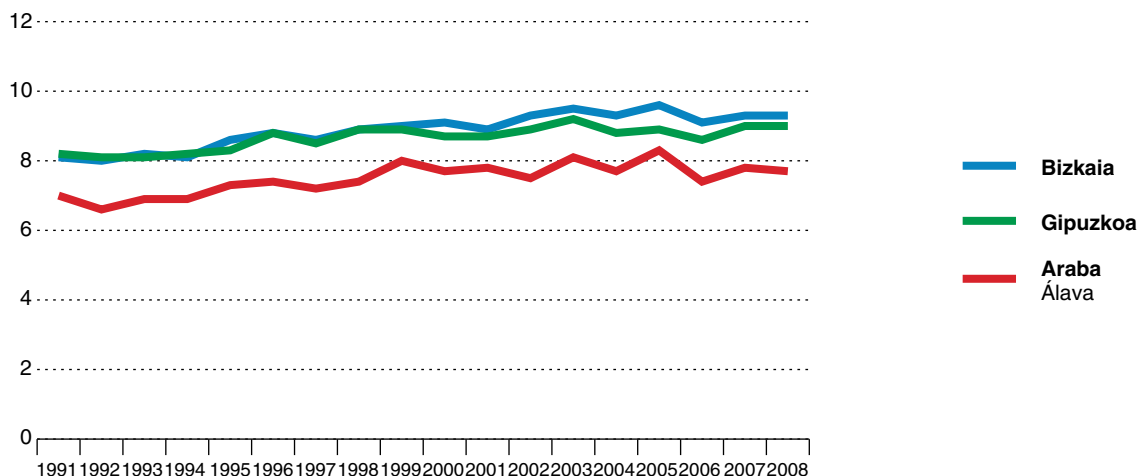
1996-2006 urteen artean, zirkulazio sistemaren gaixotasunak izan dira heriotza gehien eragin dutenak; baina azken urteetan joera bestelakoa izan da: zirkulazio arazoaren ondoriozko heriotza kopurua txikiagoa izan da eta tumoreen ondoriozko

causas circulatorias y un aumento prolongado de las tumorales, de forma que se ha ido reduciendo la distancia entre ambas causas, hasta llegar prácticamente a equipararse en 2006 (35 defunciones de diferencia). A partir de 2007 aparecen los tumores como primera causa de defunción.

handitu egin da. Bi eragile horien arteko aldea txikitu egin da, orduan, eta 2006. urtean ia parean egon dira (35 heriotzako aldea). 2007tik aurrera tumoreak agertzen dira lehenengo heriotza kausa gisa.

Gráfico 4
Evolución de la tasa de mortalidad por 1.000 habitantes

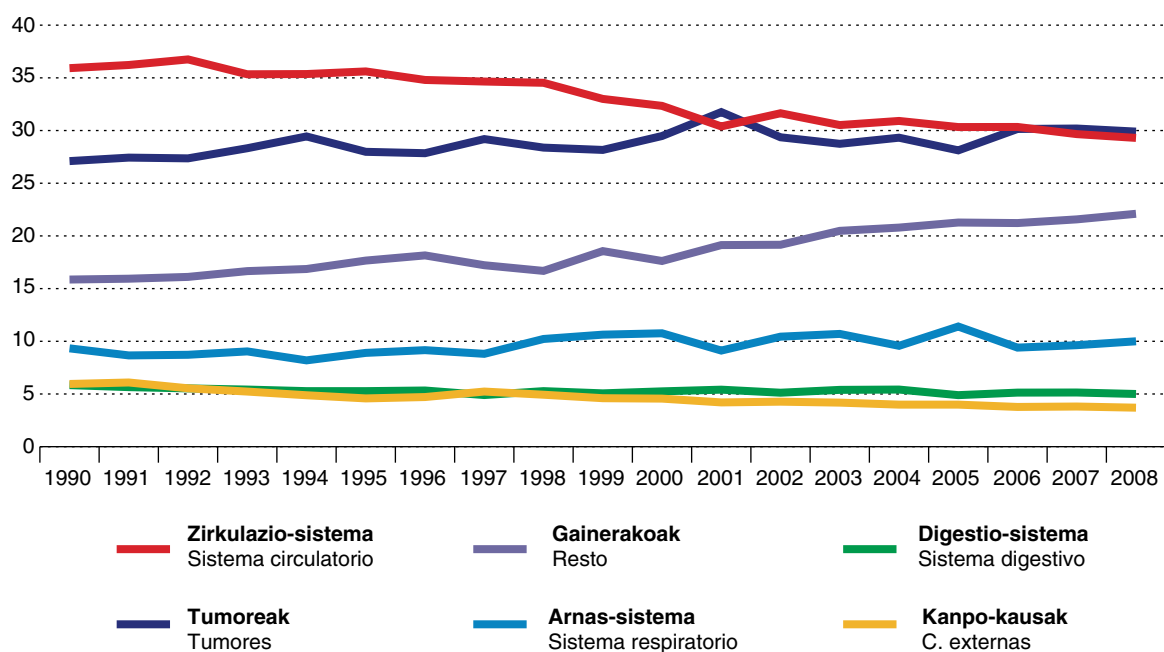
4. grafikoa
Heriotza tasaren bilakaera, 1.000 biztanleko



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.
Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Gráfico 5
Evolución de las causas de defunción (%)

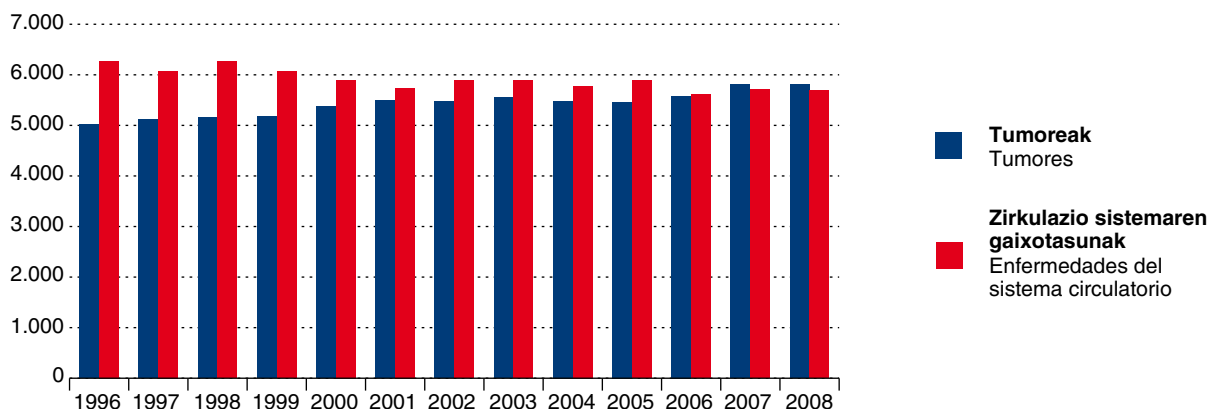
5. grafikoa
Heriotzaren eragileen bilakaera (%)



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.
Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Gráfico 6
Evolución de las principales causas de fallecimiento

6. grafikoa
Heriotzaren eragile nagusien bilakaera



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

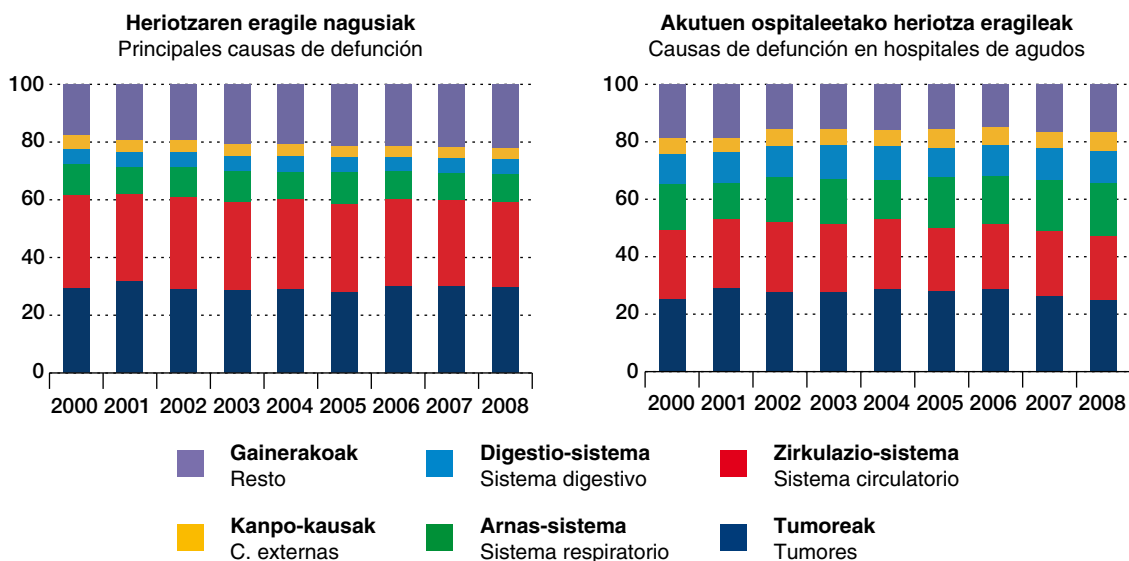
Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Otra fuente como la Estadística de Morbilidad Hospitalaria que recoge, entre otras informaciones, los motivos de alta por fallecimiento en el hospital ya apuntaba desde el año 2000 a los tumores como la principal causa de fallecimiento en los hospitales de agudos (representan el 25% de las altas por defunción); le siguen las enfermedades del sistema circulatorio (22,4%) y las respiratorias (18,6%) en 2008. En el ámbito hospitalario, el grupo que origina mayor frecuentación hospitalaria, enfermedades del sistema circulatorio, no coincide con el que origina mayor mortalidad hospitalaria; es más, los tumores ocupan la sexta posición entre las causas más frecuentes de hospitalización.

Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika da erabilitako beste iturri bat. Honen bidez, besteak beste, ospitalean izandako heriotzen arrazoiak jasotzen dira. Bada 2000. urtetik aurrera estatistika honetan tumoreak izan dira gaixo akutuen ospitaleetan izan diren heriotzen arrazoi nagusia (heriotzen ondoriozko alden % 25); eta gero zirkulazio sistemaren (% 22,4) eta arnasaren (% 18,6) gaixotasunak, 2007. urtean. Ospitale-eratzte gehien eragiten duten gaixotasunak zirkulazio sistemakoak dira, baina datu hau ez dator bat ospitaleetan heriotza gehien eragiten duen gaixotasunarekin; are gehiago, ospitaleratzeko arrazoi nagusien artean tumoreak seigarrenak dira.

Gráfico 7
Evolución de las principales causas de defunción

7. grafikoa
Heriotzaren eragile nagusien bilakaera



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika eta Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.

Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones y Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

3.2.2. Mortalidad. Año 2008

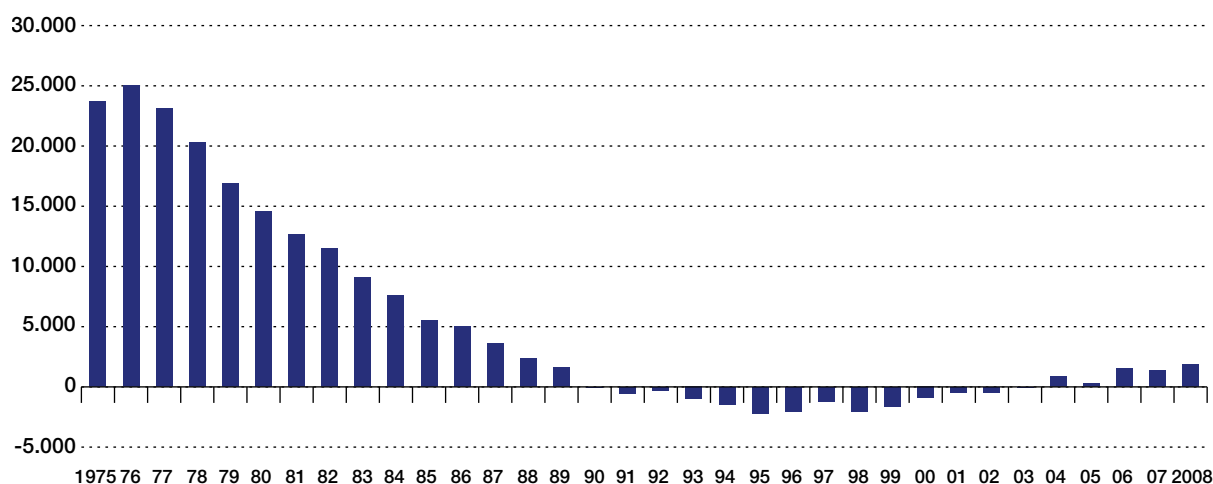
El número de fallecidos en la C.A. de Euskadi en 2008 asciende a 19.437, 10.118 varones y 9.319 mujeres. Con 185 defunciones más que el año anterior, se ha producido un aumento de un 1% con respecto a 2007. Por territorios, 2.414 personas residían en Álava, 10.755 en Bizkaia y 6.268 en Gipuzkoa.

3.2.2. Heriotza tasa 2008. urtean

2008. urtean 19.437 pertsona hil dira Euskal AEn, 10.118 gizon eta 9.319 emakume. Aurreko urtean baino 185 pertsona gehiago hil dira; hau da, 2007. urtearen aldean heriotza kopurua % 1 igo da. Lurraldeka, hildako 2.414 pertsona Araban bizi ziren, 10.755 Bizkaian eta 6.268 Gipuzkoan.

Gráfico 8
Evolución del crecimiento vegetativo en la
C.A. de Euskadi

8. grafikoa
Euskal AEko hazkunde begetatiboaren
bilakaera



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

En el año 2008 se produjeron 1.878 nacimientos más que muertes, por lo que el crecimiento vegetativo de la C.A. de Euskadi toma un signo claramente positivo, y algo superior al obtenido en 2007 (1.344). Los tres territorios históricos incrementaron su población: Bizkaia 106 personas, Álava 795 y Gipuzkoa, con un saldo a favor de 977 personas.

El crecimiento vegetativo o natural de la población, que es la diferencia entre el número de nacidos y el número de fallecidos, comienza a descender a partir del año 1977, después de fuertes saldos vegetativos que se producían en los años 60 y principios de los 70, hasta que en el año 1990 comienza a tener signo negativo –por primera vez desde 1937– y desde entonces se mantuvo este signo hasta 2004, año en el que hubo un saldo positivo de 910 personas. Este signo positivo se ha mantenido en los años sucesivos y también en el año 2008.

El comportamiento de cada territorio ha sido diferente a lo largo del período 1975-2008. Álava es el único territorio que ha mantenido un crecimiento vegetativo positivo a lo largo de todo el período. Gipuzkoa se ha caracterizado por tener saldos vegetativos positivos excepto en década de los noventa donde, en general, fueron negativos. En cuanto a Bizkaia, era el único territorio que mantenía saldo vegetativo negativo desde el año 1990, pero ha cambiado esa tendencia en el año 2008 obteniendo un ligero saldo positivo.

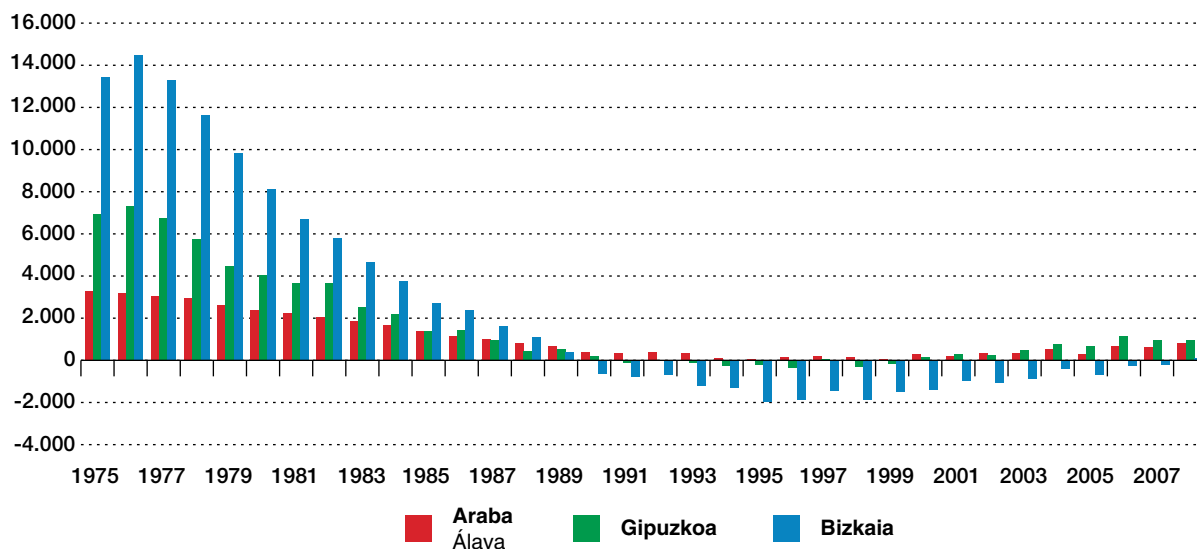
2008. urtean, heriotzak baino 1.878 jaiotza gehiago izan dira eta, horrenbestez, Euskal AEko hazkunde begetatiboa positiboa izan da, nahiz eta 2007koa (1.344) baino txikiagoa izan. Hiru herrialde historikoetan hazi da biztanleria: 106 pertsona Bizkaian, 795 Araban eta 977 Gipuzkoan.

Biztanleen hazkunde begetatiboa edo berezko hazkundera, jaiotako pertsona kopuruaren eta hildako pertsona kopuruaren arteko aldea da. 1977. urteaz gero hazkundera txikitzen hasi zen, 60. hamarkadan eta 70. hamarkadaren hasieran saldo begetatibo oso handiak eman ostean. 1990. urtean hasi zen hazkunde negatiboa ematen –lehenengo aldiz 1937. urteaz gero– eta harrezkero negatiboa izaten jarraitu du 2004. urtera arte. 2004. urtean 910 pertsonako saldo positiboa eman zen. Hurrengo urteetan hazkunde positiboa eman da, baita 2008. urtean ere.

1975-2008 urteen artean lurralde bakoitzak portaera ezberdina izan du. Soilik Arabak izan du hazkunde begetatibo positiboa aldi osoan zehar. Gipuzkoaren ezaugarri izan da saldo begetatibo positiboak edukitzea, laurogeita hamarreko hamarkadan izan ezik, non, oro har, negatiboak izan baitziren. Bizkai azen 1990etik saldo begetatibo negatiboa zuen herrialde bakarra, baina 2008an saldo positiboa, txikia, izan du.

Gráfico 9
Evolución del crecimiento vegetativo por territorio histórico

9. grafikoa
Hazkunde begetatiboaren bilakaera lurralde historiko bakoitzean

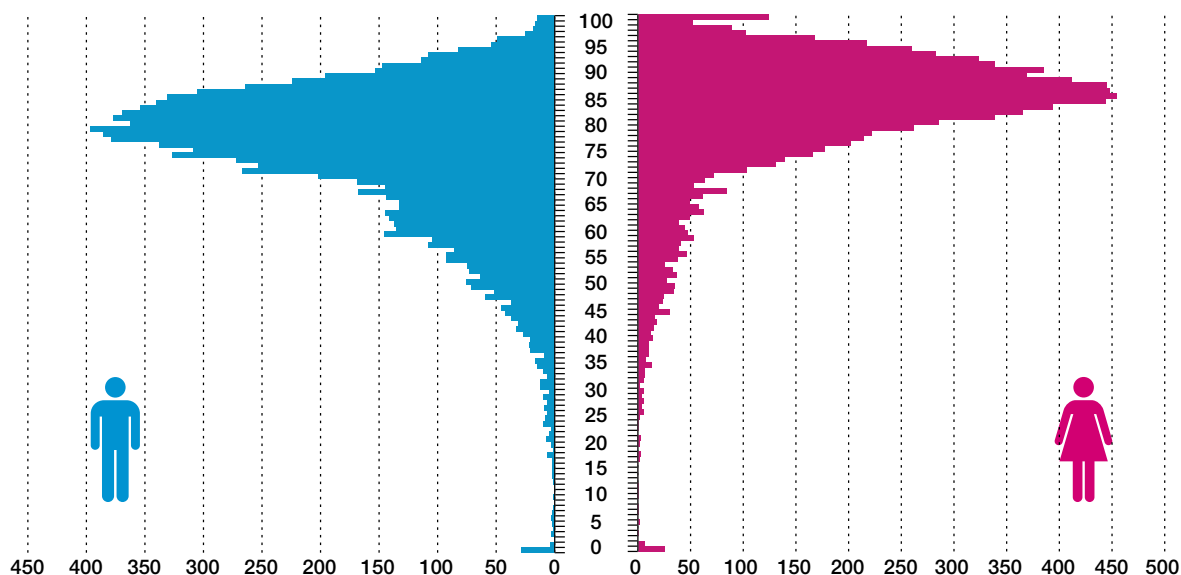


Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Gráfico 10
Pirámide de defunciones de la C.A. de Euskadi. Año 2008

10. grafikoa
Heriotzen piramidea Euskal AE. 2008. urtea



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

La edad media de los fallecidos sigue creciendo hasta que en 2008 se sitúa en 77,4 años, 73,7 para los varones y 81,3 para las mujeres, que alcanzan mayor longevidad. En valores absolutos, hasta los 83 años, prácticamente en todas las edades el número de defunciones de varones es superior al de mujeres. Sin embargo, a partir de los 84 años la relación se invierte y a los 91 años las defunciones de las mujeres superan en más del doble a las registradas en los hombres.

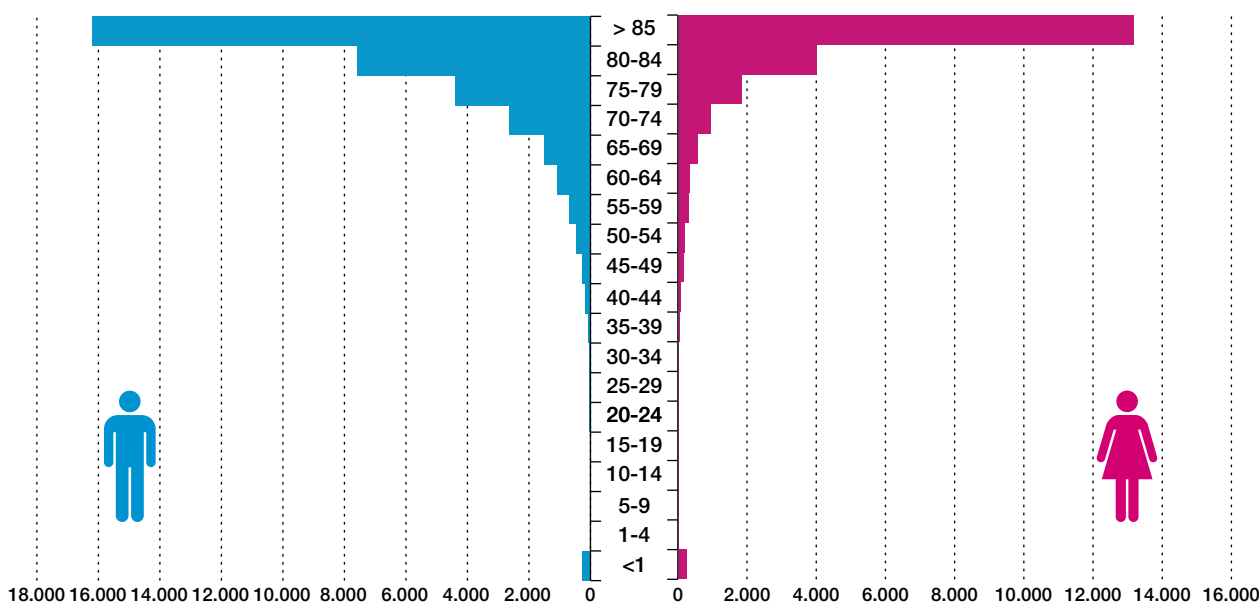
Hildakoen batez besteko adinak gora egiten jarraitu du; 2008. urtean 77,4 urte izan da, gizonen batez bestekoa 73,7 urtekoa izan da eta emakumeena 81,3 urtekoa. Hain zuzen, emakumeek izan dituzte bizitza luzeagoak. Balio absolututan, 83 urtera arte, ia adin guztietan izan da hildako gizonen kopurua emakumeena baino handiagoa. Baina 84 urtetik aurrera kontrakoa gertatu da; 91 urterekin gizonak baino bi aldiz emakume gehiago hil da.

Si ponemos en relación el número de defunciones para cada grupo de edad y sexo con sus respectivos tamaños poblacionales, las tasas de mortalidad más elevadas se registran en las edades más avanzadas y después en los menores de 1 año, y en todos los grupos de edad los hombres tienen una tasa de mortalidad más alta que en las mujeres.

Adin-tarte eta sexu bakoitzeko heriotza kopurua eta biztanle kopuru osoa alderatuta, heriotza tasa handienak adinekoen artean eman dira eta gero urte 1etik beherako umeetan. Horrez gain, adin-tarte guztietan gizonek emakumeek baino heriotza tasa altuagoa izan dute.

Gráfico 11
Tasa de mortalidad por grupos de edad. Año 2008

11. grafikoa
Heriotza tasa, adin-tarteen arabera. 2008. urtea



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.
Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

3.2.3. Principales causas de defunción

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en 2008, el 29,9% de las defunciones en la C.A. de Euskadi se debió a tumores con 5.811 muertes; a continuación, fueron las enfermedades del sistema circulatorio con 5.692 defunciones, y a más distancia las enfermedades respiratorias y las digestivas, que supusieron el 10% (1.941) y el 5% (979) de los fallecimientos, respectivamente. Por causas externas fallecieron 711 personas.

El motivo de las defunciones fue distinto según el sexo; si en los varones los tumores superaron a las enfermedades del aparato circulatorio, en las mujeres fue a la inversa, primero fueron las enfermedades circulatorias, seguidas de los tumores.

El «tumor maligno de tráquea, bronquios o pulmón», con 956 fallecimientos (9,4%), fue la principal causa de fallecimiento en los varones, seguida de las «enfermedades cerebrovasculares» con 634 fallecimientos (6,3%) y otras enfermedades de corazón (558 fallecidos).

3.2.3. Heriotzaren eragile nagusiak

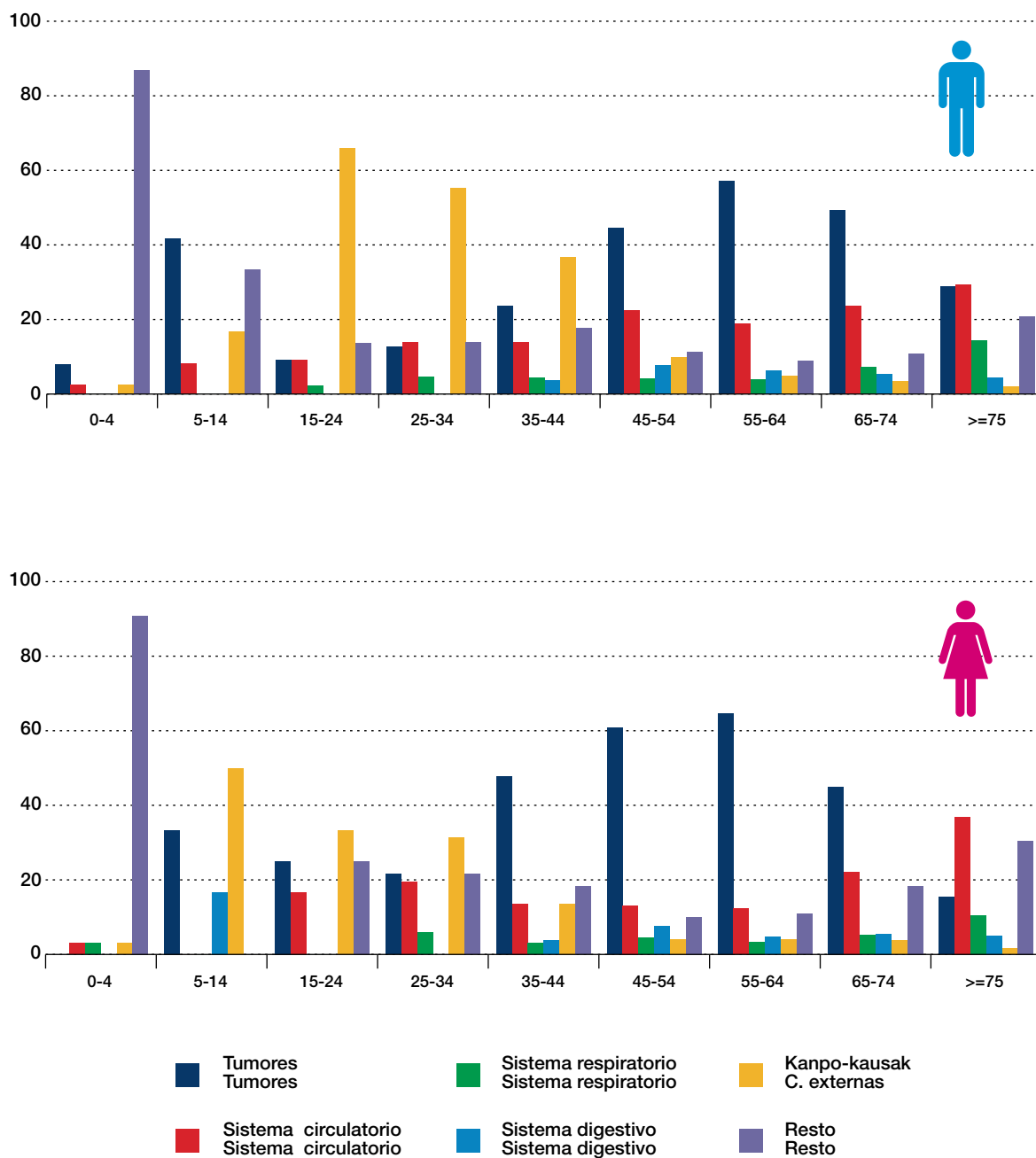
Osasun Mundu Erakundearen Gaixotasunen eta Osasunarekin lotutako Arazoen Nazioarteko Sailkapen Estatistikoaren arabera (GNS-10), 2008. urtean, heriotzen % 29,9 tumoreek eragin dute (5.811 heriotza). Gero, zirkulazio sistemaren gaixotasunek eragin dute heriotza gehien, 5.692; eta urrunago egon dira arnasari eta digestioari lotutako gaixotasunen ondoriozko heriotza kopurua % 10 (1.941) eta % 5 (979), hurrenez hurren. Kanpoko eragileen ondorioz 711 pertsona hil dira.

Sexuaren arabera heriotzaren eragileak ezberdinak izan dira. Gizonezkoen artean zirkulazio-aparatuko gaixotasunak baino tumore gehiago eman dira; baina emakumezkoen artean kontrakoa gertatu da, zirkulazioaren gaixotasunak izan dira heriotzaren eragile nagusienak eta gero tumoreak.

«Trakea, bronkio edo biriketako tumore gaiztoak» 956 heriotza sortu ditu (% 9,4); gaixotasun honek eragin du gizonen artean heriotza gehien. Ondoren, «garuneko hodietako gaixotasunen», 634 hildako (% 6,3), eta bihotzaren beste gaixotasunak (530 hildako).

Gráfico 12
Distribución de las defunciones por grandes grupos de causa, sexo y edad. (%) 2007

12. grafikoa
Heriotzen banaketa, eragile-multzo handiak, sexua eta adina bereizita. (%) 2007



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.
Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

Entre las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades «cerebrovasculares» y «otras enfermedades relacionadas con el corazón» fueron las que originaron mayor número de fallecimientos en las mujeres (864 y 653 defunciones, respectivamente) y entre los tumores los de mama y colon (301 y 224 fallecimientos). Otras patologías que sin pertenecer a las agrupaciones de las más frecuentes causaron un importante número de fallecimientos fueron: «trastornos mentales orgánicos senil y presenil» (604 fallecimientos) y «enfermedad de Alzheimer» (420 fallecidos).

Zirkulazio sistemaren gaixotasunen artean, emakumeen artean heriotza gehien eragin dutenak «garuneko hodietako» gaixotasunak eta «bihotzari lotutako beste gaixotasun batzuk» izan dira (864 eta 653 hildako, hurrenez hurren); eta tumoreen artean, aldiz, honakoak izan dira nagusi: titietakoa eta kolonekoa (301 eta 224 hildako). Sarrien emandako gaixotasunen multzoan sartu ez arren beste patologia hauek ere heriotza ugari eragin dituzte: «zahartzaroko eta zahartzaro-aurreko buru-nahaste organikoak» (604 hildako) eta «Alzheimer-en gaixotasuna» (420 hildako).

Las causas de defunción son diferentes según la edad. Los menores de cuatro años fallecen en su mayoría por «ciertas afecciones originadas en el período perinatal». En el tramo de edad de 5 a 14 años pasan a ser los «tumores» la principal causa de defunción y hasta los 44 años las causas externas (donde suicidio y accidentes de tráfico aparecen entre las más frecuentes). De 45-65 años los tumores reaparecen como la causa más frecuente de fallecimiento (siendo los más habituales los que afectan al aparato respiratorio y colon, y en las mujeres el de mama) y a partir de los 75 y más años son las enfermedades circulatorias.

Entre las muertes por causas externas, llama la atención que, por tercer año consecutivo, el suicidio sea la causa más frecuente, ya que 171 personas decidieron quitarse la vida voluntariamente, superando a las muertes que son consecuencia de los accidentes de tráfico (115). Mientras las primeras tienen una tendencia alcista, con un incremento del 10% desde 1990, las segundas, como consecuencia de las últimas medidas de tráfico, disminuyen a la mitad en el mismo período. En ambos casos los protagonistas de este tipo de muertes son los hombres, con 126 varones y 45 mujeres por suicidio y 91 varones y 24 mujeres por accidente de tráfico.

3.2.4. Mortalidad infantil

La mortalidad en el período infantil, dentro del cual se incluyen también la neonatal y postneonatal, son indicadores muy utilizados por las organizaciones internacionales a la hora de valorar el estado de salud de la población de un determinado país, lo que justifica su análisis periódico incluso en países desarrollados donde las tasas han descendido considerablemente.

Adinaren arabera heriotzak arrazoi bat edo beste izan du. Lau urtetik beherako ume gehienak «jaiotza-inguruko aldian sortutako erasan batzuen» ondorioz hil dira. 5 eta 14 urte arteko tartean «tumoreak» dira heriotzaren eragile nagusiak, eta 44 urtera arte kanpoko eragileak dira nagusi (sarrien ematen direnak nork bere burua hiltzea eta trafikoko istripuak). 45-65 urte artean tumoreak dira berriz heriotzaren eragile nagusiak (arnas aparatukoak eta kolonekoak batez ere, eta emakumeen artean titietako tumoreak) eta 75 urtetik gora zirkulazio gaixotasunak dira nagusi.

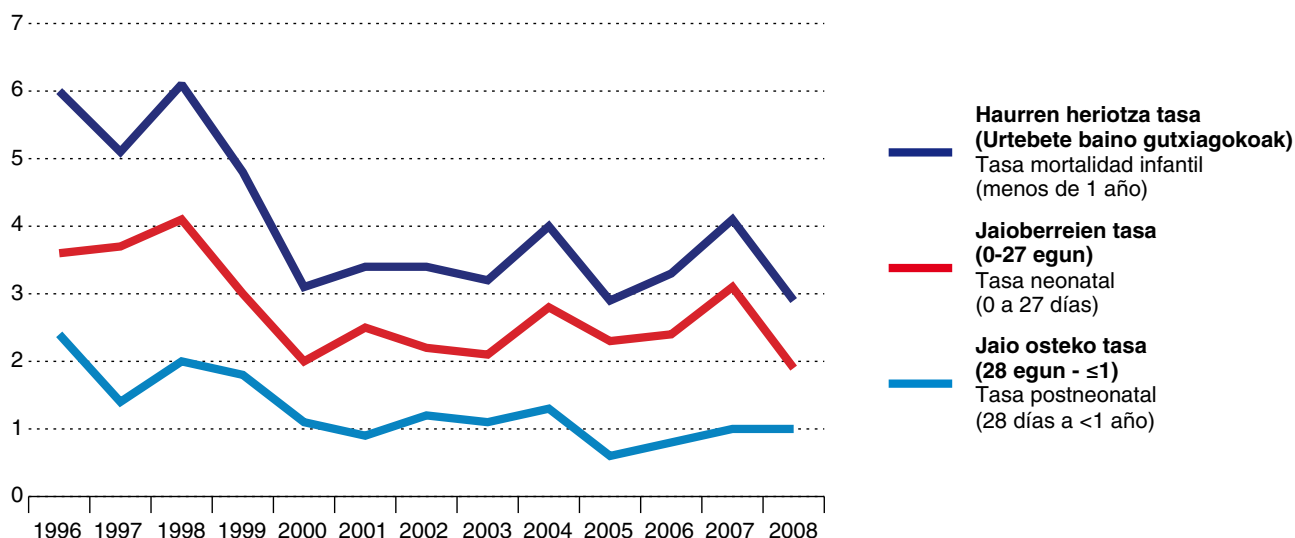
Emakumeen artean, eta kanpoko eragileak aintzat hartuta, azpimarratzekoa da ondoz ondoko hirugarren urtez nork bere burua hiltzea izan dela heriotzen eragile nagusia; 171 pertsonak erabaki zuen borondatez bere buruaz beste egitea. Horrela, trafikoko istripuen ondoriozko heriotza kopurua gainditu da (115). Lehenengo eragileek gorako joera dute, 1990. urteaz gero % 10 igo baitira; baina bigarren eragileak, trafikoko azken neurrien ondorioz, erdira jaitsi dira aldi berean. Bi kasu horietan, gizonak dira heriotza mota horren protagonistak: 126 gizonek eta 45 emakumek egin dute bere buruaz beste; eta 91 gizon eta 24 emakume hil dira trafikoko istripuaren ondorioz.

3.2.4. Haurren heriotza tasa

Nazioarteko erakundeek askotan erabiltzen dute haurtzaroko (jaioberriko eta jaio osteko urtebeterainoko) heriotza tasa herrialde jakin bateko biztanleen osasuna baloratzeko. Horregatik aztertzen dira aldizka datu horiek, baita tasa hori nabarmen txikitu den herrialde garatuenetan ere.

Gráfico 13
Evolución de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal

13. grafikoa
Haurren, jaioberrien eta jaio osteko urtebeterainoko heriotza tasaren bilakaera



Las tasas de mortalidad infantil en la C.A. de Euskadi, junto a la neonatal y postneonatal, se han reducido respecto a las registradas en la década de los noventa. Así, si la tasa de mortalidad infantil era de 6,0 por 1.000 nacidos vivos en el año 1996, en 2008 es de un 2,9; lo mismo sucede en la tasas de mortalidad neonatal (de 3,6 en 1996 a 1,9 en 2008) y postneonatal (de 2,4 a 1,1 en 2008).

Las cifras de mortalidad durante el período infantil señalan en el año 2008: 62 niños fallecieron antes de cumplir el primer año de vida (mortalidad infantil), de los cuales 40 correspondieron a los primeros 28 días de vida (mortalidad neonatal) y 22 fallecieron entre los 28 y 364 días (mortalidad postneonatal). Entre los menores de un año, las defunciones de niños (32) superan las de las niñas (30).

Dentro de la mortalidad en el período infantil, si comparamos los años 1996 y 2008 los mayores descensos se han producido en el período neonatal precoz y en el postneonatal.

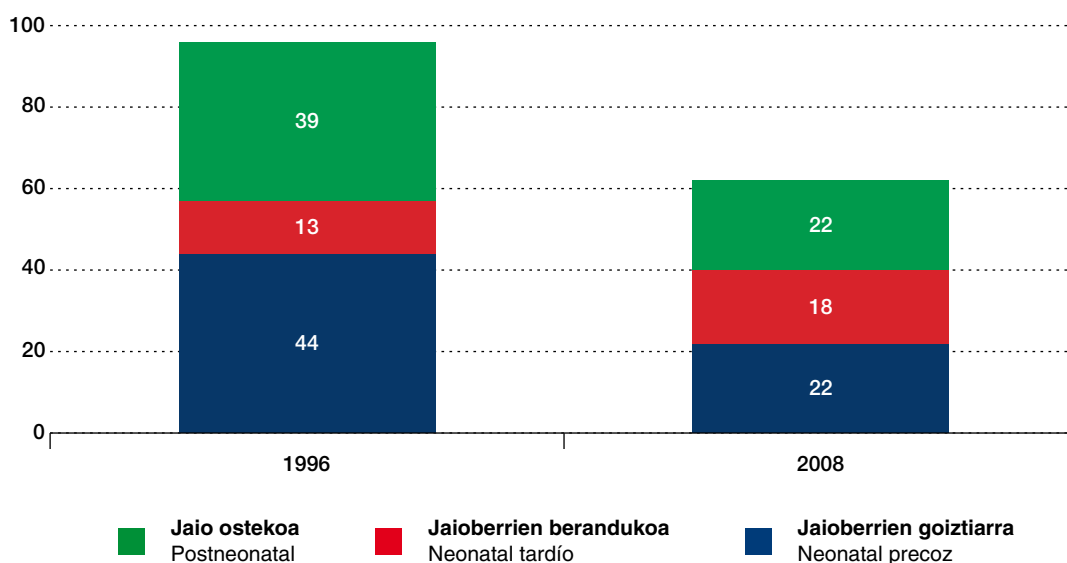
Euskal AEko haurren heriotza tasa, jaioberriena eta jaio osteko urtebeterainokoenarekin batera, laurogeigarren hamarkadan izan zen tasaren aldean txikitu egin da. 1996. urtean, bizirik jaiotako haurren heriotza tasa 6,0 izan zen baina 2008. urtean 2,9. Gauza bera gertatu da jaioberrien heriotza tasarekin (1996ko 3,6tik 2008ko 1,9ra) eta jaio osteko urtebeterainokoen tasarekin (2,4tik 1,1era 2008an).

2008. urtean haurtzaroan ondoko heriotza tasak izan dira: 62 haur urte bat bete baino lehen hil dira (haurren heriotza), horietako 40 jaio osteko 28 egunetan zehar (jaioberrien heriotza) eta beste 22ak jaio osteko 28 eta 364 egunetan zehar (jaio osteko urtebeterainokoen heriotza). Urtebete baino gutxiagoko haurren artean neskak baino (30) mutil gehiago (32) hil dira.

Haurtzaroko heriotzen artean, gainera, 1996 eta 2007 urteak konparatzen baditugu beherapen handienak jaioberrien goiztiarrean jaio osteko urtebeterainoko haurren artean eman dira.

Gráfico 14
Número de defunciones: neonatal precoz,
neonatal tardía y postneonatal.
1996 y 2008

14. grafikoa
Heriotza kopurua: jaioberrien heriotza goiztiarra,
jaioberrien heriotza berandukoa eta jaio osteko
urtebeterainoko haurren heriotza. 1996 eta 2008

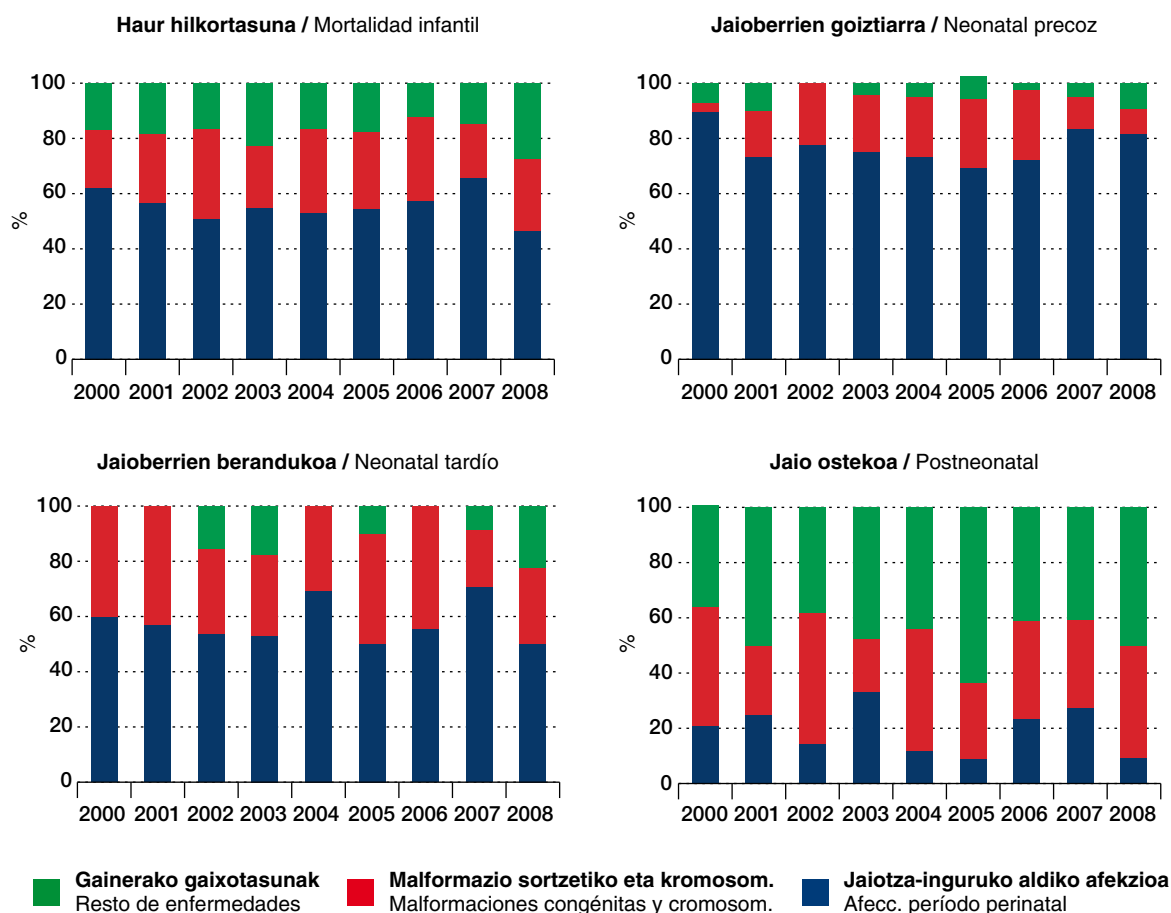


Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

La principal causa de mortalidad infantil son las afecciones originadas durante el período perinatal (46,8%), seguidas de las malformaciones congénitas (25,8%); ambas representan el 72,6% de las defunciones durante el primer año de vida.

Haurren arteko heriotzen eragile nagusienak jaiotza-inguruko aldiaren sortutako erasanak (% 46,8) eta sortzetiko malformazioak (% 25,8) izan dira; bi eragile hauen ondorioz haurren % 72,6 lehenengo urtean zehar hil da.



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.
Fuente: Eustat. Estadística de Defunciones.

3.2.5. Desigualdades sociales en la mortalidad

La existencia de desigualdades sociales en la salud es bien conocida. Las personas más desfavorecidas padecen más enfermedades y mayor discapacidad, y viven menos tiempo que las más ricas. Las desigualdades sociales en salud se han evidenciado al estudiar las diferentes dimensiones de la salud, utilizando diversos indicadores sociales, y en todos los países estudiados³.

Sin embargo, la magnitud de las desigualdades varía entre los países y en el tiempo, lo que indica que gran parte de esas desigualdades pueden evitarse.

Al hablar de desigualdades sociales en salud nos referimos a las diferencias sistemáticas en la salud entre grupos sociales con distintos niveles de desventaja social, es decir con una posición diferenciada en la jerarquía social por su condición socioeconómica, género, área geográfica, etc.

3.2.5. Heriotza gizarte maila ezberdinetan

Ondo dakigu gizarte mailaren arabera osasunean ezberdintasunak ematen direla. Aukera gutxien duten pertsonen gaixotasun gehiago eta ezintasun handiagoak izaten dituzte, eta aberatsak baino gutxiago bizi dira. Osasunean ematen diren gizarte ezberdintasunak aztertutako herrialde guztietan dira agerikoak, osasunaren dimentsioak gizarte adierazle jakin batzuen bidez aztertzen badira³.

Hala ere, ezberdintasun horiek handiagoak edo txikiagoak dira herrialde eta aldi bakoitzean; beraz, gehienak ezabatzeko modukoak dira.

Osasunean dauden gizarte ezberdintasuntzat hartzen dira, gizartean abantaila-maila ezberdinak dituzten gizarte taldeen osasunean sistematikoki ematen direnak, hau da, egoera sozioekonomikoa, generoa, eremu geografikoa eta abar aintzat hartuta gizarte hierarkian maila ezberdina izatea.

³ Wilkinson RG. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. London: Routledge, 1997.

³ Wilkinson RG. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. London: Routledge, 1997.

Tabla 1
Desigualdades en la mortalidad por categoría socioeconómica, grupo de edad de 20 a 64 años. 1996-2001

1. taula
Heriotzaren ezberdintasunak, kategoria sozioekonomikoa eta adin-tartea (20-64) aintzat hartuta. 1996-2001

	Gizonak / Varones			Emakumeak / Mujeres		
	Zk. / N°	Tasa estandarizatua Tasa estandarizada (1)	RR (2)	Zk. / N°	Tasa estandarizatua Tasa estandarizada (1)	RR (2)
Ikasketa maila / Nivel de instrucción						
Goikoa / Superior	996	247	1	436	128	1
Bigarren mailako lan-hezkuntza / Secundario profesional	2.925	336	1,46	948	138	1,15
Lehen maila / Primaria	6.218	371	1,65	2.616	133	1,10
Ikasketarik gabe / Sin estudios	924	515	1,88	434	230	1,29
Ezezaguna / Desconocido	447			154		
Talde sozioekonomikoa / Grupo socioeconómico						
Goikoa / Superior	1.392	242	1	309	129	1
Ertaina / Medio	509	259	1,08	128	130	1,08
Administrataria / Administrativo	2.490	310	1,28	632	127	1,03
Kualifikatua / Cualificado	3.538	311	1,30	119	141	1,12
Ez kualifikatua / No cualificado	1.601	404	1,68	198	109	0,89
Lanik gabe / Sin trabajo	1.980			3.202		
Lan egoera / Situación laboral						
Lanean / Ocupados/as	5.274	263	1	933	115	1
Langabezian / Parados/as	1.799	501	2,10	390	144	1,45
Ez-aktiboak / Inactivos/as	4.012	817	2,20	3.117	143	1,30
Ezezaguna / Desconocido	425			148		
Etxebizitzaren erosotasuna / Confort de la vivienda						
Handia / Alto	1.924	257	1	968	120	1
Ertaina / Medio	7.890	361	1,43	3.099	139	1,17
Txikia / Bajo	1.419	553	2,17	418	183	1,53
Ezezaguna / Desconocido	277			103		

(1) 100.000ko urteko tasa, adinaren arabera Euskal AEko 1996ko biztaleriarekin.
Tasa anual por 100.000, ajustada por edad según la población de la C.A. de Euskadi de 1996.

(2) RR: Tasen arrazoia adinaren arabera.
RR: Razón de tasas ajustada por edad.

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Heriotza gizarte maila ezberdinetan: heriotza tasa eta maila ekonomikoa Euskal AEn. 1996-2001.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi, 1996-2001.

Las desigualdades sitúan además a los grupos más desfavorecidos en una posición de mayor vulnerabilidad respecto a los efectos de la desventaja social⁴. Una de las características de las desigualdades sociales en salud es su carácter gradual. Es decir que no sólo los más pobres tienen una peor salud sino que existe un gradiente de afectación, de manera que la salud empeora a medida que descendemos en la jerarquía social⁵. De ahí que las desigualdades sociales en salud no sólo afecten a los grupos más desfavorecidos, sino a toda la sociedad en su conjunto.

La importancia creciente dada al fenómeno de las desigualdades sociales en salud las ha convertido en un aspecto clave de las políticas de salud en los países industrializados.

En la C.A. de Euskadi, el Plan de Salud 2002-2010 incluyó las desigualdades sociales en salud como una de sus áreas prioritarias⁶. Una de las dos grandes metas del Plan es «Mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales en salud». Entre sus acciones se incluyen, entre otras, la monitorización de las desigualdades en salud mediante el desarrollo de los sistemas de información sanitaria y la producción de estadísticas periódicas del nivel de salud según la clase social.

En este contexto, el estudio de desigualdades en mortalidad contribuye a ampliar la información sobre las desigualdades en salud que aporta la Encuesta de Salud sobre la «salud percibida», única fuente disponible hasta la fecha.

Entre las personas de 20 a 64 años, las desigualdades fueron de mayor magnitud en los varones que en las mujeres, y mostraron un patrón distinto según el sexo.

En los varones la mortalidad siguió un claro gradiente socioeconómico en todas las variables estudiadas. La mortalidad no sólo fue claramente distinta entre las categorías extremas, sino que además la mortalidad aumentaba a medida que se descendía en la categoría socioeconómica.

La mortalidad en los varones sin titulación académica fue un 88% mayor que en las universitarias; en los trabajadores manuales no cualificados un 68% mayor a la de los directivos y titulados superiores; en los que vivían en viviendas de bajo confort un 117% mayor que en los de confort alto; y tanto los parados como los inactivos mostraban una mortalidad dos veces mayor que los ocupados.

Entre las mujeres de 20 a 64 años, el gradiente socioeconómico fue evidente para el nivel de instrucción y el confort de la vivienda. No se observaron diferencias significativas según el grupo socioeconómico. Las diferencias fueron mayores según el confort de la vivienda, de manera que las mujeres que vivían en viviendas de confort bajo tuvieron una mortalidad un 53% mayor a las de confort alto. Esa diferencia fue algo mayor a la que separaba a las mujeres desempleadas de las ocupadas fuera del hogar (45%).

Ezberdintasun horien ondorioz, gainera, aukera gutxien duten biztanleak ahulagoak izaten dira gizarte desabantailaren ondorioetarako⁴. Osasuneko gizarte ezberdintasunen ezaugarrietako bat pixkanaka gertatzearena da. Beste modu batera esanda, txiroenek osasun txarragoa izaten dute, baina horrez gain ukipen-gradientea ematen da, gizartearen hierarkian behera egin ahala osasuna txarragoa izaten delako⁵. Horrenbestez, osasunean dauden gizarte ezberdintasunak ez dira bakarrik aukera gutxien dutenen artean ematen; gizarte osoan ematen dira.

Osasunean dauden gizarte ezberdintasunen fenomenoari garrantzi handia eman zaio, herrialde industrializatueta osasunaren politiketako funtsezko ezaugarri bihurtzeraino.

Euskal AEn, 2002-2010 Osasun Planak osasunean dauden gizarte ezberdintasunak lehentasunezko zatikatuak izan zituen⁶. Planaren bi xede nagusienetako bat da «Aukera gutxien duten pertsonen osasuna hobetzea eta osasunean dauden gizarte ezberdintasunak gutxitzea». Ekintza batzuk jasotzen ditu, besteak beste: osasunean dauden ezberdintasunak ohartzea eta osasuneko informazio sistemak garatuz jasotzea, eta aldezka osasunaren gaineko estatistikak egitea gizarte maila kontuan hartuta.

Illo horretan, heriotzaren inguruko ezberdintasunak aztertzen badira, Osasunari buruzko Inkestan (gaur arte dagoen iturri bakarra) «hautemandako osasuna» delakoaren gainean jasotako osasuneko ezberdintasunen informazio gehiago lortuko da.

20-64 urteko pertsonak aztertuta, gizonen artean eman da emakumeen artean baino ezberdintasun gehiago. Sexuaren arabera eredu desberdina eman da.

Gizonen artean, heriotza tasak gradiente sozioekonomiko argia izan du aztertutako aldagai guztietan. Heriotza tasa oso desberdina izan da muturreko kategorien artean eta, horrez gain, kategoria sozioekonomikoak behera egin ahala heriotza tasak gora egin du.

Titulu akademikorik ez zuten gizonen artean heriotza tasa % 88 handiagoa izan da unibertsitateko titulua zutenen artean baino; gaitu gabeko eskulangileen artean zuzendari mailakoen eta goi mailako tituludunen artean baino % 68 handiagoa izan da heriotza tasa; erosotasun gutxiko etxebizitzetan bizi zirenen artean erosotasun handikoetan bizi zirenen artean baino % 117 handiagoa izan da; eta langabetuek eta ez-aktiboek landunek baino heriotza tasa bi aldiz handiagoa izan dute.

20-64 urteko emakumeen artean ere gradiente sozioekonomikoa nabarmena izan da heziketa mailari eta etxebizitzaren erosotasunari dagokionez. Ez da alde handirik eman talde sozio-ekonomikoari dagokionez. Etxebizitzaren erosotasunaren arabera ezberdintasun handiagoak eman dira: erosotasun gutxiko etxebizitzetan bizi ziren emakumeen heriotza tasa erosotasun handiko etxebizitzetan bizi zirenen artean baino % 53 handiagoa izan da. Eta alde hori, emakume langabeen eta etxetik kanpora lan egiten dutenen artekoa baino handiagoa izan da (% 45).

⁴ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57:254-258.

⁵ Marmot M, Wilkinson RG (ed). Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 1999.

⁶ Departamento de Sanidad y Consumo. Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

⁴ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57:254-258.

⁵ Marmot M, Wilkinson RG (ed). Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 1999.

⁶ Osasun eta Kontsumo Saila. Euskadira osasun politikak. 2002-2010 Osasun Plana. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.

Tabla 2
Desigualdades en la mortalidad por categoría socioeconómica, grupo de edad de 65 y más años. 1996-2001

2. taula
Heriotzaren ezberdintasunak, kategoria sozioekonomikoa eta adin-tartea (65 urte eta gehiago) aintzat hartuta. 1996-2001

	Gizonak / Varones			Emakumeak / Mujeres		
	Zk. / N°	Tasa estandarizatua Tasa estandarizada (1)	RR (2)	Zk. / N°	Tasa estandarizatua Tasa estandarizada (1)	RR (2)
Ikasketa maila / Nivel de instrucción						
Goikoa / Superior	1.975	4.644	1	930	2.437	1
Bigarren mailako lan-hezkuntza / Secundario profesional	3.146	4.977	1,08	1.454	2.641	1,08
Lehen maila / Primaria	20.199	5.229	1,13	20.670	2.859	1,17
Ikasketarik gabe / Sin estudios	6.853	5.485	1,18	9.762	3.012	1,22
Ezezaguna / Desconocido	847			1.275		
Talde sozioekonomikoa / Grupo socioeconómico						
Goikoa / Superior	3.641	4.679	1	1.188	2.623	1
Ertaina / Medio	2.178	5.228	1,11	430	2.643	1,01
Administrataria / Administrativo	8.979	5.017	1,08	3.439	2.671	1,03
Kualifikatua / Cualificado	10.906	5.427	1,17	1.420	2.912	1,10
Ez kualifikatua / No cualificado	4.567	5.391	1,16	1.588	2.927	1,12
Lanik gabe / Sin trabajo	2.749			26.026		
Etxebizitzaren erosotasuna / Confort de la vivienda						
Handia / Alto	5.962	4.768	1	6.156	2.660	1
Ertaina / Medio	22.550	5.391	1,15	21.603	2.963	1,11
Txikia / Bajo	3.927	6.170	1,29	5.752	3.500	1,25
Ezezaguna / Desconocido	581			580		

(1) 100.000ko urteko tasa, adinaren arabera Euskal AEko 1996ko biztaleriarekin.

Tasa anual por 100.000, ajustada por edad según la población de la C.A. de Euskadi de 1996.

(2) RR: Tasen arrazoia adinaren arabera.

RR: Razón de tasas ajustada por edad.

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Heriotza gizarte maila ezberdinetan: heriotza tasa eta maila ekonomikoa Euskal AEn. 1996-2001.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi, 1996-2001.

Las desigualdades en las personas mayores de 64 años siguieron el mismo patrón que en las más jóvenes de su mismo sexo, si bien la magnitud de las diferencias fue similar en ambos sexos y menor a la de las más jóvenes.

Entre los varones, se observó un gradiente en las tres características socioeconómicas estudiadas y las mayores diferencias se dieron en la mortalidad según el confort de la vivienda, que llegaron a ser de hasta un 29%. Entre las mujeres, se observó un claro gradiente en la mortalidad según el nivel de instrucción y el confort de la vivienda, con una diferencia máxima en esta última variable del 25%. En lo que respecta al grupo so-

64 urtetik gora pertsonen arteko ezberdintasunek sexu bereko gazteagoenen eredu bera jarraitu dute; alabaina, bi sexuetan eman dira ezberdintasunen antzeko tamainak eta gazteagoena baino txikiagoak.

Gizonen artean, aztertutako hiru ezaugarri sozioekonomikoe-tan eman da gradientea, eta alde handienak etxebizitzaren erosotasunaren araberrako heriotza tasan eman dira: % 29rai-noko aldeak. Emakumeen artean, heziketa mailaren eta etxebizitzaren erosotasunaren araberrako heriotza tasan gra-diente argia eman da; azken aldagai honetan, izan ere, ge-hienez % 25eko aldea eman da. Talde sozioekonomikoa

cioeconómico, las diferencias significativas se observaron al distinguir las ocupaciones manuales de las no manuales.

Lo descrito anteriormente se refiere a las diferencias relativas en la mortalidad. Una visión complementaria, de mayor relevancia para la planificación sanitaria, la ofrece la *mortalidad en exceso atribuible a las desigualdades*, es decir aquella mortalidad que no se habría producido si todos los grupos hubieran tenido la misma mortalidad que el más favorecido.

kontuan hartuta, eskulanak eta eskuz egiten ez diren lanak bereiztean eman dira alde handienak.

Arestian azaldutako aldeak heriotza tasaren gainekoak izan dira. Baina *ezberdintasunen eragin handiegia duen heriotza tasak* ematen du osasunaren plangintzarako ikuspegi osagarri garrantzitsuagoa, hau da, talde guztiek aukera gehien dituen taldearen heriotza tasa bera izango bazuten emango ez zen heriotza tasak.

Tabla 3
Mortalidad atribuible a las desigualdades socioeconómicas. 1996-2001

3. taula
Ezberdintasun sozioekonomikoen ondoriozko heriotza tasa. 1996-2001

	Emakumeak / Mujeres			Gizonak / Varones		
	Izandako heriotzak Defunciones observadas	Heriotza tasa Mortalidad atribuible		Izandako heriotzak Defunciones observadas	Heriotza tasa Mortalidad atribuible	
		Zk. / N°	(%)		Zk. / N°	(%)
20-64 urte / 20-64 años						
Ikasketa maila / Nivel de instrucción	4.434	447	10,1	11.063	3.801	34,4
Talde sozioekonomikoa / Grupo socioeconómico	1.386	17	1,3	9.530	2.043	21,4
Langabezia / Desempleo	1.323	121	9,1	7.073	942	13,3
Etxebizitzaren erosotasuna / Confort de la vivienda	4.485	600	13,4	11.233	3.120	27,8
65 urte eta gehiago / 65 y más años						
Ikasketa maila / Nivel de instrucción	32.816	4.893	14,9	32.173	3.568	11,1
Talde sozioekonomikoa / Grupo socioeconómico	8.065	379	4,7	30.721	3.068	10,1
Etxebizitzaren erosotasuna / Confort de la vivienda	33.511	3.256	9,7	32.439	3.791	11,7
20 urte eta gehiago / 20 y más años						
Ikasketa maila / Nivel de instrucción	37.250	5.340	14,3	43.236	7.369	17,0
Talde sozioekonomikoa / Grupo socioeconómico	9.451	396	4,2	40.251	5.111	12,7
Etxebizitzaren erosotasuna / Confort de la vivienda	37.996	3.856	10,1	43.672	6.911	15,8

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Heriotza gizarte maila ezberdinetan: heriotza tasa eta maila ekonomikoa Euskal AEn. 1996-2001.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición económica en la C.A. de Euskadi, 1996-2001.

Así, si todas las personas hubieran tenido la misma mortalidad que las tituladas universitarias, se habrían evitado un 15,8% del total de defunciones. Esa proporción fue del 17,0% para los varones y del 14,3% para las mujeres.

Entre los varones de 20 a 64 años, entre el 13 y el 34% de las muertes fueron atribuibles a las desigualdades.

Si todos los varones de 20 a 64 años hubieran tenido la mortalidad de los titulados universitarios, se habrían evitado un 34,4% de las defunciones. En el caso de las mujeres de esa edad, la mortalidad atribuible osciló entre el 1,3% del grupo socioeconómico y el 13,4% del confort de la vivienda, siendo de un 10,1% para el nivel de instrucción.

Beraz, pertsona guztiek izan bazuten unibertsitateko tituludunen heriotza tasa bera, heriotza guztien % 15,8 ez zen gertatuko. % 17,0 gizonena eta % 14,3 emakumeena.

20-64 urteko gizonen heriotzen % 13 eta % 34 bitartean ezberdintasunen ondorioz gertatu dira.

20-64 urteko gizonen unibertsitateko tituludunen heriotza tasa izan bazuten, heriotzen % 34,4 ez zen gertatuko. Adin-tarte horretako emakumeen artean, aldiz, ezberdintasun horren ondoriozko heriotza tasa % 1,3 izan da talde sozioekonomikoari dagokionez, % 13,4 etxebizitzaren erosotasunari dagokionez eta % 10,1 heziketa mailari dagokionez.

En las personas mayores de 64 años, la proporción atribuible al nivel de instrucción fue mayor en las mujeres (14,9%) que en los varones (11,1%). En estos últimos, la proporción de la mortalidad atribuible fue de una magnitud similar para el confort de la vivienda (11,7%) y el grupo socioeconómico (10,1%), mientras que entre las mujeres mayores de 64 años la mortalidad atribuible al grupo socioeconómico y al confort de la vivienda fue sensiblemente menor a la del nivel de instrucción.

3.3. ESTADO DE SALUD: PERCIBIDO Y DECLARADO

Es un factor importante el conocer cómo siente la población su estado de salud, así como el conjunto de problemas de salud que la población siente y padece, tanto de los que no necesariamente son tratados en los servicios de salud, y por tanto no quedan reflejados en ningún registro, como de aquellos por los que se demanda asistencia sanitaria.

El conjunto de problemas de salud tiene importantes repercusiones socioeconómicas en términos de demanda de servicios sanitarios; resulta interesante la evaluación de las condiciones de salud de la población también para apreciar tendencias en la utilización de recursos sanitarios.

La Encuesta de la Salud⁷ es una fuente valiosa para detectar los problemas de salud percibidos por la población, valorar los diferentes hábitos y comportamientos que conforman los diferentes estilos de vida relacionados con la salud, y medir y analizar la utilización de los servicios sanitarios por la población, lo que permite a su vez planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. Además, resulta una fuente de información complementaria que puede ayudar a desvelar tendencias que pueden quedar enmascaradas en los registros convencionales.

También la Encuesta de Condiciones de Vida⁸ entre otros ámbitos, pretende conocer las condiciones de salud de la población vasca desde la percepción que tiene la población de su estado de salud prestando especial atención a los problemas que provocan situaciones de dependencia y un mayor grado de cronicidad como son: las discapacidades físicas, mentales y sensoriales y que, por otra parte, tienen mayor trascendencia personal y social en todos los ámbitos.

Asimismo, y tal como veremos más adelante, los últimos resultados de la Encuesta de Salud del año 2007 evidencian que el grupo socioeconómico (clase social) y la situación laboral son también factores determinantes en la autovaloración que la población realiza sobre su estado de salud.

⁷ La Encuesta de Salud se realiza por el Departamento de Sanidad y Consumo con una periodicidad de 5 años. Los datos más recientes corresponden a 2007 (años anteriores: 1992-1997-2002-2007). Describe los principales indicadores del estado de salud y de sus factores determinantes desde la perspectiva de las personas encuestadas.

⁸ La Encuesta de Condiciones de Vida es realizada por el Eustat con una periodicidad de 5 años. Los datos más recientes son del 2004 (años anteriores: 1989-1994-1999-2004). Aporta información detallada y puntual sobre las condiciones de vida familiar, individual y del entorno, en las que vive la población de la C.A. de Euskadi, tal y como son percibidas por la población.

64 urtetik gorako pertsonen artean, heziketa mailari egotzi dakiokeen ehunekoa gizonen (% 11,1) artean baino handiagoa izan da emakumeen (% 14,9) artean. Azken urteetan, egotzi daitekeen heriotza tasaren ehunekoak antzeko tamaina izan du etxebizitzaren erosotasunean (% 11,7) eta talde sozioekonomikoan (% 10,1). Baina 64 urtetik gorako emakumeen artean, talde sozioekonomikoari eta etxebizitzaren erosotasunari egotzi dakiekeen heriotza tasa heziketa mailarena baino pixka bat txikiagoa izan da.

3.3. OSASUN EGOERA: HAUTEMANDAKOA ETA JASOTAKOA

Faktore garrantzitsua da jakitea biztanleek zein iritzi duten euren osasun egoerari buruz, eta zein diren biztanleek nabaritzen eta jasaten dituzten osasun arazoak: osasun zerbitzuetan arretarik eman ez zaienak eta, beraz, inon erregistratuta ez daudenak; eta osasun asistentzia eskatu beharra eragin dutenak.

Osasun arazoek ondorio sozioekonomiko handiak dituzte osasun zerbitzuak eskatzeari dagokionez; interesgarria izan daiteke, orduan, biztanleen osasun baldintzak balioztatzea osasun baliabideak nola erabili diren jakiteko.

Osasunari buruzko Inkesta⁷ iturri baliotsua da biztanleek hautemandako osasun arazoak zein izan diren jakiteko, osasunari lotutako bizi-estiloen ohitura eta portaera guztiak baloratzeko eta biztanleek osasun zerbitzuak nola erabiltzen dituzten neurtu eta aztertzeko. Horrela, osasun arloko jardunak planifikatu eta balioztatu ahal izango dira. Gainera, ohiko erregistroetan ezkutatuta gera daitezkeen joerak argitzen lagun dezakeen informazio osagarria ematen du inkesta horrek.

Bizi-baldintzei buruzko Inkestak⁸ ere, beste esparru batzuen artean, EAEko biztanleen osasun baldintzak ezagutu nahi ditu baina biztanleek euren osasun egoerari buruz hautematen dutena jasota; garrantzi berezia ematen die, gainera, menpekotasuna eta kronikotasun handiagoa dakarten arazoei (hala nola: ezintasun fisikoak, mentalak eta zentzumenena), baita esparru guztietan eragin pertsonal eta sozial handiagoa dutenei ere.

Halaber, eta aurrerago ikusiko dugun bezala, 2007ko Osasunari buruzko Inkestaren azken emaitzek erakusten dute talde sozioekonomikoa (gizarte maila) eta lan egoera ere erabakigarriak direla biztanleek euren osasun egoerari buruz egiten duten autobaloraziorako.

⁷ Osasun eta Kontsumo Sailak 5 urtero egiten du Osasunari buruzko Inkesta. Oraintxe ditugun azken datuak 2007. urtekoak dira (aurrereko urteak: 1992-1997-2002-2007). Inkestan osasun egoeraren adierazle nagusienak eta horien faktore erabakigarrienak deskribatzen dira, inkesta betetzen duten pertsonen ikuspegiatik betiere.

⁸ Bizi-baldintzei buruzko Inkesta Eustatek egiten du 5 urtean behin. Azken datuak 2004. urtekoak dira (aurrereko urteak: 1989-1994-1999-2004). Familien, banakoen eta horien inguruko bizi-baldintzei buruzko informazio zehatza ematen du, baita EAEko biztanleen bizimoduari buruzkoa ere, baina biztanleek hautemandakoaren arabera.

3.3.1. Autovaloración de la salud

La autovaloración de la salud es un indicador muy relevante para describir el estado de salud de una población, porque refleja la apreciación global que las personas hacen de su propia salud y sintetiza diferentes aspectos subjetivos y objetivos.

A pesar de la relativa simplicidad de este indicador, hay investigaciones que han demostrado que la opinión de cada persona sobre su propia salud, reflejada en la respuesta a una sola pregunta, predice su mortalidad, incluso tras tener en cuenta otros factores de riesgo, como el consumo de tabaco, el nivel de colesterol sanguíneo, etc. Este indicador se obtuvo a partir del ítem: «En general, usted diría que su salud es excelente, muy buena, buena, regular, mala». La buena salud es la suma de las tres primeras opciones.

En 2007, el 83% de los hombres y el 77% de las mujeres declararon tener una salud excelente, muy buena o buena. Las mujeres han tenido a lo largo de los años peor salud percibida que los hombres. Este hecho se relaciona con los distintos roles sociales asignados a cada sexo, especialmente en lo que respecta a la vida laboral y familiar y la posición socioeconómica: la mejor salud la manifestaban las mujeres que trabajaban y dedicaban poco tiempo o nada a las labores del hogar y se situaban en un grupo socioeconómico alto, y las que peor salud declaraban eran las que se dedicaban exclusivamente a las labores del hogar y se encontraban en una escala social más baja.

Un factor determinante en la autovaloración de la salud es el grupo socioeconómico de pertenencia: los grupos económicos más desfavorecidos han manifestado tener peor salud y conforme se aumenta en el escalafón social la percepción de buena salud mejora.

3.3.1. Osasunaren autobalorazioa

Osasunaren autobalorazioa adierazle oso garrantzitsua da biztanleen osasun egoera deskribatu ahal izateko, horren bidez pertsonak euren osasunari buruz duten iritzi orokorra jasotzen delako eta alderdi subjektiboak eta objektiboak laburtzen dituelako.

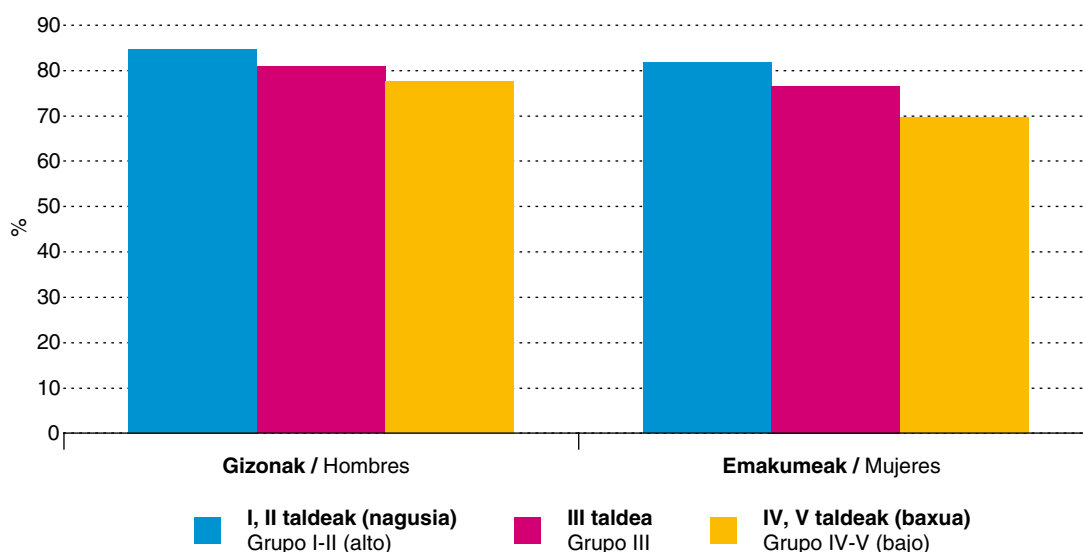
Itxuraz adierazle hau sinplea da, baina ikerlan batzuen bidez frogatu da pertsona bakoitzak bere osasunari buruz duen iritzia heriotza aurrean duela, galdera bakarrean erantzuten badute, beste arrisku faktore batzuk aintzat hartu arren: tabakoaren kontsumoa, odoleko kolesterolaren maila, eta abar. Adierazle hau lortzeko honako itema sortu zen: «Oro har, nolakoa uste duzu dela zure osasuna? bikaina, oso ona, ona, hala-moduzkoa, txarra». Osasun onak lehenengo hiru aukerak biltzen ditu.

2007. urtean, gizonen % 83k eta emakumeen % 77k esan zuen osasun bikaina, oso ona edo ona zuela. Emakumeek gizonek baino hautemandako osasun txarragoa izan dute urteetan zehar. Izan ere, sexu bakoitzari ezarri zaizkion gizarte eginkizunei dago lotuta, batez ere lanari, familiari eta maila sozioekonomikoari dagokienez: osasunik onena lan egiten zuten eta etxeko lanak egiten ibiltzen ez ziren edo horretan denbora laburra ematen zuten emakumeek izan dute, maila sozioekonomiko altukoak; osasun txarrena, aldiz, etxeko lanak bakarrik egiten zituzten eta gizarte maila apalagoa zuten emakumeek izan dute.

Osasunaren autobalorazioa egiteko faktore erabakigarri bat pertsonaren talde sozioekonomikoa da: aukera gutxien duten talde ekonomikoek esan dute osasun txarragoa dutela, eta gizarte mailan gora egin ahala osasun onaren hautematea hobetu egin da.

Gráfico 16
Personas con buena salud declarada según grupo socioeconómico. 2007 (%)

16. grafikoa
Osasun ona dutela esan duten pertsonak, talde sozioekonomikoaren arabera. 2007 (%)



La percepción de tener buena salud disminuye con la edad en ambos sexos. El 93% de los hombres y el 95% de las mujeres de 16 a 24 años manifestaron tener buena salud; esa proporción disminuye a la mitad en la población que supera los 75 años.

En los hombres en los últimos años se ha apreciado una mejora en la salud percibida; en las mujeres se mantiene estable o incluso ha empeorado un poco con respecto a los datos de 2002.

Zenbat eta adinekoagoa izan osasun onaren hautematea gutxitu egiten da, bi sexuetan. 16 eta 24 urte arteko gizonen % 93k eta emakumeen % 95k esan du osasun ona duela, baina ehuneko horiek erdira jaitsi dira 75 urtetik gorako biztanleen artean.

Azken urteetan, gizonen hautemandako osasunak hoberantz egin du; emakumeena berdin mantendu da edo agian pixka bat txarrera egin du 2002. urteko datuekin alderatuta.

Tabla 4
Prevalencia de buena salud (%)

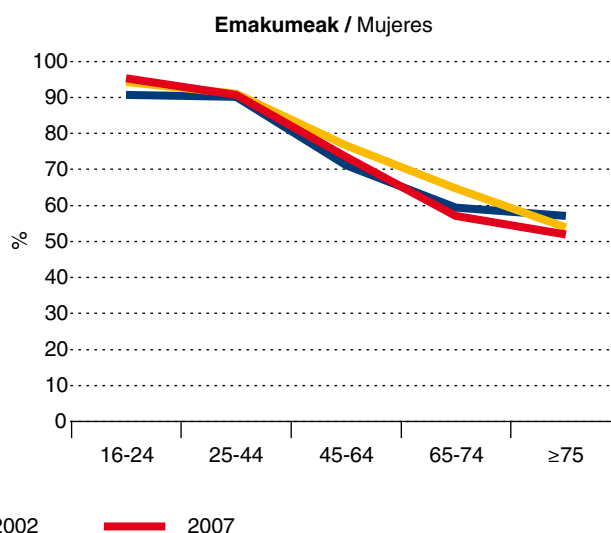
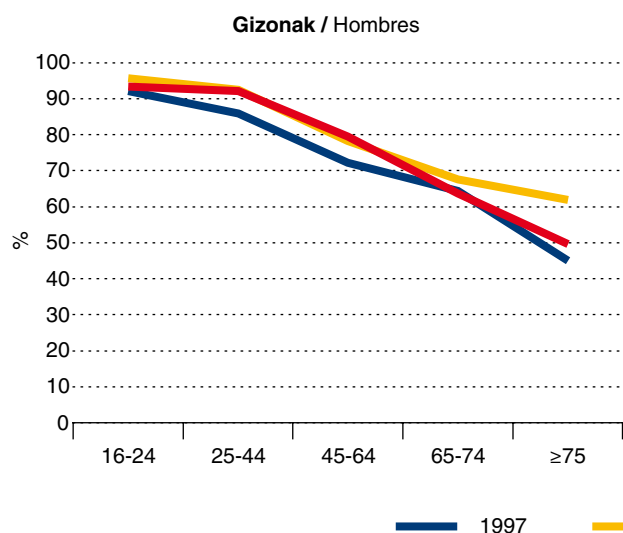
	Gizonak / Hombres			Emakumeak / Mujeres		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
Guztira / Total	79,0	84,3	82,6	78,8	80,5	77,4
16-24	92,1	95,6	93,3	90,6	94,2	95,3
25-44	85,9	92,5	92,1	90,2	91,0	90,6
45-64	72,2	78,3	79,5	71,2	76,7	73,4
65-74	64,3	67,5	63,6	59,4	64,8	57,1
≥75	45,0	61,9	49,7	57,1	53,8	51,9

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasunari buruzko Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

4. taula
Osasun ona duen pertsona kopurua (%)

Gráfico 17
Prevalencia de buena salud

17. grafikoa
Osasun ona duen pertsona kopurua



3.3.2. Salud mental

Para detectar la población con síntomas de ansiedad y/o depresión se utilizó el Mental Health Inventory (MHI) de 5 ítems que reflejan la ansiedad, la depresión, el control emocional y el equilibrio afectivo. Este instrumento es adecuado para conocer datos de salud mental de una población.

3.3.2. Osasun mentala

Antsietatea edota depresioa zuten biztanleak antzemateko Mental Health Inventory (MHI) delakoa erabili da; 5 ítem ditu eta horien bidez antsietatea, depresioa, emozioen kontrola eta afektuzko oreka islatzen dira. Biztanleen osasun mentalari buruzko datuak ezagutzeko baliabide egokia da.

Según el MHI, los hombres declaran mejor salud mental que las mujeres: uno de cada diez hombres y una de cada cinco mujeres presentaron síntomas de ansiedad o depresión en 2007. Esta prevalencia aumentaba con la edad en ambos sexos; a partir de los 45 años se apreciaba un incremento notable. Una de cada cuatro mujeres de 65 y más años presentaba síntomas de ansiedad y/o depresión.

En las mujeres, la prevalencia de ansiedad y depresión aumentaba conforme nos aproximábamos a los grupos económicos más desfavorecidos.

En los hombres se ha apreciado una menor prevalencia en los últimos años; en las mujeres, aunque había ido disminuyendo con respecto a 1992, en el 2007 se ha notado un pequeño repunte.

MHIren arabera, eta biztanleek esandakoa jaso ostean, gizonen emakumeek baino osasun mental hobea dute: hamar gizonetik batek eta bost emakumetik batek izan dituzte antsietatearen edo depresioaren sintomak 2007. urtean. Bi sexuetan, adinak gora egin ahala kopuru horrek ere gora egin du; baina 45 urtetik aurrera nabarmen gehitu dira kopuruak. 65 urteko eta gehiagoko lau emakumetik batek antsietatearen edota depresioaren sintomak izan ditu.

Emakumeen artean, aukera gutxien izan duten talde ekonomikoetara hurbiltzean antsietatearen eta depresioaren agerpena handiagoa izan da.

Gizonen artean, azken urteetan emakumeengan baino agerpen txikiagoa izan dute. 1992. urtearen aldean kopurua txikitzen joan da baina 2007. urtean pixka bat gora egin du.

Tabla 5
Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad (%)

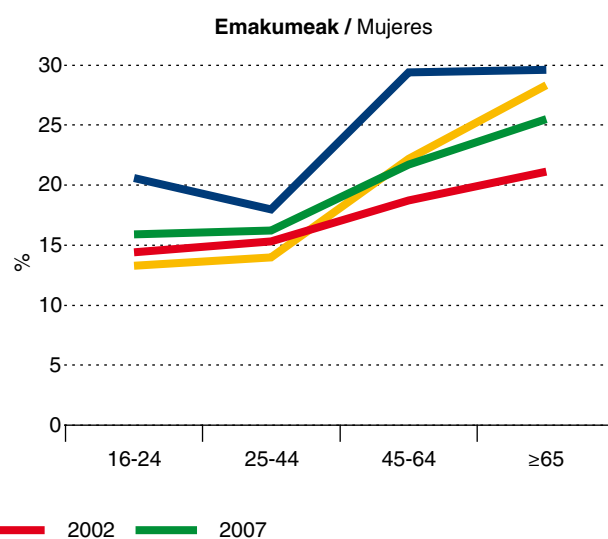
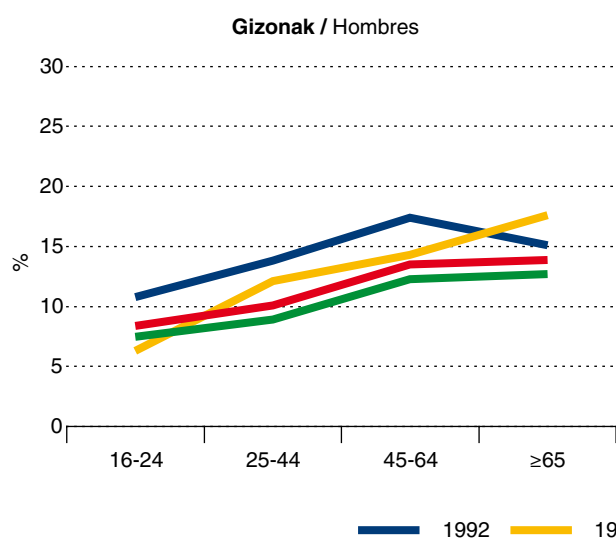
	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	15,0	12,3	11,5	10,5	24,4	18,5	17,4	20,0
16-24	10,8	6,3	8,4	7,5	20,6	13,3	14,4	15,9
25-44	13,8	12,1	10,1	8,9	18,0	14,0	15,3	16,2
45-64	17,4	14,3	13,5	12,3	29,4	22,2	18,7	21,7
≥65	15,1	17,6	13,9	12,7	29,6	28,3	21,1	25,5

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasunari buruzko Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

5. taula
Depresioaren eta antsietatearen sintomak dituen pertsona kopurua (%)

Gráfico 18
Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad

18. grafikoa
Depresioaren eta antsietatearen sintomak dituen pertsona kopurua



En un intento de aproximación al fenómeno del suicidio⁹, la Encuesta de Salud aportó los siguientes datos: el 3,9% de los hombres y el 4,4% de las mujeres declararon en 2007 haber pensado seriamente en algún momento de su vida en la posibilidad de suicidarse; sin embargo, esta proporción se invierte en el caso de las defunciones por suicidio, donde de cada 2,6 hombres se suicidó una mujer en 2007, según datos de la Estadística de Defunciones.

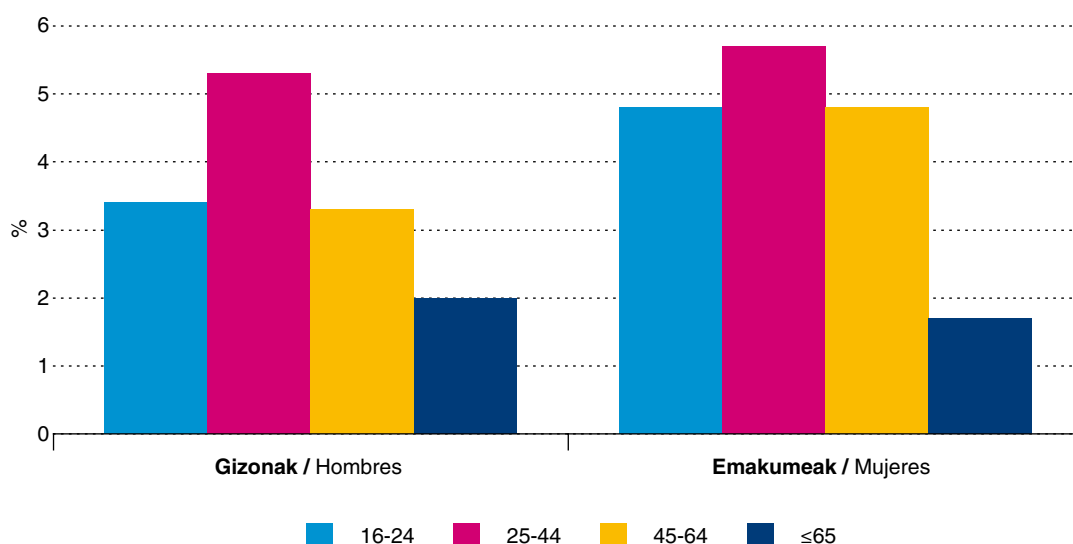
Por otra parte, la mayor prevalencia de ideas suicidas se observó en las personas de 25 a 44 años, y la menor en el colectivo de 65 y más años. En el caso de las mujeres la prevalencia de ideas suicidas aumentaba conforme se acercaban a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Buru-hilketaren fenomenoak hobeto ezagutzeko asmoz⁹, Osasunari buruzko Inkestak honako datuak eman ditu: gizonen % 3,9k eta emakumeen % 4,4k 2007. urtean esan du noizbait serio pentsatu duela bere buruaz beste egitea; baina ehunekoak aldatu egiten dira buru-hilketaren ondoriozko heriotza kopurua aintzat hartzean, 2007. urtean 2,6 gizoneko emakume batek egin baitu bere buruaz beste. Horrela jaso da Heriotzen estatistikan.

Beste alde batetik, bere buruaz beste egitea pentsatu duen pertsona kopuru handiena 25 eta 44 urte artean eman da, eta kopuru txikiena 65 urteko eta gehiagoko pertsonen artean. Bere buruaz beste egitea pentsatu duen emakume kopuruak gora egin du aukera gutxien zuten talde sozioekonomikoentara hurbildu ahala.

Gráfico 19
Porcentaje de población que ha pensado alguna vez suicidarse

19. grafikoa
Noizbait bere buruaz beste egitea pentsatu duen biztanle kopurua, ehunekotan



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasunari buruzko Inkesta 2007.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud 2007.

3.3.3. Limitación crónica de la actividad

La limitación crónica de la actividad refleja las consecuencias de la morbilidad crónica y de limitación en la capacidad funcional de las personas. La Encuesta de Salud¹⁰ de la C.A. de Euskadi recoge la existencia o no de una limitación crónica para realizar las funciones normales en cada edad y sexo, así como el origen de la misma.

3.3.3. Jardueraren mugaketa kronikoa

Jardueraren mugaketa kronikoak pertsonen erikortasun kronikoaren eta ahalmen funtzionalaren mugaketaren ondorioak jasotzen ditu. Euskal AEko Osasunari buruzko Inkestan¹⁰, adin bakoitzean eta sexu bakoitzean ohikoak diren eginkizunak gauzatzeko mugaketa kronikorik dagoen jasotzen da, baita horren jatorria ere.

⁹ Las preguntas que se incluyeron en la Encuesta de Salud, año 2007, relativas al suicidio fueron: «¿En algún momento de su vida ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?»

¹⁰ En la Encuesta de Salud 2007 se introducen varias medidas que permiten valorar la dependencia de las personas, así como la necesidad de cuidados.

⁹ Osasunari buruzko Inkestan, 2007. urtean, buru-hilketari buruzko galderak jaso dira: «Noizbait serio pentsatu duzu zeure buruaz beste egitea?»

¹⁰ 2007. urteko Osasunari buruzko Inkestan, pertsonen menpekotasuna baloratzeko neurriak sartu dira, baita zaintzen beharra baloratzekoak ere.

La evolución de las condiciones globales de la salud de la población de la C.A. de Euskadi a partir de los datos obtenidos de la Encuesta de Condiciones de Vida¹¹, señala la prevalencia de las enfermedades crónicas sobre el resto de los problemas de salud (discapacidades y trastornos mentales graves), al mismo tiempo que denota un descenso progresivo de las mismas desde 1994, fruto de las actuaciones en materia de planificación sanitaria por tratar de reducirlas.

Euskal AEko biztanleen osasun baldintza orokorrekin Bizi-baldintzei buruzko Inkesta¹¹ jasotako datuen arabera izan duten bilakaeran ikusten da gaixotasun kronikoak gainerako osasun arazoak (ezintasunak eta buru-nahaste larriak) baino gehiago izan direla; horrez gain, 1994. urteaz gero pixkanaka horien kopurua txikitzen joan da, horiek murrizteko asmoz osasun plangintzan egin diren jardunen ondorioz.

Tabla 6
Prevalencia de limitación crónica de la actividad (%)

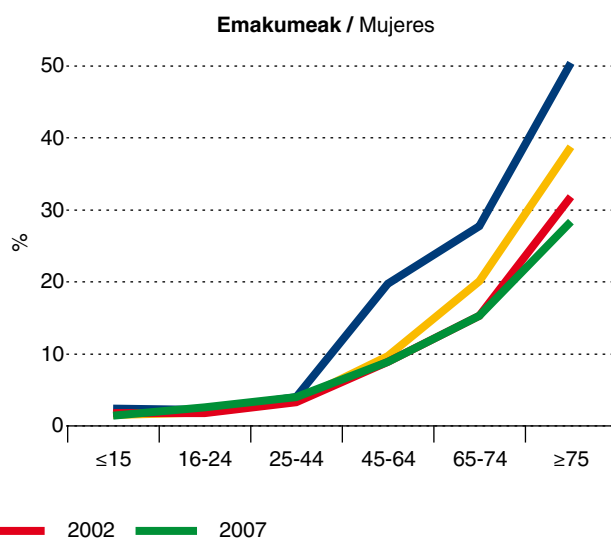
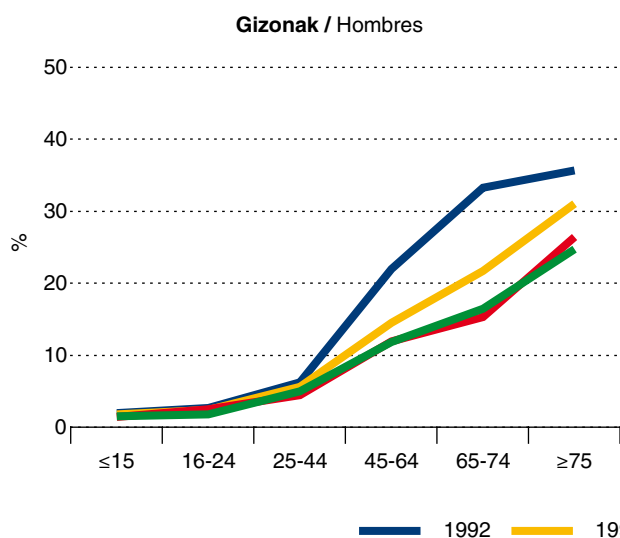
	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	12,0	10,1	7,7	8,2	12,1	9,4	8,1	8,5
≤15	2,0	1,8	1,4	1,5	2,4	1,5	1,8	1,4
16-24	2,7	2,4	2,5	1,8	2,2	1,9	1,8	2,6
25-44	6,2	5,6	4,5	5,0	4,0	3,5	3,3	4,0
45-64	22,0	14,5	11,9	11,8	19,7	9,7	8,9	8,9
65-74	33,3	21,7	15,3	16,5	27,7	20,1	15,3	15,3
≥75	35,7	31,0	26,4	24,7	50,4	38,8	31,8	28,4

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasunari buruzko Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

6. taula
Jardueraren mugaketa kronikoaren kopurua (%)

Gráfico 20
Prevalencia de limitación crónica de la actividad

20. grafikoa
Jardueraren mugaketa kronikoaren kopurua



¹¹ Encuesta de Condiciones de Vida. Monográficos 2004.

¹¹ Bizi-baldintzei buruzko Inkesta. Monografikoak 2004.

En 2007, el 8% de los hombres y de las mujeres declararon tener problemas de salud que limitaban su capacidad funcional. La proporción de personas con alguna limitación aumentaba con la edad. Una de cada cuatro personas que ha superado los 75 años presentó algún nivel de limitación crónica de la actividad.

Esta prevalencia ha ido disminuyendo paulatinamente desde 1992 y de manera similar en ambos sexos. Concretamente esta prevalencia ha disminuido a la mitad en el grupo de edad de 45 a 64 años. A partir de 2002 se puede mencionar una estabilización en los datos de limitación crónica.

El origen de la limitación crónica de la actividad está asociada a la enfermedad común, tanto en los hombres como en las mujeres. En segundo lugar, figura el accidente laboral en los hombres (11%), mientras en las mujeres lo son las enfermedades derivadas del trabajo (2,6%).

2007. urtean, gizonen eta emakumeen % 8k esan du ahalmen funtzionala mugatzen duten osasun arazoak dituela. Zenbat eta zaharragoa izan orduan eta gehiago izan dira mugaketaren bat izan duen pertsona kopurua. 75 urtetik gorako lau pertsonatik batek izan du jardueraren mugaketa kronikoa, edozein mailatakoa.

Kopuru hori pixkanaka txikitzen joan da 1992. urteaz gero, antzera bi sexuentzat. Zehazki, kopurua erdira jaitsi da 45 eta 64 urte arteko pertsonen taldean. 2002. urteaz gero, mugaketa kronikoaren datuak egonkortu egin direla esan daiteke.

Jardueraren mugaketa kronikoaren jatorria bai gizonen bai emakumeen artean. Bigarren eragilea, laneko istripua izan da gizonen kasuan (% 11) eta lanaren ondoriozko gaixotasunak emakumeen kasuan (% 2,6).

Tabla 7
Causas de limitación crónica de la actividad (%). 2007

	Guztira Total	Gizonak Hombres	Emakumeak Mujeres
Lan istripua / Accidente laboral	6,4	11,0	2,1
Trafiko istripua / Accidente de tráfico	2,1	3,0	1,3
Etxeko istripua / Accidente doméstico	1,6	1,2	1,9
Bestelako istripua / Otro tipo de accidente	1,9	1,6	2,1
Gaixotasun arrunta / Enfermedad común	77,0	70,6	83,0
Lanetik eratorritako gaixotasuna / Enfermedad derivada del trabajo	3,4	4,3	2,6
Indarkeria fisikoa / Violencia física	0,2	–	0,4
Bestelakoak / Otras causas	7,3	8,2	6,6
Guztira / Total	100,0	100,0	100,0

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasunari buruzko Inkesta 2007.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud 2007.

7. taula
Jardueraren mugaketa kronikoaren arrazoiak (%). 2007

Las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de la limitación crónica en hombres y mujeres (26,6% y 45,2%, respectivamente). A esta causa le siguen en orden de importancia las enfermedades del aparato circulatorio en hombres y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos en mujeres.

Gaixotasun muskulu-eskeletikoak dira gizonen eta emakumeen mugaketa kronikoaren eragile nagusiak (% 26,6 eta % 45,2, hurrenez hurren). Garrantziaren arabera, hurrengo eragileak hauek dira: zirkulazio-aparatuaren gaixotasunak, gizonen artean, eta nerbio sistemari eta sentimen-organoei lotutako gaixotasunak, emakumeen artean.

3.3.4. Hipertensión

La hipertensión arterial fue el problema crónico más frecuentemente declarado en la Encuesta de Salud tanto en los hombres como en las mujeres.

Al 21% de la población de la C.A. de Euskadi en alguna ocasión le han comunicado en la consulta médica que tenía hipertensión.

La mitad de la población de 65 y más años se declaró hipertenso. En ambos sexos la prevalencia de hipertensión se incrementó con la edad.

3.3.4. Hipertentsioa

Arteria-hipertentsioa izan da Osasunari buruzko Inkestan esandako arazo kroniko guztien artean ugaritsuena, bai gizonen eta bai emakumeen artean ere.

EAEko biztanleen % 21ari noizbait esan diote medikuaren kontsultan hipertentsioa izan duela.

65 urteko eta gehiagoko biztanleen erdiak esan du hipertentsioa duela. Bi sexuetan, zaharragoak diren heinean hipertentsioa duen pertsona kopurua ere handiagoa izan da.

La proporción de personas que manifestaron tener hipertensión se incrementó desde 1992. Hasta los 45 años apenas ha habido variaciones, pero a partir de esta edad en ambos sexos se ha dado un incremento en la declaración de hipertensión.

1992. urteaz gero handiagoa izan da hipertentsioa duela esan duen pertsona kopurua. 45 urtera arte ia ez da aldaketarik eman kopuru horretan, baina adin horretatik aurrera bi sexuetan handitu da hipertentsioa izan duela esan duen pertsona kopurua.

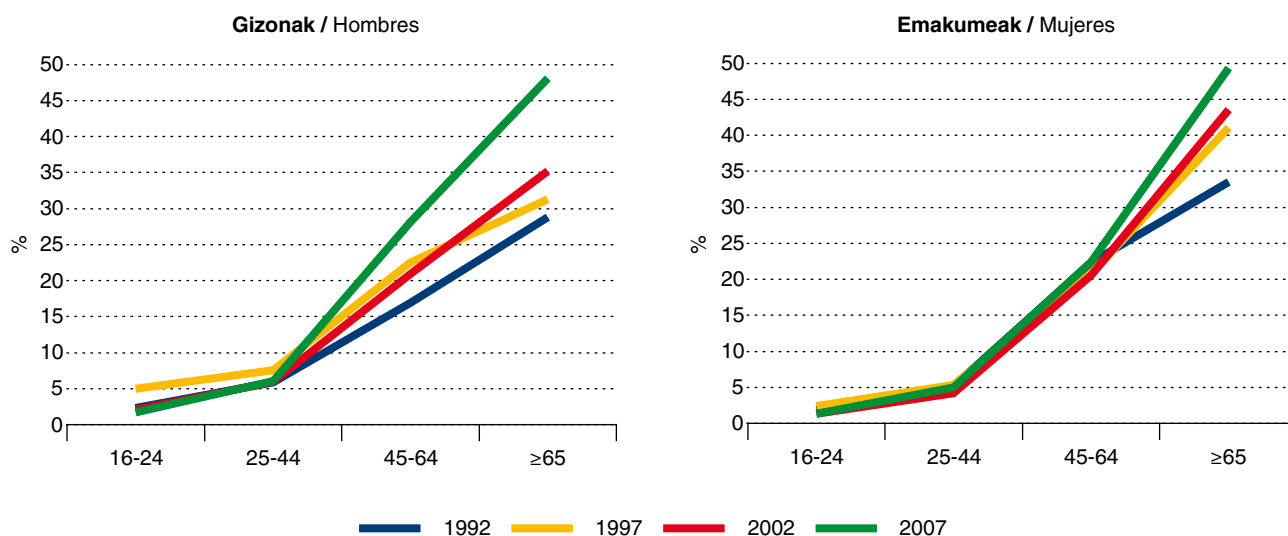
Tabla 8
Proporción de personas con hipertensión declarada (%)

	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	11,3	15,6	15,5	20,8	14,5	16,9	18,1	20,9
16-24	2,3	5,0	2,1	1,7	1,9	2,4	1,3	1,3
25-44	5,9	7,6	6,0	6,1	5,2	5,3	4,2	5,0
45-64	16,9	22,5	20,9	28,1	22,3	20,8	20,5	22,4
≥65	28,8	31,3	35,2	48,1	33,5	41,1	43,6	49,3

8. taula
Hipertentsioa duela esan duen pertsona kopurua, ehunekotan (%)

Gráfico 21
Proporción de personas con hipertensión declarada

21. grafikoa
Hipertentsioa duela esan duen pertsona kopurua, ehunekotan



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasunari buruzko Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

3.4. MORBILIDAD HOSPITALARIA

El término morbilidad se emplea para referirse a los efectos de la enfermedad en una población, en un lugar y período determinados. El estudio y la cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población puede ser medido desde la autovaloración que la población hace de su

3.4. OSPITALEETAKO ERIKORTASUNA

Erikortasuna esaten zaio gaixotasun batek toki eta aldi jakin batean biztanleengan duen eraginari. Bi modu daude gaixotasun batek biztanle jakin batzuen duen eragina ikertzeko eta kalkulatzeko: batetik, biztanleak bere osasun egoera ebaluatzea, hau da, Osasunari buruzko Inkestan biltzen den

estado de salud, conocida como morbilidad percibida, y cuyos datos se recogen en la Encuesta de Salud, o bien desde el registro de las enfermedades de la población que ha sido atendida y tratada en un centro sanitario y que en el caso de asistencia hospitalaria se concreta en la Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

La Estadística de Morbilidad Hospitalaria¹² es, después de la Estadística de Mortalidad, la más utilizada en el estudio del comportamiento de las enfermedades en la mayoría de los países, recoge información sobre el número de enfermos dados de alta en los hospitales públicos y privados, según el diagnóstico principal junto a características demográficas asociadas al paciente (edad, sexo, etc.) que nos permite conocer y comparar el nivel de salud de las personas, la prevalencia de las enfermedades, así como la utilización de los servicios hospitalarios.

Dada la existencia de una gran cantidad y variedad de enfermedades, y con el fin de armonizar datos sobre el estado de salud que permitan realizar comparaciones a nivel nacional e internacional, las enfermedades son clasificadas según la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades¹³). La utilización de la CIE-9-MC es ampliamente aceptada a nivel internacional para la codificación de diagnósticos y procedimientos.

Con fines estadísticos y para el análisis de tendencias, la extensa lista de patologías que contempla la CIE se agrupa con un cierto grado de agregación de forma que es común y habitual aludir a grandes grupos de diagnóstico (o patologías) para referirse a la morbilidad hospitalaria.

Cada vez son más los casos diagnosticados y tratados en los hospitales; el progresivo envejecimiento demográfico de la población es uno de los factores determinantes de este aumento del consumo de asistencia hospitalaria: más de una de cada tres personas que ingresan en el hospital tiene 65 y más años, y afectados de patologías vinculadas al sistema circulatorio, razón por la cual las enfermedades circulatorias (o cardiovasculares) son las que originan mayor frecuencia hospitalaria.

También el avance de la ciencia médica con el desarrollo de nuevos tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos ha permitido el desarrollo del hospital de día como alternativa a la hospitalización convencional, acortando los tiempos de estancia hospitalaria y resolviendo una mayor cantidad de casos, que antes requerían de unos días de hospitalización. Esta modalidad asistencial ha recibido un fuerte impulso en estos últi-

hautemandako erikortasunaren bidez; eta bestetik, osasun zentro batean arreta eta tratamendua jaso duen biztanleak izandako gaixotasunak erregistratzea, ospitaleko asistentziaren kasuan, Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistikan zehaztuta agertzen dena.

Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika¹², Heriotzen estatistikaren ostean, herrialde gehienetako gaixotasunen portaera aztertzeke gehien erabiltzen dena da. Estatistika horretan jasotzen dira ospitale publikoetan eta pribatuetan alta hartu duen gaixo kopuruari buruzko informazioa, diagnostiko nagusiaren arabera, eta gaixoari lotutako ezaugarri demografikoak (adina, sexua, etab.). Horrela, pertsonen osasun maila, gaixotasun kopurua eta ospitaleetako zerbitzuen erabilera zein diren jakin eta beste batzuekin aldera daitezke.

Gaixotasun ugari eta anitzak daudela kontuan hartuta, nazioan eta nazioartean alderaketak egiteko aukera ematen diguten osasun egoerari buruzko datuak harmonizatzeko asmoz, gaixotasunak GNSaren (Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena¹³) arabera sailkatzen dira. Nazioartean oso onartuta dago GNS-9-MC erabiltzea diagnostikoak eta prozedurak kodetzeko.

Estatistika xedeetarako eta joerak aztertu ahal izateko, GNSn jasotzen den patologien zerrenda luzea nolabaiteko agregazio mailarekin multzokatzen da; horrenbestez, diagnostikoen (edo diagnostikoen) multzo handiak aipatzen dira ospitaleetako erikortasunari buruz hitz egitean.

Gero eta gehiago dira ospitaleetan diagnostikatutako eta tratamendua emandako kasuak; biztanleen etengabeko zahartze demografikoa ospitaleetako asistentziaren kontsumoak gora egin izanaren faktore erabakigarrietako bat da: ospitaleratzen diren hiru pertsonatik bat baino gehiagok 65 urte eta gehiago izan ditu, eta zirkulazio sistemari lotutako patologiaren bat izan du; ondorioz, zirkulazio gaixotasunek (edo kardiobaskularrek) ospitalera gehiagotan joatea eragiten dute.

Halaber, medikuntzaren aurrerapenaren (tratamendu mediko berrien agerpena eta prozedura kirurgikoak) ondorioz, eguneko ospitalea ohiko ospitaleratzea ez izateko beste aukera bat da, ospitaleetako egonaldiak laburtu dira eta lehen egun batzuetan ospitaleratuta egotea eskatzen zuten kasu gehiago ebatzi dira. Asistentzia mota horrek azken urteetan indar handia hartu du; eta batez ere arrazoi horregatik, nerbio sis-

¹² La fuente de información de la estadística de morbilidad hospitalaria procede del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) de los centros hospitalarios de la C.A. de Euskadi, donde queda registrado cada episodio de hospitalización desde que el paciente es ingresado en el hospital hasta el momento en que recibe el alta médica. A partir del diagnóstico principal que figura en el informe de alta hospitalaria que recibe el paciente y que ha motivado su ingreso en un centro hospitalario, las enfermedades son clasificadas según la CIE-9-MC.

¹³ La CIE que se emplea actualmente es la CIE-9-MC 9ª revisión Modificación Clínica. La CIE es el inventario principal donde se recogen todos los posibles diagnósticos médicos, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Constituye el sistema más importante de codificación para la monitorización de los problemas de salud y en comparaciones internacionales sobre problemas de salud.

¹² Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistikak emandako informazio-iturria Euskal AEko ospitale zentroetako Ospitaleko Alten Erregistroko Oinarritzko eta Gutxieneko Datu Multzoa (OGDM) da, bertan erregistratzen baitira ospitaleratze guztiak, gaixoa ospitaleratzen denetik medikuaren alta hartzen duenera arte. Gaixoak jasotzen duen eta ospitaleratzeko xede izan den ospitaleko altari buruzko txostenean jasotako diagnostiko nagusia aintzat hartuta, gaixotasunak GNS-9-MC delakoaren arabera sailkatzen dira.

¹³ Gaur egun erabilitako GNS dagoeneko 9. berrikuspenera duen GNS-9-MC da, aldaketa klinikoari buruzkoa. GNS medikuaren diagnostiko guztiak, diagnostikoen prozedurak eta prozedura terapeutikoak jasotzen dituen inbentario nagusia da. Kode-sistema garrantzitsuenak da, osasun arazoak nazioartean alderatzeko aukera ematen baitu.

mos años y es uno de los motivos principales por el que el grupo de patologías relacionadas con el sistema nervioso y órganos de los sentidos (con la catarata como máxima exponente del grupo por su frecuencia) se sitúa entre los tres grupos de enfermedades que causan mayor morbilidad hospitalaria.

3.4.1. Evolución

El estado general de salud de la población, medido a través de las enfermedades diagnosticadas en los centros hospitalarios (morbilidad hospitalaria), sitúa al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio como la principal causa de ingreso hospitalario de estos últimos ocho años (2000-2007). Le siguen las enfermedades del aparato digestivo, y sistema nervioso y órganos de los sentidos, en segundo y tercer lugar.

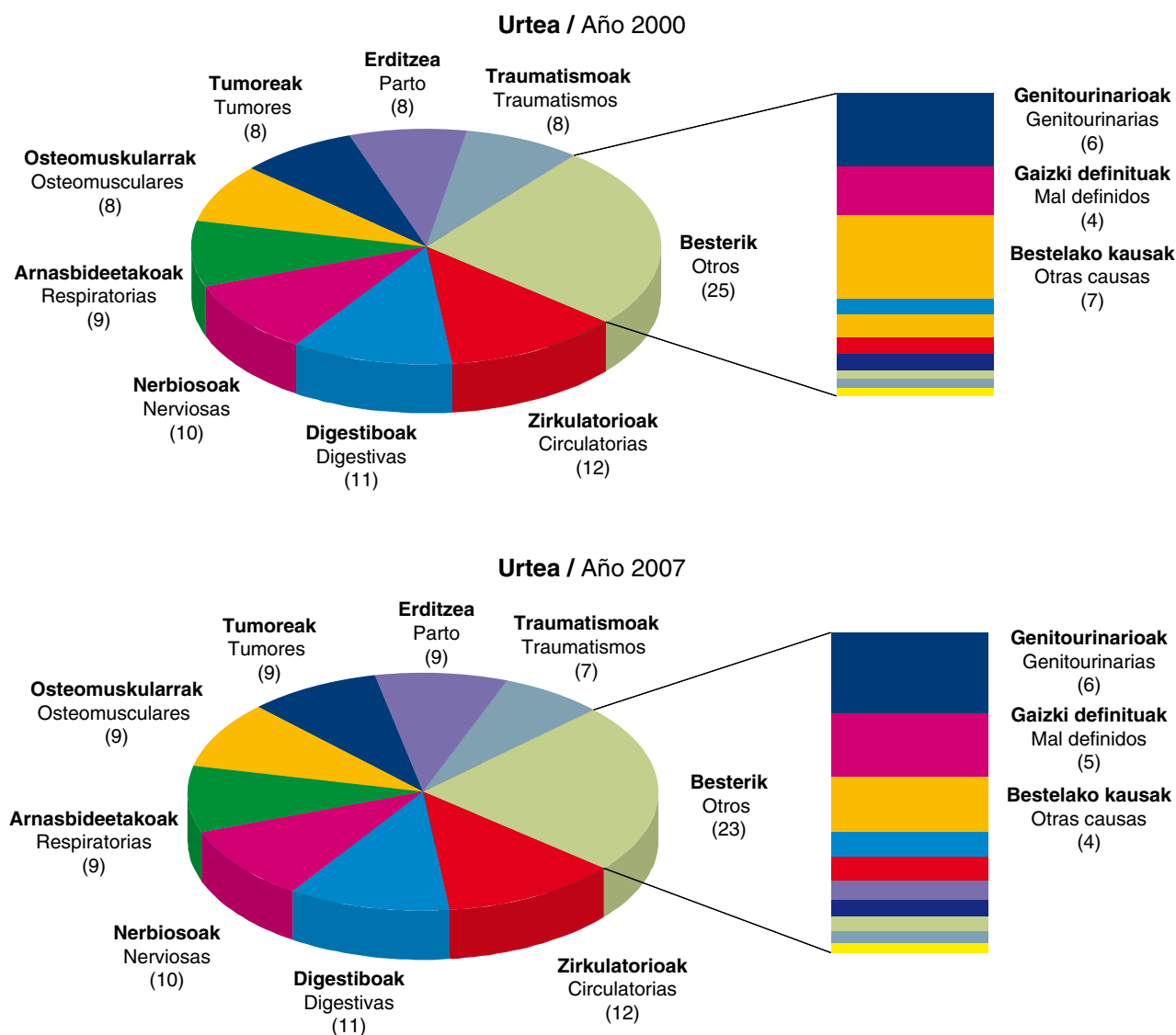
temari eta sentimen-organoei lotutako patologien multzoa (begi-lauroa izanik multzoan sarrien ematen den patologia) ospitaleetan erikortasun gehien eragiten duen gaixotasunen hiru multzoetako bat da.

3.4.1. Bilakaera

Biztanleen osasun egoera orokorra ospitale zentroetan diagnostikatzen diren gaixotasunen (ospitaleetako erikortasuna) bitartez neurtzen badira, zirkulazio sistemako gaixotasunen multzoa izan da azken zortzi urteetako (2000-2007) ospitaleratzeen arrazoi nagusia. Horren ostean daude, hala ere, digestio-aparatuko gaixotasunak (bigarrenak) eta nerbio sistema eta sentimen-organoetako gaixotasunak (hirugarrenak).

Gráfico 22
Altas por grandes grupos de diagnóstico (%)

22. grafikoa
Alta kopurua, diagnostiko-multzo handiak bereizita (%)

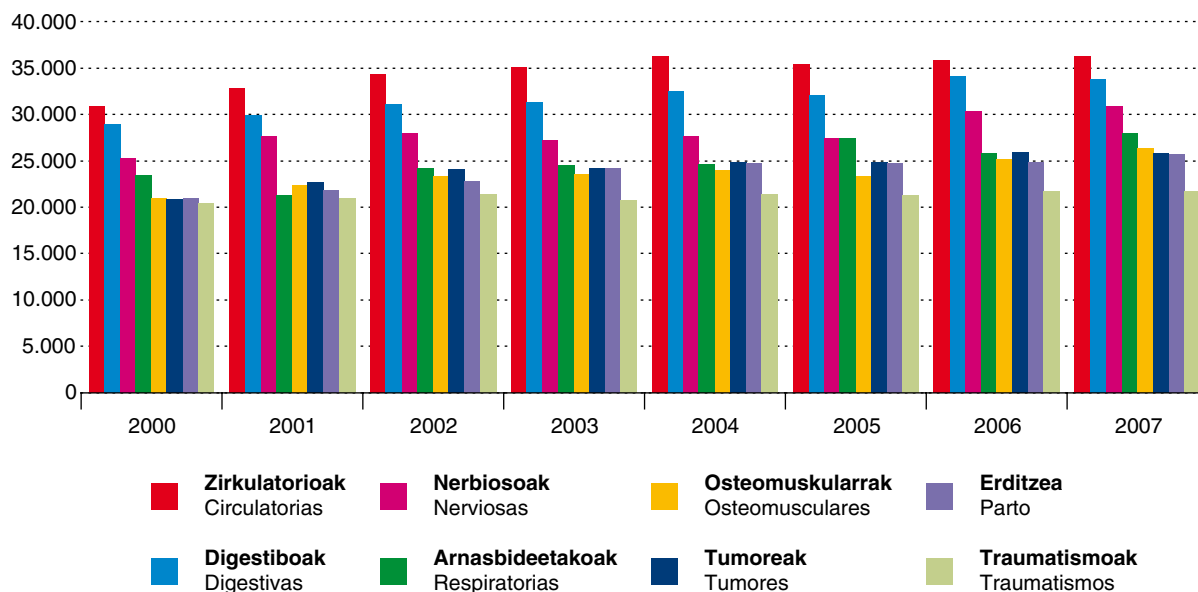


Entre los grupos de enfermedades más frecuentes (que causan más de 20.000 altas hospitalarias al año) las osteomusculares, vinculadas al progresivo envejecimiento de la población y, por otro lado, los tumores y partos han sido los que proporcionalmente más han crecido en estos últimos años en el hospital.

Gehien agertu diren gaixotasun multzoen artean (urtean 20.000 altatik gora sortu dituztenak ospitaleetan) gaixotasun osteomuskularrek (biztanleen etengabeko zahartzeari lotutakoak), tumoreek eta erditzeek izan dute hazkunderik handiena azken urte hauetan ospitaleetan.

Gráfico 23
Evolución de las altas por grandes grupos de diagnóstico más frecuentes

23. grafikoa
Alten bilakaera, sarrien agertzen diren diagnostiko-multzo handien arabera



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

También ha habido otras causas por las que han destacado nuevamente el grupo de las neoplasias (tumores), que aparece reiteradamente como principal causa de fallecimiento hospitalario, y el grupo de embarazo, parto y puerperio, que, aunque en sí mismo no se trata de una patología, constituye la principal causa de ingreso hospitalario en las mujeres, y las enfermedades mentales y las originadas durante el período perinatal, con la estancia media hospitalaria más elevada.

Baina beste arrazoi batzuk ere egon dira: hauen artean berriz izan da neoplasien multzoa (tumoreak) gehien eman dena, behin eta berriro agertzen da ospitaleetako heriotzen eragile nagusi moduan; haurdunaldien, erditzeen eta puerperioaren multzoa ere badago, berez patologia bat izan ez arren emakumeen ospitaleratzeen arrazoi nagusia dena; gaixotasun mentalak; eta jaiotza-inguruko aldian sortutako gaixotasunak, ospitaleetan batez besteko egonaldi luzeenekin.

3.4.2. Morbilidad hospitalaria por género, edad y grandes grupos de diagnóstico

Las causas de morbilidad hospitalaria no se dan con la misma intensidad según el género y la edad.

La edad media de hospitalización en el año 2007 fue de 57 años en los hombres y 55 años en las mujeres. Los hombres registraron un número mayor de altas hospitalarias que las mujeres por cada 1.000 habitantes para todos los grupos de edad, salvo en el tramo de 20 a 44 años, debido al efecto de los ingresos por embarazo, parto y puerperio.

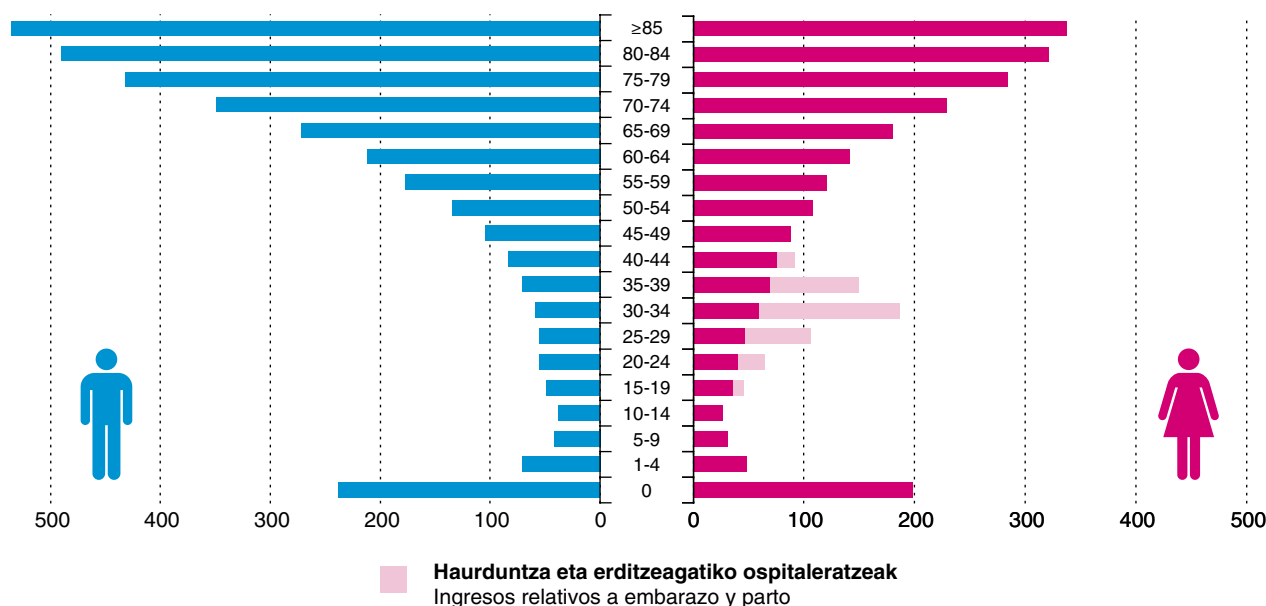
3.4.2. Ospitaleetako erikortasuna, generoaren, adinaren eta diagnostiko-multzo handien arabera

Ospitaleetako erikortasunen arrazoiak ez dira kopuru berean ematen generoa eta adina bereiziz gero.

2007. urtean ospitaleratuta egon direnen batez besteko adina 57 urte izan da gizonen kasuan, eta 55 urte emakumeetan. Gizonek emakumeek baino alta gehiago hartu dituzte 1.000 biztanle bakoitzeko. Adin-tarte guztietan gertatu da hori, 20-40 urte bitartean izan ezik; izan ere, haurdunaldiak, erditzeak eta puerperioak eragina dute horretan.

Gráfico 24
Tasa de altas hospitalarias por 1.000 habitantes, según
sexo y edad. 2007

24. grafikoa
Ospitaleetako alteen tasa, 1.000 biztanleko, sexua eta
adina bereizita. 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Los pacientes de 65 y más años utilizan la asistencia hospitalaria con una frecuentación superior a la del resto de la población. Los cambios degenerativos propios del envejecimiento fueron los responsables de las altas tasas hospitalarias a partir de los 65 y más años, tasas que se elevan conforme avanza la edad, llegando en las personas mayores de 85 años a alcanzar la cifra de 392 altas por cada 1.000 habitantes. A su vez, en el lado opuesto, el grupo de menores de 1 año, también presenta altas tasas debido, sobre todo, a trastornos causados por el bajo peso en el nacimiento y enfermedades respiratorias: «bronquitis y bronquiolitis agudas».

Las enfermedades circulatorias son la principal causa de ingreso en los hombres y el embarazo, parto y puerperio en las mujeres. El grupo de enfermedades del sistema circulatorio se sitúa como la principal causa de ingreso hospitalario en los hombres y la tercera en las mujeres, después del embarazo, parto y puerperio y las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

Del resto de grupos de patologías que más se repiten, también se aprecian diferencias según el sexo; las enfermedades respiratorias (especialmente la «bronquitis crónica») y las digestivas («hernia inguinal») aparecen con más frecuencia en los hombres, mientras que los diagnósticos genitourinarios destacan en las mujeres.

Las causas que originaron que una misma persona ingresara más de una vez en el hospital fueron el «tratamiento de quimioterapia de mantenimiento» y las patologías de carácter crónico como la «bronquitis crónica» (más frecuente en los hombres) e «insuficiencia cardíaca» (más habitual en las mujeres).

65 urte edo gehiagoko gaixoei gainerako biztanleek baino gehiago erabiltzen dute ospitaleko asistentzia. Zahartzeak dakarren endekatzea izan da 65 urte eta gehiagoko pertsonen ospitaleratze tasa altuen arrazoia. Tasa horiek gorantz doaz adinarekin batera, eta 85 urteko pertsonen artean 1.000 biztanle bakoitzeko 392 alta izan dira. Beste aldean, urte 1etik beherako taldean ere alta ugari izan da, batez ere jaiotzean izandako pisu txikiagatik eta arnas gaixotasunengatik sortutako osasun arazoak direla medio: «bronkitisa eta bronkiolitis akutua».

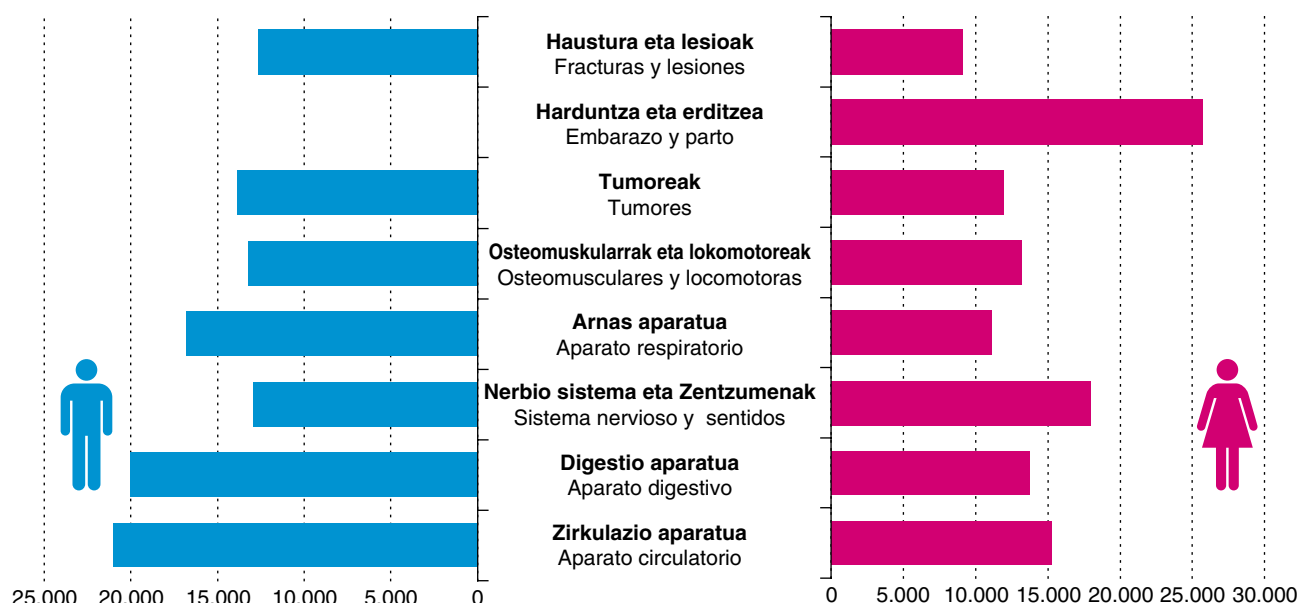
Gizonen kasuan zirkulazio gaixotasunak dira ospitaleratzeak arrazoi nagusia; emakumeen kasuan, aldiz, haurdunaldia, erditzea eta puerperioa. Zirkulazio sistemako gaixotasunen multzoa gizonak ospitaleratzeak arrazoi nagusia da; emakumeetan, berriz, hirugarren arrazoi nagusia da, haurdunaldia, erditzearen eta puerperioaren eta nerbio sistemaren eta sentimen-organoetako gaixotasunen ondorioak.

Horiez aparte, gehien ematen diren patologien artean ere aldaketak nabari dira sexuaren arabera: arnas gaixotasunak (bereiziki «bronkitis kronikoa») eta digestiboak (iztai-etena) ugariagoak dira gizonen artean; emakumeen kasuan, aldiz, genitourinarioak sarriagoak dira.

Ondokoak dira pertsona bera behin baino gehiagotan ospitaleratu izanaren arrazoiak: mantentze-kimioterapia tratamendua eta patologia kronikoa; besteak beste, bronkitis kronikoa (gizonen artean sarriago) eta bihotz-gutxiegitasuna (emakumeen artean sarriago).

Gráfico 25
*Pacientes dados de altas en los hospitales
de agudos por grandes grupos de diagnóstico
más frecuentes, 2007*

25. grafikoa
*Gaixo akutuen ospitaleetan alta hartutako gaixoen
kopurua, diagnostiko multzo handi ohikoenen eta
sexuaren arabera. 2007*



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Las causas de morbilidad atendida en los hospitales varían con la edad. Un recorrido por los distintos grupos de edad señala a las enfermedades respiratorias como la principal causa de ingreso de las personas de *0-14 años* (principalmente «amigdalitis» y «asma»). En segundo lugar destacan las enfermedades de origen perinatal, siendo los casos más frecuentes los «trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso».

La principal causa de ingreso cambia en las mujeres de *15 a 44 años* con la asistencia por parto, embarazo y puerperio, que representan el 50% de las altas de las mujeres en este tramo de edad. En los varones destacan los traumatismos derivados de fractura de radio, cúbito y dislocación de rodilla.

Continuando con las personas de *45 a 64 años* las enfermedades más diagnosticadas en los hombres son las digestivas («hernia inguinal») y circulatorias («arteroesclerosis coronaria») y en las mujeres las osteomusculares («deformación del dedo gordo del pie» y «trastorno de rodilla») y tumores («neoplasia de mama»).

Un 62% de las personas que ingresan por causa de problemas circulatorios tienen 65 y más años. Las enfermedades circulatorias (o cardiovasculares) se sitúan como las más frecuentes en los hombres de *65 y más años*, destacando en particular la «insuficiencia cardíaca», y en segundo lugar en las mujeres, después del grupo del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

Ospitaleetan arreta jaso duten erikortasunen arrazoiak aldatu egiten dira adinarekin. Adin-talde ezberdinei erreparatzen badiegu, *0-14 urteen* arteko pertsonak ospitaleratzeko arrazoi nagusia arnas gaixotasunak direla ikus dezakegu (amigdalitis eta asma nagusiki). Horien ondotik, jaiotza-inguruko gaixotasunak nabarmentzen dira; ohikoenak «laburtutako haurdunaldiarekin eta jaiotzean pisu txikia izatearekin zerikusia duten trastornoak» dira.

15-44 urte arteko emakumeen artean, ospitaleratzeko arrazoi nagusia haurduntza, erditzea eta puerperioa izan da. Adin-tarte horretako emakumeek hartzen duten alteen % 50 osatzen dute. Gizonen artean, erradioa eta kubitua haustearen eta belauna dislokatzearen ondoriozko traumatismoak nabarmentzen dira.

45-64 urte arteko pertsonekin jarraituz, gizonen artean gehien diagnostikatu diren gaixotasunak digestiboak (iztai-etena) eta zirkulaziokoak (koronarioetako arterioesclerosis) dira; emakumeen artean, aldiz, osteomuskularrak (oineko hatz lodia deformatzea eta belauneko nahastea) eta tumoreak (bularreko neoplasia) dira ugariak.

Zirkulazio arazoengatik ospitaleratu diren gaixoen % 62k 65 urte edo gehiago izan ditu. *65 urte edo gehiago* dituzten gizonen artean, zirkulazio gaixotasunak (edo kardiobaskularrak) dira ugariak, bereziki, bihotz-gutxiegitasuna. Emakumeen artean, bigarren tokian kokatzen dira horiek, nerbio sistema eta sentimen-organoetako taldearen ondotik.

Dentro del grupo de sistema nervioso y órganos de los sentidos, la «catarata» tiene especial incidencia entre las personas de 65 y más años. Tratada principalmente en la unidad de hospital de día, es la patología más diagnosticada en los hospitales de agudos (de los 18.216 casos en 2007 el 87% de los pacientes tenían 65 y más años).

Nerbio sistema eta sentimen-organoetako taldearen barruan, begi-lausoia da 65 urte edo gehiago dituzten pertsonetan maiztasun handienarekin agertzen dena. Batez ere eguneko ospitalean tratatzen da hori, eta gaixo akutuen ospitaleetan gehien diagnostikatu den patologia da (2007ko 18.216 kasuetatik, gaixoen % 87k 65 urte edo gehiago zituen).

Gráfico 26
Pacientes dados de alta en los hospitales de agudos por grandes grupos de diagnóstico, por edad

26. grafikoa
Gaixo akutuen ospitaleetan alta hartutako gaixoen kopurua, diagnostiko multzo handiaren eta adinaren arabera

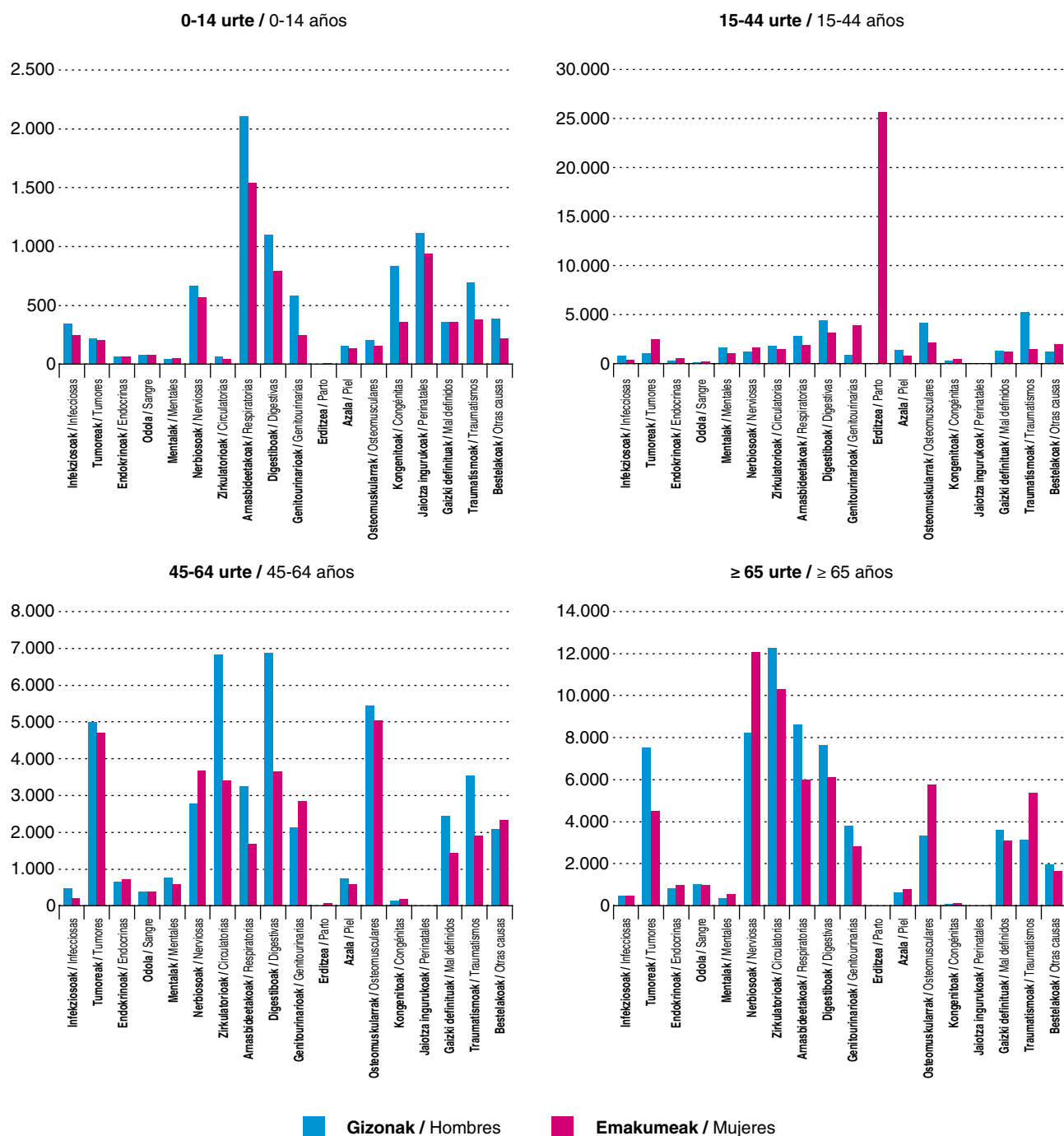
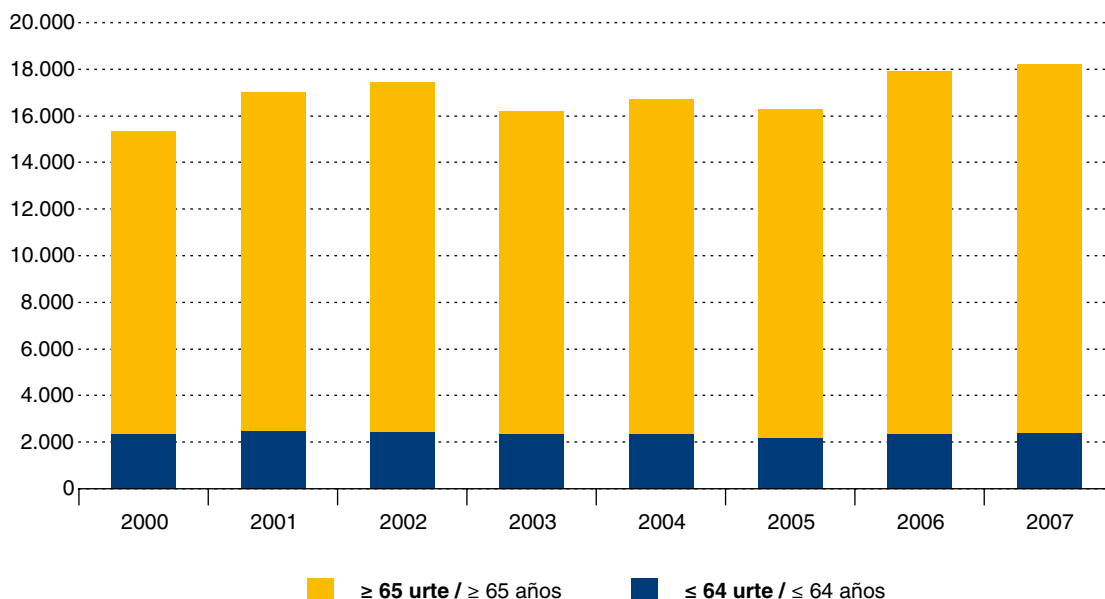


Gráfico 27
Evolución del número de casos con diagnóstico
de catarata

27. grafikoa
Begi-lausoetako kasuen kopuruak izandako
bilakaera



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

3.4.3. Hospital de día

La actividad de hospital de día está dirigida a pacientes que deben someterse a métodos de diagnóstico y tratamiento que requieren de unas horas de cuidados médicos y de enfermería. En estos casos el paciente recibe el alta a domicilio el mismo día que ingresa y reduce el tiempo de permanencia del paciente en el hospital, evitando la hospitalización prolongada.

Cada vez son más los casos tratados en hospital de día. Esta modalidad de asistencia que se desarrolla como alternativa a la hospitalización convencional, cada vez tiene más peso e importancia sobre la actividad global hospitalaria. Cada año, más casos que antes requerían algunos días de hospitalización se logran realizar en hospital de día.

Esta clase de actividad ha tenido una evolución ascendente en los últimos ocho años (2000-2007) en los hospitales de agudos: si el 16,3% del total de altas en el año 2000 correspondía a hospital de día, esta proporción se eleva al 22,2% en 2007.

La mayoría de los casos tratados en hospital de día corresponden al grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, representando éste el 38% de las altas en 2007, y dentro del cual la intervención de catarata tiene especial prevalencia.

Con un peso inferior se encuentra el grupo de las enfermedades osteomusculares (9,4%), dentro de las cuales las más habituales son: las lesiones de menisco, mano («dedo en gatillo») y trastornos de bursa («bursitis»); le siguen el grupo de otras causas (8%), donde destaca la quimioterapia de mantenimiento.

3.4.3. Eguneko ospitalea

Eguneko ospitalea arreta medikoa zein erizaintzako zenbait ordu behar dituzten diagnostiko eta tratamendu metodoak egin behar dizkieten gaixoei zuzenduta dago. Kasu hauetan, egun berean ospitaleratu eta alta hartzen du gaixoak. Horrela, ospitalean igaro beharreko denbora murriztu egiten da, luzaroko ospitaleratzea ekidinez.

Gero eta gehiago dira eguneko ospitalean artatutako kasuak. Ohiko ospitaleratzeari irtenbide bat bilatu nahian eratu zen laguntza modu hau gero eta garrantzitsuagoa da ospitaleko jardura orokorreko eremuan. Gero eta gehiago dira urtero eguneko ospitaleak hartzen dituen kasuak, lehen zenbait egun ospitalerata egotea eskatzen zutenak, hain zuzen.

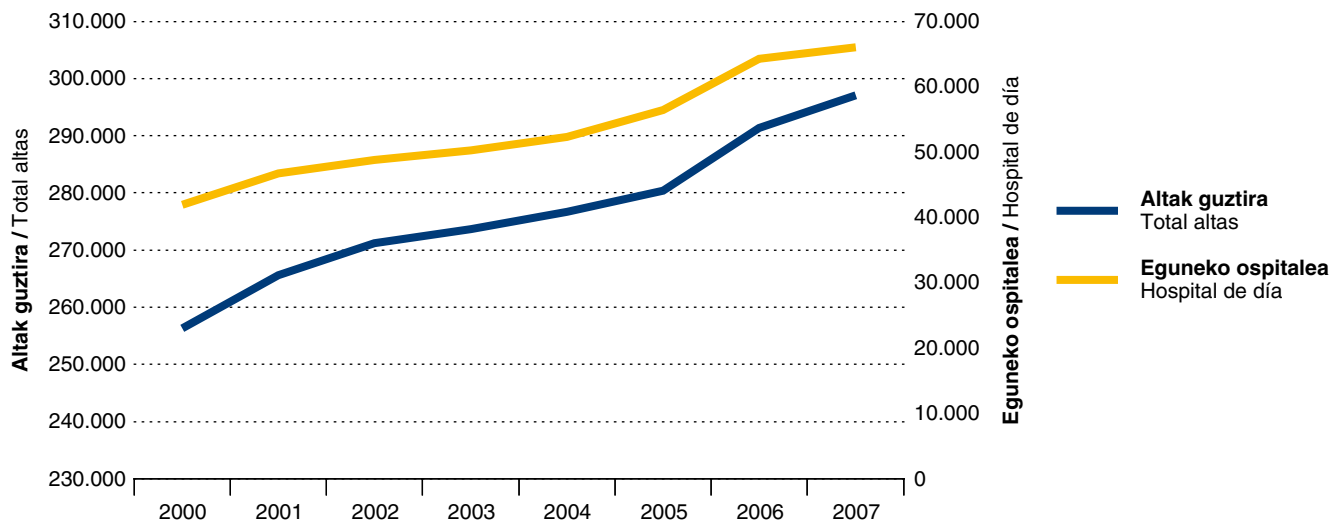
Azken zortzi urte hauetan (2000-2007), jardura mota honek gorako bilakaera izan du gaixo akutuen ospitaleetan: 2000. urtean, alta guztien % 16,3 eguneko ospitaleetan eman zen; 2007an, aldiz, % 22,2ra heldu da.

Eguneko ospitaleetan artatutako kasu gehienak nerbio sistemako eta sentimen-organoetako gaixotasunen taldean eman ziren, 2007ko alta guztien % 38, hain zuzen ere. Talde horren barruan, begi-lausoetako ebakuntza kasuak gailendu dira.

Bestalde, gaixotasun osteomuscularren kopurua txikiagoa da (% 9,4); talde horren barruan, ondokoak dira ohikoak: meniskoko eta eskuko (flexorearen tendinitisa) lesioak eta poltsako nahasteak (bursitis); horien ondoren, beste arrazoi batzuen taldea (% 8) dago, eta mantentze-kimioterapia nabarmentzen da bertan.

Gráfico 28
Evolución de las altas hospitalarias (total altas
y hospital de día)

28. grafikoa
Ospitaleko alden bilakaera (altak guztira
eta eguneko ospitalea)



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Tabla 9
Altas hospitalarias
(total y hospital de día)

9. taula
Ospitaleetako alta kopurua
(guztira eta eguneko ospitalean)

Diagnostiko talde handiak Grandes grupos de diagnóstico	Altak guztira Total altas (%)	Eguneko ospitaleko altak Altas hospital día (%)	Eguneko ospitaleko altak guztien gainean Altas hospital día s/ total de altas (%)
I. Infekziosoak / Infecciosas	1,2	0,3	4,9
II. Tumoreak / Tumores	8,7	6,4	16,4
III. Endokrinoak / Endocrinas	1,4	1,1	16,4
IV. Odola / Sangre	1,1	1,2	23,2
V. Mentalak / Mentales	1,7	0,2	3,1
VI. Nerbioak / Nerviosas	10,4	38,0	81,4
VII. Zirkulatorioak / Circulatorias	12,2	6,4	11,7
VIII. Arnasbideetakoak / Respiratorias	9,4	4,4	10,4
IX. Digestiboak / Digestivas	11,4	5,9	11,5
X. Genitourinarioak / Genitourinarias	5,8	6,4	24,4
XI. Erditzea / Parto	8,7	3,0	7,8
XII. Azala / Piel	1,8	3,6	45,0
XIII. Osteomuskularrak / Osteomusculares	8,9	9,4	23,7
XIV. Kongenitoak / Congénitas	0,8	1,2	32,5
XV. Jaiotza ingurukoak / Perinatales	0,7	0,1	2,0
XVI. Gaizki definituak / Mal definidos	4,7	1,2	5,8
XVII. Traumatismoak / Traumatismos	7,3	3,2	9,6
Bestelakoak / Otras causas	4,0	8,0	45,3
Guztira / Total	100	100	22,2

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

3.4.4. Neoplasias

Los tumores que causaron mayor número de hospitalizaciones en el año 2007 fueron por el siguiente orden: los malignos de vejiga, mama de mujer y colon.

En los hombres, junto al de vejiga y colon, también se situaron entre los más frecuentes el de próstata y tráquea-bronquios-pulmón. Los diagnósticos de tumor de vejiga aumentan conforme avanza la edad del paciente mientras que en los tumores de tráquea, bronquios y pulmón el mayor número de casos se concentra en el grupo de 45-64 años y el de próstata en el grupo de 65-74 años.

3.4.4. Neoplasiak

Ondokoak dira, maiztasunaren arabera, 2007an ospitaleratze gehienak eragin zituzten tumoreak: puxikako, emakumearen titiko eta koloneko neoplasia gaiztoak.

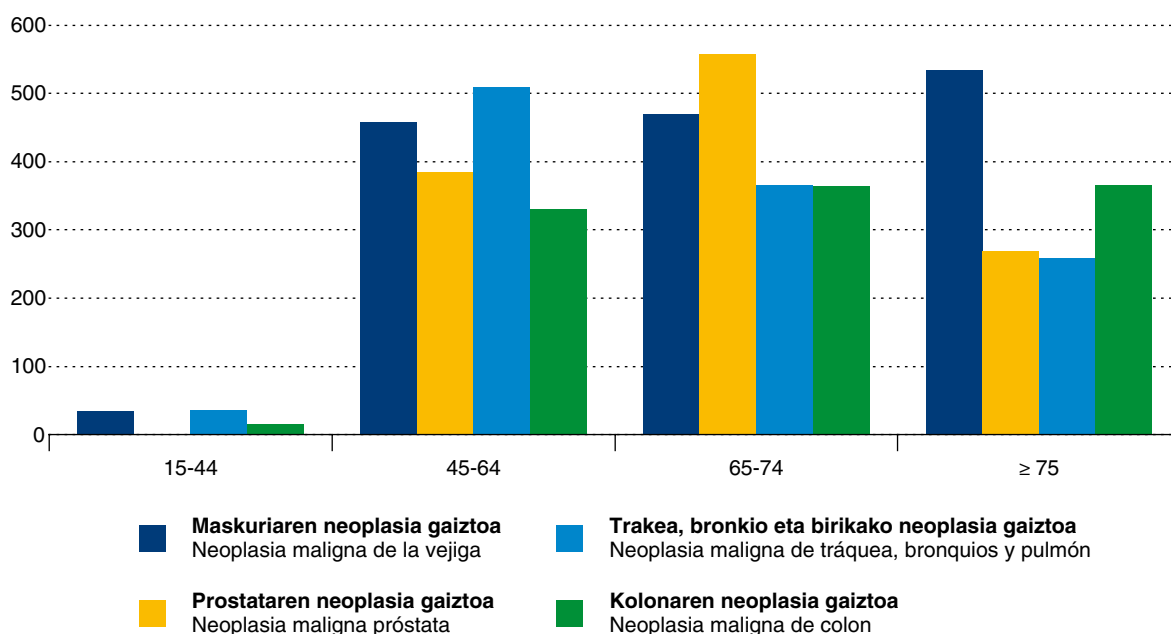
Gizonen kasuan, puxikakoarekin eta kolonekoarekin batera, prostatako eta trakiako-bronkioetako-biriketako neoplasiak ere ugariak izan dira. Puxikako tumoreen kopuruak gora egin du gaixoaren adinak aurrera egin ahala. Trakeako, bronkioetako eta biriketako tumoreen kasuan, aldiz, diagnostiko gehienak 45-64 urte arteko taldean aurkitzen dira, eta 65-74 urte arteko taldean prostatakoaren kasuan.

Gráfico 29

Altas de las neoplasias más frecuentes en los hombres

29. grafikoa

Neoplasia ohikoenen altak gizonen artean



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Los tumores de mama y fibroma uterino fueron los más frecuentes en las mujeres, destacando por su especial incidencia el fibroma uterino en las mujeres de 15-44 años y el tumor maligno de mama en las de 45-64 años.

Los ingresos por tumor de colon, que se encuentran entre las localizaciones tumorales más frecuentes en hombres y mujeres, han aumentado considerablemente durante estos últimos ocho años, en especial en los hombres, donde este incremento ha sido del 71,3% (2000-2007).

También ha habido un notable aumento de los casos con cáncer de próstata. Los casos con este diagnóstico han experimentado un incremento del 96,3% durante el período 2000-2007, pasando a ser el segundo tipo de cáncer más frecuente en los varones (después del de vejiga y por delante de tráquea-bronquios-pulmón y colon).

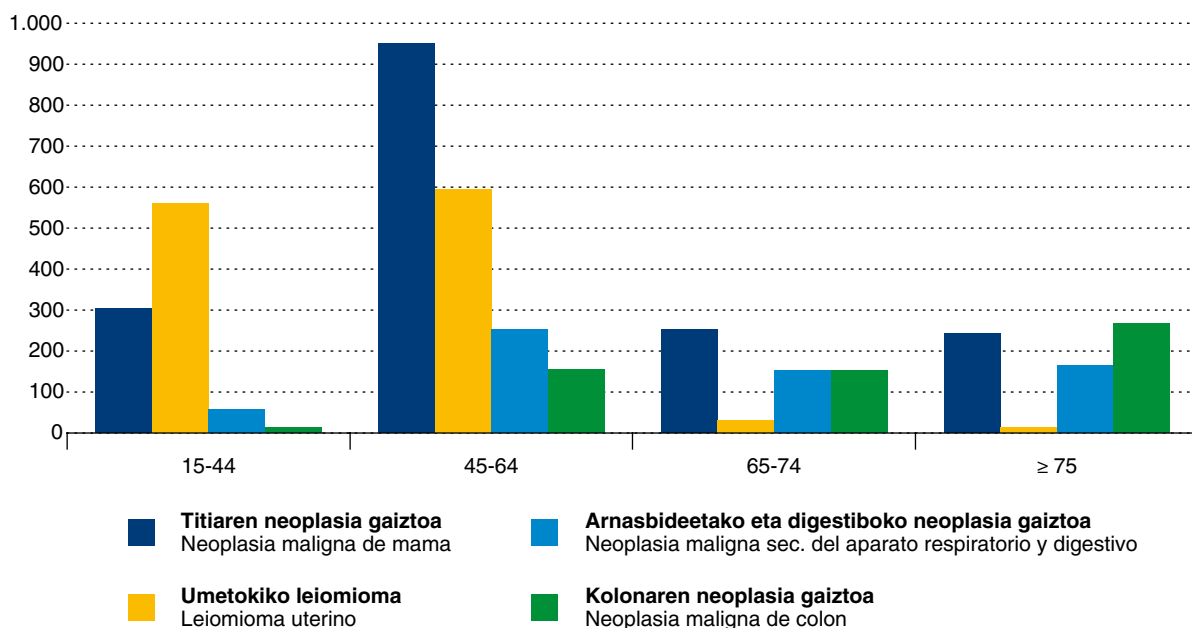
Emakumeen artean, tumore ugariak titikoak eta umetokiko fibromakoak izan dira. Azken horiek 15-44 urte arteko taldean eman dira bereziki, eta titien tumore gaiztoak, aldiz, 45-64 urte arteko taldean.

Koloneko tumoreek eragindako ospitaleratze kopuruak, bai gizonetan bai emakumeetan tumore kasu ugariena duenak, nabarmen egin du gora azken zortzi urte hauetan; batez ere gizonen artean, % 71,3ko igoerarekin (2000-2007).

Horrez gain, prostatako minbiziak ere areagotu dira asko. Zehazki, % 96,3 igo da 2000-2007 aldian diagnostiko horien kopurua. Ondorioz, gizonen artean eman den bigarren minbizi mota sarriena izan da (puxikakoaren ondotik eta trakeako-bronkioetako-biriketako eta kolonekoaren aurretik).

Gráfico 30
Altas de las neoplasias más frecuentes en las mujeres

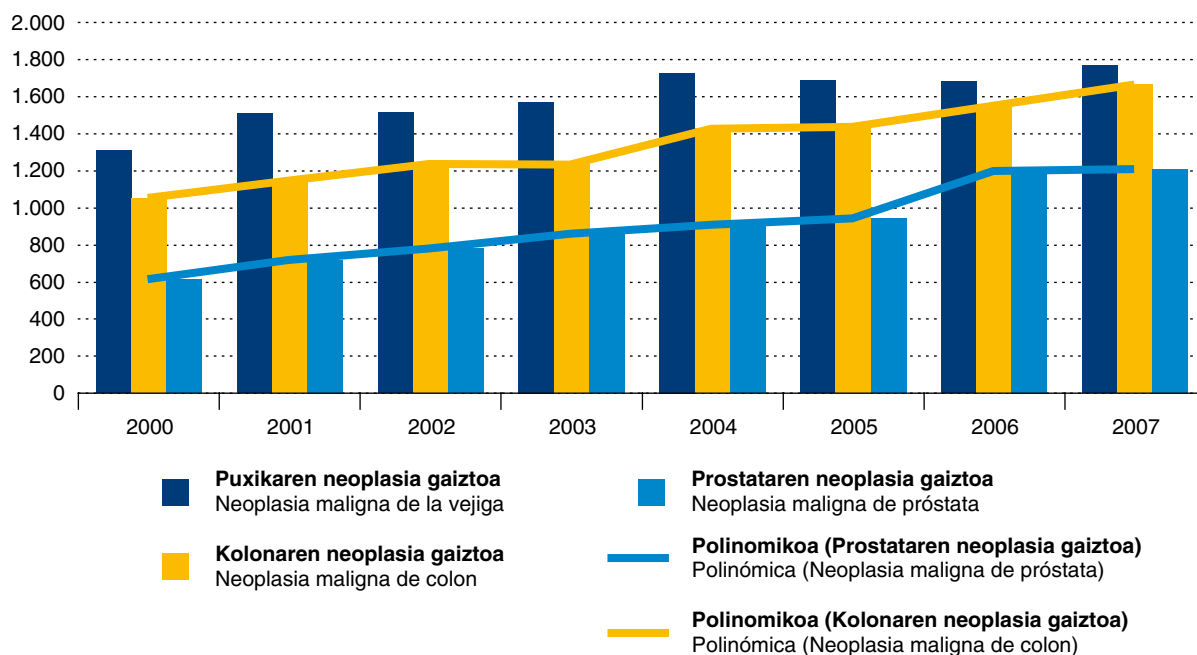
30. grafikoa
Neoplasia ohikoenen altak emakumeen artean



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Gráfico 31
Evolución de los tumores de colon y próstata

31. grafikoa
Koloneko eta prostatako tumoreen bilakaera



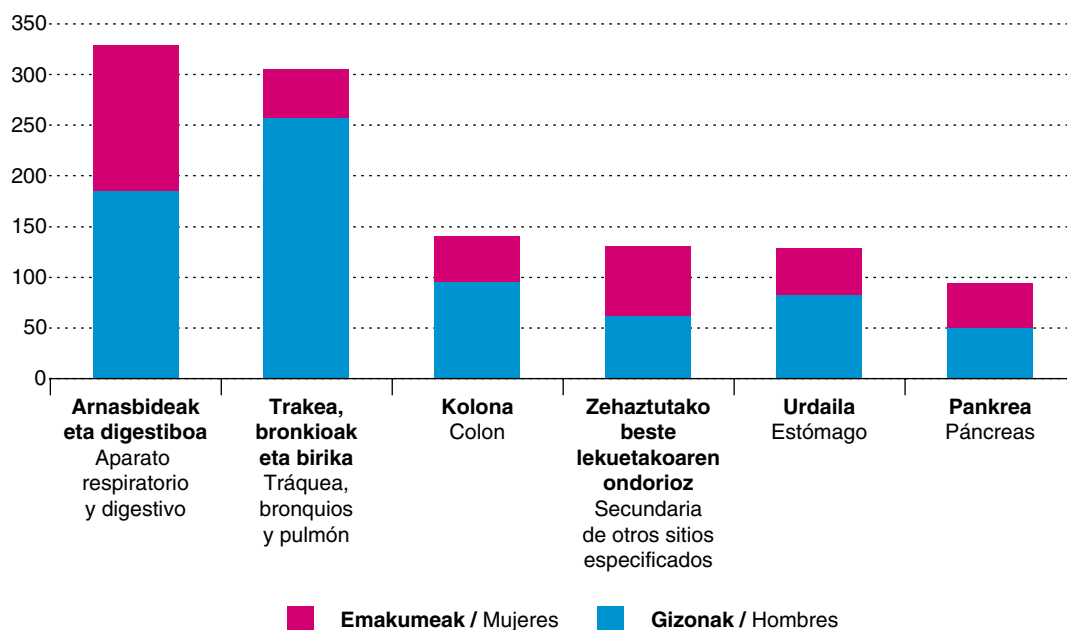
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

Entre los distintos tipos de cáncer, el tumor maligno del aparato respiratorio y digestivo fue el que causó mayor número de fallecimientos en los hospitales de agudos en 2007. Si bien, en los hombres prevalecieron los fallecimientos por causa del tumor de tráquea, bronquios y pulmón, y de forma más acusada en aquellos con edades de 45-64 años.

Minbizi ezberdinen artean, arnas eta digestio aparatuko tumore gaiztoak eragin dute 2007an gaixo akutuen ospitaleetako heriotza gehienak. Dena den, gizonen artean trakeako, bronkioetako eta biriketako tumoreek eragin dituzte heriotza gehienak, batez ere 45-64 urte artekoetan.

Gráfico 32
Tumores que causan mayor número de fallecimientos en los hospitales

32. grafikoa
Ospitaleetan heriotza gehien eragiten dituzten tumoreak



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleetako Erikortasunaren Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

4

OSASUN SISTEMA

SISTEMA DE SALUD

4.1. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

4.1.1. Vacunación antigripal

La gripe es una enfermedad que causa incapacidad durante varios días, incrementa la morbilidad y la demanda asistencial de la población. Con el fin de disminuir el impacto de la gripe, diversos estudios han señalado la eficacia de las campañas de vacunación antigripal dirigidos a los grupos de riesgo.

La vacunación antigripal se debería administrar anualmente a todas las personas mayores de 65 años y a aquellas que aunque no alcancen esta edad tengan problemas crónicos, para evitar un riesgo que provoque complicaciones graves.

4.1. AURREA HARTZEKO NEURRIAK

4.1.1. Gripearen aurkako txertoa

Gripea zenbait egunetan ezgaitasuna dakarren gaixotasuna da, erikortasuna eta biztanleriaren asistentzia eskaria gehitzen ditu. Gripearen eragina gutxitzeko, zenbait ikerketek arrisku-taldeetarako txertatze-kanpainen eraginkortasuna jakinarazi dute.

Gripearen aurkako txertoa urtero jarri beharko lukete 65 urte-tik gorako biztanleek eta adin hori bete gabe eduki arren arazo kronikoak dituzten pertsonak; horrela, ez litzateke egongo arazo larriak agertzeko arriskurik.

Tabla 1

Personas que se vacunan de gripe por sexo y grupos de edad (%)

	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	19,0	20,0	20,4	23,4	19,4	19,5	22,4	25,7
<50	6,8	8,0	6,6	8,2	4,6	6,7	6,0	7,5
50-64	27,5	25,9	21,0	20,5	26,0	17,0	17,9	20,2
65-74	62,9	57,7	64,2	71,4	59,5	53,5	62,5	67,9
≥75	85,2	79,3	82,4	86,8	64,4	71,8	76,6	77,4

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasunari buruzko Inkesta.

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

1. taula

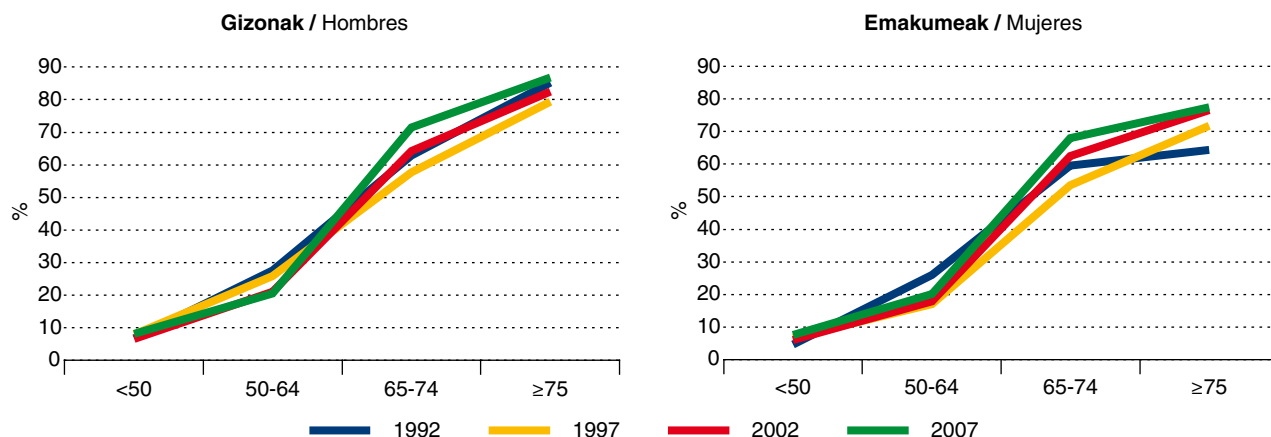
Gripearen txertoa hartzen duten pertsonak, sexua eta adin-taldea bereizita (%)

Gráfico 1

Personas que se vacunan de gripe por sexo y grupos de edad (%)

1. grafikoa

Gripearen txertoa hartzen duten pertsonak, sexua eta adin-taldea bereizita (%)



El 71% de los hombres y el 68% de las mujeres de 65 a 74 años se vacunan contra la gripe, cuando se superan los 75 años estas proporciones de vacunación se incrementan situándose en un 87% y 77%, respectivamente.

A lo largo de los años ha ido aumentando la adhesión a esta práctica preventiva incluso entre la población que no supera los 50 años, especialmente en los casos en los que se da algún motivo, como es la existencia de un problema crónico o el trabajo con gran número de personas, donde hay mayor exposición al contagio.

4.1.2. Tensión arterial

La hipertensión arterial es el problema crónico más prevalente según la Encuesta de Salud 2007.

Esta práctica preventiva está relacionada con la alta prevalencia de población hipertensa que se incrementa en función de la edad. La medida rutinaria de la tensión arterial permite detectar, controlar y prevenir múltiples problemas de salud. Casi tres de cada cuatro habitantes se toman la tensión arte-

65 eta 74 urte arteko gizonen % 71k eta emakumeen % 68k hartzen du gripearen aurkako txertoa; eta 75 urtetik gorakoekin artean, txertoa jartzen duen pertsona kopurua gehitu egiten da: % 87 eta % 77, hurrenez hurren.

Urteak igaro ahala, gripearri aurrera hartzeko neurri hau betetzen duen gero eta pertsona gehiago dago, baita gehienez 50 urte dituztenen artean ere, eta bereziki arrazoiren bat dagoenean: arazo kronikoa edukitzea edo pertsona askorekin lan egiten delako kutsatzeko arrisku handia duen lana egitea.

4.1.2. Arteria-presioa

2007ko Osasun Inkestaren arabera arterietako hipertentsioa da arazo kroniko nagusia.

Tentsio altua duen biztanle kopuru handiari lotuta dago aurrea hartzeko jardun hau; gainera, biztanleak zaharragoak diren heinean kopuru hori handiagozten doa. Arteria-presioa ohikotasunez neurtzen bada osasun arazo ugari antzeman, kontrola eta prebeni daitezke. Lau biztanletik ia hiruk gutxienez ur-

Tabla 2
Personas que se toman la tensión arterial al menos una vez al año por sexo y grupos de edad (%)

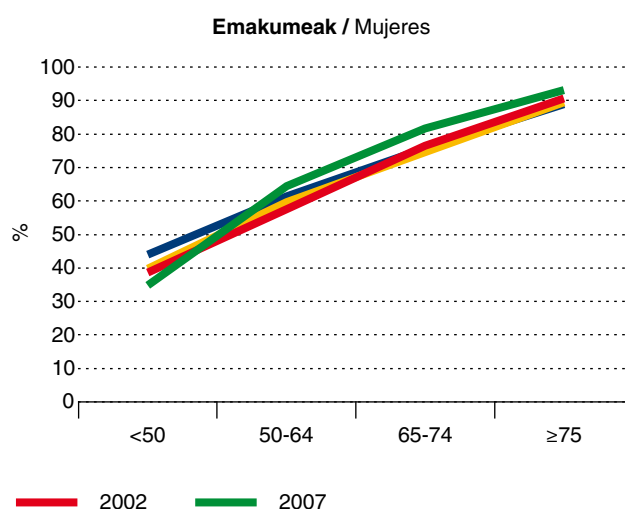
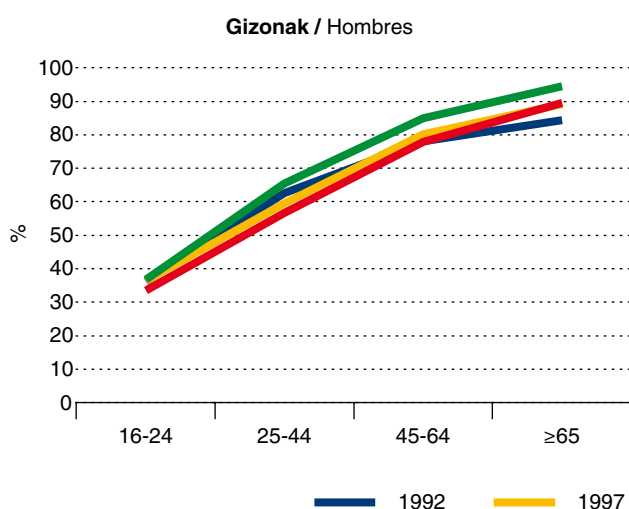
	Gizonak / Hombres				Emakumeak / Mujeres			
	1992	1997	2002	2007	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	64,6	65,3	64,9	73,4	67,3	66,5	67,7	73,4
16-24	36,1	36,3	33,5	36,8	43,9	39,7	38,6	34,8
25-44	62,6	59,5	56,7	65,4	61,4	59,6	57,5	64,5
45-64	78,1	80,2	77,9	85,0	75,7	74,6	76,4	81,6
≥65	84,4	89,1	89,5	94,6	89,0	89,5	90,7	93,2

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza. Osasunari buruzko Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

2. taula
Urtean gutxienez behin arteria-presioa neurtzen duten pertsonak, sexua eta adin-taldea aintzat hartuta (%)

Gráfico 2
Personas que se toman la tensión arterial al menos una vez al año por sexo y grupos de edad (%)

2. grafikoa
Urtean gutxienez behin arteria-presioa neurtzen duten pertsonak, sexua eta adin-taldea aintzat hartuta (%)



rial al menos una vez al año. No existen diferencias por sexo, pero a medida que aumenta la edad esta práctica se generaliza, hasta alcanzar al 94% de la población que tiene 65 y más años.

En los últimos años se ha incrementado la proporción de personas que han realizado la medición anual de la tensión arterial, pasando del 65% en 1992 al 73% de la actualidad.

4.1.3. Mamografías

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres vascas. Su detección precoz es un factor de gran importancia que permite tratamientos más eficaces y menos agresivos, consiguiendo así mejores tasas de supervivencia y mejor calidad de vida.

La C.A. de Euskadi cuenta desde 1997 con un Programa de detección precoz del cáncer de mama ofertado por Osakidetza a las mujeres de 50 a 64 años de edad, a quienes se propone la realización de una mamografía cada dos años. En 2007 se amplió la edad del grupo diana hasta los 70 años. Por otro lado, la Encuesta de Salud incluye desde 1992 una sección sobre el conocimiento y frecuencia de utilización de esta práctica preventiva.

Según la Encuesta de Salud de 2007 el 41,5% de las mujeres de 16 y más años se habían hecho una mamografía en los últimos tres años. Por grupos de edad, el 91,1% de las de 50 a 64 años (grupo diana del Programa de detección precoz del cáncer de mama) no habían transcurrido más de dos años desde la realización de la última mamografía y esa proporción era del 53% para las mujeres de 40 a 49 años.

El incremento de la proporción de mujeres que se han realizado una mamografía en los tres años previos es considerable a partir de los 40 años, y puede decirse que se ha generalizado en el grupo de edad de 50 a 64 años. A partir de los 65 años el incremento también ha sido muy grande aunque no ha llegado a las proporciones del grupo de edad hasta ahora objeto de programa de cribado del cáncer de mama. Por el contrario, esa proporción ha descendido en las menores de 40 años, lo que sugiere una mejora en la indicación de la mamografía.

En 1992 sólo una de cada tres mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los últimos tres años, mientras que en 2007 se ha generalizado esta prueba alcanzando al 91% de las mujeres de estas edades.

tean behin neurtzen dute arteria-presioa. Ez da sexuaren arabera bereizketarik ematen, baina zenbat eta zaharragoak izan sarriago neurtzen dute presio hori: 65 urteko eta gehiagoko biztanleen % 94ak neurtzen du arteria-presioa.

Azken urteotan gehitu egin da arteria-presioaren urteko neurketa egin duen pertsona kopurua: 1992. urtean % 65k neurtu zuen eta gaur egun % 73k.

4.1.3. Mamografiak

Euskal emakumeen artean titietako minbizia da tumore gaizto ugariena. Haren detekzio goiztiarra guztiz garrantzitsua da; izan ere tratamendu eraginkorrago eta gutxiago erasokorrrak ahalbidetzen ditu, eta horrela biziraupen-tasak etab izialitate hobetzen dira.

Euskal AEn 1997. urtean sortu zen titietako minbizia goiz detektatzeko programa. Osakidetzak eskaintzen die programa hori 50 eta 64 urte arteko emakumeei; bi urtean behin mamografia egitea proposatzen die. 2007. urtean adin-tarte 70 urtera arte luzatu zen. Bestalde, Osasunari buruzko Inkestak 1992. urteaz gero du aurrea hartzeko neurri hori ezagutzearen eta erabiltzeko maiztasunaren gaineko atal bat.

2007ko Osasunari buruzko Inkestan jaso zen 16 urteko eta gehiagoko emakumeen % 41,5k azken hiru urteetan mamografia bat egin zuela. Adin-taldeak bereizita, 50 eta 64 urte arteko emakumeen % 91,1k (Titietako Minbizia Goiz Detektatzeko Programaren xede den taldea) bi urte baino gehiago igaro baino lehen egin zuen beste mamografia bat; 40 eta 49 urte arteko emakumeen % 53 izan zen egoera berean.

Aurreko hiru urteetan mamografia bat egin duen emakume kopurua nahiko handia izan da 40 urtetik aurrera, eta 50 eta 64 urte arteko emakumeen artean proba hori orokortu egin dela esan daiteke. 65 urtetik aurrera ere nabarmen gehitu da kopuru hori, baina oraindik ez da heldu titietako minbizia detektatzeko programaren xede diren emakumeen adin-taldeko kopurura. Alabaina, 40 urtetik beherako emakumeen artean kopurua txikitu egin da, agian mamografiaren gaineko ohar hobeak ematen direlako.

1992. urtean soilik 50 eta 64 urte arteko hiru emakumetik batek egin zuen mamografia bat azken hiru urteetan, baina 2007. urtean proba orokortu egin da eta adin-tarte horretako emakumeen % 91k egin du.

Tabla 3

Mujeres que se han hecho una mamografía en los últimos tres años (%)

	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	25,7	36,1	40,4	41,5
16-39	19,4	13,7	10,9	10,5
40-49	48,0	62,8	57,2	53,5
50-64	36,3	69,0	89,2	91,1
65-74	12,5	38,5	49,7	53,1
≥75	7,1	14,1	15,1	9,7

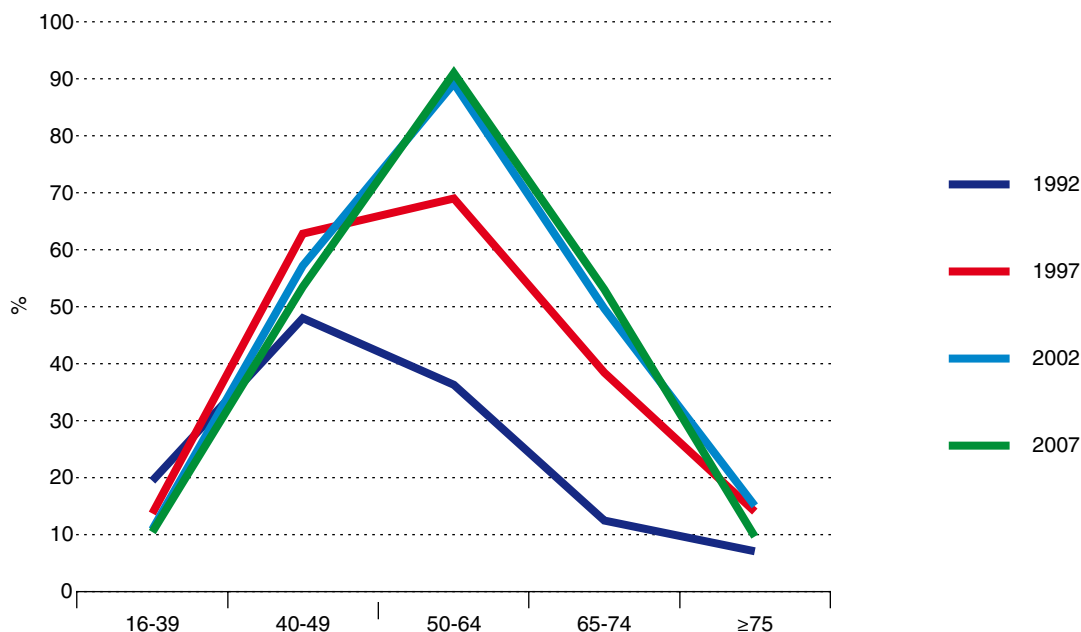
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasunari buruzko Inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

3. taula

Azken hiru urteetan mamografia egin duen emakume kopurua (%)

Gráfico 3
Mujeres que se han hecho una mamografía
en los últimos tres años

3. grafikoa
Azken hiru urteetan mamografia egin
duen emakume kopurua



4.1.4. Citologías

La citología vaginal es un método que ha demostrado su eficacia y que se realiza de rutina en el control para prevenir el cáncer ginecológico. En 2007, el 48,5% de las mujeres de 16 y más años se había hecho una citología en los dos años previos. A partir de los 25 años y hasta los 60 esta prueba alcanza al 65% de las mujeres.

Desde 1992 se ha apreciado un incremento paulatino en todos los grupos de edad en la realización de esta prueba en los dos últimos años.

4.1.4. Zitologiak

Baginako zitologia eraginkorra dela frogatu da eta ohikotasunez egiten da minbizi ginekologikoari aurrea hartzeko kontrolean. 2007. urtean, 16 urteko eta gehiagoko emakumeen % 48,5k egin du zitologia bat aurreko bi urteetan. 25 urtetik aurrera eta 60 urtera arte emakumeen % 65k egin du proba hau.

1992. urteaz gero pixkanaka gehitzen joan da, adin-talde guztietan, aurreko bi urteetatik proba egin duen emakume kopurua.

Tabla 4
Mujeres que se han hecho una citología
en los últimos dos años (%)

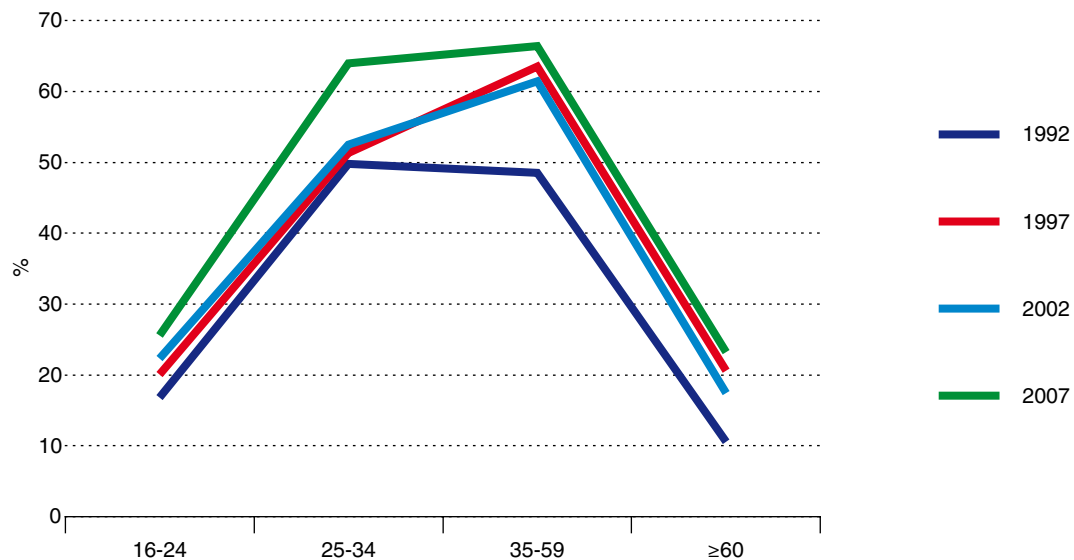
4. taula
Azken bi urteetan zitologia egin duen
emakume kopurua (%)

	1992	1997	2002	2007
Guztira / Total	33,0	42,2	42,6	48,5
16-24	16,8	20,1	22,3	25,6
25-34	49,8	51,3	52,5	64,0
35-59	48,5	63,5	61,4	66,4
≥60	10,6	20,6	17,4	23,2

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritzak. Osasunari buruzko inkesta.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud.

Gráfico 4
Mujeres que se han hecho una citología
en los últimos dos años (%)

4. grafikoa
Azken bi urteetan zitologia egin duen
emakume kopurua (%)



4.2. RECURSOS

4.2.1. Centros sanitarios

La asistencia extrahospitalaria, que incluye la atención primaria y la especializada fuera de los hospitales, contó en el año 2007 con una red de 467 establecimientos de diferente tamaño y contenido. Entre ellos, sobresalen en número los Centros de Salud (128 en el año 2007), cuya actividad se centra en la atención primaria (medicina de familia y pediatría), y constituyen el nivel básico y puerta de entrada al sistema sanitario, y los Centros Periféricos (112), relacionados

4.2. BALIABIDEAK

4.2.1. Osasun zentroak

Ospitaleez kanpoko asistentziarako (ospitaleetatik kanpo ematen diren lehen mailako arreta eta arreta espezializatua barne) guztira 467 establezimenduko sarea izan da 2007. urtean, denak tamaina eta eduki ezberdinekoak. Gehienak osasun zentroak izan dira (128 guztira 2007. urtean), eta batez ere lehen mailako arreta eman dute (familiako medikuntza eta pediatria); zentro hauek osasun sistemara sartzeko oinarritzko eta lehenengo maila dira. Zentro periferikoak (112) ere badaude, fun-

Tabla 5
Número de centros extrahospitalarios

5. taula
Ospitaleez kanpoko zentro kopurua

	2000	2004	2007
Zentroak, guztira / Total establecimientos	435	450	467
Anbulatorioa / Ambulatorio	28	28	28
Kontsultategia / Consultorio	55	51	52
Osasun zentroa / Centro de salud	101	108	128
Larrialdiko arreta emateko zentroa / Servicio de atención urgente	37	37	37
Zentro periferikoa (medikuaren etxea) / Centro periférico (casa de médico)	118	119	112
Osasun mentaleko kontsultategia / Consultorio de salud mental	47	50	50
Mutuetako laguntza zentroa / Centro asistencial mutual	39	46	48
Bestelakoak / Otros	10	11	12

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública.

funcionalmente con un Centro de Salud, a los cuales se desplaza el personal sanitario con el fin de acercar los servicios básicos de salud a la población que reside en núcleos dispersos y garantizar así la accesibilidad.

Osakidetza ha ampliado en estos últimos ocho años la red asistencial extrahospitalaria con 32 nuevos centros, entre los que destacan la apertura de nuevos Centros de Salud (nueva construcción o reforma/ampliación de antiguos Consultorios). Este despliegue también se produce en las Mutuas de Accidentes de Trabajo; en su función de prestar asistencia a los empleados frente a los riesgos derivados de su actividad profesional han abierto nueve Centros Asistenciales Mutuales.

Como segundo nivel de atención aparece la atención especializada, hospitales y centros médicos de especialidades (ambulatorios, consultorios de salud mental, etc.), que atiende los procesos que superan las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en atención primaria.

tzio aldetik osasun zentroekin lotuta daudenak; osasun arloko langileak zentro periferiko hauetara joaten dira sakabanatuta dauden herriguneetako biztanleei osasuneko oinarritzko zerbitzuak eskaintzeko eta, horrela, irisgarritasuna bermatzeko.

Azken zortzi urteetan, Osakidetzak 23 zentro berri egin ditu ospitaleez kanpoko laguntza sarean; horietako gehienak osasun zentro berriak izan dira (eraiki edo kontsultategi zaharrak berritu/handitu). Lan-istripuetako mutua kopurua ere handitu da, langileei lanbide-jardueraren ondoriozko arriskuaren aurrean laguntza ematen dieten lan-istripuetako bederatzirentzat mutua berri ireki direlako.

Bigarren mailan, arreta espezializatua agertzen da: espezialitateei zuzendutako ospitaleak eta medikuntza zentroak (ambulatorioak, osasun mentaleko kontsultategiak, etab.). Zentro hauetan, lehen mailako diagnostikoak eta tratamenduak gainditzen dituzten prozesuei ematen zaie arreta.

Tabla 6
Hospitales por camas instaladas. 2007

	Guztira Total	≤99	100-199	200-499	≥500
Guztira / Total	44	20	13	8	3
Publikoak / Público	18	1	8	6	3
Gaixo akutuenak / Agudos	11	1	4	3	3
Egonaldi ertain eta luzekoak / Media y larga estancia	3		2	1	
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	4		2	2	
Pribatuak / Privado	26	19	5	2	0
Gaixo akutuenak / Agudos	18	15	3		
Egonaldi ertain eta luzekoak / Media y larga estancia	2		2		
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	6	4		2	

Iturria: Eusko Jaurlaritzak. Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.

Fuente: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

6. taula
Ospitaleak, ohe kopuruaren arabera. 2007

La atención hospitalaria de la C.A. de Euskadi contó en el año 2007 con 44 hospitales; de los cuales, por dependencia funcional y finalidad asistencial, se clasifican en 18 hospitales públicos, de los que 11 son de agudos, 3 de media y larga estancia y 4 psiquiátricos, y 26 privados: 18 de agudos, 2 de media y larga estancia y 6 psiquiátricos.

Si bien el sector público cuenta con menor número de centros hospitalarios, éstos son de mayor tamaño que los privados: 9 hospitales públicos tienen capacidad para 200 y más camas (principalmente hospitales de agudos), mientras que sólo hay 2 en los privados (psiquiátricos).

El número de camas es un dato importante para medir los recursos materiales de los que disponen los centros hospitalarios en su función principal de atención a pacientes en régimen de internado. La red hospitalaria vasca en 2007 estuvo dotada de 8.048 camas, el 69,8% correspondieron al sector

2007. urtean 44 ospitale izan dira Euskal AEn ospitaleetako arreta emateko. Zentro funtzionalaren eta laguntzaren xedearen arabera bereizita, honela sailkatzen dira: 18 ospitale publiko, horietako 11 gaixo akutuenak, 3 egonaldi ertain eta luzekoak eta 4 psikiatrikoak; eta 26 ospitale pribatu, horietako 18 gaixo akutuenak, 2 egonaldi ertain eta luzekoak eta 6 psikiatrikoak.

Sektore publikoan ospitale zentro gutxiago dago, baina pribatuak baino handiagoak dira: 9 ospitale publikotan 200 ohe eta gehiago daude (batez ere gaixo akutuen ospitaleetan), eta pribatuetan bakarrik 2tan (psikiatrikoak).

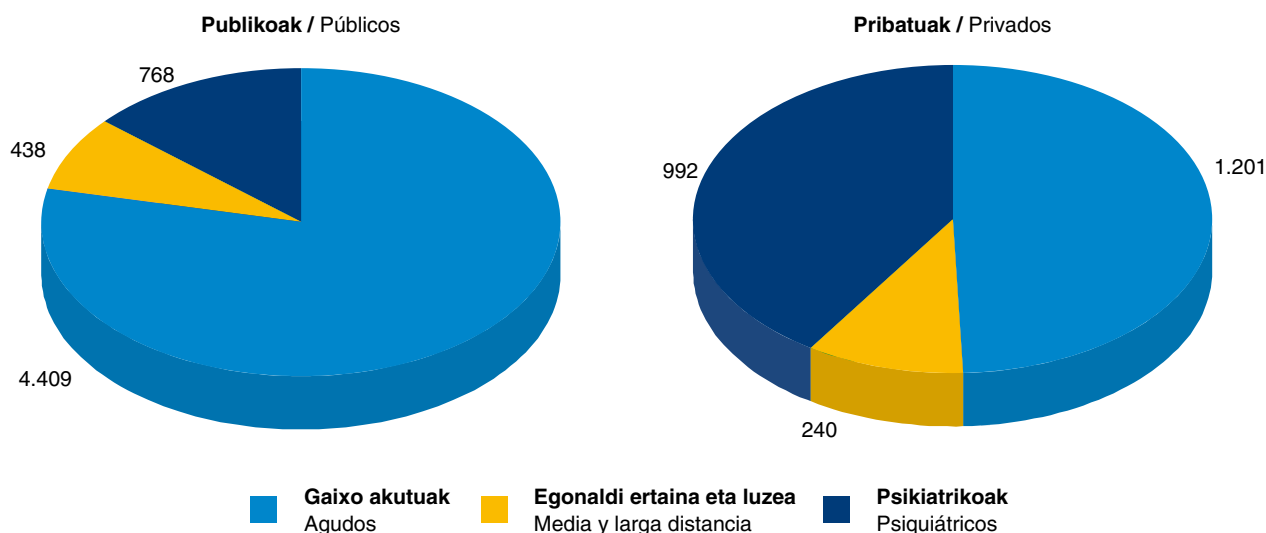
Ospitale zentroek ospitaleratutako gaixoei emandako arreta nagusiaren arabera dituzten baliabide materialak neurtzeko garrantzitsua da jakitea horietan zenbat ohe dagoen. Euskal AEko ospitaleetan, 2007. urtean, guztira 8.048 ohe egon dira: sektore publikoan % 69,8 eta pribatuan % 30,2. Sektore pu-

público y el 30,2% al privado. El sector público (Osakidetza / Servicio Vasco de Salud) destina la mayor parte de sus camas (78%) al tratamiento de patologías agudas, mientras que el sector privado supera en dotación al público en unidades de hospitalización destinadas a cuidados psiquiátricos.

blikoan (Osakidetza) ohe gehienak (% 78) gaixo akutuen patologiak tratatzeko erabili dira, baina sektore pribatuan publikoan baino ohe gehiago dago zaintza psikiatrikoei dago-kienez.

Gráfico 5
Camas por dependencia y finalidad de los hospitales. 2007

5. grafikoa
Ohe kopurua, ospitale zentroa eta horren xedea aintzat hartuta. 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

Tabla 7
Camas en funcionamiento por dependencia y finalidad

7. taula
Erabilgarri dagoen ohe kopurua, zentroa eta horren xedea aintzat hartuta

	1995	1998	2001	2004	2006	2007
Guztira / Total	8.759	8.334	8.111	8.016	8.049	8.048
Gaixo akuuak / Agudos	6.141	5.653	5.605	5.551	5.586	5.610
Egonaldi ertain eta luzea / Media y larga estancia	777	789	650	670	678	678
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	1.841	1.892	1.856	1.795	1.785	1.760
Publikoak / Público	5.706	5.419	5.371	5.565	5.581	5.615
Gaixo akuuak / Agudos	4.373	4.101	4.166	4.310	4.372	4.409
Egonaldi ertain eta luzea / Media y larga estancia	491	502	394	430	438	438
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	842	816	811	825	771	768
Pribatuak / Privado	3.053	2.915	2.740	2.451	2.468	2.433
Gaixo akuuak / Agudos	1.768	1.552	1.439	1.241	1.214	1.201
Egonaldi ertain eta luzea / Media y larga estancia	286	287	256	240	240	240
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	999	1.076	1.045	970	1.014	992

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

El número de camas en la C.A. de Euskadi ha disminuido durante el período (1995-2007), debido a la fuerte reducción de camas de los hospitales privados de agudos y a la contención en los públicos. Esta tendencia descendente es generalizada en otros países de la OCDE, barajándose razones tales como el desarrollo de nuevas tecnologías médicas que permiten la reducción de días de hospitalización y alternativas a la hospitalización clásica: aumento de procedimientos quirúrgicos ambulatorios y hospitalización a domicilio.

4.2.2. Recursos humanos

Los recursos humanos, al igual que ocurre en otros ámbitos del sector servicios, es uno de los elementos de los que depende esencialmente el desarrollo del sistema sanitario y nos da idea de la capacidad, potencial productivo y terapéutico que se ocupa de la prestación de servicios de salud para una población determinada.

Durante el año 2007 un promedio de 26.529 personas trabajaron en la red sanitaria vasca; de las cuales un 26,4% (6.997) lo hicieron en un centro extrahospitalario público y el 73,6% (19.532 personas) en un centro hospitalario (público o privado).

Aztertutako aldian (1995-2007) Euskal AEko ohe kopurua txikitu egin da, gaixo akutuentzako ospitale pribatuetan oheak kendu direlako eta ospitale pribatuetan kopuru bera mantendu delako. ELGEko beste herrialde batzuetan ere eman da kopurua txikitzeko joera hori. Ondokoak izan daitezke arrazoiak: medikuntzan teknologia berriak garatu dira, ospitaleratzearen egonaldia laburtu dutenak, eta ohiko ospitaleratzearen ordezkari beste aukera batzuk daude (anbulatorioetan prozedura kirurgiko gehiago egiten da eta etxean ospitaleratzeko da).

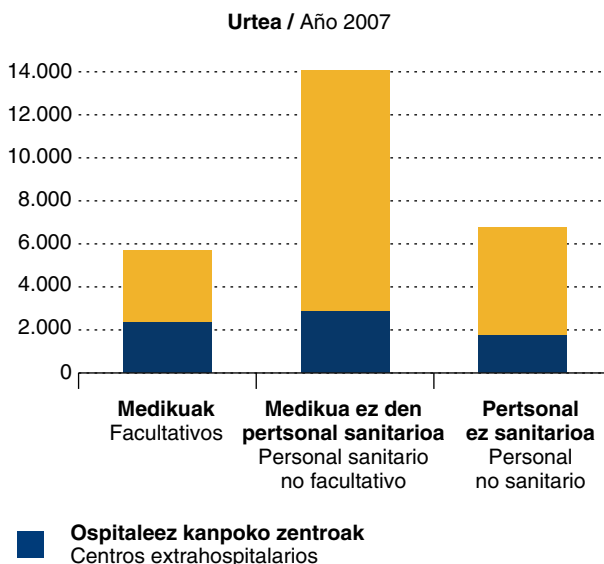
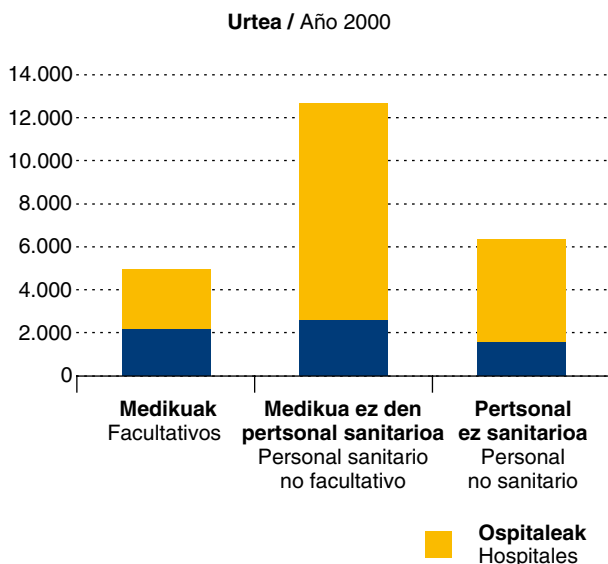
4.2.2. Giza baliabideak

Zerbitzuen sektoreko beste arlo batzuetan gertatzen den bezala, osasun sistemaren garapenak ezinbestean behar ditu giza baliabideak. Biztanle kopuru jakin bati osasun zerbitzuak ematen dizkieten pertsonen gaitasunak, ekoizteko ahalmena eta ahalmen terapeutikoa erakusten du elementu horrek.

2007. urtean zehar batez beste 26.529 pertsonak lan egin dute EAEko osasun sarean: % 26,4 (6.997) ospitaleez kanpoko zentro publiko batean eta % 73,6 (19.532 pertsona) ospitale zentro batean (publikoa zein pribatua).

Gráfico 6
Personal en centros extrahospitalarios y hospitalarios por categoría (EDP) (*)

6. grafikoa
Ospitaleez kanpoko zentroetako eta ospitale zentroetako langile kopurua, kategoriaren arabera (DOB) (*)



(*) Dedikazio oso baliokidetzan. / Equivalencia a dedicación plena.

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa eta Ospitale-estatistika.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública y Estadística Hospitalaria.

Tres cuartas partes del personal lo compone el personal sanitario (facultativos, enfermería, ayudantes sanitarios, etc.) y un 25,5% el personal no sanitario (administración, dirección, etc.). La cuantificación del personal sanitario señala al personal de enfermería como el colectivo más numeroso, llegando a representar en el caso de los hospitales el 30% de la plantilla.

Lau langiletik hiru pertsonal sanitarioen barruan sartzen da (medikuak, erizainak, laguntzaile sanitarioak, etab.) eta % 25,5 pertsonal ez-sanitarioan (administrazioa, zuzendaritza, etab.). Pertsonal sanitarioaren barruan erizainak dira nagusi, plantilla osoaren % 30 dira ospitaleetan.

El personal empleado en la rama de asistencia sanitaria ha aumentado paulatinamente durante estos últimos ocho años (10,6% durante el período 2000-2007), en las tres principales categorías (facultativos, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario).

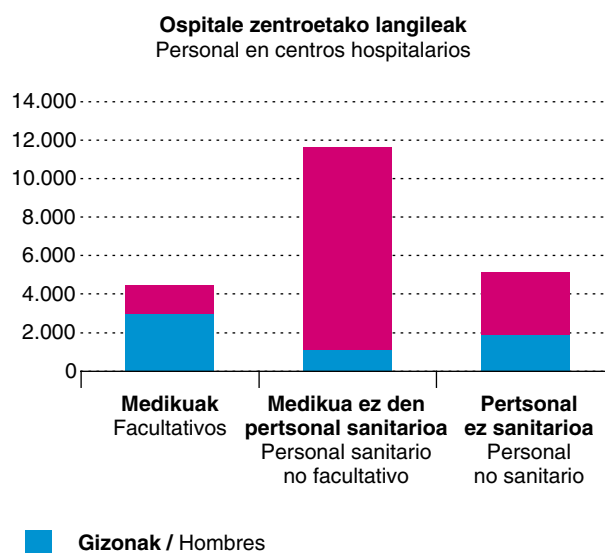
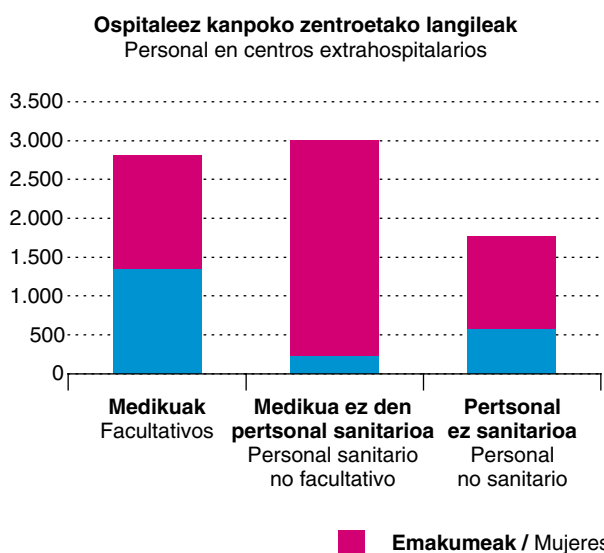
Asimismo, y al igual que en otros muchos países, el empleo sanitario en la C.A. de Euskadi tiene una alta tasa de feminidad, debido principalmente a la destacada presencia que tiene la mujer en las actividades de enfermería, como por el creciente protagonismo que está adquiriendo entre el colectivo médico. En este último caso, así lo constata el predominio de las mujeres frente a los varones en las especialidades de Medicina familiar (54,8%), Pediatría (63,5%) y análisis clínicos (57,8%).

Osasun laguntzako langile kopurua pixkanaka handitu egin da azken zortzi urteetan zehar (% 10,6 handitu da 2000-2007 aldian), hiru kategoriatan nagusietan (medikuak, medikua ez den pertsonal sanitarioa eta pertsonal ez-sanitarioa).

Halaber, eta beste herrialde askotan bezalaxe, Euskal AEko osasun arloan emakumeen tasa da handiena, batez ere erizaintzari lotutako jardueretan gehienak emakumeak direlako eta medikuen artean ere gero eta emakume gehiago dagoelako. Azken kasu horretan, gainera, gizonak baino emakume gehiago dago familiako medikuntza (% 54,8), pediatria (% 63,5) eta analisi klinikoen (% 57,8) espezialitateetan.

Gráfico 7
Personal en centros extrahospitalarios y hospitalarios por sexo y categoría. 2007

7. grafikoa
Ospitaleez kanpoko zentroetako eta ospitale zentroetako langile kopurua, sexua eta kategoriat hartuta. 2007



Iturria: Eusko Jaurlaritzak. Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa eta Ospitale-estatistika. Fuente: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública y Estadística Hospitalaria.

La mayoría de los recursos humanos destinados a la asistencia hospitalaria proceden del sector público. De los últimos datos disponibles, se desprende que un 77,3% del personal hospitalario trabaja en un centro de la red pública.

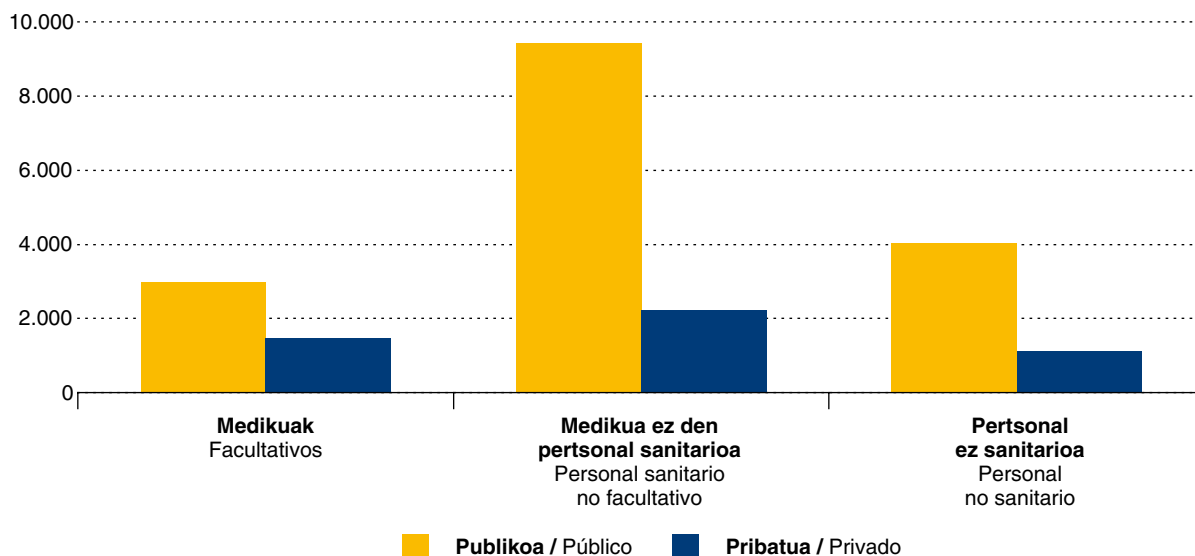
Los niveles de atención sanitaria primaria y especializada determinan el reparto del personal facultativo por especialidades en centros asistenciales extrahospitalarios y hospitalarios. Así, la gran mayoría de los facultativos y facultativas que trabajan en el ámbito extrahospitalario público pertenecen a especialidades vinculadas a la atención primaria (Medicina Familiar/Comunitaria y Pediatría); también podemos encontrarnos de otras especialidades, tales como Psiquiatría (salud mental extrahospitalaria), Traumatólogos (centros asistenciales mutuales), Toco-ginecología y Odontología (ambulatorios).

Ospitaleetako laguntzara bideratzen diren giza baliabide gehienak sektore publikokoak dira. Azken datuen arabera, ospitaleetako langileen % 77,3k sare publikoko zentro batean egiten du lan.

Osasun arretaren mailak: ospitaleez kanpoko laguntza zentroetan eta ospitale zentroetan medikuak, espezialitatearen arabera, lehen mailako arretan eta arreta espezializatuan aritzen dira. Ospitaleez kanpoko arlo publikoan lan egiten duten mediku gehienak lehen mailako arretari lotutako espezialitateetan sartzen dira (familiako/komunitateko medikuntza eta pediatria). Baina beste espezialitate batzuetan ere badaude: psikiatria (ospitaleez kanpoko osasun mentala), traumatologoa (mutuetako laguntza zentroak), tokoginekologia eta odontologia (ambulatorioak).

Gráfico 8
Personal en hospitales por categoría
y dependencia. 2007

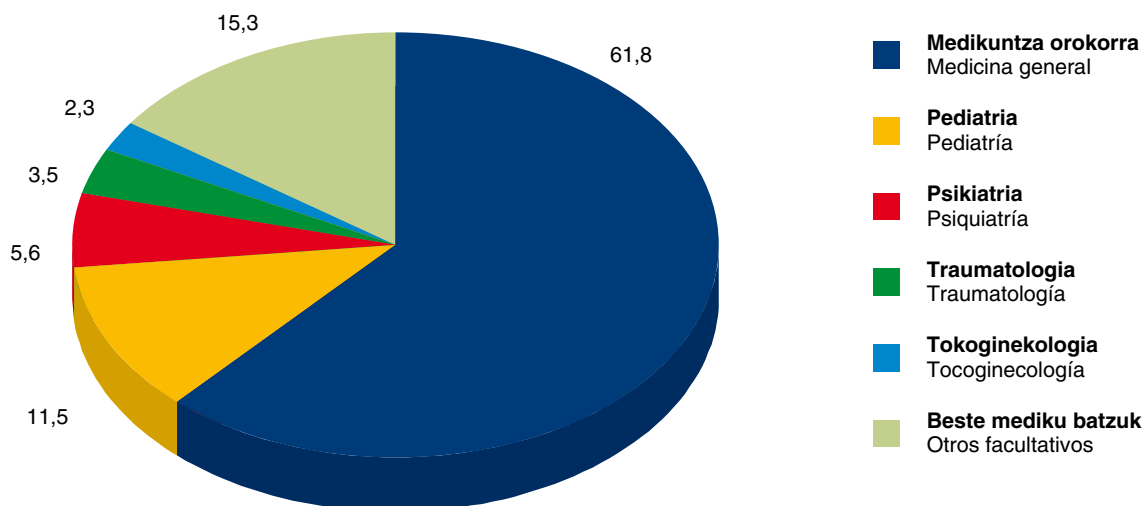
8. grafikoa
Ospitaleetako langileak, kategoria eta zentroa
aintzat hartuta. 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa eta Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública y Estadística Hospitalaria.

Gráfico 9
Personal facultativo que trabaja en centros
extrahospitalarios por especialidades. (EDP) (%) (*). 2007

9. grafikoa
Ospitaleez kanpoko zentroetan lan egiten duten
medikuak, espezialitateen arabera. (DOB) (%) (*). 2007

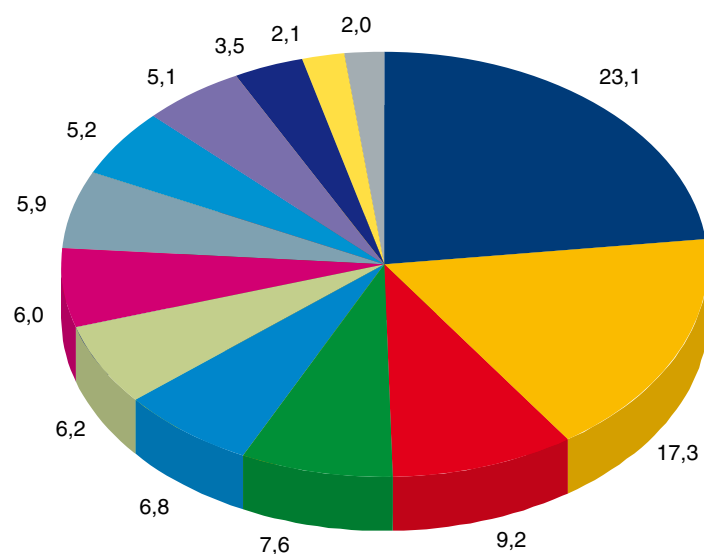


(*) Dedikazio osoko baliokidetzan. / Equivalencia a dedicación plena.
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública.

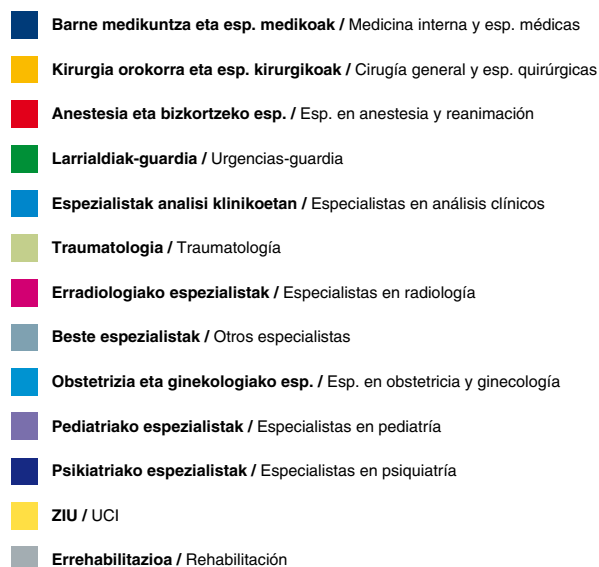
Junto a las especialidades asociadas con la atención en régimen de internado (quirúrgicas) y el creciente peso de la atención especializada en régimen ambulatorio dentro de la actividad hospitalaria, los hospitales concentran a la mayor parte de los especialistas.

Ospitaleratuta daudenei arreta emateko espezialitatearekin (kirurgikoak) eta arreta espezializatuak ambulatorioetan (ospitaleko jardueraren barruan) duten gero eta agerpen handiagoarekin batera, ospitaleetan dago espezialista gehien.

Gráfico 10
Personal facultativo que trabaja en hospitales públicos
por especialidades. (EDP) (%) (*). 2007



10. grafikoa
Ospitale publikoetan lan egiten duten medikuak,
espezialitateen arabera. (DOB) (%) (*). 2007



(*) Dedikazio osoko baliokidetzan. / Equivalencia a dedicación plena.
Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

4.2.3. Formación del personal en Ciencias de la Salud

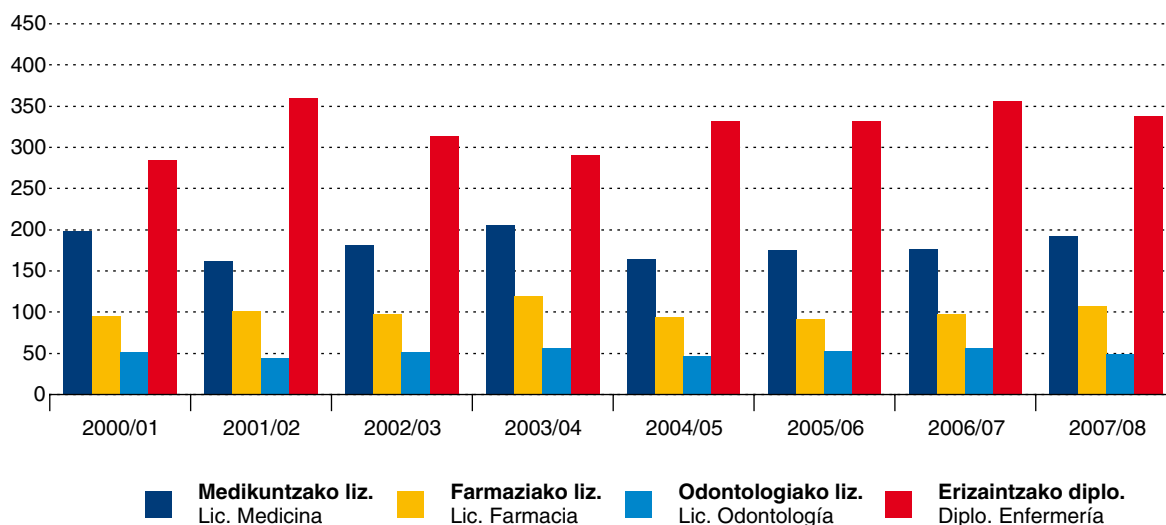
El alumnado que finalizó los estudios de Ciencias de la Salud en la Universidad de la C.A. de Euskadi en el curso 2007-2008 ascendió a 877, lo que supone un incremento de un 9%

4.2.3. Osasun zientzien prestakuntza duten langileak

Guztira 877 ikaslek amaitu dituzte 2007-2008 ikasturtean osasun zientzien ikasketak Euskal AEko unibertsitatean; hau da, azken zortzi urteetan ikasketa horiek burutu dituen ikasle

Gráfico 11
Alumnado que finalizó los estudios de primer
y segundo grado en Ciencias de la Salud.
Universidad del País Vasco

11. grafikoa
Lehen eta bigarren mailako osasun zientzien
ikasketak amaitu dituen ikasle kopurua.
Euskal AEko unibertsitatea



Iturria: Eustat. Unibertsitateari buruzko estatistika
Fuente: Eustat. Estadística Universitaria.

de este tipo de estudios en los últimos ocho años, incremento con distribución desigual según la titulación de que se trate. La licenciatura de farmacia y la diplomatura en enfermería experimentan incrementos del 10% y del 17%, respectivamente, mientras que las licenciaturas de medicina y odontología disminuyen en torno a un 3% en estos últimos años.

Por tipo de estudios, la mitad de los titulados en el curso 2007-2008 corresponden a diplomados en enfermería, y el otro 50% se reparte entre titulados en medicina (28%), farmacia (15%) y odontología (7%).

Los estudios de Ciencias de la Salud tienen una tasa de feminización muy elevada (86%) y, salvo medicina (78%), todos los tipos de estudios cuentan con un colectivo de mujeres que oscila entre el 85% y 90%. Dicha tasa ha crecido 4 puntos porcentuales en los últimos ocho años, siendo medicina –con un aumento de 6 puntos porcentuales– la titulación que más ha intensificado la presencia femenina. Además, titulaciones que tradicionalmente han sido de mujeres, como es el caso de enfermería, siguen siendo de mayor elección por el género femenino.

4.3. UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Aunque nuestro sistema sanitario contempla el aseguramiento privado como una vía más a la que puede recurrir la población en busca de atención sanitaria, la cobertura universal del sistema sanitario público vasco/Osakidetza absorbe la mayor parte de la demanda de los servicios sanitarios.

La demanda de servicios sanitarios públicos ha tenido una evolución creciente a lo largo de la última década, así lo refleja el continuo incremento del volumen de actividad de todas las áreas asistenciales (ambulatoria, hospitalización, urgencias, etc.).

Por otra parte, y debido al alto nivel económico de la población de la C.A. de Euskadi, el colectivo que opta por la atención sanitaria privada también ha aumentado, especialmente en estos últimos cuatro años (2005-2008). Según los últimos datos de la Estadística de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica, 369.017 personas contaron con un seguro de asistencia sanitaria en 2008, cifra que comprende un 17% de la población de la C.A. de Euskadi.

La utilización de la asistencia es desigual en los sectores público y privado; los servicios básicos sanitarios vinculados a la atención primaria y la atención especializada en patologías de agudos recaen preferentemente sobre el sector público, mientras que en el privado es la consulta ambulatoria en atención especializada fuera del hospital, así como la hospitalización de procesos de muy corta o de larga duración (enfermedades crónicas).

4.3.1. Atención médica ambulatoria. Consultas

La Encuesta de Salud refleja un aumento de la utilización de los servicios médicos ambulatorios. Según esta encuesta¹,

¹ En la Encuesta de Salud se pregunta al encuestado las veces que ha acudido a la consulta de un médico tomando como período de referencia los 14 días anteriores a realizar la encuesta.

kopurua % 9 handitu da, baina titulu batzuetan beste batzuetan baino gehiago. Farmazia lizentziaturak eta erizaintza diplomaturak % 10 eta % 17 egin dute gora, hurrenez hurren; medikuntza eta odontologia lizentziaturek, aldiz, % 3 egin dute behera azken urte hauetan.

Ikasketa moten arabera, 2007-2008 ikasturtean titulaturako pertsona kopuruaren erdiak erizaintzako diplomatura lortu du, eta beste erdiak (% 50) medikuntzako (% 28), farmaziako (% 15) eta odontologiako (% 7) titulua.

Osasun zientzien ikasketetan emakume tasa oso handia dago (% 86) eta, medikuntzan izan ezik (% 78), ikasketa mota guztietan dago % 85 eta % 90 arteko emakume tasa. Azken zortzi urteetan, gainera, tasa hori ehuneko 4 puntu igo da; medikuntzan igo da gehien –ehuneko 6 puntu gehiago– titulua lortu duen emakume kopurua. Horrez gain, gehienak emakumeak ziren titulazioetan (erizaintzan adibidez) ikasketak horiek aukeratzeko dituen emakume kopurua gero eta txikiagoa izan da.

4.3. OSASUN BALIABIDEEN ERABILERA

Gure osasun sisteman, osasun laguntza nahi duten herritarrek aseguru pribatua ere aukera dezakete; baina, oro har, EAEko osasun sistema publikoak (Osakidetza) hartzen du osasun zerbitzuen eskari handiena.

Osasun zerbitzu publikoen eskariak azken hamarkadan gora egin du; izan ere, laguntza ematen duten arlo guztietako (anbulatorioetako, ospitaleetako, larrialdietako, eta abarreko) jardura kopuruak egin du gora.

Bestalde, eta Euskal AEko biztanleek maila ekonomiko altua dutelako, osasun arreta pribatua aukeratu duen pertsona kopuruak gora egin du, batez ere azken lau urteetan (2005-2008). Aseguruko Entitateen Estatistikaren azken datuen arabera, 369.017 pertsonak izan dute 2008. urtean osasun laguntzarako asegurua; hau da, Euskal AEko biztanleen % 17k.

Asistentzia mota hori ez da berdin erabili sektore publikoan edo pribatuan; gaixo akutuentzako patologietan emandako lehen mailako arretari eta arreta espezializatuari lotutako oinarritzko osasun zerbitzu gehienak sektore publikoak izan dira, baina sektore pribatuan ospitaleez kanpoko arreta espezializatua ambulatorioetan eta prozesuen ospitaleratze oso laburra edo luzea eman dira gehienbat (gaixotasun kronikoak).

4.3.1. Anbulatorioetako medikuaren arreta. Kontsultak

Osasunari buruzko inkestaren arabera, anbulatorioetako medikuen zerbitzuak gehiago erabili dira. Inkesta horretan jaso da¹,

¹ Osasunari buruzko inkesta bete duen pertsonari galdetu zaio zenbat aldiz joan den medikuaren kontsultara inkesta egin aurreko 14 egunetan zehar.

en 2007 cada persona realizó, por término medio, 8,1 visitas al médico en la C.A. de Euskadi, lo que supone un incremento de la frecuentación de las consultas por habitante respecto a los resultados obtenidos en años precedentes: 7 consultas por habitante en el año 1997 y 7,3 en 2003.

Por otra parte, la actividad registrada en los centros proveedores de asistencia sanitaria pública (Estadística extrahospitalaria pública y hospitalaria) constata un incremento continuado de la actividad en consultas médicas a lo largo de estos últimos ocho años (2000-2007), lo que sitúa a la población de la C.A. de Euskadi en el año 2007, con un promedio anual de 7,4 visitas al médico a lo que se añadirían las consultas a consultorios médicos privados, en torno a las 8,1 visitas al médico que nos da la Encuesta de Salud.

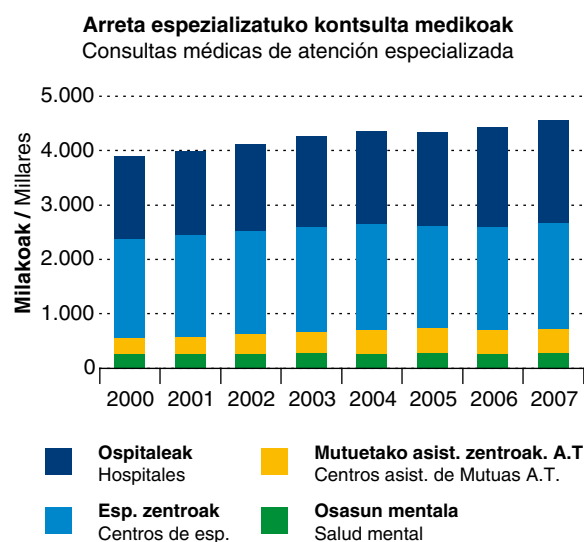
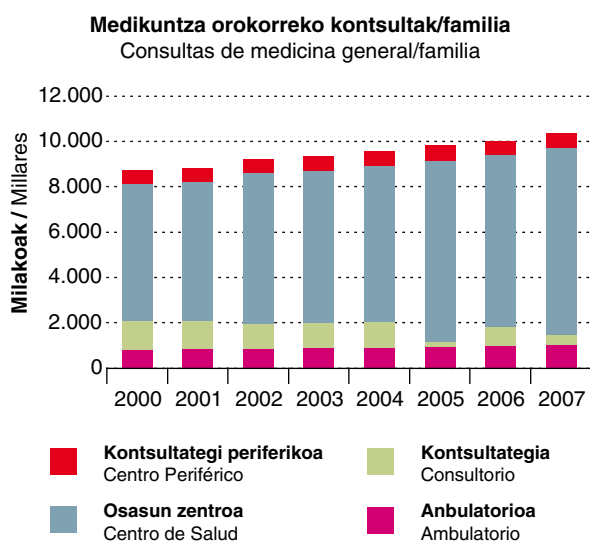
2007. urtean pertsona bakoitzak batez beste 8,1 bisita egin di-tuela medikuarenera Euskal AEn; hau da, biztanle bakoitzak egindako kontsulta kopurua gehitu egin da aurreko urteetan lortutako datuekin alderatuz gero: 7 kontsulta biztanle bakoitzak 1997. urtean eta 2003. urtean 7,3.

Beste alde batetik, osasun laguntza publikoa hornitzen duten zentroetan erregistratutako jarduerak (Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa eta Ospitale-estatistika) erakusten du az-tertutako zortzi urte horietan zehar (2000-2007) medikuen kontsultetako jarduerak etengabe egin duela gora. 2007. ur-tean, Euskal Aeko biztanleek 7,4 bisita egin dituzte medikua-renera batez beste; baina medikuen kontsultategi pribatuetara egindako bisitak gehituz gero, 8,1 bisita dira urtean medikua-renera, Osasunari buruzko Inkestan jasotako kopurua, alegia.

Gráfico 12
Consultas de medicina general y atención especializada en centros públicos

12. grafikoa

Medikuntza orokorreko kontsultak eta arre-ta espezializatua zentro publikoetan



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa eta Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública y Estadística Hospitalaria.

Las consultas médicas más visitadas en la red pública corresponden a las especialidades de atención primaria: medicina general/de familia y pediatría. En 2007 se atendieron 10,3 millones de consultas en atención primaria: 8,7 millones de medicina general/de familia y 1,6 millones de pediatría, lo que representa un 66% del total de las consultas médicas. Este volumen de sistencias en relación con la población, apunta una frecuentación de 4,1 consultas/habitante anuales al médico general/de familia en el año 2007 y de 6,5 en pediatría, siendo los Centros de Salud los que reciben la mayor parte de esta demanda sanitaria.

Las razones de este aumento de la demanda sanitaria son múltiples y entre las más señaladas figuran: los criterios demográficos (crecimiento y envejecimiento de la población, migración), la universalización de la atención médica, mayor nivel de exigencia de la población, cada vez más preocupada por la salud, y cambios organizativos en el propio sistema sanitario que favorecen la accesibilidad a los servicios sanitarios.

Sare publikoan bisita gehien izan duten medikuen kontsultak lehen mailako arretarako espezialitateak izan dira: familiako medikuntza orokorra eta pediatria. 2007. urtean 10,3 milioi kontsultari eman zaio arre-ta lehen mailako arretan: familiako medikuntza orokorreko 8,7 milioi kontsultari eta pediatriako 1,6 milioi kontsultari; medikuen kontsulta guztien % 66. Biztanleei emandako asistentzia kopuru hori aintzat hartuta, 2007. urtean biztanle bakoitzak 4,1 kontsulta egin ditu medikuntza orokorrean/familiako medikuntzan eta 6,5 kontsulta pediatrian. Osasun eskari hauetako gehienak osasun zentroetan eman dira.

Osasun eskariaren gehikuntza arrazoi askorengatik eman da, baina arrazoi nagusienak hauek izan dira: irizpide demografikoak (biztanleen gehikuntza eta zahartzea, migrazioa), medikuen arre-ta orokortzea, biztanleen eskakizun handiagoa, gero eta kezkatuago daudelako osasunaren gainean eta osasun zerbitzuetara heltzeko osasun sisteman egindako antolaketa-aldaketen gainean.

El promedio de consultas por habitante desciende en el resto de especialidades, situándose en 2,1 visitas anuales. Los centros con mayor número de consultas en atención especializada son los ambulatorios (centro de especialidades fuera del hospital) y los hospitales, y dependiendo de la especialidad hay algunas que tienen más peso en el ámbito extrahospitalario (traumatología, tocoginecología y psiquiatría) y otras, como las quirúrgicas, en el medio hospitalario.

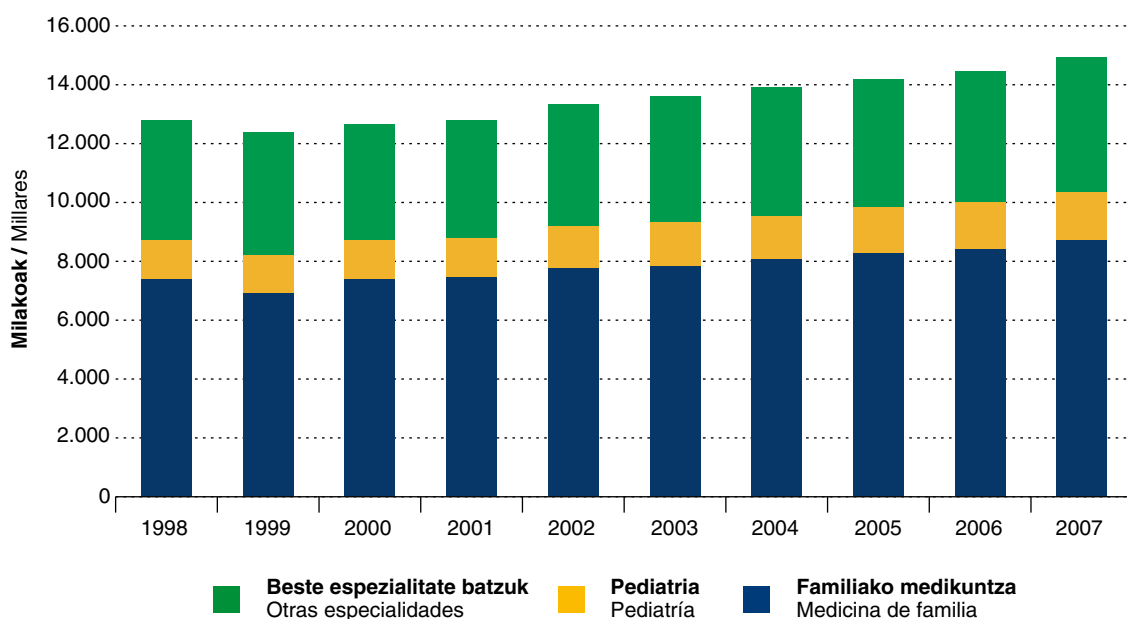
En el caso de la asistencia psiquiátrica, el sistema sanitario público ha potenciado una estructura asistencial diferente al resto de especialidades, ubicando en los centros extrahospitalarios de salud mental el eje para el tratamiento de la enfermedad mental, razón por la cual su presencia es mayor en el ámbito extrahospitalario.

Gainerako espezialitateetan kontsulta kopuruak behera egin du: biztanle bakoitzak urtean 2,1 bisita egin ditu. Arreta espezializatuko kontsulta gehien izan duten zentroak anbulatorioak (ospitaleez kanpoko espezialitate zentroak) eta ospitaleak izan dira; gainera, espezialitatearen arabera, batzuek kontsulta gehiago izan dituzte ospitaleez kanpoko eremuan (traumatologia, tokoginekologia eta psikiatria) eta beste batzuek, kirurgikoek adibidez, ospitaleetan izan dituzte kontsulta gehiago.

Asistentzia psikiatrikoaren kasu bakoitzean, osasun sistema publikoak beste espezialitateetan ez bezalako asistentzia egitura bultzatu du; osasun mentaleko ospitaleez kanpoko zentroetara bideratu du gaixotasun mentalen tratamendua eta, horregatik ematen dira honelakoak ospitaleez kanpoko esparruan gehienbat.

Gráfico 13
Consultas por tipo de asistencia en centros hospitalarios y extrahospitalarios públicos

13. grafikoa
Kontsulta kopurua, ospitaleez kanpoko zentro publikoetan emandako asistentzia motaren arabera



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa eta ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria pública. Estadística hospitalaria.

Tomando como referencia los datos de la Estadística de Entidades de Seguro Libre, en el sector privado el número de consultas anuales por asegurado se sitúa en 3,7 en 2007.

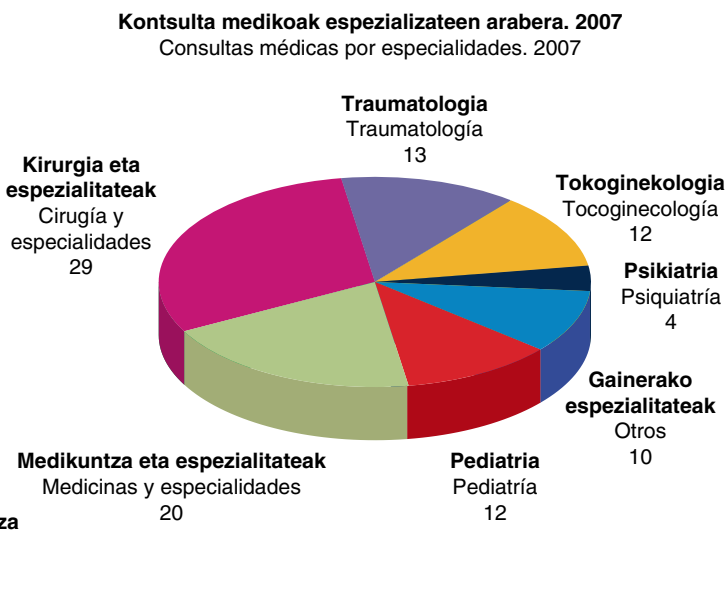
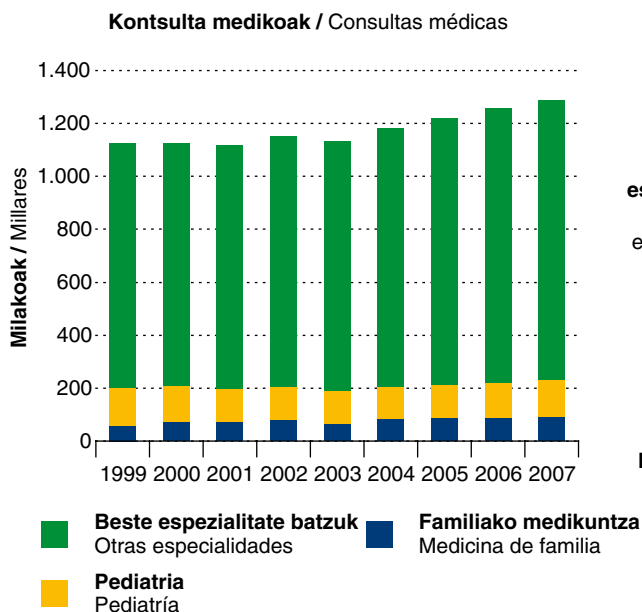
El colectivo asegurado demanda preferentemente asistencia sanitaria especializada; el promedio anual de veces que acude un asegurado a la consulta de un especialista es de 3,4 mientras que al médico general no supera 1 visita al año. Traumatología, tocoginecología, pediatría y oftalmología son las especialidades más demandadas.

Aseguru libreko entitateei buruzko estatistikaren datuak erreferentzia gisa hartuta, aseguratu bakoitzak 2007. urtean 3,7 kontsulta egin ditu sektore pribatuan.

Aseguratuek osasun asistentzia espezializatua eskatzen dute bereziki; urtean, batez beste, 3,4 kontsulta egin dizkio aseguratu bakoitzak espezialistari, baina medikuntza orokorrera gehienez kontsulta 1 egin du. Traumatologia, tokoginekologia, pediatría eta oftalmologia dira gehien eskatzen diren espezialitateak.

Gráfico 14
Consultas médicas de seguro de asistencia
sanitaria

14. grafikoa
Osasun asistentziarako aseguruaren medikuntzako
kontsulta kopurua



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Asistencia Mediko-Farmazeutikoko Aseguru Libreko Entitateen Estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística de Entidades de Seguro Libre de Asistencia Médico-Farmacéutica.

4.3.2. Atención hospitalaria

A grandes rasgos en la asistencia hospitalaria podemos distinguir varias áreas de atención: por un lado, la asistencia sanitaria a pacientes que requieren internamiento (hospitalización) y, por otro lado y con un peso cada vez mayor, la asistencia en hospital de día y hospitalización a domicilio. Además están las urgencias y la asistencia ambulatoria, destinada a pacientes externos con patologías que no precisan hospitalización.

La evolución de los datos de actividad de los hospitales refleja con claridad el incremento de la demanda de servicios sanitarios en todas sus áreas asistenciales, así como del predominio del sector público en la provisión de los servicios sanitarios.

Excepto maternidad, el resto de las áreas asistenciales han experimentado un crecimiento continuado de su actividad, más del doble en el caso de urgencias y consultas externas durante el período 1984-2007 (160% y 141%, respectivamente), protagonizando la actividad ambulatoria de gran parte de la actuación diaria hospitalaria. También es notorio el ascenso del número de intervenciones quirúrgicas, especialmente las realizadas de forma ambulatoria.

Los indicadores hospitalarios señalan que la actividad en el área de hospitalización en estos últimos diez años ha ido evolucionando conforme a criterios de una utilización más eficiente de los recursos, reduciendo el tiempo de permanencia del paciente en el hospital, aumentando el número de personas atendidas por camas (incremento del número de altas hospitalarias y del índice de rotación) y el ascenso de la actividad quirúrgica, consecuencia de la aplicación de nuevos procedimientos quirúrgicos ambulatorios a intervenciones quirúrgicas que antes requerían hospitalización.

4.3.2. Ospitaleetako arreta

Azaletik, ospitaleetako asistentzian arreta eremu hauek bereizi daitezke: batetik, ospitaleratuta egon behar diren gaixoei emandako osasun asistentzia eta, bestetik, gero eta garrantzi handiagoarekin, eguneko ospitalean emandako asistentzia, etxeko ospitaleratzea, eta larrialdiak eta ospitaleratu beharrik ez duten patologiengatik kanpoko gaixoei anbulatorioetan emandako asistentzia.

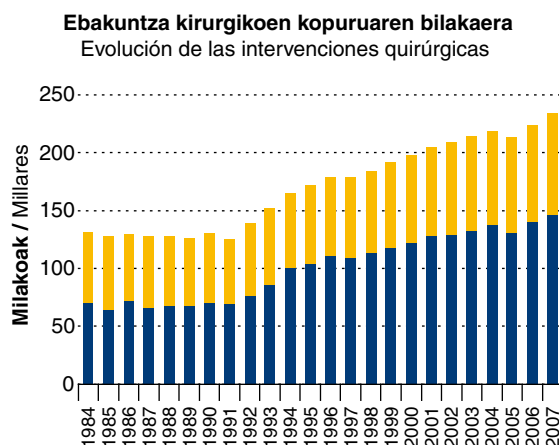
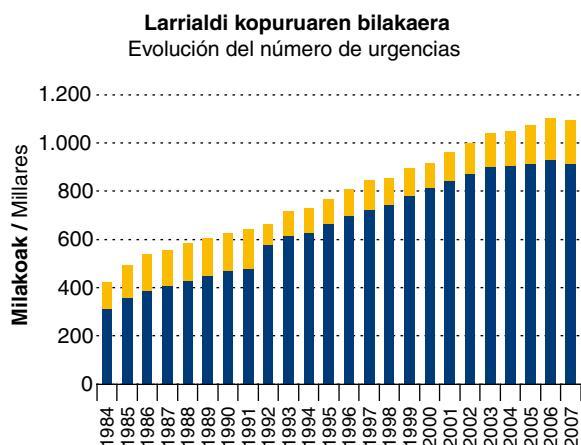
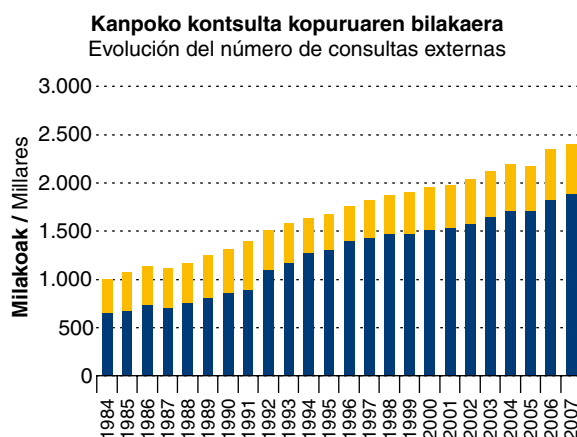
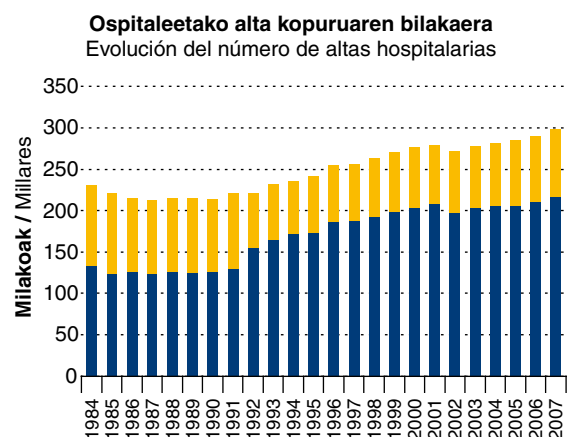
Ospitaleetako jardueraren gainera datuek izan duten bilakaerak argi erakusten du osasun zerbitzuen eskaria asistentzia eremu guztietan gehitu dela, eta sektore publikoak pribatuak baino osasun zerbitzu gehiago ematen duela.

Amatasunean izan ezik, beste asistentzia eremu guztietan jarduerak etengabe egin du gora. Larrialdietako eta kanpoko kontsultetako jardura kopuruek bi aldiz baino gehiago egin dute gora 1984-2007 urteen artean (% 160 eta % 141, hurrenez hurren). Ospitaleetan eguneko izan diren jardura gehienak anbulatorioetakoak izan dira. Ebakuntza kirurgikoen kopuruak ere nabarmen egin du gora, batez ere anbulatorioan egindako ebakuntzenak.

Ospitaleetako adierazleen arabera, azken hamar urteetan ospitaleratze eremuan egindako jardura kopurua baliabideen erabilera eraginkorragoaren ondorioz aldatu da: gaixoak ospitalean igarotako denbora laburtu egin da; gehitu egin da ohe bakoitzean arreta jasotzen duen pertsona kopurua (ospitaleetako alta kopurua eta txandaketako indizea gehitu dira); jardura kirurgikoa gehitu da, anbulatorioetan prozedura kirurgiko berriak aplikatu zaizkielako lehen ospitaleratzea eskatzen zuten ebakuntza kirurgikoei.

Gráfico 15
Evolución de las principales áreas asistenciales
de los hospitales. 1984-2007

15. grafikoa
Ospitaleetako asistentzia eremu nagusien
bilakaera. 1984-2007



■ Pribatua / Privado ■ Publikoa / Público

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

El avance de la ciencia médica con el desarrollo de nuevos tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que favorecen la atención en régimen de ambulatorio, la mayor utilización de las consultas ambulatorias en el seguimiento del paciente, así como el empleo de otras alternativas a la hospitalización en régimen de internado (hospitalización a domicilio y hospital de día) han ido reduciendo los casos en que se hace necesario la hospitalización, así como acortando los tiempos de estancia.

Teniendo en cuenta el tipo de cuidados prestados² (atención de agudos, media/larga estancia o psiquiátricos), los hospita-

Ospitaleratzea beharrezkoa izaten den kasu kopurua txikitzen joan da eta egonaldiak ere murriztu egin dira, hurrengoiei esker: medikuntza zientzia aurreratu egin da, anbulatorioetan arreta ematea ahalbidetu duten tratamendu mediko eta prozedura kirurgiko berriak garatu dira, anbulatorioetako kontsultak gehiago erabili dira gaixoaren jarraipenerako, eta ospitaleratzerako jo baina lehen ospitalean egoteko beste aukera batzuk erabili dira (etxean ospitaleratzea eta eguneko ospitalea).

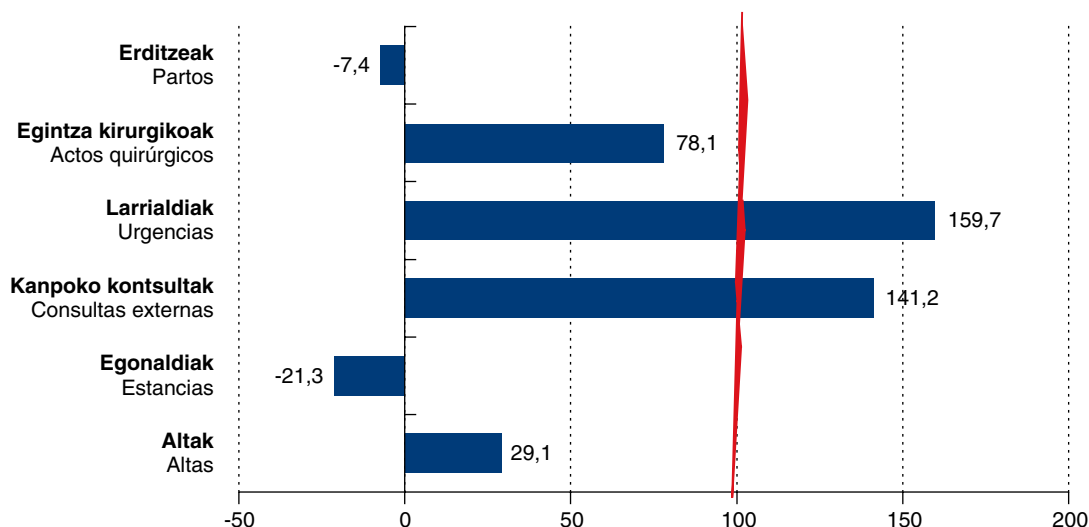
Emandako zaintza mota kontuan hartuta² (gaixo akutuentzako arreta, egonaldi ertaina/luzea edo psikiatrikoetako

² Finalidad asistencial: aquella actividad asistencial a la que dedica la mayor parte de sus recursos (por regla general se considera aquella a la que destina más de un 65%), tanto humanos como de equipamientos. Especialidades médicas a las que el establecimiento dedica su actividad y recursos (camas). Agrupada como: atención de agudos (general, quirúrgico, maternal, infantil, oncológico, etc.), media-larga estancia (larga estancia, geriátrico, rehabilitación) y psiquiátrica.

² Asistentziaren xedea: giza baliabide eta ekipamendu gehien erabiltzen duen asistentzia jardura da (oro har, % 65 baino gehiago erabiltzen duena). Establezimenduak jardura eta baliabideak (oheak) erabiltzen dituen medikuntzako espezialitateak. Honela banatuta: gaixo akutuentzako arreta (orokorra, kirurgikoa, amatasunekoa, haurrena, onkologikoa, etab.), egonaldi ertaina-luzea (egonaldi luzea, geriatrikoa, errehabilitazioa) eta psikiatrikoetako arreta.

Gráfico 16
Tasas de crecimiento de los principales indicadores
hospitalarios (%). 1984-2007

16. grafikoa
Ospitaleetako adierazle nagusien hazkunde
tasak (%). 1984-2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

Tabla 8
Evolución de los principales indicadores
de la actividad hospitalaria

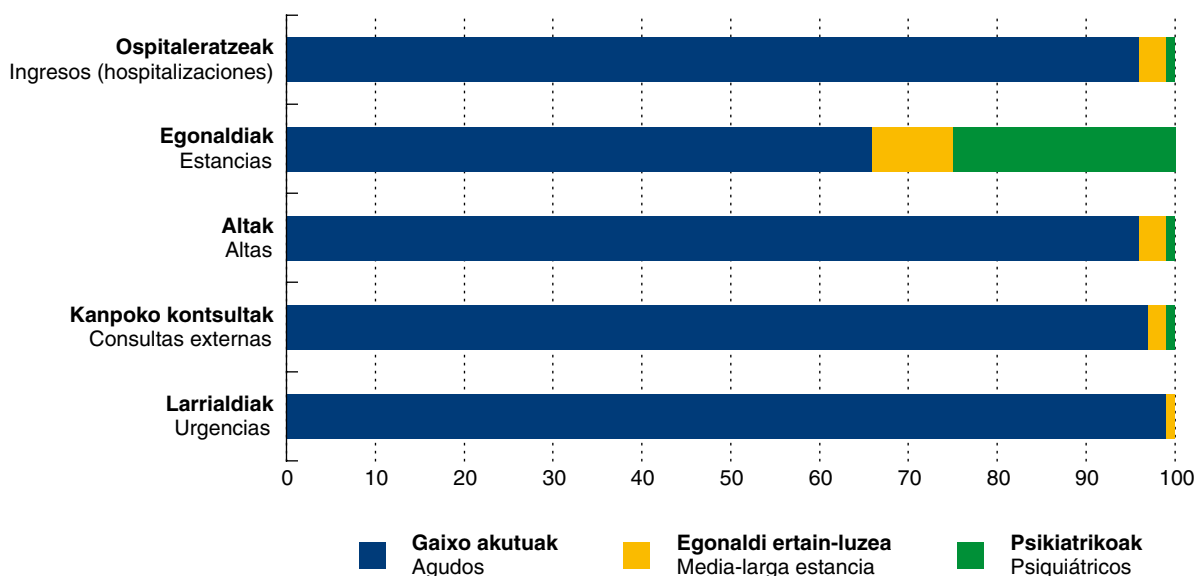
8. taula
Ospitaleetako jardueraren adierazle
nagusien bilakaera

	1998	2000	2002	2004	2006	2007
Ospitaleratzea / Hospitalización						
Batez besteko egonaldia (egunak) Estancia media (días)	9,3	8,8	8,9	8,6	8,2	8,2
Altak 1.000 biztanleko / Altas por 1.000 habitantes	126,3	132,7	130,3	134,4	136,7	139,4
Okupazioaren indizea / Índice de ocupación	80,6	80,7	81,9	83,3	81,3	82,8
Txandakatze indizea / Índice de rotación	31,6	33,6	33,5	35,2	36,0	37,0
Jarduera kirurgikoa / Actividad quirúrgica						
Batez besteko egonaldia kirurgian (egunak) Estancia media cirugía (días)	4,7	4,3	4,5	4,3	4,1	4,0
Ospitaleratzearen % / % con hospitalización	65,3	57,6	53,5	52,5	51,4	50,4
Anbulatorioetako kirurgia handiaren % (KHA) % con cirugía mayor ambulatoria (CMA)	13,5	17,3	19,2	20,4	23,0	24,3
Anbulatorioetako gainerako ebakuntzen % % resto de intervenciones ambulatorias	21,2	25,1	27,3	27,1	25,6	25,4
Egintza kirurgikoak 1.000 biztanleko Actos quirúrgicos por 1.000 habitantes	88,2	95,2	100,2	104,4	105,6	109,3
Jarduera obstetrikoa / Actividad obstétrica						
Erditzeak / Partos	16.266	17.232	18.137	19.789	20.233	20.874
Zesareen % / % cesáreas	18,0	14,6	15,8	15,3	15,3	14,8

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

Gráfico 17
Actividad hospitalaria por finalidad
del hospital (%). 2007

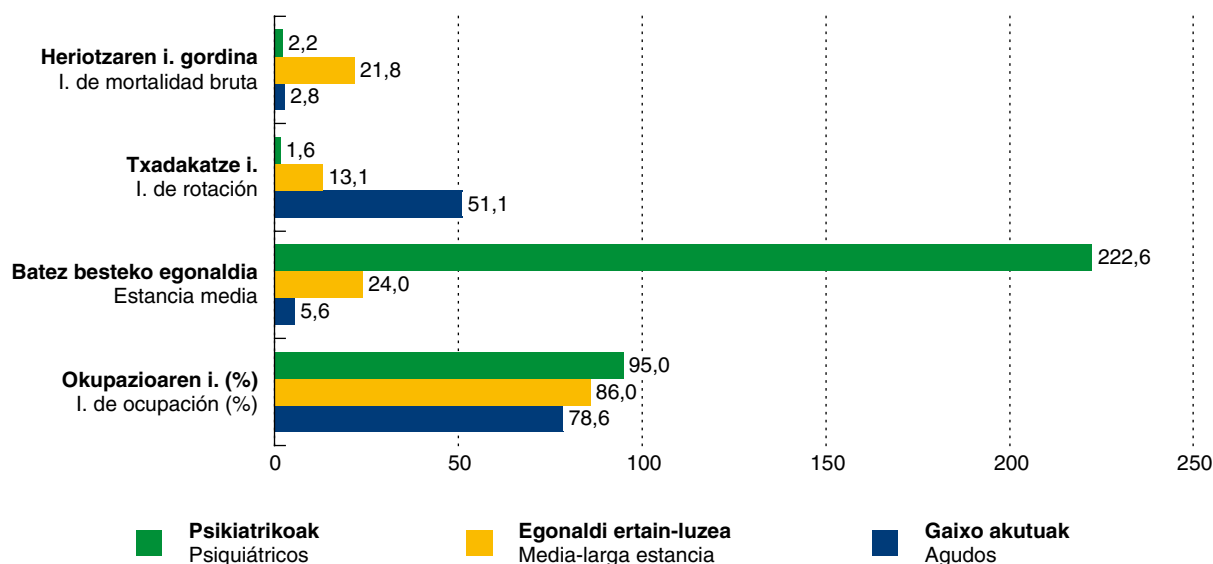
17. grafikoa
Ospitaleetako jarduera, ospitalearen xedea aintzat
hartuta (%). 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

Gráfico 18
Indicadores de funcionamiento por finalidad
del hospital. 2007

18. grafikoa
Funtzionamenduaren adierazleak, ospitalearen xedea
aintzat hartuta. 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

les de agudos acaparan la mayor parte de la actividad asistencial hospitalaria (hospitalización y ambulatoria); en ellos recaen más del 90% de los ingresos con hospitalización, consultas externas y urgencias, y se reduce en el caso de las estancias hospitalarias.

arreta), gaixo akutuen ospitaleetan eman da ospitaleetako asistentzia jarduera gehien (ospitaleratzea eta ambulatorioetako arreta). Ospitaleratze guztien, kanpoko kontsulten eta larrialdien % 90etik gora ematen da ospitale horietan, baina ospitaleetako egonaldia laburtu egin da.

Según la finalidad asistencial podemos observar importantes diferencias en los índices básicos de actividad y funcionamiento (principalmente el de estancia media y rotación). La estancia media se dispara en el caso de los psiquiátricos, donde superan los 200 días y el índice de ocupación se sitúa en el 95%, mientras que los hospitales de media y larga estancia que atienden patologías de carácter crónico y normalmente en pacientes de edad avanzada registran el índice de mortalidad más alto.

Asistentziaren xedearen arabera, jardueraren eta funtzionamenduaren oinarritzko indizeetan alde handiak eman dira (bereziki batez besteko egonaldian eta txandakatzean). Psikiatrikoetako batez besteko egonaldiak izugarri egin du gora; 200 egunetik gorakoa da eta okupazioaren indizea % 95ekoa. Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan patologia kronikoei ematen zaie arreta eta, normalean, adinez nagusienak diren gaixoei dagokienez heriotza tasa altuena izaten dute.

Tabla 9
Principales indicadores de la actividad hospitalaria por finalidad del hospital. 2007

9. taula
Ospitaleetako jardueraren adierazle nagusiak, ospitalearen xedea aintzat hartuta. 2007

	Guztira Total	Publikoa Pública	%	Pribatua Privada	%
Gaixo akutuak / Agudos					
Alta kopurua / Número de altas	286.580	207.223	72,3	79.357	27,7
Egonaldi kopurua / Número de estancias	1.610.409	1.350.832	83,9	259.577	16,1
Batez besteko egonaldia / Estancia media	5,6	6,5		3,3	
Okupazio indizea / Índice de ocupación	78,6	83,9		59,2	
Txandakatze indizea / Índice de rotación	51,1	47,0		66,1	
Heriotzaren indize gordina / Índice de mortalidad bruta	2,8	3,3		1,3	
Egonaldi ertain-luzea / Media larga estancia					
Alta kopurua / Número de altas	8.849	7.570	85,5	1.279	14,5
Egonaldi kopurua / Número de estancias	212.803	131.538	61,8	81.265	38,2
Batez besteko egonaldia / Estancia media	24,0	17,4		63,5	
Okupazio indizea / Índice de ocupación	86,0	82,3		92,8	
Txandakatze indizea / Índice de rotación	13,1	17,3		5,3	
Heriotzaren indize gordina / Índice de mortalidad bruta	21,8	18,0		43,8	
Psikiatrikoak / Psiquiátricos					
Alta kopurua / Número de altas	2.742	1.698	61,9	1.044	38,1
Egonaldi kopurua / Número de estancias	610.352	265.340	43,5	345.012	56,5
Batez besteko egonaldia / Estancia media	222,6	156,3		330,5	
Okupazio indizea / Índice de ocupación	95,0	94,7		95,3	
Txandakatze indizea / Índice de rotación	1,6	2,2		1,1	
Heriotzaren indize gordina / Índice de mortalidad bruta	2,2	1,6		3,3	

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

Los hospitales públicos tienen una alta participación en el tratamiento de procesos de agudos; el 72,3% de los episodios de hospitalización se producen en hospitales públicos y tienen como promedio una estancia media de 6,5 días, en tanto que los privados atienden, sobre todo, procedimientos quirúrgicos con períodos más cortos de hospitalización (3,3 días).

Destaca la presencia de los hospitales privados en la atención psiquiátrica de enfermos que requieren cuidados psi-

Ospitale publikoek parte hartze handia izan dute gaixo akutuen prozesuen tratamenduan; ospitaleratu beharra izan duten kasuen % 72,3 ospitale publikoetan egin da. Batez besteko egonaldia 6,5 egunekoa izan da publikoetan; pribatuetan, aldiz, ospitaleratze laburragoak (3,3 egun) behar izan dituzten prozedura kirurgikoak izan dira nagusi.

Zaintza psikiatrikoak (nahaste mental kronikoak) behar dituzten gaixoen arreta psikiatriko gehienak ospitale pribatuetan

quiátricos (trastornos mentales crónicos) en unidades de hospitalización de larga estancia y donde el promedio de hospitalización se sitúa en 330 días (156 días en los públicos) y con el índice de ocupación más elevado (95,3%).

En los hospitales de cuidados de media y larga estancia, los pacientes hospitalizados a menudo padecen de enfermedades crónicas que implican una estancia más prolongada. Los hospitales privados se ocupan de los tratamientos de más larga duración con un promedio de hospitalización de 63,5 días (17,4 en hospitales públicos) y un índice de mortalidad que se eleva al 44%, debido en gran medida a la edad avanzada de los mismos pacientes y a su polipatología.

4.3.3. Atención de urgencias

La demanda de atención de urgencias hospitalarias también ha crecido en esta última década. El Sistema Público de Salud/Osakidetza contempla la asistencia de urgencias en centros de la red extrahospitalaria a través de los Puntos de Atención Continuada ubicados en los Centros de Salud y en las Unidades de Emergencia que canalizan la asistencia urgente fuera del centro: domicilio y vía pública, y por otra lado los centros hospitalarios por medio de los servicios de urgencias hospitalarios.

Tanto el número de atenciones de urgencias extrahospitalarias como hospitalarias no han dejado de aumentar, y aunque los servicios de urgencias hospitalarias continúan siendo los más frecuentados (el 59%), fueron los Puntos de Atención Continuada extrahospitalarios los que de forma más acelerada han incrementado su actividad en esta última década 1998-2007 (un 51,4 % respecto a 1998) con el propósito de descongestionar en parte los servicios de urgencias hospitalarios.

eman dira, egonaldi luzeko ospitaleratzeko unitateetan; hauetan, ospitaleratzearen batezbestekoa 330 egunekoa izan da (156 egun publikoetan) eta okupazioaren indizea oso altua (% 95,3).

Egonaldi ertaina eta luzea behar duten zaintza emateko ospitaleetan ospitaleratuta dauden gaixoei askotan gaixotasun kronikoak izan dituzte eta, ondorioz, egonaldi luzeagoak egin dituzte. Ospitale pribatuetan eman dira egonaldi luzeagoko tratamenduak, gaixoei batez beste 63,5 egun egon dira ospitaleratuta (17,4 egun ospitale publikoetan); heriotza tasa % 44 izan da, batez ere adineko gaixoei izan dituztelako eta hauei patologia ugari batu zaizkielako.

4.3.3. Larrialdietako arreta

Ospitaleetako larrialdi zerbitzuan arreta emateko eskariak ere egin du gora hamarkada honetan. Osasunaren sistema publikoak (Osakidetza) osasun zentroetan eta larrialdi unitateetan dauden Etengabeko Arretako Guneen bitartez bideratzen ditu ospitaleez kanpoko sarean dauden larrialdiko arreta emateko zentroak. Larrialdiko asistentzia zentrotik kanpo bideratzen da: etxean eta bide publikoan, eta beste alde batetik, ospitale zentroetan, ospitaleetako larrialdi zerbitzuen bitartez.

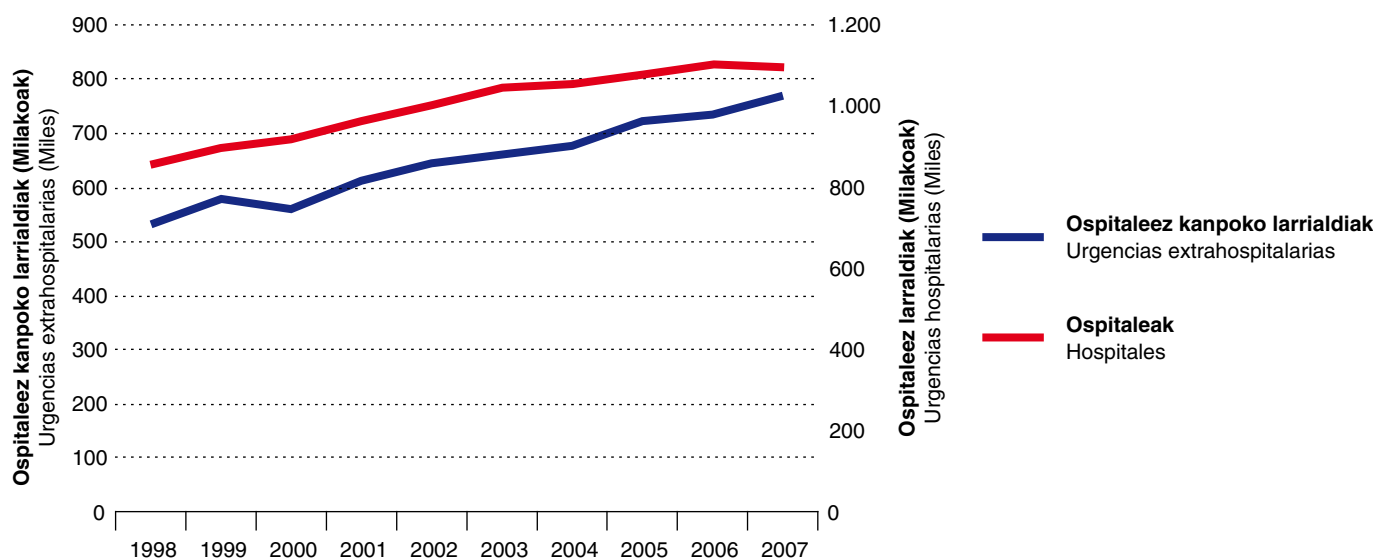
Ospitaleez kanpoko eta ospitaleetako larrialdiko arreta kopurua etengabe gehitu da, eta oraindik ospitaleetako larrialdi zerbitzuak izan arren gehien erabiltzen direnak (% 59), ospitaleez kanpoko Etengabeko Arretako Guneetan handitu da bizkorren azken hamarkadako (1998-2007) jardura kopurua (% 51,4, 1998. urtearen aldean). Helburua ospitaleetako larrialdi zerbitzuak pixka bat arintzea da.

Gráfico 19

Evolución de las urgencias atendidas extrahospitalarias y hospitalarias

19. grafikoa

Ospitaleetatik kanpo eta ospitaleetan arreta jaso duten larrialdien bilakaera



Estudios realizados sobre la situación de la atención en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) aducen como factores responsables del incesante crecimiento en este tipo de asistencia: cambios socioculturales, demográficos y de los patrones de morbilidad, problemas de atención primaria de salud y de los servicios organizativos del sistema sanitario, así como una mayor accesibilidad a los servicios de urgencias.

Los datos de la Encuesta de Salud 2007 también confirman un aumento de la demanda de los servicios de atención urgente respecto al año 2002, tanto en los hombres como en las mujeres. La mayor proporción de solicitudes de atención urgente se produce en el grupo de población de 0 a 14 años y en el colectivo de 65 y más años.

Por otra parte, los resultados de la Encuesta de Salud también señalan que un 43,8% de las personas que acudieron a los servicios de urgencias consideraron que tenían un problema de salud leve que necesitaba asistencia inmediata; si bien en términos de porcentaje éste ha descendido respecto años precedentes: 1997 y 2002. El empleo inadecuado de los servicios de urgencias para situaciones no urgentes es otra de las razones que se aducen para explicar parte de este aumento de la actividad de urgencias.

Ospitaleetako larrialdi zerbitzuetan (OLZ) emandako arretari buruzko azterlanetan honakoak ematen dira asistentzia mota ezberdinek etengabe gora egitearen arrazoitzat: gizarte eta kultura arloetako aldaketak, aldaketa demografikoak eta erikortasun ereduaren aldaketa, osasuneko lehen mailako arretan dauden arazoak, osasun sistema antolatzeke zerbitzuetan dauden arazoak, eta larrialdietako zerbitzuetara joateko erraztasuna.

2007ko Osasunari buruzko inkestan ere jaso da 2002. urtearen aldean premiazko arreta emateko zerbitzuen eskaria gehitu egin dela, bai gizonen artean bai emakumeen artean. Larrialdiko arreta jasotzeko eskaera gehienak 0-14 urte arteko eta 65 urteko eta gehiagoko taldeetan eman dira.

Bestalde, Osasunari buruzko inkestaren emaitzen arabera larrialdi zerbitzuetara jo duten pertsonen % 43,8k esan du berehalako asistentzia behar zuen osasun arazo arinarekin joan zela zerbitzu horietara; hala ere, pertsona horien ehunekoak aurreko urteen aldean behera egin du: 1997 eta 2002. Larrialdi zerbitzuak benetan premiazkoak ez diren arazoetarako erabiltzeak ere ekarri du larrialdietako jarduera kopurua handitzea.

Tabla 10
Actividad de los servicios de urgencias en los hospitales de agudos

10. taula
Larrialdi zerbitzuetako jarduera gaixo akutuen ospitaleetan

	1998	2000	2002	2004	2006	2007
Akutuen ospitaleetako, guztira / Total hospitales de agudos						
Larrialdi kopurua / Número de urgencias	845.761	908.492	995.652	1.046.548	1.093.756	1.087.348
Larrialdi presioa (%) / Presión de urgencias (%)	46,9	48,1	50,4	49,4	48,6	49,0
Ospitaleratutako larrialdiak (%) / Urgencias ingresadas (%)	14,0	14,0	13,3	12,9	12,5	13,0
1.000 biztanleko larrialdiak Urgencias por 1.000 habitantes	402	422,7	470,5	491,6	513,7	507,9
Akutuen ospitale publikoak / Hospitales de agudos públicos						
Larrialdi kopurua / Número de urgencias	736.707	805.438	868.465	902.158	922.849	907.347
Larrialdi presioa (%) / Presión de urgencias (%)	57,4	58,5	61,8	60,8	61,1	62,0
Ospitaleratutako larrialdiak (%) / Urgencias ingresadas (%)	14,3	14,1	13,7	13,5	13,5	14,3
Akutuen ospitale pribatuak / Hospitales de agudos privados						
Larrialdi kopurua / Número de urgencias	109.054	103.054	127.187	144.390	170.907	180.001
Larrialdi presioa (%) / Presión de urgencias (%)	18,8	19,8	19,9	18,6	15,6	15,0
Ospitaleratutako larrialdiak (%) / Urgencias ingresadas (%)	11,7	13,7	10,9	9,2	7,1	6,6

Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa eta Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública y Estadística Hospitalaria.

Los hospitales de agudos atienden el 99% de las urgencias hospitalarias. En términos absolutos podemos observar que el número de urgencias atendidas ha aumentado a lo largo de estos últimos diez años, lo que en base poblacional supone que de 402 urgencias por 1.000 habitantes en 1998 se ha pasado a 508 urgencias en 2007.

Gaixo akutuen ospitaleetan eman zaio arreta ospitaleko larrialdien % 99ri. Balio absolututan ikus daiteke arreta jaso duen larrialdi kopuruak azken hamar urteetan gora egin duela; hau da, biztanle kopurua aintzat hartuta, 1998. urtean 1.000 biztanleko 402 larrialdiri eman zitzaion arreta eta 2007. urtean 508 larrialdiri.

Por otra parte, más de un 80% de la demanda de urgencias fue atendida en los servicios de urgencias de los hospitales públicos, si bien, se observa en los últimos años un ascenso del número de actuaciones en los privados.

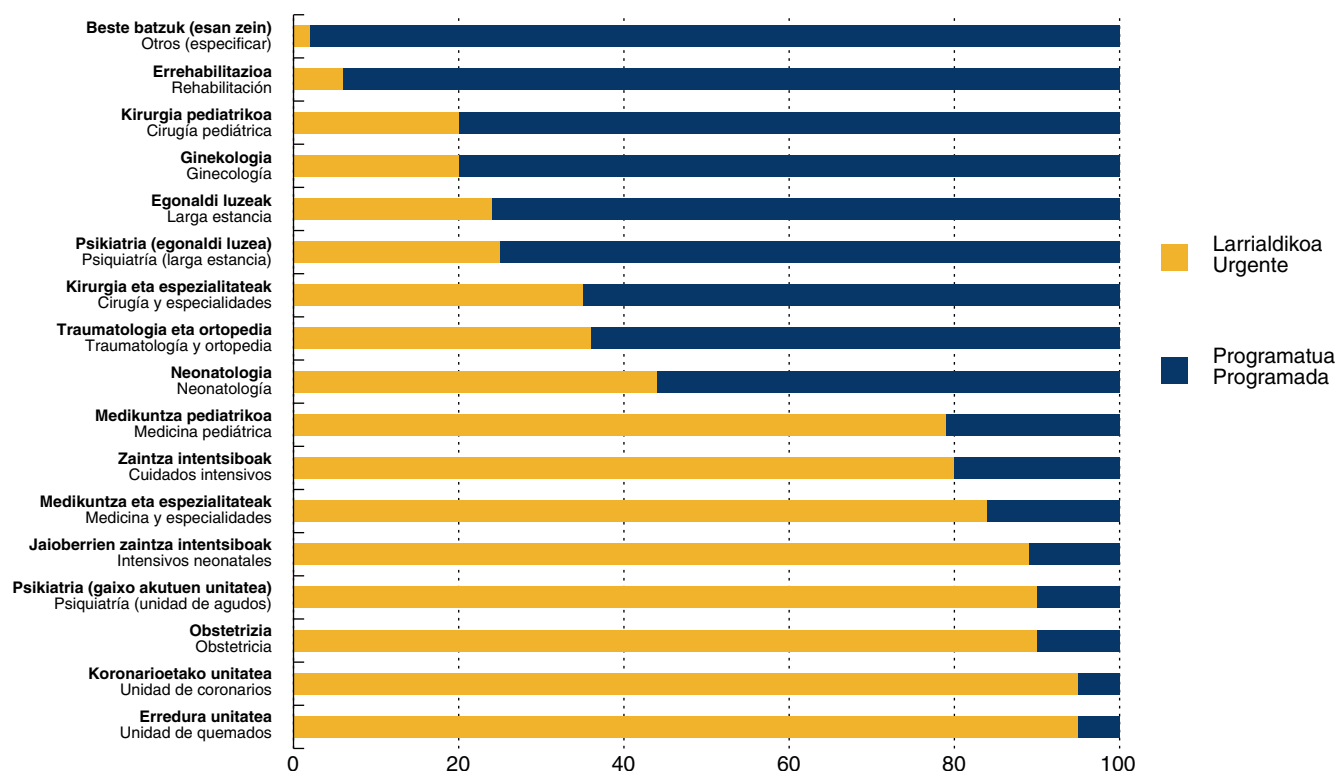
La presión de urgencias es mayor en los hospitales públicos que en los privados: un 62% de los ingresos que se producen en los públicos es por urgencias, mientras en los privados tan sólo representan un 15% (los ingresos se producen mayoritariamente de forma programada).

Bestalde, larrialdietako eskariaren % 80 baino gehiagori ospitale publikoetako larrialdi zerbitzuetan eman zaio arreta. Baina azken urteetan pribatuetan gero eta jarduera gehiagori eman zaio arreta.

Larrialdi kopuru handiagoa dago ospitale publikoetan pribatuetan baino: ospitale publikoetako ospitaleratzeen % 62 larrialdien bidez egin da, eta ospitale pribatuetan bakarrik % 15 (ospitaleratze gehienak programatutakoak izan dira).

Gráfico 20
Ingresos urgentes y programados en hospitales de agudos públicos. 2007

20. grafikoa
Larrialdiko eta programatutako ospitaleratzeak, gaixo akutuen ospitale publikoetan. 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila eta Eustat. Ospitale-estatistika.
Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo y Eustat. Estadística Hospitalaria.

En los hospitales de agudos públicos, los ingresos por urgencias predominan en los servicios de medicina y especialidades, obstetricia, medicina pediátrica, psiquiatría (unidad de agudos), cuidados intensivos, unidad de quemado, unidad de coronarios e intensivos neonatales, mientras que los programados prevalecen en los servicios con actividad quirúrgica (cirugía y especialidades, traumatología, ginecología) y de larga estancia.

Gaixo akutuen ospitale publikoetan, larrialdiaren ondoriozko ospitaleratze gehien medikuntzan eman dira, honako espezialitateetan: obstetrizia, medikuntza pediatrikoa, psikiatria (gaixo akutuen unitatea), zainketa intentsiboak, erredura unitatea, koronarioetako unitatea eta jaioberrien zainketa intentsiboak. Programatutako ospitaleratzeetan, aldiz, jarduera kirurgikoari lotutako zerbitzuak (kirurgia eta espezialitateak, traumatologia, ginekologia) eta egonaldi luzekoak izan dira nagusi.

4.4. GASTO EN SALUD

La Cuenta de la Salud de la C.A. de Euskadi tiene como objetivo el cómputo del gasto total efectuado en salud en nuestra comunidad, la última realizada, que ofrece datos 2000-2006, aplicando la última metodología de la OCDE, en su Manual de

4.4. OSASUNEAN EGINDAKO GASTUA

Euskal AEko Osasunaren Kontuak gure erkidegoan osasunean egiten den gastu osoa zenbatzea du xedetzat. Egin den azken kontuak 2000-2006 aldiko datuak ematen ditu, eta ELGEren 2000. urteko Osasunaren Kontuen Eskuliburuan

las Cuentas de la Salud (System of Health Accounts-SHA) 2000. Es importante tener en consideración que en esta cuenta se ha realizado un importante viraje respecto a la anterior, ya que se ha incorporado la atención a las personas en razón de su edad y/o discapacidad en el gasto total en salud. El objetivo de este cambio es la armonización de las cuentas de la salud y la mejor comparabilidad internacional del gasto en salud, en alusión a la presencia creciente de este tipo de cuidados (long-term care) que, en líneas generales, se estima que incrementan el gasto en salud en torno al 10%.

Las claves que explican la evolución de la magnitud del gasto en salud son de tres tipos: el tamaño y las condiciones (edad, salud,...) de la población a la que atiende, el desarrollo y la tecnología de la propia atención sanitaria y el desarrollo económico de la sociedad.

La evolución de estas tres variables ha contribuido al crecimiento del gasto en salud en el conjunto de la sociedad vasca debido al aumento de los potenciales usuarios, a la ampliación de los servicios de salud de los que se dota el sistema y la demanda de la población. Además, los usuarios cuentan con mayores recursos, lo que les permite contratar otro tipo de servicios, al margen de la prestación universal pública.

En este contexto, y teniendo en cuenta que la salud es un servicio cada día más complejo, la Cuenta de la Salud permite un acercamiento integral a la cobertura sanitaria consumida en la C.A. de Euskadi.

El gasto total en salud realizado en la C.A. de Euskadi alcanzó en 2006 los 4.290 millones de euros. La tasa media de crecimiento anual del gasto en salud entre los años 2000-2006 fue del 8,1% en la C.A. de Euskadi y el gasto en salud por habitante aumentó en el período un 55%, alcanzando en 2006 la cifra de 2.002 euros por habitante.

(System of Health Accounts-SHA) jasotzen den azken metodologia aplikatu du. Garrantzitsua da azaltzea kontu hau egitean aurrekoan ez bezalakoak jaso direla, pertsonen emandako arreta neurtzean haien adina edota ezintasuna hartu baita aintzat osasunean egindako gastu osoa zein izan den jakiteko. Aldaketa horren helburua osasun kontuen harmonizazioa izan da, baita osasunean egindako gastua nazioartean hobeto alderatzea ere, gero eta gehiago agertzen diren mota horretako zaintzak (long-term care) jaso daitezzen. Izan ere, oro har, osasunean egindako gastua % 10 inguru gehitzen dute.

Osasunean egindako gastuaren magnitudearen bilakaera azaltzen duten giltzarriak hiru motatakoak dira: arreta ematen zaion biztanleriaren tamaina eta inguruabarrak (adina, osasuna...), osasun arretaren garapena eta teknologia, eta gizartearen garapen ekonomikoa.

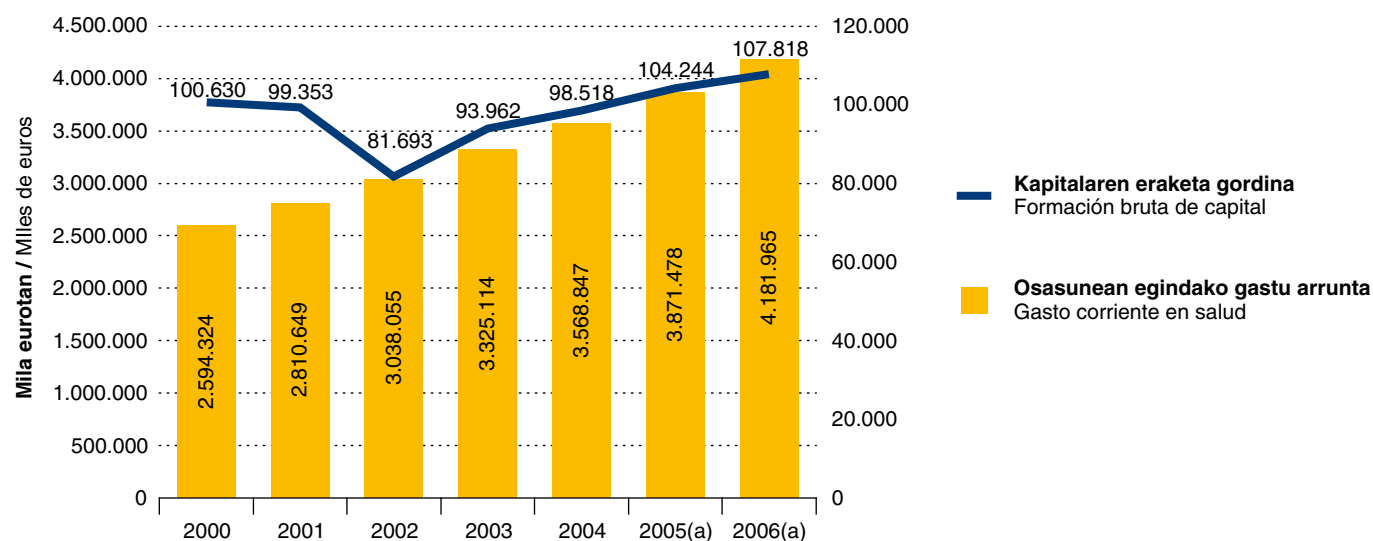
Hiru aldagai horien bilakaerak EAEko gizarte osorako osasunean egindako gastua handitu du, erabiltzaile izan daitekeen biztanle kopurua handiagoa delako, sisteman sartutako osasun zerbitzuak areagotu direlako eta biztanleen eskaria handitu delako. Gainera, erabiltzaileek baliabide gehiago dituzte eta, ondorioz, zerbitzu orokor publikotik kanpoko beste zerbitzu batzuk kontratatatu ditzakete.

Illo horretatik, eta osasuna gero eta konplexuagoa den zerbitzua izanik, Osasunaren kontuari esker Euskal Autonomia Erkidegoan kontsumitzen den osasun estaldurarako hurbilketa osoa egin daiteke.

2006. urtean Euskal AEn 4.290 milioi euroko gastua egin zen osasunean. 2000-2006 urteen artean osasunean egindako gastuak urtean izan duen hazkundearen batez besteko tasa % 8,1ekoa izan da Euskal AEn eta biztanle bakoitzeko osasunean egin den gastua aldi horretan % 55 handitu zen; 2006. urtean 2.002 eurokoa izan zen biztanle bakoitzeko.

Gráfico 21
Gasto corriente en salud y formación bruta de capital.
Miles de euros

21. grafikoa
Osasuneko gastu arrunta eta kapitalaren eraketa
gordina. Mila eurotan



(a) Aurrerapena. / Avance.
Iturria: Eustat. Osasunaren kontua.
Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

Un análisis detallado de las Cuentas de la Salud de la C.A. de Euskadi muestra que en 2005, del total de gasto en salud, el 97,3% correspondió a gasto corriente y el 2,7% restante a formación bruta de capital.

Atendiendo a la financiación del gasto, la financiación pública supuso el 72,3% del gasto total, es decir, de cada 100 euros que se gastaron en salud en la C.A. de Euskadi, 72,3 fueron financiados por la sanidad pública. El gasto público ha pasado de 1.956 millones de euros en 2000 a 3.096 millones en 2006, lo que supuso un crecimiento del 7,9% en tasa media anual acumulativa. Esta predominancia de la aportación pública se mantiene relativamente estable en el período 2000-2006.

Euskal AEko Osasunaren kontuen azterketa zehatza egi-tean ikusten da 2005ean osasunean egindako gastu osoaren % 97,3 gastu arrunta izan dela eta % 2,7 kapitalaren eraketa gordina.

Gastuaren finantzaketa aintzat hartuta, finantzaketa publikoa gastu osoaren % 72,3 izan da; hots, Euskal AEn osasunean gastatu diren 100 euro bakoitzetik 72,3 osasun publikoak finantzatu ditu. 2000. urtean gastu publikoa 1.956 milioi eurokoa izan zen eta 2006. urtean 3.096 milioi eurokoa; urteko batez besteko hazkunde metatua % 7,9 izan zen. Ekarpene publikoaren nagusitasun hori nahiko egonkorra izan da 2000-2006 aldian.

Tabla 11
*Principales datos de la Cuenta de la Salud
en la C.A. de Euskadi. 2000-2006 (a)*

11. taula
*Euskal AEko Osasun kontuaren datu
nagusiak. 2000-2006 (a)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005(a)	2006(a)	(*) AT / TV 2006/2005	(**) UATM TVAA 2000-2006
Osasunean egindako gastua (mila eurotan) Gasto en salud (miles de euros)									
Gastua, guztira / Total gasto	2.694.954	2.910.002	3.119.748	3.419.076	3.667.365	3.975.721	4.289.783	7,9	8,1
Finantzaketa publikoa / Financiación pública	1.956.481	2.105.628	2.264.644	2.468.720	2.646.334	2.875.910	3.095.997	7,7	7,9
Finantzaketa pribatua / Financiación privada	738.473	804.374	855.105	950.357	1.021.031	1.099.812	1.193.786	8,5	8,3
Adierazleak / Indicadores									
Biztanleko gastua, guztira (eurotan) Gasto total por habitante (en euros)	1.296	1.389	1.476	1.614	1.726	1.862	2.002	7,5	7,5
Gastu osoa, BPGren %-tan Gasto total en % del PIB	6,47	6,62	6,75	6,94	6,88	6,94	6,95	0,01	0,47
Gastu publikoa, herri administrazioen gastuaren %-tan / Gasto público en % gasto Administraciones Públicas	14,61	14,44	14,48	14,88	15,09	15,53	:	:	
Gastu publikoa, gastu osoaren aldean Gasto público respecto al gasto total	72,60	72,36	72,59	72,20	72,16	72,34	:	:	
Erreferentziako datuak / Datos de referencia									
BPG m.p. / PIB p.m.	41.647.287	43.930.667	46.226.280	49.241.753	53.305.396	57.289.143	61.763.759	7,8	6,8
Biztanleria / Población	2.079.219	2.095.144	2.113.659	2.118.312	2.124.593	2.134.855	2.143.011	0,4	0,5

(a) Aurrerapena. / Avance.

(:) Ez dago erabilgarri. / No disponible.

(*) AT: aldakuntza tasa (%). / TV: Tasa de variación (%).

(**) UATM: urteko batez besteko aldakuntza tasa metatua (%). / TVAA: Tasa de variación acumulativa media anual (%).

Iturria: Eustat. Osasunaren kontua.

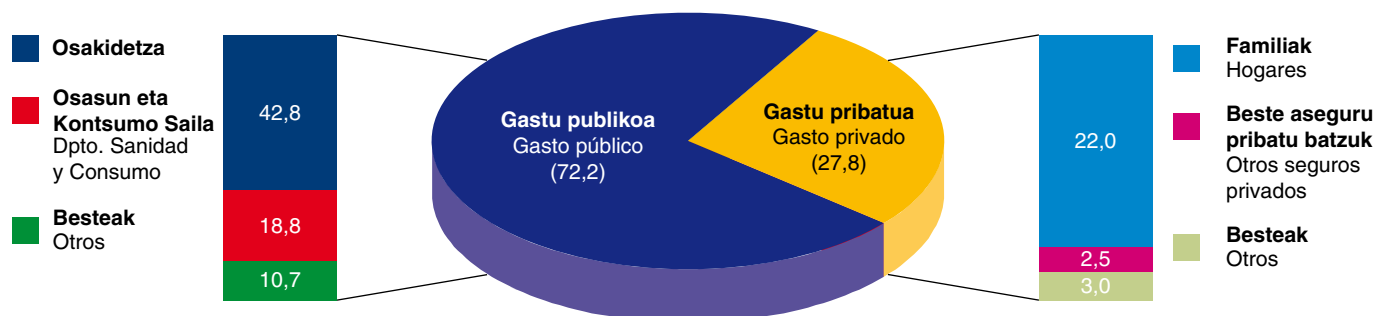
Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

El gasto público en salud sobre el gasto total de las administraciones públicas, que indica el esfuerzo realizado por una administración pública con respecto a los recursos que gestiona, supuso en 2005 el 15,5%, con un crecimiento respecto al año 2000 de casi 1 punto porcentual. Este esfuerzo está entre la media de los países de la OCDE. Si se tiene en cuenta tan sólo a las Administraciones Vascas (Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Ayuntamientos), el gasto público en salud respecto al total del gasto de estas Administraciones Vascas alcanzó el 22,5%.

Osasuneko gastu publikoa herri administrazioen gastu osoarekin (herri administrazioak kudeatzen dituen baliabideetarako egin duen ahalegina adierazten duenarekin) alderatuta % 15,5ekoa izan zen 2005. urtean; 2000. urtearen aldean, beraz, ia ehuneko puntu bat handitu zen. Ahalegin hori ELGEko herrialdeen batezbestekoaren barruan sartzen da. EAEko administrazioak (Eusko Jaurlaritza, foru aldundiak eta udalak) bakarrik kontuan hartuta, osasunean egindako gastu publikoa EAEko administrazio horien gastu osoaren aldean % 22,5ekoa izan da.

Gráfico 22
Gasto corriente en salud por
agente financiador (%). 2006 (a)

22. grafikoa
Osasunean egindako gastu arrunta,
finantzatzailearen arabera (%). 2006 (a)



(a) Aurrerapena. / Avance.
Iturria: Eustat. Osasunaren kontua.
Fuente: Eustat. Cuenta de la Salud.

En estos últimos años se ha producido la consolidación del sistema sanitario vasco, en el que prevalece la componente pública. De esta forma, y como eje central de la provisión sanitaria recibida por la sociedad vasca, destaca el Gobierno Vasco, a través de Osakidetza, que en 2006 consigna un gasto corriente de 1.789,8 millones de euros, que se completa con los 784,6 millones de euros que corresponden al Departamento de Sanidad y Consumo. Entre ambos aportan el 61,8% del total del gasto corriente en salud efectuado en la C.A. de Euskadi.

Azken urte horietan, EAEko osasun sistema kontsolidatu egin da, eta bertan atal publikoa da nagusi. Era honetara, EAEko gizarteak jasotako osasun horniduraren ardatz nagusi gisa, Eusko Jaurlaritza nabarmentzen da, Osakidetza bidez. Izan ere, 2006. urtean 1.789 milioi euroko gastu arrunta izan du, Osasun eta Kontsumo Sailaren 784,6 milioi euroekin osatuta. Bien artean, Euskal AEn osasunean egindako gastu osoaren % 61,8 egin dute.

Tabla 12
Gasto por funciones y tipo de financiación.
2004 (miles de euros)

12. taula
Gastua funtzioak eta finantzaketa mota
aintzat hartuta. 2004 (mila eurotan)

	Publikoa Pública	Pribatua Privada	Publikoko % % Pública	Pribatuko % % Privada
HC.1. Sendatzeko osasun laguntza HC.1. Asistencia sanitaria curativa	1.360.509	533.695	71,8	28,2
HC.2. Errehabilitatzeko osasun laguntza HC.2. Asistencia sanitaria de rehabilitación	41.870	5.754	87,9	12,1
HC.3. Egonaldi ertain eta luzeko osasun laguntza HC.3. Asistencia sanitaria de media y larga estancia	287.434	110.873	72,2	27,8
HC.4. Osasun zerbitzu osagarriak HC.4. Servicios sanitarios auxiliares	176.113	78.863	69,1	30,9
HC.5. Kanpoko gaixoei emandako osasun produktuak HC.5. Productos sanitarios dispensados a pacientes externos	597.117	220.614	73,0	27,0
HC.6. Prebentziorako eta osasun publikoko zerbitzuak HC.6. Servicios de prevención y salud pública	36.166	16.464	68,7	31,3
HC.7. Osasun administrazioa eta asegurua HC.7. Administración y aseguramiento sanitario.	82.388	15.457	84,2	15,8
Sailkatu gabe / No clasificada	—	5.531	0,0	100,0
Osasunean egindako gastu arrunta, guztira Total del gasto corriente en salud	2.581.596	987.251	72,3	27,7

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

Respecto a los hogares, con la incorporación al escenario sanitario de la provisión de la atención de larga estancia en situación de discapacidad, pasa a representar esta cobertura, dentro del patrón de gasto en salud de los hogares, un gasto creciente. De hecho, en 2005 el gasto en salud directo de los hogares asciende a 854 millones de euros, del cual el 23,1% corresponde al gasto relativo a productos y material sanitario, el 57,1% a servicios médicos y el 19,8% a los servicios socio-sanitarios ligados a la tercera edad y la discapacidad.

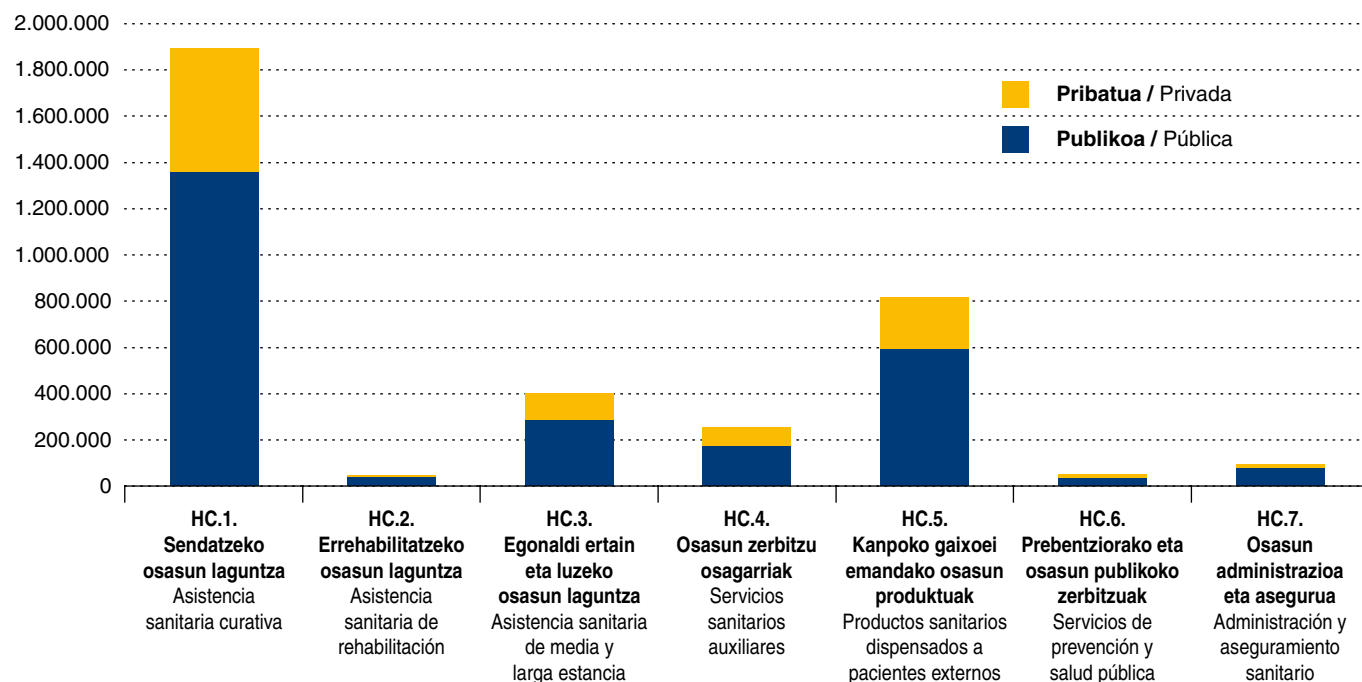
En el reparto del gasto corriente por funciones, el 72,7% correspondió a servicios sanitarios individuales. El mayor crecimiento se ha producido en la asistencia sanitaria de media y larga estancia, que ha crecido a una tasa acumulativa anual del 13,7%, incluyéndose en esta función la mayor parte del gasto sanitario relativo a situaciones de dependencia.

Familiei dagokienean, ezintasun egoeran daudenei egonaldi luzeko arreta ematea sartu denez osasunaren arloan, estaldura hori hazten doan gastu bihurtu da, familien osasun gastuaren eredu. Izan ere, 2005. urtean, familien osasun gastu osoa 854 milioi euro izan da; kopuru horretatik, % 23,1 osasun produktu eta materialari lotutako gastua izan da, % 57,1 medikuaren zerbitzuei lotutako gastua eta % 19,8 adineko pertsonei eta ezintasuna dutenei lotutako gizarte eta osasun zerbitzuei.

Gastu arrunta funtzioen arabera banatzean, % 72,7 banakoen osasun zerbitzuena izan da. Hazkunderik handiena egonaldi ertain eta luzeko osasun asistentzian eman da, urtean % 13,7ko tasa metatua izan duelako; eta funtzio honen barruan sartu da, gainera, ezintasunari lotutako osasun gastu gehiena.

Gráfico 23
Gasto corriente en salud por funciones y tipo de financiación. 2004 (miles de euros)

23. grafikoa
Osasunean egindako gastu arrunta, funtzioak eta finantzaketa mota aintzat hartuta. 2004 (mila eurotan)



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

La segunda función en importancia de gasto fue la de productos sanitarios dispensados a pacientes externos, que supuso el 22,9% del gasto corriente. Así, sumando estos dos grupos, se obtiene el gasto individual en salud, que representó el 95,6% del gasto corriente.

La provisión de la prestación sanitaria recae principalmente en la red de proveedores especializados a este fin, en el que destaca el peso relativo de la red hospitalaria, con 1.417,5 millones de euros, seguida de la red de establecimientos de atención sanitaria no hospitalaria, denominados de asistencia ambulatoria, que ascienden a 995,9 millones de euros. Estas cifras representan conjuntamente el 67,6% del gasto

Gastu handiena izan duen bigarren funtzioa kanpoko gastuei emandako osasun produktuetako gastua izan da: gastu arrunt osoaren % 22,9. Beraz, bi multzo horiek batuta, osasuneko banakoen gastua lortu da: gastu arrunt osoaren % 95,6.

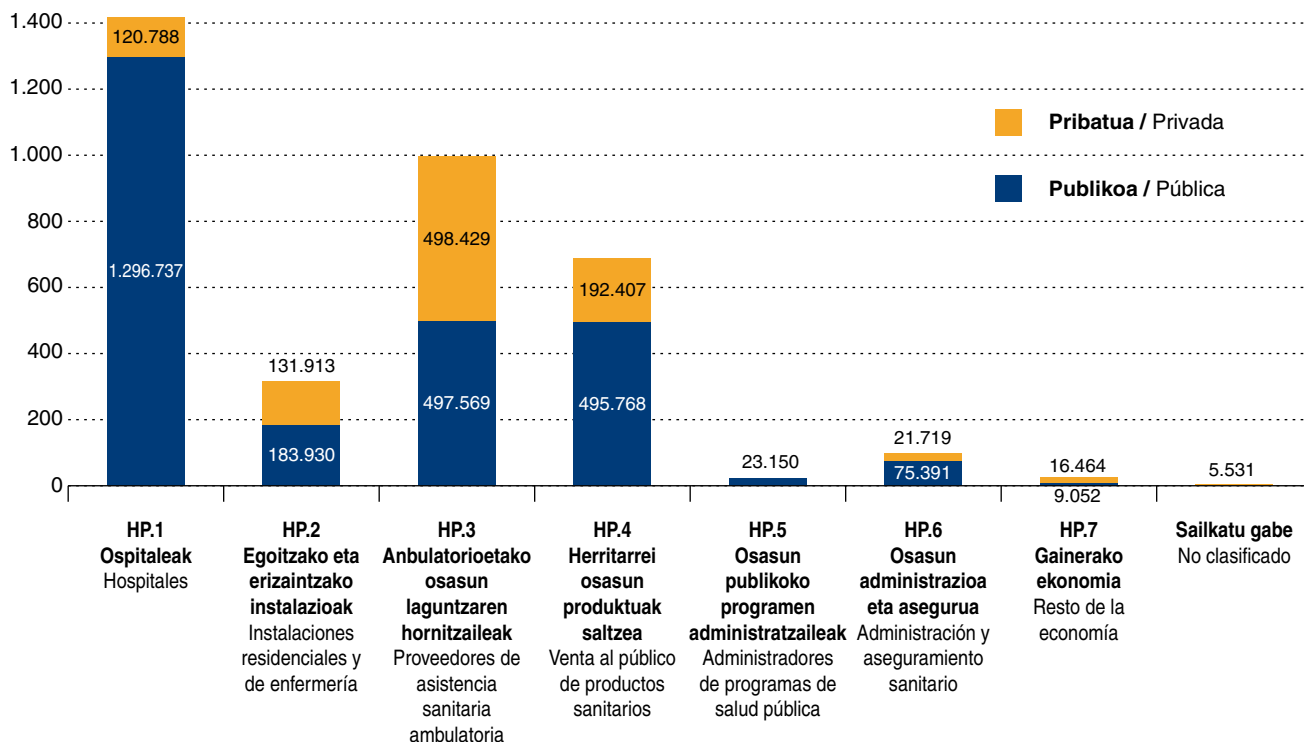
Osasun prestazioaren hornidura xede horretan espezializata dauden hornitzaileen sarean eusten da bereziki. Hor, ospitale sarearen pisu erlatiboa nabarmentzen da, 1.417,5 milioi eurekin; horren atzetik, ospitalekoa ez den osasun arretaren establezimenduen sarea (laguntza anbulatorioa) doa, eta azken horiek 995,9 milioi euro dira. Kopuru horiek, denek batera, Euskal AEko osasunean egindako gastu arrun-

corriente en salud de la C.A. de Euskadi, que se completa con el asignado a la venta al público de productos sanitarios, que asciende a 688,2 millones de euros, de los cuales, 655,5 millones de euros son de tipo farmacéutico.

taren % 67,6 dira, eta hori herritarrei osasun produktuak saltzeari esleitutakoarekin osatzen da, hain zuzen ere 688,2 milioi euro; horietatik, 655,5 milioi euro produktu farmazeutikoak dira.

Gráfico 24
Gasto corriente en salud por proveedores y tipo de financiación. 2004 (miles de euros)

24. grafikoa
Osasunean egindako gastu arrunta, hornitzaileak eta finantzaketa mota aintzat hartuta. 2004 (mila eurotan)



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

5

NAZIOARTEKO ALDERAKETA

COMPARACIÓN INTERNACIONAL

5.1. RESUMEN

El estado de salud de las personas refleja los estándares alcanzados con relación a la calidad de vida y desarrollo de una sociedad y resume la importancia concedida y la respuesta otorgada desde los agentes públicos y privados con relación al estado de salud.

Eurostat (Oficina europea de estadística) cuenta con un amplio panel de información que contribuye al conocimiento del estado de salud y de los servicios sanitarios en la UE-27. Por otra parte, OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) viene desarrollando un amplio trabajo con relación al estudio y seguimiento del estado de salud y de los servicios sanitarios entre sus países miembros.

La Panorámica de la salud de la C.A. de Euskadi ha tenido en cuenta la producción estadística de ambas instituciones, ya que garantizan la calidad de la información y la homologación de los métodos, criterios compartidos con la información aportada desde la C.A. de Euskadi. El análisis realizado evalúa la posición relativa de la C.A. de Euskadi en un panel significativo de indicadores, organizados en seis grandes áreas:

- **Contexto** (apartado 2). Incluye un panel básico de variables con relación al desarrollo económico y la situación demográfica de las sociedades incluidas. Es el punto de partida con relación a la demanda actual y potencial de salud.
- **Estado de salud** (apartado 3). Incluye la información relativa a la esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad. Es, en definitiva, la evidencia explícita del estado de salud de las personas en una determinada sociedad, ya que resume el efecto global combinado de su historia genética, del desarrollo socio-económico y de los hábitos culturales-sanitarios alcanzados.
- **Factores no médicos que inciden en la salud** (apartado 4). Incluye la referencia a tres indicadores claves en la salud presente y futura de la población como son la incidencia de la obesidad y del consumo del alcohol y tabaco, con importantes repercusiones patológicas a corto, medio y largo plazo.
- **Personal en la salud** (apartado 5). Incluye un acercamiento pormenorizado al conocimiento de las personas que trabajan en los servicios de salud, con respecto de los volúmenes de población atendidos y/o de los recursos materiales disponibles. Es una aproximación a la oferta sanitaria desde la dotación de recursos humanos.
- **Asistencia sanitaria** (apartado 6). Incluye el panel de información centrado en los recursos materiales orientados a la demanda de atención en la salud. Incluye indicadores con relación a la oferta principalmente hospitalaria (camas)

5.1. LABURPENA

Pertsonen osasun egoerak bizi-kalitatean eta gizartearen garapenean lortutako estandarrak islatzen ditu; eta, horrez gain, agente publiko eta pribatuak osasun egoeraren gainean emandako garrantzia eta erantzuna laburtzen du.

Eurostat-ek (Europako estatistika bulegoak) EB-27ren osasun egoerari eta osasun zerbitzuei buruzko informazio ugari du. Bestalde, ELGEk (Ekonomia, Lankidetzeta eta Garapenerako Erakundeak) erakundea osatzen duten herrialdeen osasun egoeraren eta osasun zerbitzuen azterketa eta jarraipenerako lan handia egin du.

Euskal AEko osasunaren ikuspegia lantzean, izan ere, aipatutako bi erakunde horien estatistika ekoizpena hartu da kontuan; horrela, informazioaren kalitatea eta metodoen homologazioa bermatu da. Euskal AEko informazioa jasotzean, gainera, irizpide berberak erabili dira. Egindako azterketaren bidez, Euskal AEk adierazleentzako taula adierazgarri batean duen kokalekua ebaluatu da. Sei arlo garrantzitsu bereizi dira:

- **Testuingurua** (2. atala). Aztertu diren gizartearen garapen ekonomikoaren eta egoera demografikoaren oinarritzko aldagaiak jasotzen dira atal honetan. Osasunaren gainean egun dagoen eta egon daitekeen eskariaren abiapuntua da.
- **Osasun egoera** (3. atala). Herritarrek jaiotzean duten bizi-itxaropenari eta heriotza tasei buruzko informazioa ematen da. Azken batean, gizarte jakin bateko pertsonen osasun egoera zein den jasotzen da, labor azaltzen delako pertsona horien historia genetikoaren, garapen sozio-ekonomikoaren eta kultura eta osasun arloetan dituzten ohituren eragin orokorra eta konbinatua.
- **Osasunean eragina duten faktoreak, medikuntzaz kanpokoak** (4. atala). Biztanleen egungo eta geroako osasunaren funtsezko hiru adierazle aipatzen dira hemen: gizentasunaren eragina eta alkohol eta tabako kontsumoaren eragina. Hauek guztiek epe labur, ertain eta luzera ondorio patologiko garrantzitsuak izan dituzte.
- **Osasun arloko langileak** (5. atala). Osasun zerbitzuetan lan egiten duten pertsonak zehatzago ezagutzeko hurbilketa lana da, eta horretarako, batez ere arreta jasotzen duen biztanle kopurua edota eskura dauden baliabide materialak hartu dira kontuan. Osasun eskaintzarako hurbilketa ere egiten da, giza baliabideen kopurua aintzat hartuta.
- **Osasun laguntza** (6. atala). Osasun arloan arreta emateko eskarira bideratuta dauden baliabide materialak hartu dira batez ere oinarritzat, eta horiei buruzko informazioa ematen da. Ospitaleetako eskaintzari (oheak) eta horien inguruan

y a la actividad generada en torno a las mismas (altas hospitalarias).

- **Gasto en salud** (apartado 7). Incluye las referencias monetarias de la salud e ilustran con respecto del esfuerzo económico realizado en aras de dotarse de una oferta de servicios que atienda la demanda de la población. Refleja la existencia de distintos sistemas de atención en la salud, caracterizados por la distinta implicación del sector público como proveedor y/o financiador de dicho gasto.

En la salud, como en cualquier otro ámbito que se analice, la comparación internacional aporta una visión con claroscuros. Es muy útil, ya que permite ubicar un determinado resultado, aportando un marco comparativo de la variable a analizar. Pero, por otra parte, esta comparación se establece sobre una información que, a menudo, debe sus diferencias a los procesos de clasificación y recogida, entre otros. Los resultados obtenidos muestran que la posición global de la C.A. de Euskadi con relación a la salud es positiva ya que:

- **Es una de las sociedades más longevas.** La esperanza de vida al nacer de los vascos (77 años) y las vascas (84 años) supera los valores comunitarios (76 y 82 años). Con respecto del colectivo masculino es similar a los obtenidos en Alemania, Bélgica o el Reino Unido y participa del grupo de sociedades longevas en su colectivo femenino, como son Francia, España, Italia y Suiza. Todas ellas comparten la mejoría en este indicador, ampliando anualmente la esperanza de vida de las personas.
- **Con una baja tasa de mortalidad** (estandarizada). La C.A. de Euskadi, con 506 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, está muy por debajo de la media comunitaria (641). Además, la tasa de mortalidad femenina (363) es sensiblemente inferior a la masculina (687) y en ambos casos también está por debajo de los valores comunitarios (497 y 820). La C.A. de Euskadi y el conjunto de las sociedades europeas muestran una progresiva reducción de las tasas de mortalidad.
- **Así como una incidencia media de los factores que inciden negativamente en la salud**, entre los que destacan el tabaquismo y la obesidad. En la C.A. de Euskadi, una de cada cuatro personas es fumadora y con mayor incidencia entre los hombres que las mujeres. Se tiende a restringir el consumo en los espacios públicos, fomentando el abandono del hábito. Por otra parte, la C.A. de Euskadi registra entre el 10-15% de la población obesa, que, además, ha venido empeorando en los últimos años. En ambos indicadores, la situación de la C.A. de Euskadi es compartida con un número importante de sociedades europeas.
- **Con unos recursos humanos asociados a la atención de la salud similar a la de otros países del entorno.** La C.A. de Euskadi cuenta con 524 médicos facultados para las prácticas médicas con respecto de cada 100.000 habitantes, proporción similar a la de Dinamarca (518) e incluso superior a la de Alemania (494) o España (473). Por otra parte, registra unos resultados relativamente inferiores en la adscripción de personal medio por cama hospitalaria (3,1), aunque cercanos a Dinamarca, por ejemplo (3,8). En general, el número de facultativos y personal sanitario es creciente.
- **Así como una dotación de recursos y un nivel de eficiencia cercano a algunos de los países más avanzados.** La C.A. de Euskadi cuenta con 2,6 camas hospitala-

sortutako jarduerari (ospitaleetako altak) lotutako adierazleak aipatzen dira.

- **Osasun gastua** (7. atala). Osasunaren diru-erreferentziak azaltzen dira, hau da, biztanleen eskariari arreta emateko zerbitzuen eskaintza eduki ahal izateko behar den ahalegin ekonomikoa erakusten da. Osasun arloan arreta emateko mota askotako sistemak daude, sektore publikoak gastu horren hornitzaile edota finantzatzaile gisa esku hartzen badu.

Osasunean, aztertzen den beste edozein arlotan bezala, nazioarteko alderaketa eginez gero argiak eta ilunak dituen ikuspegia agertzen da. Alderaketa hori oso baliagarria da, aztertuko den aldagaia esparru batean alderatuta emaitza jakin bat lor daitekeelako. Baina, bestalde, alderaketa hori ezartzean aintzat hartzen den informazioa desberdina izan da sailkapen eta bilketa prozesuen (besteak beste) ondorioz. Emaitzen arabera, Euskal AEk oro har egoera positiboa du osasunari dagokionez. Arrazoiak:

- **Bizitza luzeena duen gizartea da.** EAEko gizonek (77 urte) eta emakumeek (84 urte) jaiotzean duten bizi-itxaropenak Europako Erkidegoko herrialdeen balioak (76 eta 82 urte) gainditzen ditu. Gizonezkoen artean, Alemania, Belgika edo Erresuma Batuko balioen antzekoak ditu; eta emakumezkoen dagokionez, Frantziak, Espainiak, Italiak eta Suitzak ere bizitza luzeak dituzte. Herrialde horietan guztietan hobetu da adierazlea, eta pertsonen bizi-itxaropena urtero gehitu da.
- **Heriotza tasa txikia** (estandarizatua). Euskal AEn 100.000 biztanle bakoitzetik 506 hiltzen dira; hau da, Europako Erkidegoko batezbestekoaren (641) aldean askoz gutxiago. Gainera, emakumeen heriotza tasa (363) gizonena (687) baino pixka bat txikiagoa da, eta bien tasa dago Europako Erkidegoko balioen azpitik (497 eta 820). Dena den, bai Euskal AEn bai Europako gizarte guztietan heriotza tasak pixkanaka txikitzen joan dira.
- **Osasunean eragin txarra duten faktoreen batez besteko garrantzia**, batez ere tabakismoarena eta gizentasuna-rena. Euskal AEn, lau pertsonatik bat erretzailea da; emakumeak baino erretzaileagoak dira, gainera, gizonak. Egun, gune publikoetan erretzea mugatzeko joera dago, erretzeko ohitura alde batera uzteko bultzatuz. Bestalde, Euskal AEko biztanleen % 10 - % 15 bitartean gizona da; azken urteotan kopuru hau gehitu egin da. Euskal AEk bi adierazle horietan duen egoera Europako hainbat gizartetan ere eman da.
- **EAEko osasun arretari lotutako giza baliabideak inguruko beste herrialde batzuen antzekoak dira.** Euskal AEn, 100.000 biztanle bakoitzeko 524 mediku daude. Ehuneko hori Danimarkakoaren (518) antzekoa da, baina Alemania (494) edo Espainiako (473) ehunekoak gainditzen ditu. Bestalde, ospitaleko ohe bakoitzeko batez beste dagoen langile kopurua txikia da (3,1); baita Danimarkakoa ere, adibidez (3,8). Oro har, mediku eta osasun arloko langile kopurua gero eta handiagoa da.
- **Baliabideen hornidura eta eraginkortasun maila herrialde aurreratuenean antzekoak dira.** Euskal AEk 2,6 ohe ditu ospitaleetan (gaixo akutuentzat) 1.000 biztanle

rias (agudos) por cada 1.000 habitantes, cifra similar a la registrada en Reino Unido (2,6), Canadá (2,7) o Dinamarca (2,9). Por otra parte, el indicador de altas hospitalarias sitúa a la C.A. de Euskadi en valores relativamente bajos (13.887) y similar al de Reino Unido, por ejemplo (13.541). En ambos indicadores (camas y altas hospitalarias), la comparabilidad internacional es relativa, debido a la dificultad de deslindar los servicios netamente curativos del componente de larga estancia, más ligado a las situaciones de dependencia o cronificación, entre otros. Por último, en general, la C.A. de Euskadi, al igual que las economías del entorno equilibra la demanda creciente de salud con la mayor eficacia médica, que reduce la estancia y la necesidad de camas, con la presencia creciente de los servicios de hospital de día, hospitalización a domicilio y el acortamiento generalizado de los protocolos.

- **Y un gasto en salud crecientemente consolidado.** El gasto en salud de la C.A. de Euskadi, como porcentaje del PIB o el gasto corriente per cápita, son el 6,9% y 2.446 dólares (en paridad de poder de compra). Ambas cifras son ligeramente inferiores a la mayoría de los países del entorno de las economías avanzadas tomadas como referencia y que se sitúan en el 8-9% y los 3.200 dólares, respectivamente. Estas ratios ilustran el esfuerzo realizado con respecto de la capacidad de generar riqueza económica en la C.A. de Euskadi, si bien conviene tener en consideración el tamaño y el grado de apertura exterior de la economía en cuestión, que puede estar condicionando el resultado obtenido.

Además, es importante señalar que la salud de la población es el resultado final de factores genéticos, económicos, sociales y culturales. Es por ello por lo que, superados ciertos umbrales, un mayor gasto en salud no se traduce necesariamente en el resultado de una mejor salud de la población atendida.

La situación de la C.A. de Euskadi en esta panorámica internacional de la salud pone de manifiesto los positivos resultados obtenidos con relación a los indicadores de salud efectiva, como es la esperanza de vida, y confirma que se trata de una oferta sanitaria que en lo que se refiere a las camas disponibles y/o los recursos humanos, es similar a otras economías avanzadas. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que se trata de modelos sanitarios diferentes referidos a sociedades con distintos grados de desarrollo económico, social y de hábitos, por lo que, en general, es necesario ser cauteloso en las conclusiones que se elaboren, especialmente si se consideran los indicadores de forma independiente.

Todas las instituciones participantes realizan importantes esfuerzos en la homologación de las definiciones y recogida de la información con relación a los indicadores de salud considerados. Pero, pese a ello, es posible que algunas de las diferencias obtenidas tengan su base en aspectos metodológicos y no sean diferencias en sí mismas. Con todo, el interés y la utilidad del análisis son evidentes y contribuye al conocimiento de la realidad de la salud.

Finalmente, la C.A. de Euskadi se caracteriza por la longevidad y envejecimiento de su población, así como un creciente nivel de desarrollo económico y social. Ambos grupos de factores contribuyen al aumento de la demanda de salud con la consiguiente presión sobre el sistema sanitario, público y privado.

bakoitzeko; kopuru hori Erresuma Batuan (2,6), Kanadan (2,7) edo Danimarkan (2,9) erregistratutakoen antzekoa da. Bestalde, Euskal AEko ospitaleetako alten adierazlea nahiko baxua da (13.887); baina Erresuma Batua antzekoa da, adibidez (13.541). Bi adierazle horietan (ohe kopurua eta ospitaleetako altak), nazioarteko alderaketa erlatiboa da, zaila delako soilik sendatzeko diren zerbitzuak egonaldi luzearen osagaitik bereiztea; azken hau, hain zuzen, mendekotasuna edo kronikotasuna bezalako egoerei dago lotuago. Azkenik, oro har, Euskal AEk osasunaren gainean dagoen gero eta eskari handiagoa medikuntzaren eraginkortasun handiagoarekin orekatzen du, inguruko ekonomiak egiten ari diren bezalaxe. Hau da, egonaldia laburtu eta behar den ohe kopurua gutxitzen du, eguneko ospitaleko zerbitzuek gero eta agerpen handiagoa dute, gaixoak etxean ospitaleratzen dira eta protokoloak orokorrean laburtu egiten dira.

- **Osasun gastua gero eta finkatuago dago.** Euskal AEko osasun gastua % 6,9koa eta 2.446 dolarrekoa da (erosteko ahalmenaren parekotasunean), BPGren ehunekoa edo biztanleko gastu arrunta emanek. Kopuru horiek ekonomia aurreratuenak dituzten inguruko herrialde gehienetakoak (erreferentziatzat hartu direnetakoak) baino txikiagoak dira: % 8 - % 9koak eta 3.200 dolarrekoak. Ratio horiek erakusten dute Euskal AEn aberastasun ekonomikoa sortzeko gaitasunari dagokionez ahalegina egin dela; baina, hala ere, kontuan hartu behar da ekonomia horren tamainak eta kanporako irekiera mailak agian emaitzan eragina izan dutela.

Gainera, garrantzitsua da azpimarratzea biztanleen osasuna faktore genetikoen, ekonomikoen, sozialen eta kulturalen azken emaitza dela. Horregatik, hasierakoak gainditu ostean, osasun gastu handiagoak ez du zertan ekarri behar arreata jasotzen duten biztanleek osasuntsuago egotea.

Euskal AEk osasunaren nazioarteko alderaketa honetan duen egoerak benetako osasunaren adierazleen gainean (bizi-itxaropena, adibidez) lortu diren emaitza positiboak erakusten ditu. Erabilgarri dagoen ohe kopuruari edota giza baliabideei dagokionez, osasun eskaintza hori beste ekonomia aurreratu batzuen antzekoa da. Baina garapen ekonomikoa eta sozial eta ohituren garapen ezberdinak dituzten giza-erakundeak dira eta, ondorioz, osasun eredu ezberdinak dituzte; horregatik, orokorrean zuzentzeko jokatu behar da ondorioak ateratzean, batez ere adierazleak bereizita aztertzen badira.

Parte hartzen duten erakunde guztiek egin dute aztertutako osasun adierazleen definizioak homologatzeko eta horien informazioa biltzeko ahalegin handia. Baina hala ere gerta daiteke lortutako ezberdintasun batzuen oinarria ezaugarri metodologikoak izatea eta, berez, ezberdintasunak ez izatea. Hori gorabehera, azterketaren interesa eta erabilgarritasuna nabarmenak dira eta osasunaren errealitatea ezagutzen lagunduko digute.

Amaitzeko, Euskal AEko ezaugarri nagusienak biztanleen bizitza luzea eta zahartzea dira, baita garapen ekonomikoa eta sozial gero eta handiagoa ere. Faktore-multzo bi horiek osasun eskaria gehitzen dute eta, ondorioz, osasun sistema (publikoa eta pribatua) estutzen dute.

5.2. CONTEXTO

5.2.1. Población y su evolución¹

La población de la UE-27 supera los 497 millones de habitantes e integra a países con tamaños muy diferentes. Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España son los países con mayor dimensión y conjuntamente aportan el 61% del total de habitantes comunitarios. Tienen más de 45 millones de habitantes e integran el grupo de «países grandes», al que se acerca Polonia (38 millones), incluso Rumania (21 millones) y/o Países Bajos (16 millones).

Los países medianos (nueve países) tienen una población que oscila entre los 8 y los 15 millones de habitantes. Dentro de este grupo se incluye a Grecia, Bélgica, Portugal, República Checa y Hungría (10-11 millones), y Suecia, Bulgaria y Austria (8-9 millones de habitantes), entre otros.

Nueve países tienen menos de 8 millones de habitantes, que a su vez integra dos subgrupos. De una parte, Noruega y Finlandia, Eslovaquia y Dinamarca, en torno a los 5 millones, seguidos de Irlanda, Lituania, Letonia, Eslovaquia y Estonia, con menos de cinco millones de habitantes.

La población total de la EU-27 ha crecido en torno al 0,4% de media anual desde 2000. En general, e independientemente de su tamaño, la mayoría de los países considerados muestran un perfil de crecimiento endógeno medio-bajo, con valores de crecimiento de la población del +/-1%. Son sociedades con una demografía madura.

Este resultado general incluye las altas cifras de crecimiento anual registradas en Irlanda y España (por encima del 1,5% anual) mientras que otras áreas, especialmente entre los antiguos países del Este de Europa, han recortado su población, como ha ocurrido en Bulgaria (-7% entre 2000-2008). La C. A. de Euskadi se encuentra en el grupo que gana población, si bien muy levemente (0,5%) y, en los últimos años, el aporte de población inmigrante ha compensado el saldo vegetativo negativo.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Se consideran residentes las personas que han vivido en la misma residencia durante al menos 12 meses antes de la fecha de referencia y aquellos que se establecieron en su nueva residencia por lo menos 12 meses antes de la citada fecha.

5.2. TESTUINGURUA

5.2.1. Biztanleak eta horien bilakaera¹

497 milioi biztanle baino gehiago daude EB-27n, tamaina oso ezberdineko herrialdeetan banatuta. Alemania, Frantzia, Erresuma Batua, Italia eta Espainia dira herrialde handienak; horietan guztietan Europako Erkidegoko biztanle guztien % 61 dago. Guztira 45 milioi biztanle baino gehiago dituzte eta «herrialde handien» taldea osatzen dute. Polonia (38 milioi) talde horretatik hurbil dago, baita Errumania (21 milioi) edota Herbehereak (16 milioi) ere.

Tamaina ertaineko herrialdeetan (bederatzi herrialde) 8 eta 15 milioi biztanle artean daude. Talde honen barruan sartzen dira Grezia, Belgika, Portugal, Txekiar Errepublika eta Hungaria (10-11 milioi), eta Suedia, Bulgaria eta Austria (8-9 milioi biztanle), besteak beste.

Bederatzi herrialdeetan 8 milioi biztanle baino gutxiago daude, eta horien artean bi azpitalde bereiz daitezke. Alde batetik, Norvegia eta Finlandia, Eslovakia eta Danimarka, 5 milioi biztanle ingururekin; eta, bestetik, Irlanda, Lituania, Letonia, Eslovakia eta Estonia, bost milioi biztanle baino gutxiagorekin.

EB-27ko biztanle kopuru osoa % 0,4 inguru gehitu da urtean batez beste, 2000. urtetik aurrera. Oro har, eta tamaina kon-tuan hartu gabe, aztertu diren herrialde gehienek hazkunde profil endogeno ertaina-txikia dute, eta biztanle kopuruaren hazkundearen balioak +/- % 1 dira. Demografia heldua duten gizarteak dira.

Eraitza orokor horren barruan sartzen dira Irlandan eta Espainian (%1,5 urtean) izandako urteko kopuru altuak. Beste eremu batzuetan, aldiz, batez ere Europako ekialde zaharreko herrialdeetan, biztanle gutxiago daude: Bulgarian adibidez (-%7 2000/2008 artean). Euskal AEn biztanleria hazi egin da, baina oso gutxi (%0,5); azken urteetan migrazioak konpen-tsatu du saldo begetatibo negatiboa.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Egoiliarak dira, erreferentzia eguna baino lehen gutxienez 12 hilabetetan zehar egoitza berean bizi izan diren pertsonak, baita egun hori baino lehen gutxienez 12 hilabetetan zehar egoitza berrian ezarri direnak ere.

¹ Fuente: Eurostat y Eustat (Indicadores demográficos).

¹ Iturria: Eurostat eta Eustat (Adierazle demografikoak).

Gráfico 1
Población por países (miles). 2008

1. grafikoa
Herrialde bakoitzeko biztanle kopurua (milaka). 2008

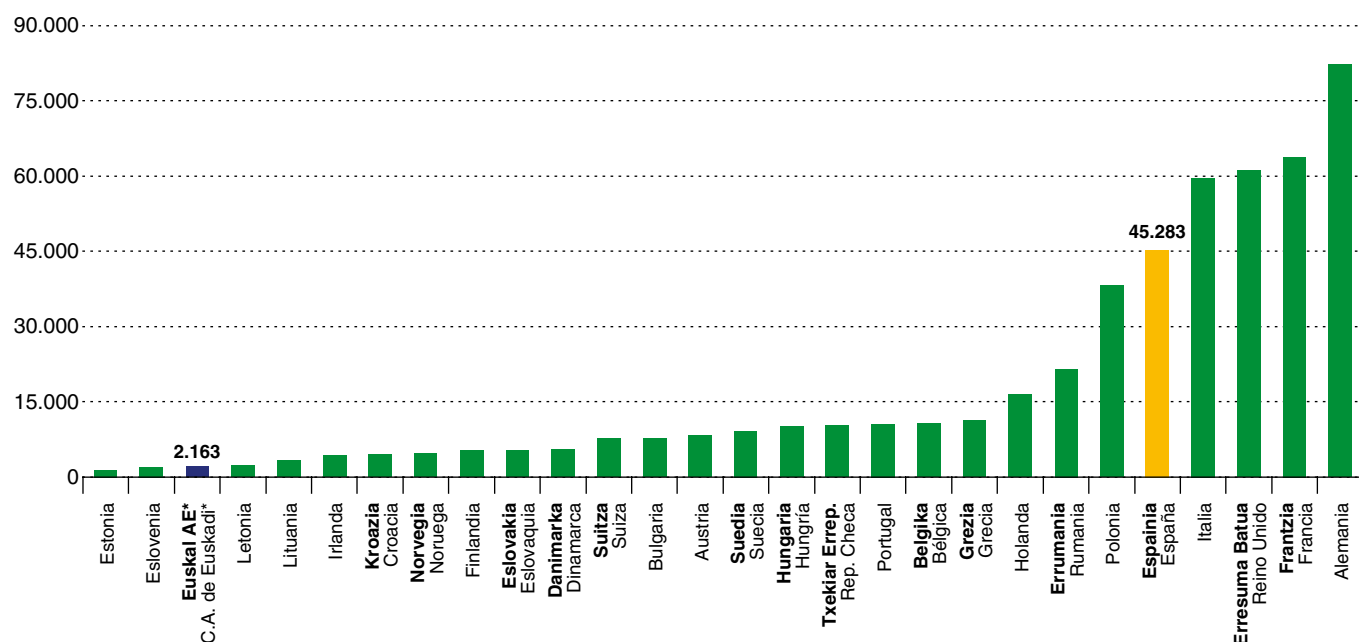
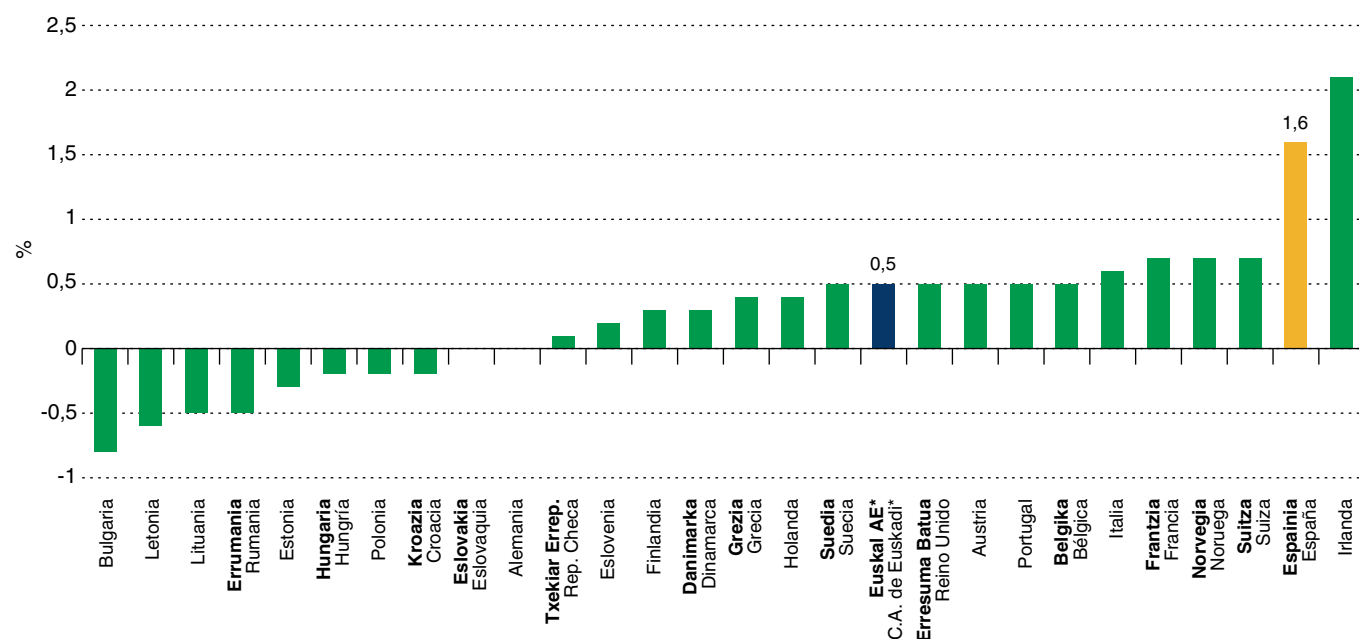


Gráfico 2
Variación media anual en la población (%).
2000-2008

2. grafikoa
Biztanle kopuruaren urteko batezbestekoaren
aldakuntza (%). 2000-2008



5.2.2. Población mayor y población infantil²

La composición de la población resulta fundamental con relación a la salud y la oferta sanitaria. Permite delimitar el tamaño potencial de los dos colectivos de atención o necesidad de cuidados preferentes, como son los menores de 14 años (atención pediátrica) y las personas de 65 y más años que conforman un colectivo que requiere, por su incidencia, cronificación y rehabilitación, un amplio panel de recursos y demanda sanitaria, con un coste que es entre 4 y 12 veces superior al resto de la población.

Por lo tanto, el conocimiento de la estructura por edad de cada país permite conocer la demanda potencial actual que representan estos colectivos, tratando de calibrar los diferentes niveles de exigencia al que hace y tendrá que hacer frente cada sistema.

Los datos expuestos muestran que la población infantil representa el 15,7% del total de la UE-27, registrando un retroceso gradual desde el 2000 (17,3%). Un total de ocho países supera holgadamente la media comunitaria y los máximos valores corresponden a Irlanda, Francia o Dinamarca con más del 18% de población infantil. En torno a la media comunitaria (15-16%) están otros ocho países, principalmente de la antigua Europa del Este. Y finalmente, con menos del 15% de población infantil se incluye a la C.A. de Euskadi, Bulgaria, Alemania, Letonia o Eslovenia, que registran proporciones inferiores al 14%.

La población de más de 65 años representa el 17% de la población de la UE-27, porcentaje que viene experimentando crecimientos constantes desde 2000 (15,6%). La C.A. de Euskadi, junto con Alemania, Italia y Grecia, presenta los mayores porcentajes de población mayor, con índices que superan el 18,5%. Por el contrario, en Italia o Eslovaquia se registran valores inferiores al 11%. En la mayoría de los países, su peso relativo se sitúa entre el 14 y el 18% (19 países), entre los que se encuentra España (16,6%).

En definitiva, la C.A. de Euskadi muestra un perfil claramente envejecido con una cuota creciente de las personas de más de 65 años y reduciendo la población infantil —el recambio social—, con el evidente impacto presente y futuro en la demanda y atención de la salud.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Las cifras de población se refieren a la población residente en un determinado país con fecha de 1 de enero de cada año (en ocasiones, la fecha de referencia es el 31 de diciembre del año precedente).
- Se considera población infantil aquella que tiene de 0 a 14 años (ambos inclusive). Como población mayor se ha considerado aquella que tiene 65 años o más.

5.2.2. Adinekoak eta umeak²

Osasuna eta osasun eskaintza aztertzean biztanleen osaketa funtsezkoa da. Arreta eta zaintza jasotzeko lehentasuna duten bi kolektiboen tamaina zehazten laguntzen digute: 14 urtetik beherakoak (pediatriako arreta) eta 65 urteko eta gehiagoko pertsonak. Izan ere, kolektibo honen eragina, kronikotasuna eta errehabilitazioa kontuan hartuta, osasun baliabide eta eskari ugari behar dute eta horien kostua beste biztanle guztiena baino 4 eta 12 aldiz handiagoa da.

Beraz, herrialde bakoitzeko biztanleak adinaren arabera egituratuz gero, kolektibo horiek egun zein eskari duten jakiteaz gainera sistema bakoitzak dituen eta edukiko dituen eskakizun mailak aztertu ahal dira.

Datuen arabera, EB-27ko biztanle guztien % 15,7 umeak dira; 2000. urtearen aldean (% 17,3) kopurua txikitu egin da. Zortzi herrialdek gainditzen dute, aise, Europako Erkidegoaren batezbestekoa. Balio handienak Irlandak, Frantziak edo Danimarkak dituzte, % 18tik gorako ume kopuruarekin. Europako Erkidegoko batezbestekotik (% 15 - % 16) hurbil daude beste zortzi herrialde, batez ere Europako ekialde zaharreko herrialdeak. Eta, azkenik, Euskal AEn % 15 baino gutxiago umeak dira; eta Bulgarian, Alemanian, Letonian edo Eslovenian % 14 baino gutxiago.

EB-27ko biztanle guztien % 17 65 urtetik gorako biztanleak dira; 2000. urtearen aldean biztanle kopuru hori etengabe handitzen joan da (% 15,6). Euskal AEn, Alemanian, Italian eta Grezian dago adineko gehien, % 18,5etik gora. Baina Italian edo Eslovakian % 11 baino gutxiago dira adinekoak. Herrialde gehienetan pisu erlatiboa % 14 eta % 18 artekoa da (19 herrialde), eta Espainia da horietako bat (% 16,6).

Azken batean, Euskal AEk profil adindun argia du: 65 urteko biztanle gero eta gehiago du eta ume gero eta gutxiago —gizartearen ordezkioak—. Nabarmen, horrek osasunaren eskaria eta emandako arretan eragina du eta izango du.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Dagokion urteko urtarilaren 1etik aurrera herrialde jakin batean bizi den biztanle kopurua hartu da aintzat (batzuetan, aurreko urteko abenduaren 31 izaten da erreferentziako data).
- 0 eta 14 urte (biak barne) arteko biztanleak hartzen dira umetzat. 65 urteko eta gehiagoko biztanleak hartzen dira adinekotzat.

² Fuente: Eurostat y Eustat (Indicadores demográficos).

² Iturria: Eurostat eta Eustat (Adierazle demografikoak).

Gráfico 3
Proporción de población menor de 15 años (%). 2008

3. grafikoa
15 urtetik beherako biztanle kopurua (%). 2008

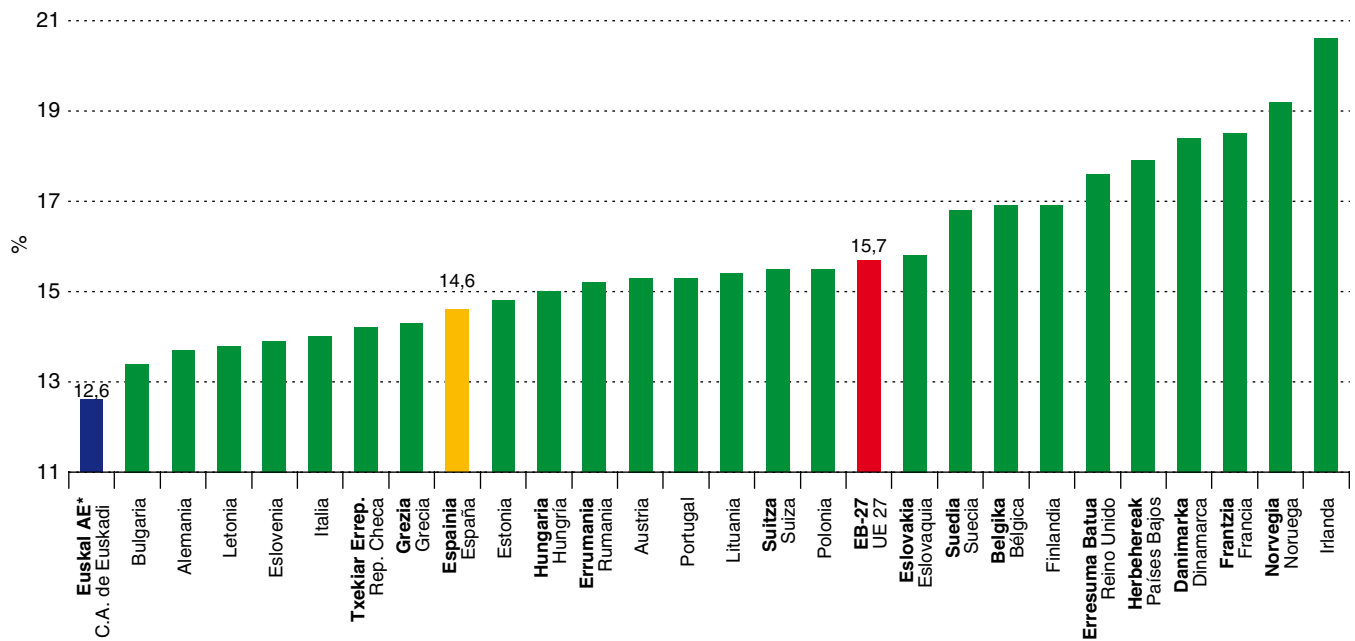
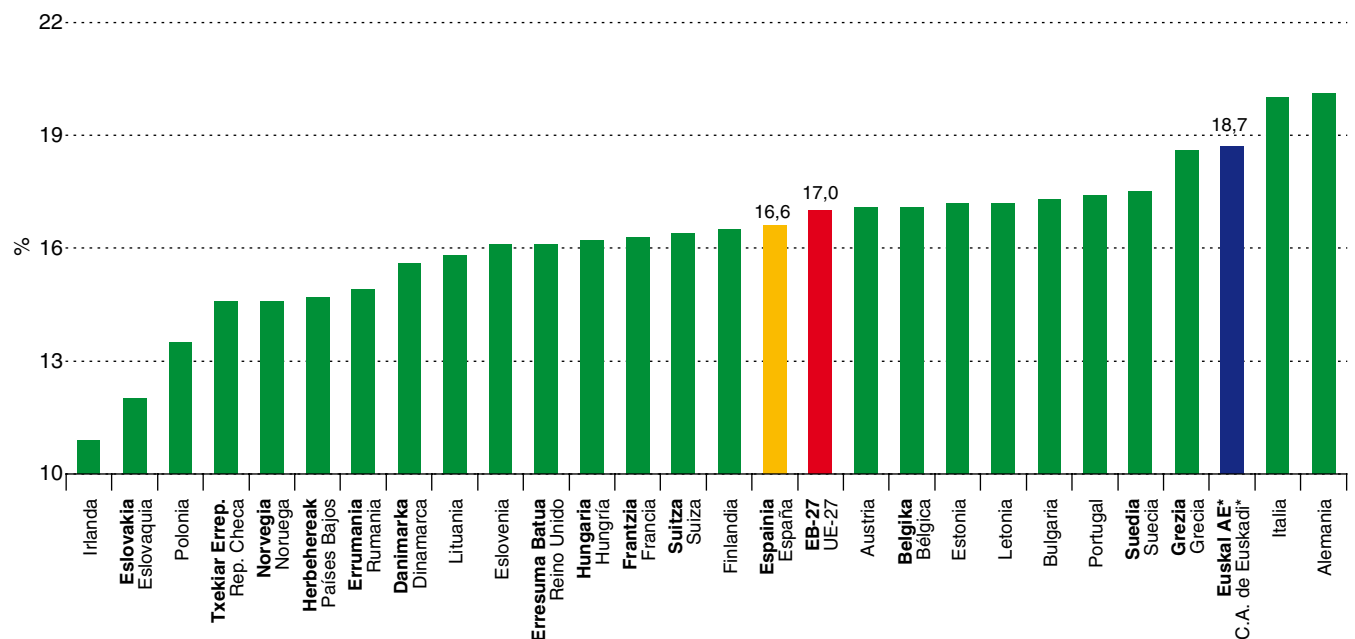


Gráfico 4
Proporción de población igual y mayor de 65 años (%). 2008

4. grafikoa
65 urteko eta gehiagoko biztanle kopurua (%). 2008



5.2.3. Esperanza de vida y renta per cápita³

La consideración conjunta de la renta per cápita y la esperanza de vida muestra, en primer lugar, un hecho contrastado y es que en todos los países considerados la esperanza de vida femenina supera la masculina en al menos tres años.

Los países de la antigua Europa del Este registran menores valores en la esperanza de vida al nacer, tanto para los hombres como las mujeres y todavía generan una menor riqueza per cápita dentro del conjunto de la UE-27. Por el contrario, países como Suiza, Austria o Francia, muestran la situación contraria, con altos valores en ambos indicadores.

No obstante, además de los factores directamente económicos, es evidente que en la esperanza de vida inciden otros factores que pueden ser genéticos, sociales, culturales o de hábitos de las personas que contribuyen a la mejor salud y alargamiento de la vida.

Así, países como Dinamarca, Irlanda o Noruega destacan por el alto valor registrado en el PIB per cápita y esperanza de vida que, así y todo, sería menor que la esperable, dado su nivel de desarrollo económico. Y, en sentido inverso, otros países o sociedades que muestran una menor generación de riqueza en términos relativos a su población como son España, Italia o la C.A. de Euskadi alcanzan unos valores de esperanza de vida, tanto en el colectivo masculino como femenino, superiores a las esperadas si únicamente se atendiera al criterio económico mencionado.

La C.A. de Euskadi ocupa en términos de renta per cápita la posición 11 (UE-27) mientras que con relación a la esperanza de vida femenina participa con cinco países en el mejor valor (84 años) y con relación a la masculina está en la posición octava (77 años).

Definiciones y comparabilidad internacional

- La esperanza de vida al nacer mide el número medio de años que se espera viva un recién nacido, habida cuenta del conjunto de tasas de mortalidad por edades en ese momento dado.
- El PIB per cápita calcula la riqueza total generada por una nación en relación a la población de esa nación. Se trata de un indicador comúnmente usado para estimar la riqueza económica de un país.

5.2.3. Bizi-itxaropena eta biztanleko errenta³

Biztanleko errenta eta bizi-itxaropena batera aztertuz gero, hasteko, kontraste bat aurkitzen dugu: azertu diren herrialde guztietan bizi dira emakumeak gizonak baino gutxienez hiru urte gehiago.

Europako ekialde zaharreko herrialdeetan jaiotzean bizi-itxaropenaren balio txikiagoak dituzte, bai gizonen bai emakumeen; eta EB-27 osoan biztanleko aberastasun are txikiagoa dute. Suitzak, Austriak edo Frantziak, aldiz, beste-lako datuak dituzte: bi adierazleak dituzte altuak.

Zuzenean ekonomikoak diren faktoreez gainera, agerikoa da beste faktore batzuek ere badutela eragina bizi-itxaropenean: genetikoak, sozialak, kulturalak edo pertsonen ohiturenak, adibidez. Azken faktore hauek guztiek osasuntsuagoak izaten eta bizia luzatzen lagun dezakete.

Azpirarratzekoa da Danimarka, Irlanda edo Norvegia herrialdeek biztanleko BPGn eta bizi-itxaropenean dituzten balio altuak; hala ere, haien garapen ekonomikoaren maila ikusita, balio altuagoak eduki beharko lituzkete. Beste aldean, biztanleei dagokienez balio erlatiboetan aberastasun gutxiago sortu duten herrialdeak edo gizarteak (Espainiak, Italiak edo Euskal AEk, esaterako) soilik arestian aipatutako garapen ekonomikoa aintzat hartuta izango zituzten balioak baino altuagoak dituzte gizonen nahiz emakumeen bizi-itxaropenean.

Biztanleko errentari dagokionez, Euskal AE 11.a da (EB-27); emakumeen bizi-itxaropenari dagokionez beste bost herrialderekin batera balio altuena du (84 urte) eta gizonen bizi-itxaropenari dagokionez zortzigarrena da (77 urte).

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

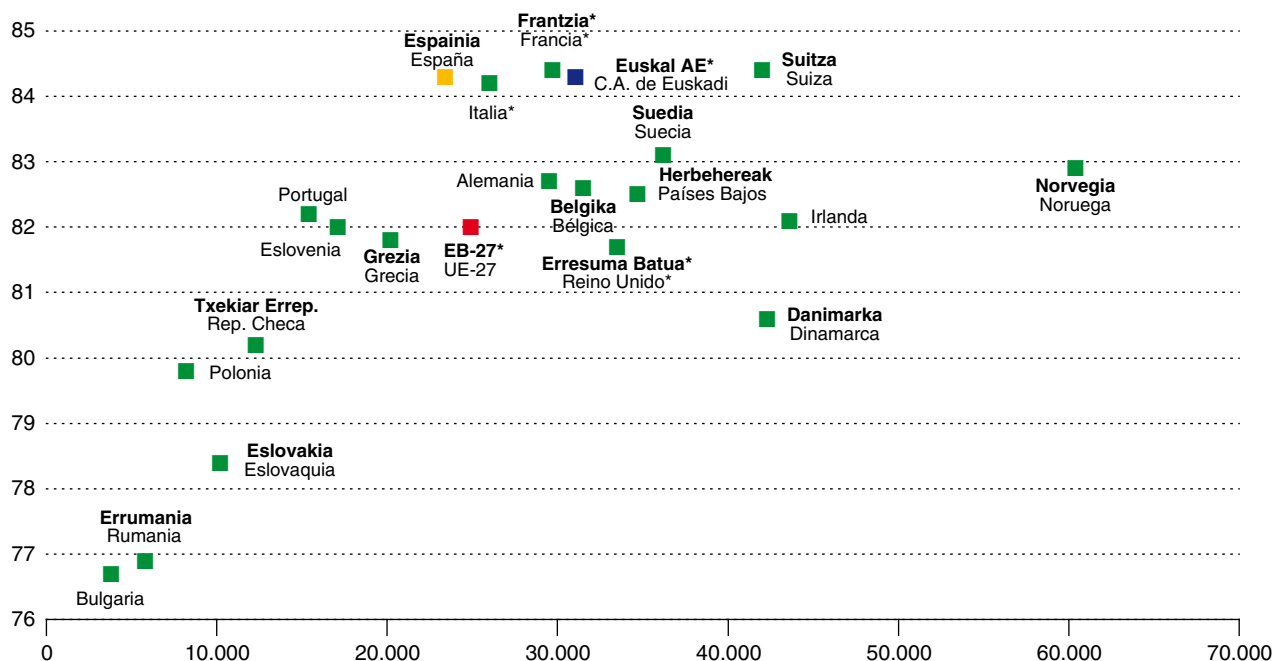
- Bizi-itxaropena jaiotzean: jaioberri bat batez beste bizi izango den urte kopurua neurtzen du, une horretan adin-tarte bakoitzean dagoen heriotza tasa kontuan hartuta betiere.
- Biztanleko BPGk nazio baten aberastasun osoa kalkulatzen du, haren biztanle kopuruaren arabera. Adierazle hau erabiltzen da herrialde baten aberastasun ekonomikoa zenbatesteko.

³ Fuente: Eurostat y Eustat (Indicadores demográficos y Cuentas económicas).

³ Iturria: Eurostat eta Eustat (Adierazle demografikoak eta Kontu ekonomikoak).

Gráfico 5
Esperanza de vida femenina al nacer
y renta per cápita. 2007

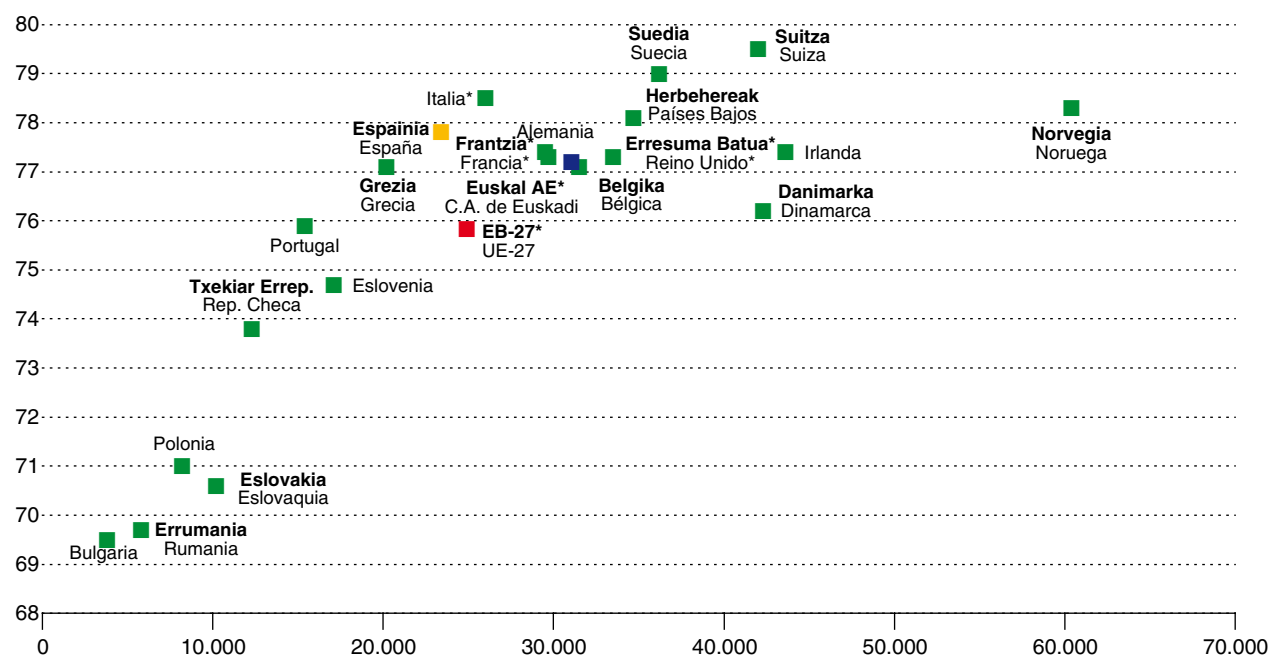
5. grafikoa
Emakumeek jaiotzean duten bizi-itxaropena
eta biztanleko errenta. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

Gráfico 6
Esperanza de vida masculina al nacer
y renta per cápita. 2007

6. grafikoa
Gizonek jaiotzean duten bizi-itxaropena
eta biztanleko errenta. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

5.3. ESTADO DE SALUD

5.3.1. Esperanza de vida al nacer⁴

La esperanza de vida al nacer en los países comunitarios es 82 años para las mujeres y 76 años para los hombres. Estas cifras se han incrementado sensiblemente en los últimos años y tan sólo en el quinquenio 2002-2006 han aumentado en 1,3 y 1,1 años para los hombres y mujeres, respectivamente.

La mejoría de los estándares de vida para capas más amplias de la población, la difusión del acceso a los servicios sanitarios y las mejores pautas de comportamiento para la salud de las personas son las razones que justifican la creciente longevidad.

Los resultados recogidos muestran la mayor esperanza de vida femenina en todos los países. En la C.A. de Euskadi, España, Francia, Italia y Suiza, es de 84 años y en seis países más se supera los 82 años (Finlandia, Alemania, Bélgica, Austria, Noruega y Suecia).

Por otra parte, los mejores registros con respecto de la esperanza de vida masculina corresponden a Suiza, Italia, Austria, Países Bajos, Noruega, España y Suecia, con valores comprendidos entre los 78 y los 80 años. Próximo a este grupo se sitúa la C.A. de Euskadi (77 años).

Los países de la antigua Europa del Este son los que cuentan con menores valores en la esperanza de vida. En concreto, en la mayoría de estos países –con la excepción de la República Checa que cuenta con cifras algo más elevadas– la esperanza de vida femenina es inferior a los 80 años y la masculina no supera los 72.

Finalmente, cabe destacar la positiva situación de los países del arco mediterráneo, en los que concurren las esperanzas de vida femeninas especialmente elevadas y superiores en todos los casos a los 84 años, grupo al que pertenece la C.A. de Euskadi.

Definiciones y comparabilidad internacional

- La esperanza de vida al nacer mide el número medio de años que se espera viva un recién nacido, teniendo en cuenta el conjunto de tasas de mortalidad por edades en ese momento dado.

5.3. OSASUN EGOERA

5.3.1. Bizi-itxaropena jaiotzean⁴

Europako Erkidegoko herrialdeetan, jaiotzen diren haurren bizi-itxaropena 82 urtekoa da emakumezkoen artean eta 76 urtekoa gizonezkoen artean. Azken urteotan adina pixka bat igo da; izan ere, soilik 2002-2006 bosturtekoan 1,3 eta 1,1 urte (gizonak eta emakumeak, hurrenez hurren) igo da kopuru hori.

Biztanleak gero eta zaharragoak dira askok bizi-estandar hobetoak dituelako, osasun zerbitzuen erabilera areagotu delako eta pertsonen osasunera begira portaera-jarraibide egokiagoa ematen delako.

Bildutako datuen arabera, emakumeek gizonek baino bizi-itxaropen luzeagoa dute herrialde guztietan. Euskal AEn, Espainian, Frantzian, Italian eta Suitzan 84 urtekoa da bizi-itxaropena, eta beste sei herrialdeetan (Finlandia, Alemania, Belgika, Austria, Norvegia eta Suedia) 82 urtetik gorakoa.

Bestalde gizonen bizi-itxaropen altuena Suitzan, Italian, Austrian, Herbehereetan, Norvegian, Espainian eta Suedian eman da: 78 eta 80 urte bitarteko balioekin. Talde honetatik gertu dago Euskal AE (77 urte).

Europako ekialde zaharreko herrialdeetan dago bizi-itxaropenik laburrena. Herrialde horietako gehienetan –Txekiar Errepublikan izan ezik, honek balio altuagoak dituelako– emakumeen bizi-itxaropena 80 urtetik beherakoa da eta gizonena 72 urtekoa gehienez ere.

Azkenik, mediterraneoko herrialdeetan, emakumeen bizi-itxaropena bereziki altua da; herrialde guztietan da 84 urtetik gorakoa. Euskal AE talde horretan sartzen da.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

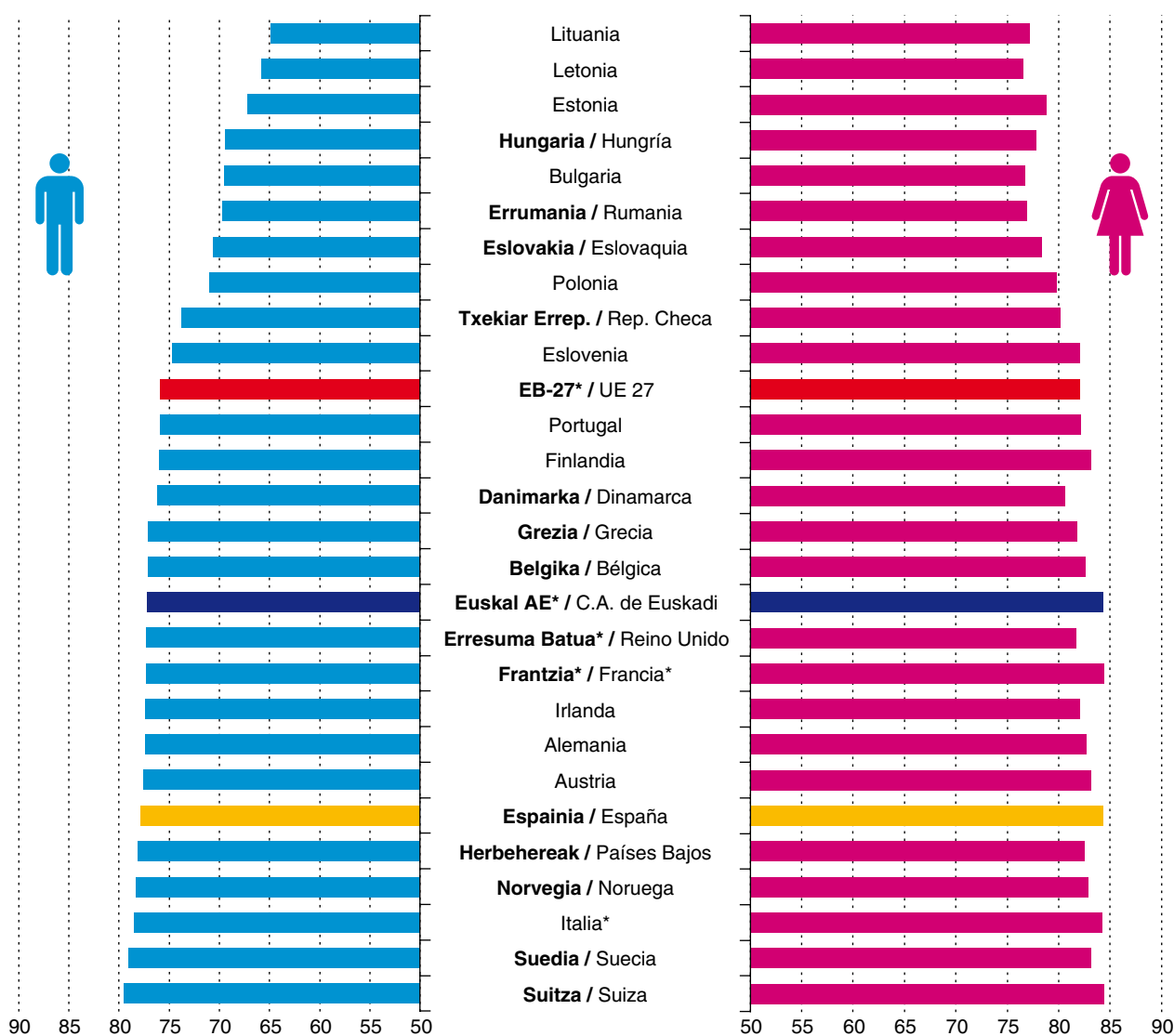
- Bizi-itxaropena jaiotzean: jaioberri bat batez beste bizi izango den urte kopurua neurtzen du, une horretan adin-tarte bakoitzean dagoen heriotza tasa kontuan hartuta betiere.

⁴ Fuente: Eurostat y Eustat (Indicadores demográficos).

⁴ Iturria: Eurostat eta Eustat (Adierazle demografikoak).

Gráfico 7
Esperanza de vida masculina y femenina
al nacer. 2007

7. grafikoa
Gizonen eta emakumeen bizi-itxaropena
jaiotzean. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

5.3.2. Tasa de mortalidad⁵

La tasa de mortalidad es de 968 personas por cada 100.000 habitantes para el conjunto de la UE-27 (2006). Las diferencias entre países son notables: Irlanda o Luxemburgo registran valores inferiores a los 800 fallecimientos, mientras Bulgaria, Letonia o Lituania, superan incluso la cifra de 1.300 muertes. Países como Suecia, Alemania y Polonia, registran valores en torno a la media de la UE, mientras que la C. A. de Euskadi y España, se sitúan por debajo, con tasas de 872 y 824 fallecimientos respectivamente, y ligeramente por encima de países como Francia, Suiza o los Países Bajos.

Las diferencias por género son importantes, de forma que la tasa de mortalidad es inferior para el colectivo femenino (943) frente al masculino (993). Estas diferencias por género no se mantienen en todos los países detectándose dos tipos de grandes resultados.

De una parte, el grupo de países con una tasa de mortalidad femenina sensiblemente superior a la masculina, como ocurre en países como Suecia, Alemania, Austria, Reino Unido o Noruega. Y, por el contrario, en el otro grupo de países, principalmente del Este de Europa, las diferencias entre ambas tasas son más amplias y superiores en su componente masculino, como es en el caso de Polonia, con una tasa masculina de 1.098 y una femenina de 888.

Para el conjunto de UE-27 las tasas de mortalidad se ha reducido progresivamente, desde 2000 hasta la actualidad (-3,3%), pasando de 1001 fallecimientos (2000) a los 968 actuales. De hecho en veintidós de los países analizados, el indicador se ha reducido y en once, dicha reducción es superior al 5%, siendo especialmente destacado el caso de Irlanda, donde el descenso ha alcanzado el 21%. Por otra parte, la C.A. de Euskadi (2,5%), junto con Bulgaria, Polonia, Eslovaquia, Grecia y Rumania, registran un incremento en su tasa de mortalidad.

Entre los factores explicativos de estas diferencias entre países se encuentran la propia estructura demográfica, su desarrollo económico y social, la posición relativa en el fenómeno migratorio (país receptor/emisor) o la incidencia de ciertos hábitos y costumbres de riesgo, entre otros. No obstante, y tal y como se ha señalado, la evolución de este indicador muestra la mejora social y sanitaria registrada que es compartida.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos de número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país. La población de referencia se calcula en base a la población a mitad de año residente en cada país.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción.

5.3.2. Heriotza tasa⁵

EB-27ko herrialde guztietan 100.000 biztanle bakoitzeko 968 pertsonako heriotza tasa izan da (2006). Baina herrialdeen artean ezberdintasun handiak daude: Irlandan edo Luxemburgoen 800 pertsona baino gutxiago hil dira; Bulgarian, Letonian edo Lituaniar, aldiz, 1.300 hildakotik gora izan da. Suecía, Alemania eta Polonian EBren batezbestekoaren ingurukoak dira baloreak; Euskal AE eta Espainia azpitik daude, 872 eta 824ko tasekin, eta Frantzia, Suitza eta Herbehereetako tasen pixka bat gainetik.

Generoa bereiztean, gainera, ezberdintasun handiak eman dira: emakume gutxiago (943) eta gizon gehiago (993) hiltzen da. Generoaren arabera ezberdintasun horiek ez dira berdín eman herrialde guztietan; joera handi bi bereizten dira.

Batetik, hildako emakumeen kopurua gizonena baino pixka bat handiagoa duten herrialdeak daude: Suedia, Alemania, Austria, Erresuma Batua edo Norvegia. Eta, bestetik, hildako gizonen kopurua emakumeena baino askoz handiagoa duten herrialdeak daude, batez ere Europako ekialde zaharrekoak: Polonia, adibidez, 1.098 gizon eta 888 emakume hiltzean.

27-EBn heriotza tasa pixkanaka txikitu egin da 2000.etik gaur arte (%-3,3); 1001 hildakoetatik (2000) gaur eguneko 968etara. Izan ere, aztertutakoetatik hogeita bitan adierazlea murriztu egin da, eta hamaikatan %5etik gora; bereziki Irlandan, %21eko murrizketarekin. Euskal AEn (%2,5), Bulgarian, Polonian, Eslovakian, Grezian eta Errumanian hazi egin da hilkortasun tasa.

Herrialdeen artean eman diren alde horiek azaltzeko faktoreak dira, besteak beste, egitura demografikoa, garapen ekonomikoa eta soziala, migrazioetan kokapen erlatiboa (herrialde jasotzailea/jaulkitzailea) edo ohitura arriskutsu batzuen eragina. Dena den, esan bezala, adierazle honen bilakaerak erakusten du gizarte eta osasun arloak hobetu egin direla denetan.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

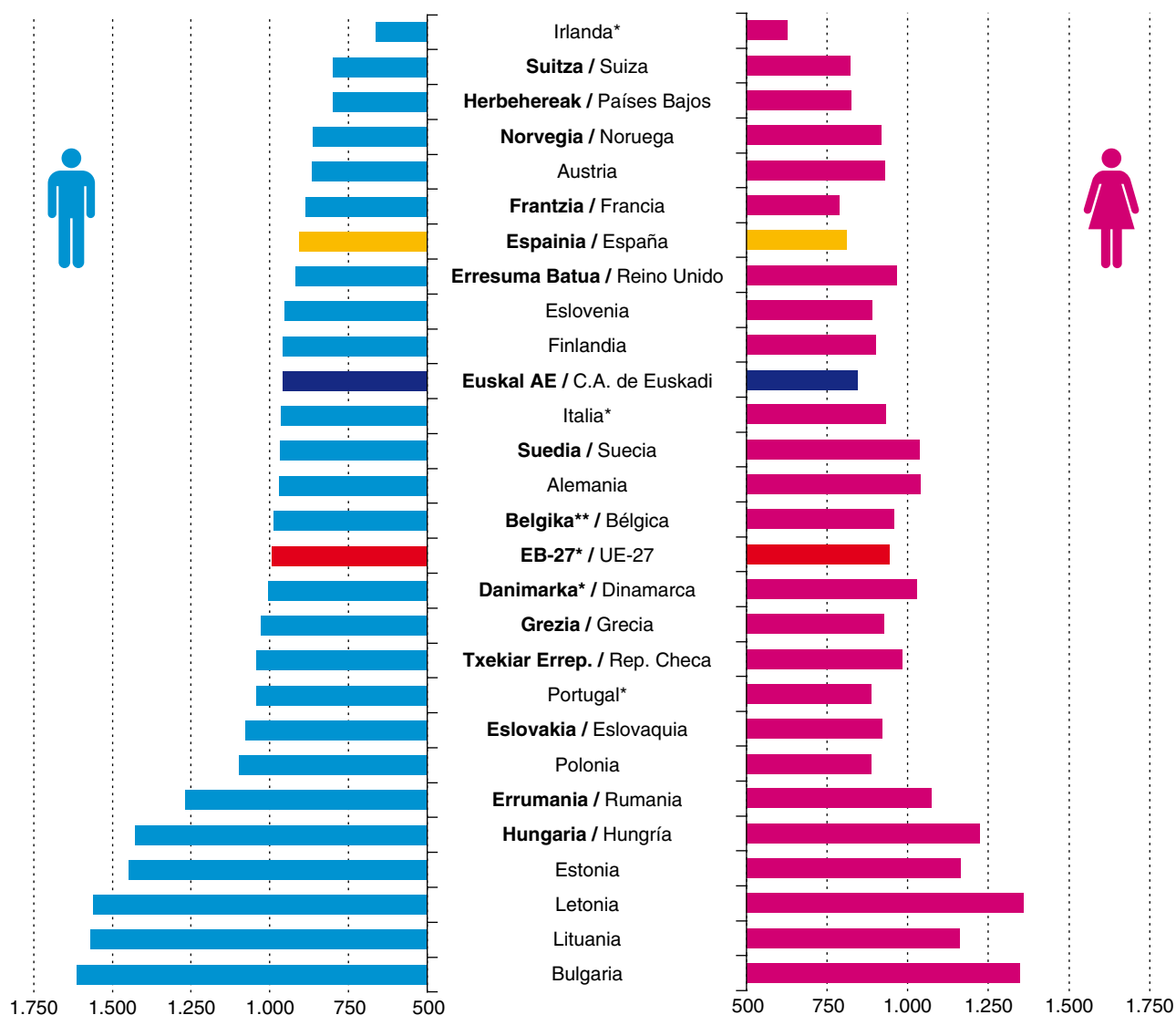
- Heriotza kopuruari buruzko datuak herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak jasotzen dituzten administrazio iturrietatik bildu dira. Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urte erdian herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzerriarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagiriaren datuetan kontuan hartuko diren, adibidez.

⁵ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización de la población intercensal).

⁵ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

Gráfico 8
Tasas de mortalidad por género. 2007

8. grafikoa
Heriotza tasak generoaren arabera. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.3.3. Tasa de mortalidad⁶, según causas

Las tasas de mortalidad muestran que las dos principales causas de muerte en los países de la UE-27 son las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio (401 muertes por cada 100.000 habitantes) junto con los tumores (246). Esta causalidad se completa con los fallecimientos asociados a las enfermedades del sistema respiratorio (73), los debidos a causas externas como los accidentes (67), las enfermedades ligadas al aparato digestivo (45) y las referidas al sistema nervioso (27).

Las cifras relativas a la C.A. de Euskadi difieren ligeramente con respecto de las señaladas en el conjunto europeo, destacando como primera causa de defunción los tumores (272), seguida de las enfermedades del sistema circulatorio (267) con un registro inferior al que se produce en el conjunto de la UE-27 (401).

Tal como se produce en el conjunto de Europa, las muertes en la C.A. de Euskadi relacionadas con los problemas del sistema respiratorio (87), las causas denominadas externas (61, entre las que se incluyen los accidentes de tráfico), las enfermedades del sistema digestivo (46) y las del sistema nervioso (46), todas ellas, aun siendo importantes, se sitúan muy por debajo de las dos primeras causas de mortalidad ya mencionadas.

Por último, se observa que la mortalidad femenina es superior a la masculina cuando la causa se asocia con el sistema circulatorio, el sistema nervioso y los trastornos mentales. Concretamente, estas tres causas representan una tasa de mortalidad femenina que en la C.A. de Euskadi se sitúa en 276, 57 y 55 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, siendo la masculina de 257, 34 y 26 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país, en los que se detalla la causa del fallecimiento. La población de referencia se calcula en base al promedio anual de la población residente en cada país.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción.
- Hay que tener en cuenta que se reconocen diferencias de criterios en el diagnóstico y la adscripción a la causa de fallecimiento.
- Las causas definidas se relacionan con las causas subyacentes, entendidas como enfermedades o lesiones que produjeron el acaecimiento del elemento mórbido causante directo de la enfermedad, así como el accidente o análogo que produjo la fatal lesión.

5.3.3. Heriotza tasa⁶, arrazoi en arabera

Heriotza tasak aztertzean ikusten da EB-27ko herrialdeetan heriotza eragin duten bi arrazoi nagusienak honakoak izan direla: zirkulazio sistemari lotutako gaixotasunak (100.000 biztanleko 401 heriotza) eta tumoreak (246). Baina badaude beste arrazoi batzuk ere: arnas sistemari lotutako gaixotasunak (73); istripuak bezalako kanpoko arrazoi en ziozkoak (67); digestio-aparatuari lotutako gaixotasunak (45) eta nerbio sistemari lotutakoak (27).

Euskal AEn heriotza eragiten duten arrazoiak, hala ere, ez dira eman Europako herrialdeetako hurrenkera berean. Euskal AEn heriotza gehien eragiten dutenak tumoreak dira (272) eta gero zirkulazio sistemari lotutako gaixotasunak (267), betiere EB-27ko herrialde guztietan baino erregistro txikiagoarekin (401).

Europa osoan gertatzen den bezala, arnas sistemaren arrazoi lotutako heriotzak (87) Euskal AEn, kanpokotzat jotzen diren arrazoiak (61, eta horien artean trafiko istripuak), digestio sistemari lotutako gaixotasunak (46) eta nerbio sistemari lotutakoak (46), den-denak, garrantzitsuak izan arren, ares-tian aipatutako heriotzaren arrazoi nagusi bietatik oso urrun daude.

Azkenik, emakumeen heriotza tasa gizonena baino altuagoa da zirkulazio sistemak, nerbio sistemak eta buru-nahasmen-duak eragiten dutenean. Zehazki, Euskal AEn hiru arrazoi horien ondorioz 100.000 biztanleko 276, 57 eta 55 emakume hil dira, eta 100.000 biztanleko 257, 34 eta 26 gizon hil dira, hurrenez hurren.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak jasotzen dituzten administrazio iturrietatik bildu dira. Ziurtagiri horietan zehazten da zein izan den heriotzaren arrazoa. Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urtean herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzerriarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagirien datuetan kontuan hartuko diren, adibidez.
- Onartu behar da, dena den, irizpide ezberdinak ager daitezkeela diagnostikoak ematean eta heriotza eragin duen arrazoa egoztean.
- Definitu diren arrazoiak azpian dauden beste arrazoi batzuekin dute lotura, hau da, gaixotasuna zuzenean eragin duen elementu erigarria agerrarazi duten gaixotasun edo lesioekin, eta zorigaitzako lesioa eragin duen istripu edo antzekoarekin.

⁶ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización de la población intercensal).

⁶ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

Gráfico 9
Tasas de mortalidad según principales causas.
UE-27. 2006

9. grafikoa
Heriotza tasak, arrazoi nagusien arabera.
EB-27. 2006

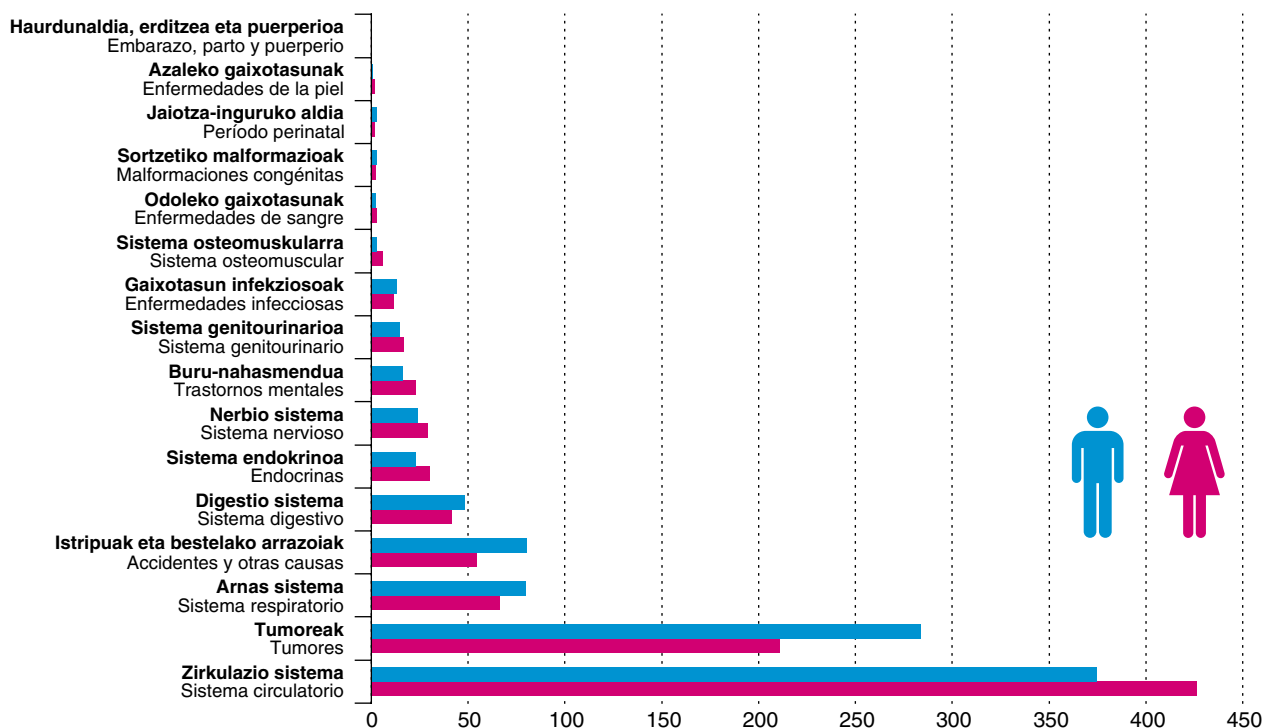
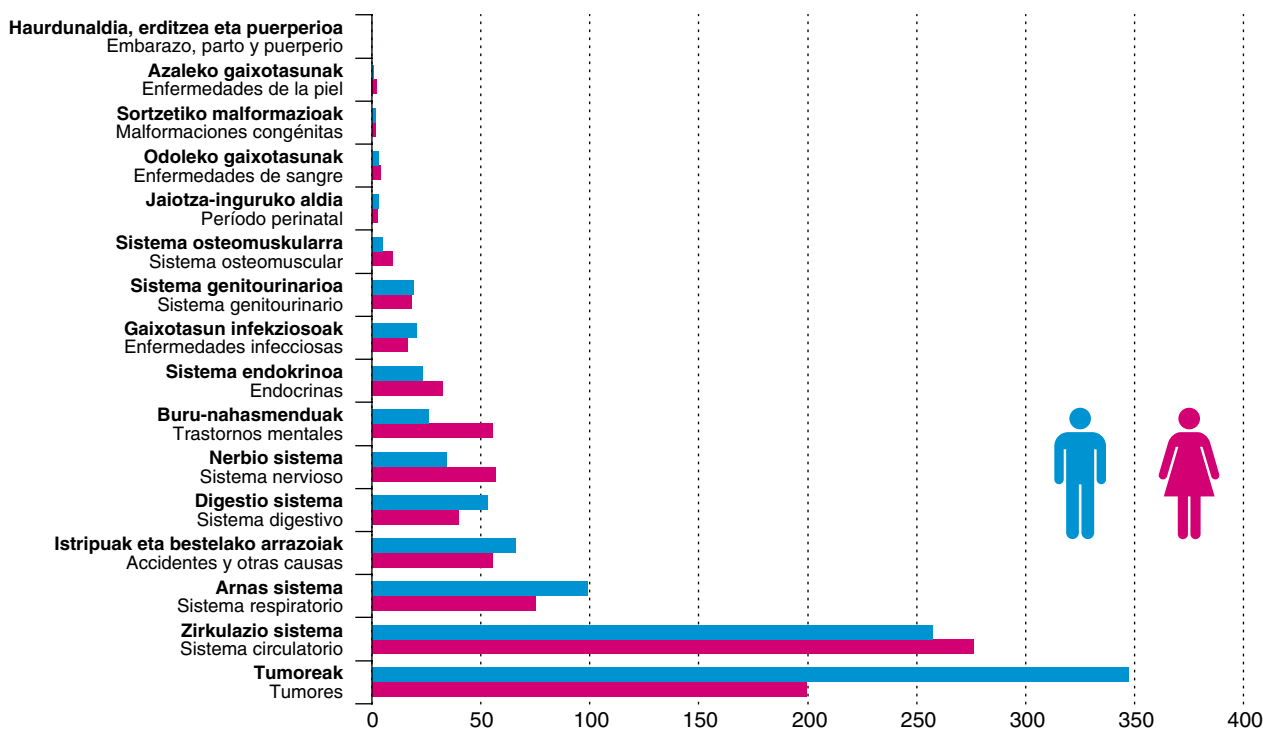


Gráfico 10
Tasas de mortalidad según principales causas.
C.A. de Euskadi. 2007

10. grafikoa
Heriotza tasak, arrazoi nagusien arabera.
Euskal AE. 2007



5.3.3.1. Tasa de mortalidad. Sistema circulatorio⁷

El sistema circulatorio representa la primera causa de mortalidad en el conjunto de los países de la UE-27 que incluye los diagnósticos relativos a las enfermedades isquémicas del corazón, la insuficiencia cardiaca y las enfermedades cerebro-vasculares.

La dispersión en los resultados obtenidos es importante. Destacan, por la menor incidencia de este grupo de causas, Irlanda, Francia o Países Bajos, con tasas inferiores a los 250 fallecimientos. En el extremo opuesto, Bulgaria, Rumania o Lituania, registran valores superiores a los 700 fallecimientos, duplicando incluso la tasa comunitaria en el caso de Bulgaria.

En el conjunto de la UE-27 esta causa de fallecimiento es mayor entre las mujeres (426) que entre los hombres (375), resultado compartido entre cada uno de los países considerados. Esta mayor incidencia resulta especialmente relevante en países como Austria o Alemania en los que esta causa de mortalidad en el colectivo femenino es hasta un 30% superior a la consignada en el masculino. O, en España y Portugal (15%), Noruega y Bélgica (16%), República Checa (17%), Suiza (19%) o Italia (21%), donde los valores de incidencia femenina superan entre el 15%-21% el valor asignado al colectivo masculino.

La C.A. de Euskadi registra un valor de 267 fallecimientos asociados a esta causa de muerte, en un orden de magnitud similar al de España o Francia, por ejemplo. La incidencia de esta causa de muerte según el género es de 276 y 257 fallecimientos para el colectivo femenino y masculino, respectivamente. La incidencia femenina se cifra en un 7% superior a la masculina, una proporción similar a la registrada en Países Bajos (9%) y Dinamarca (6%).

Finalmente, es importante destacar que en los últimos años se reduce la incidencia de este grupo de enfermedad como causa de muerte, tanto en la UE-27 como en España y en la C.A. de Euskadi.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país, en los que se detalla la causa del fallecimiento. La población de referencia se calcula en base al promedio anual de la población residente en cada país.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción.
- Hay que tener en cuenta que se reconocen diferencias de criterios en el diagnóstico y la adscripción a la causa de fallecimiento.
- El presente indicador recoge aquellas muertes cuya causa subyacente se encuentra ligada a enfermedades del sistema circulatorio.

5.3.3.1. Heriotza tasa. Zirkulazio sistema⁷

Zirkulazio sistema da EB-27ko herrialdeetako heriotza gehien arrazoa; eta, horren barruan, bihotzeko gaixotasun iskemikoei lotutako diagnostikoak, bihotz-gutxiegitasunak eta garun-hodietako gaixotasunak.

Emaitzak sakabanatuta agertzen dira, eta hori garrantzitsua da. Aipatutako arrazoei eragin gutxien izan dute Irlandan, Frantzia edo Herbehereetan: horien ondorioz 250 hildako baino gutxiago izan baitira. Bulgarian, Errumanian edo Lituania, aldiz, 700 hildako baino gehiago hil dira arrazoi horiengatik. Herrialde hauetan Europako Erkidegoaren tasa bikoiztu da Bulgarian, asaterako.

EB-27 osoan, hiltzeko arrazoi horrek eragin handiagoa izan du emakumeengan (426) gizonengan baino (375); eta aztertutako herrialde guztietan gertatu da hori. Eragin handiago hori bereziki azpimarratu behar da Austrian edo Alemanian; herrialde hauetan, arrazoi horregatik hildako emakumeen kopurua gizonena baino % 30 handiagoa heltzen da. Espainian eta Portugalen (% 15), Norvegian eta Belgikan (% 16), Txekiar Errepublikan (% 17), Suitzan (% 19) edo Italian (% 21) arrazoi horregatik hildako emakumeen kopurua gizonena baino % 15-% 21 handiagoa izan da.

Euskal AEn 267 pertsona hil dira arrazoi horren ondorioz; hots, Espainian eta Frantzian (adibidez) hildakoen antzeko kopurua izan du erkidegoak. Arrazoi horrek 276 emakume eta 257 gizon hil ditu. Gizonak baino % 7 emakume gehiago hil dira; Herbehereetan (% 9) eta Danimarkan (% 6) hildakoen antzeko kopurua.

Amaitzeko, garrantzitsua da azpimarratzea azken urteetan gaixotasun horiek gero eta eragin txikiagoa izan dutela heriotza arrazoi moduan, bai EB-27n, bai Espainian eta bai Euskal AEn ere.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak jasotzen dituzten administrazio iturrietatik bildu dira. Ziurtagiri horietan zehazten da zein izan den heriotzaren arrazoa. Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urtean herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzerriarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagiriaren datuetan kontuan hartuko diren, adibidez.
- Onartu behar da, dena den, irizpide ezberdinak ager daitezkeela diagnostikoak ematean eta heriotza eragin duen arrazoa egoztean.
- Adierazle honek jasotzen dituen heriotzak, zirkulazio sistemaren gaixotasunei lotutako azpiko arrazoei eragindakoak izan dira.

⁷ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización de la población intercensal).

⁷ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

Gráfico 11
Evolución de la tasa de mortalidad. Sistema circulatorio

11. grafikoa
Heriotza tasaren bilakaera. Zirkulazio sistema

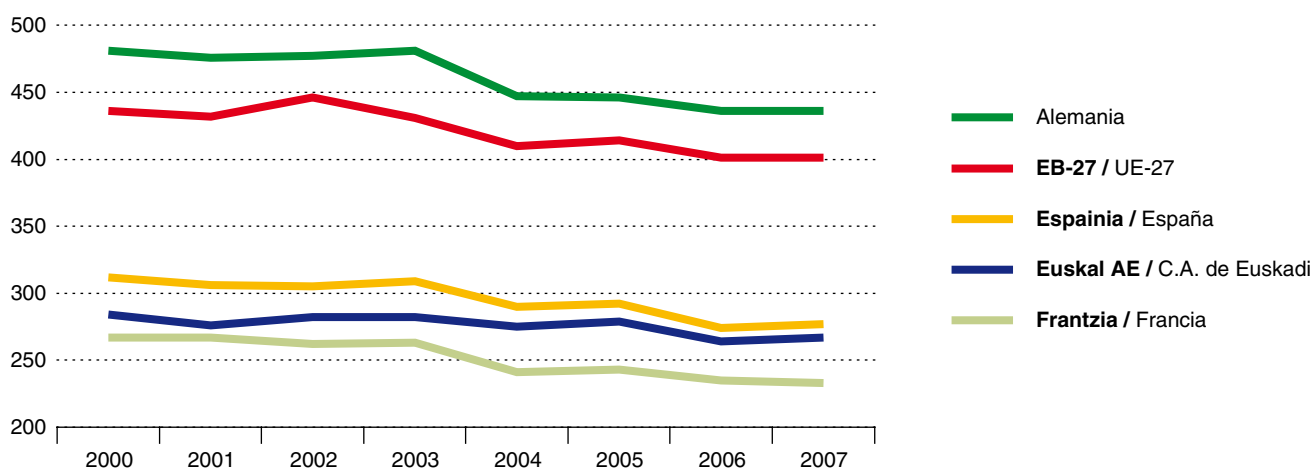
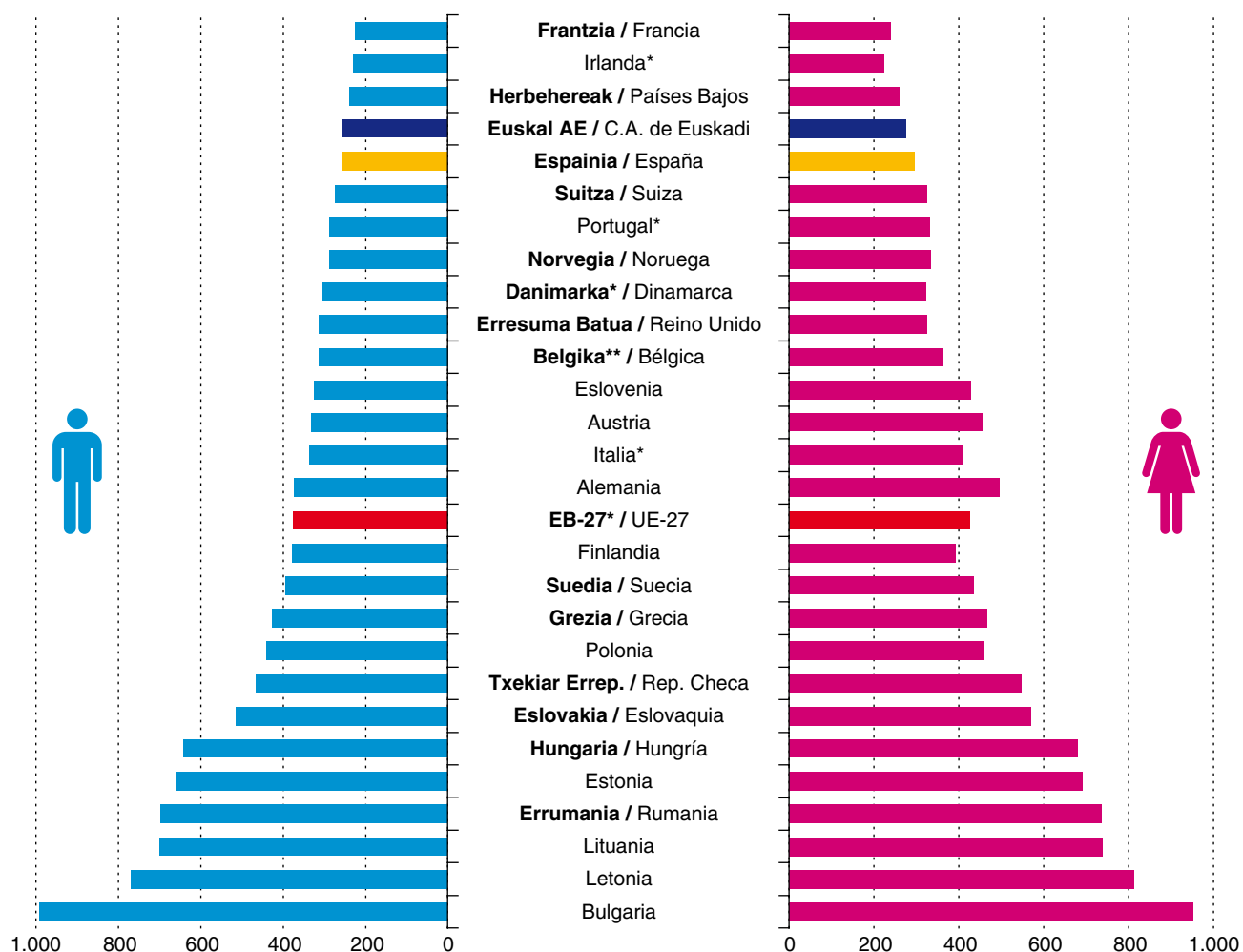


Gráfico 12
Tasa de mortalidad. Sistema circulatorio. 2007

12. grafikoa
Heriotza tasa. Zirkulazio sistema. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.3.3.2. Tasa de mortalidad. Cáncer⁸

La segunda causa de fallecimiento en la UE-27, con 246 casos por cada 100.000 habitantes, son los tumores cancerosos. Destacan por su mayor incidencia los asociados a laringe, tráquea, bronquios y pulmones, principalmente entre el colectivo masculino, así como el cáncer de mama.

Este resultado de mortalidad asociado a la incidencia de cáncer presenta ciertas diferencias entre los países considerados. Irlanda o Finlandia, presentan los menores valores, en torno a los 200 fallecimientos, mientras que en el extremo opuesto se encuentra la C.A. de Euskadi o Italia con valores que superan los 270 fallecimientos, por cada 100.000 habitantes.

La incidencia de esta causa de fallecimiento según género muestra que, en general, afecta en mayor medida a los varones, que suele venir explicada en gran medida por los hábitos de las personas, con distinta incidencia según género, como puede ser el tabaquismo, o simplemente, una mayor probabilidad de trayectoria profesional de mayor riesgo (minería o industria pesada, entre otros).

La C.A. de Euskadi presenta una tasa de mortalidad de cáncer masculina de 347 fallecimientos (la segunda más alta de la UE-27), mientras que la femenina apenas alcanza los 200, cifras similares a otros países del entorno.

Es importante tener en cuenta que estas conclusiones se elaboran sobre la base de la adscripción administrativa de la causa de muerte, por lo que han de tratarse con cautela en términos de comparabilidad internacional y no deberían ser extrapoladas con relación a la trayectoria de la enfermedad y/o del éxito del protocolo sanitario aplicado en cada país.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país, en los que se detalla la causa del fallecimiento. La población de referencia se calcula en base al promedio anual de la población residente en cada país.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción.
- Hay que tener en cuenta que se reconocen diferencias de criterios en el diagnóstico y la adscripción a la causa de fallecimiento.
- El presente indicador recoge aquellas muertes cuya causa subyacente se encuentra ligada a la presencia de tumores.

5.3.3.2. Heriotza tasa. Minbizia⁸

EB-27ko herrialdeetan heriotza gehien eragin duen bigarren arrazoa minbizidun tumoreak dira: 100.000 biztanle bakoitzeko 246 heriotza eragiten ditu. Gaixotasun horri lotuta gehien agertzen diren tumoreak laringekoak, trakeakoak, bronkioetakoak eta biriketakoak dira (batez ere gizonen artean agertzen direnak), baita titietako minbizia ere.

Minbiziaren ondoriozko heriotza tasak, dena den, agerpen ezberdina du aztertu diren herrialdeetan. Irlandan edo Finlandian hiltzen da pertsona gutxien horren ondorioz, 200 hildako inguru. Eta beste muturrean daude Euskal AE eta Italia, 270 hildako baino gehiagorekin ehun mila biztanleko.

Heriotza eragiten duen arrazoi hau orokorrean gizonengan eman da gehiago. Pertsonen ohiturek, gainera, eragin handia izan dute gaixotasun honen agerpenean, eta generoen arabera ezberdintasunak izan dira. Adibidez, tabakismoak edo arrisku handiagoa duen lanbide-ibilbideak (meatzaritza edo industria astuna, besteak beste) eragin dezakete.

Euskal AEn, 347 gizon hil dira minbiziaren ondorioz (EB-27ko herrialdeen artean bigarren tasa altuena du erkidegoak) eta gaixotasun horrek erasanda hildako emakumeak 200 izan dira. Inguruko beste herrialde batzuetan antzeko kopuruak eman dira.

Garrantzitsua da azpimarratzea ondorio hauek ateratzean heriotzaren arrazoiaren administrazio egozpenak hartu direla oinarri moduan. Beraz, kontu handiz erabili behar dira nazioartean alderaketak egiterakoan; ondorio horiek ez lirateke estrapolatu behar gaixotasunaren ibilbidea azaltzeko edota herrialde bakoitzean aplikatu den osasun protokoloaren arrakasta aipatzeko.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak jasotzen dituzten administrazio iturrietatik bildu dira. Ziurtagiri horietan zehazten da zein izan den heriotzaren arrazoa. Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urtean herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzerriarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagiriaren datuetan kontuan hartuko diren, adibidez.
- Onartu behar da, dena den, irizpide ezberdinak ager daitezkeela diagnostikoak ematean eta heriotza eragin duen arrazoa egoztean.
- Adierazle honek jasotzen dituen heriotzak, tumoreei lotutako azpiko arrazoiak eragindakoak izan dira.

⁸ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización de la población intercensal).

⁸ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

Gráfico 13
Evolución de la tasa de mortalidad. Cáncer

13. grafikoa
Heriotza tasaren bilakaera. Minbizia

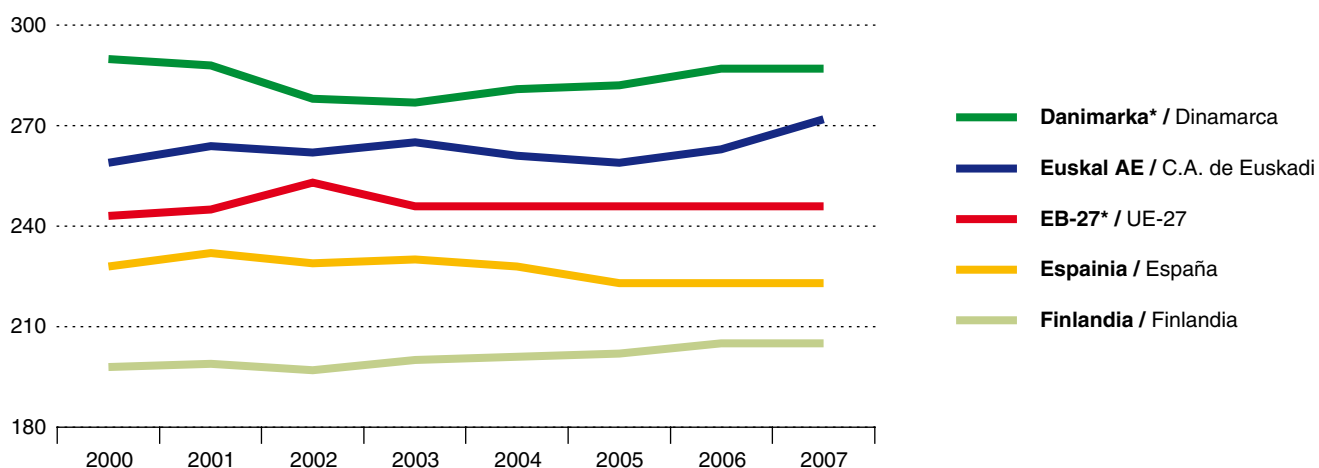
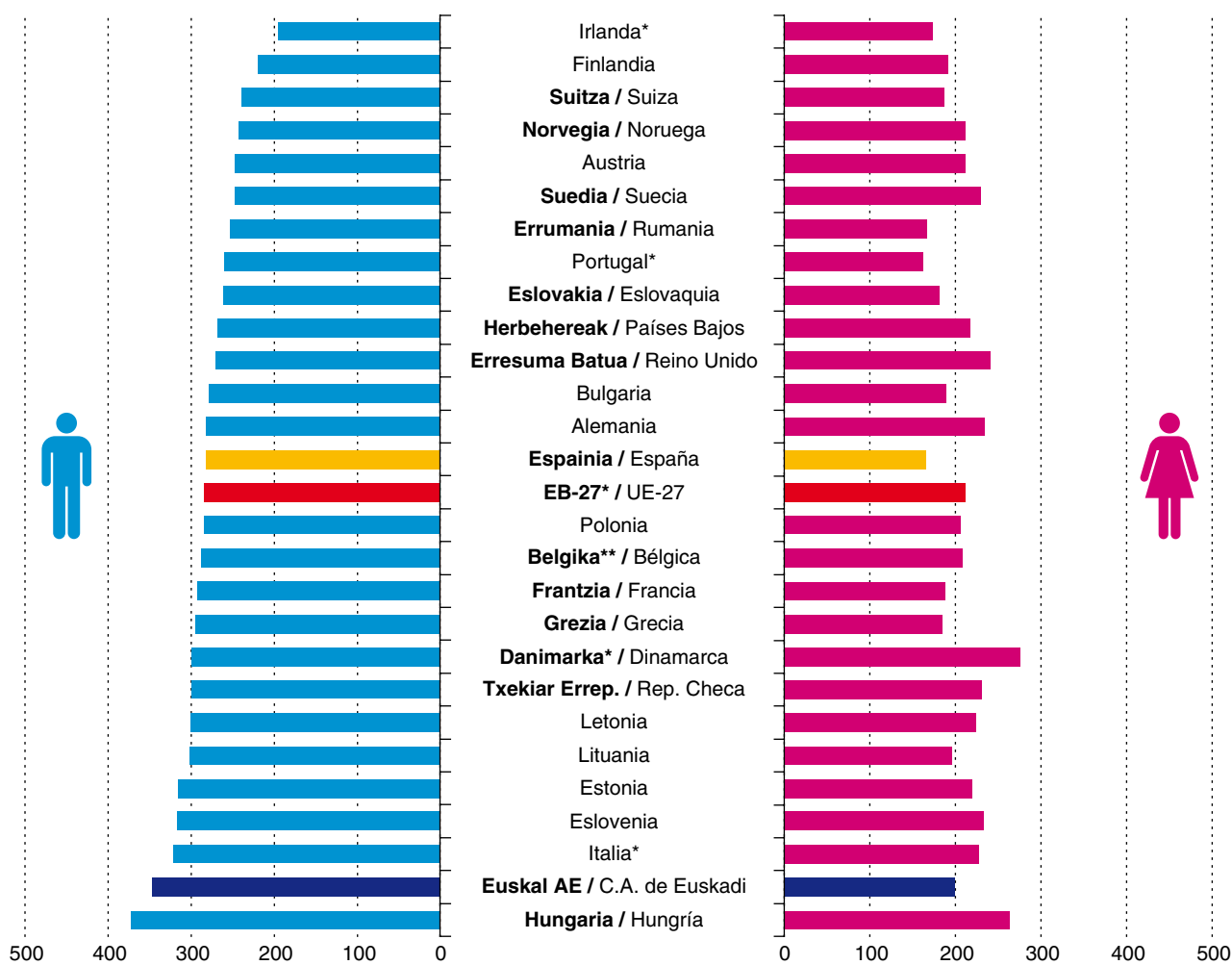


Gráfico 14
Tasa de mortalidad. Cáncer. 2007

14. grafikoa
Heriotza tasa. Minbizia. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.3.4. Tasa de mortalidad estandarizada⁹

5.3.4.1. Tasa de mortalidad estandarizada

La tasa de mortalidad estandarizada asciende a 641 personas por cada 100.000 habitantes para el conjunto de la UE-27, con importantes diferencias entre los países considerados. Así, Suiza y la C.A. de Euskadi obtienen los valores más bajos, con cifras de 490 y 506 fallecimientos, respectivamente. Por el contrario, la totalidad de los países de las dos últimas ampliaciones europeas registran valores que superan los 750 fallecimientos, con el menor valor para República Checa (767) y el máximo para Lituania y Letonia, que rondan los 1.100.

Entre los países con resultados en este indicador comprendidos entre los 500 y los 700 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, en torno a la media comunitaria, cabe establecer dos grupos:

- El bloque de países (13) cuya tasa de mortalidad estandarizada se encuentra entre los 500 y 600 fallecimientos y que incluye una parte importante de la población europea, puesto que integra a los grandes países de la UE-27, como España (534), Francia (526), Alemania (585) y Reino Unido (599).
- Y un segundo grupo de países (10) con valores comprendidos entre los 600 y 750 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. Son principalmente países de tamaño medio e incluso pequeño y con distintos grados de desarrollo socio-económico, como son Irlanda (621), Grecia (623), Bélgica (639) o Dinamarca (683), entre otros.

Por último, en conjunto, la evolución reciente del indicador muestra una tendencia claramente descendente (-10%). Esta reducción es especialmente importante en los países de la Europa del Este, que partían y aún cuentan con las tasas de mortalidad más elevadas, como ocurre con Letonia, Rumania o Bulgaria.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país.
- La población de referencia se calcula en base a la población a mitad de año residente en cada país. Se considera la población estandarizada, lo que minimiza el efecto de la estructura poblacional por edades del país en la consideración de la mortalidad.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción.

5.3.4. Heriotza tasa estandarizatua⁹

5.3.4.1. Heriotza tasa estandarizatua

EB-27 osoko heriotza tasa estandarizatua 641 hildakoduna izan da 100.000 biztanle bakoitzeko, eta herrialde batetik bestera aldeak oso handiak izan dira. Suitzan eta Euskal AEn eman da tasarik txikiena: 490 eta 506 hildako, hurrenez hurren. Europaren azken bi zabaltzeetan sartu ziren herrialde guztietan, aldiz, 750 hildakotik gora izan dira. Txekiar Errepublikan hil da multzo honetako pertsona gutxien (767) baina Lituania eta Letonia hil da pertsona gehien (1.100 inguru).

Adierazle honetan 500 eta 700 arteko ehun mila biztanleko (Europako Erkidegoko batezbestekoaren inguruko) hildako kopurua izan duten herrialdeen artean bi multzo bereizi behar dira:

- 500 eta 600 hildakodun heriotza tasa estandarizatua izan duten herrialdeak (13). Europako biztanle-multzo gehienak sartzen dira hemen, EB-27ko herrialde handienak hartzen dituelako: Espainia (534), Frantzia (526), Alemania (585) eta Erresuma Batua (599).
- Eta 100.000 biztanle bakoitzeko 600 eta 750 hildakodun tasa duten herrialdeak (10). Tamaina ertaineko eta txikiko herrialdeak dira batez ere, garapen sozio-ekonomiko ezberdinekoak: Irlanda (621), Grezia (623), Belgika (639) edo Danimarka (683), besteak beste.

Azkenik, oro har, adierazlearen bilakaerak erakusten du tasa txikitze joera argia dagoela (-% 10). Europako ekialdeko herrialdeetan txikitu da gehien tasa; hala ere, hasierako tasa handiekin jarraitzen dute orain ere: Letonia, Errumania edo Bulgaria.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak administrazio iturrietatik bildu dira, herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak oinarritzat hartuta.
- Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urte erdian herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat. Biztanleria estandarizatu egiten da, herrialde batek adinaren arabera duen biztanle-egituraren eragina ahalik eta txikiena izan dadin heriotza tasa aztertu behar denean.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzerriarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagiriaren datuetan kontuan hartuko diren, adibidez.

⁹ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización de la población intercensal).

⁹ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

Gráfico 15
Evolución de la tasa de mortalidad estandarizada

15. grafikoa
Heriotza tasa estandarizatuaren bilakaera

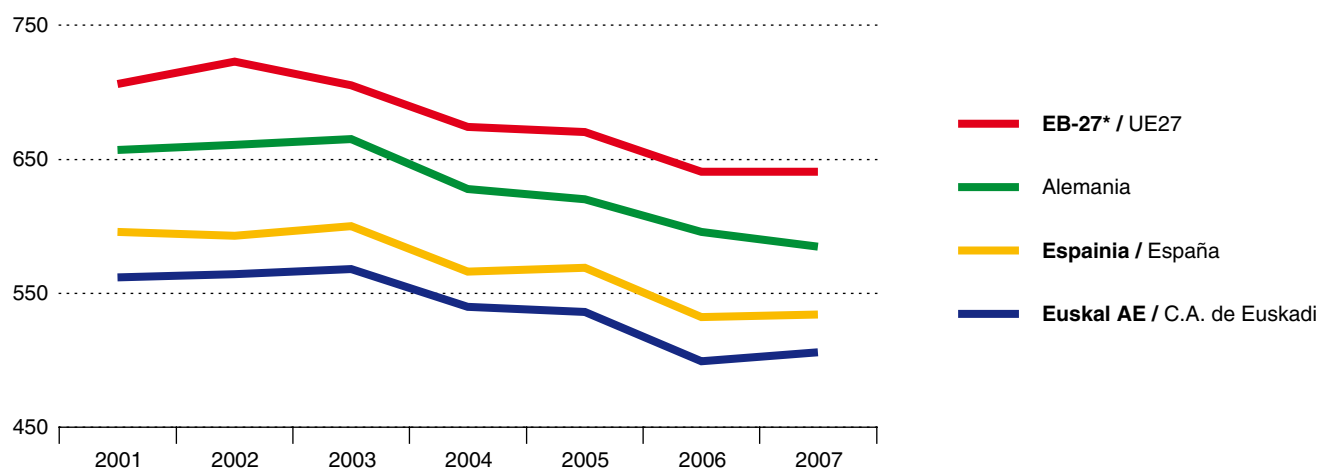
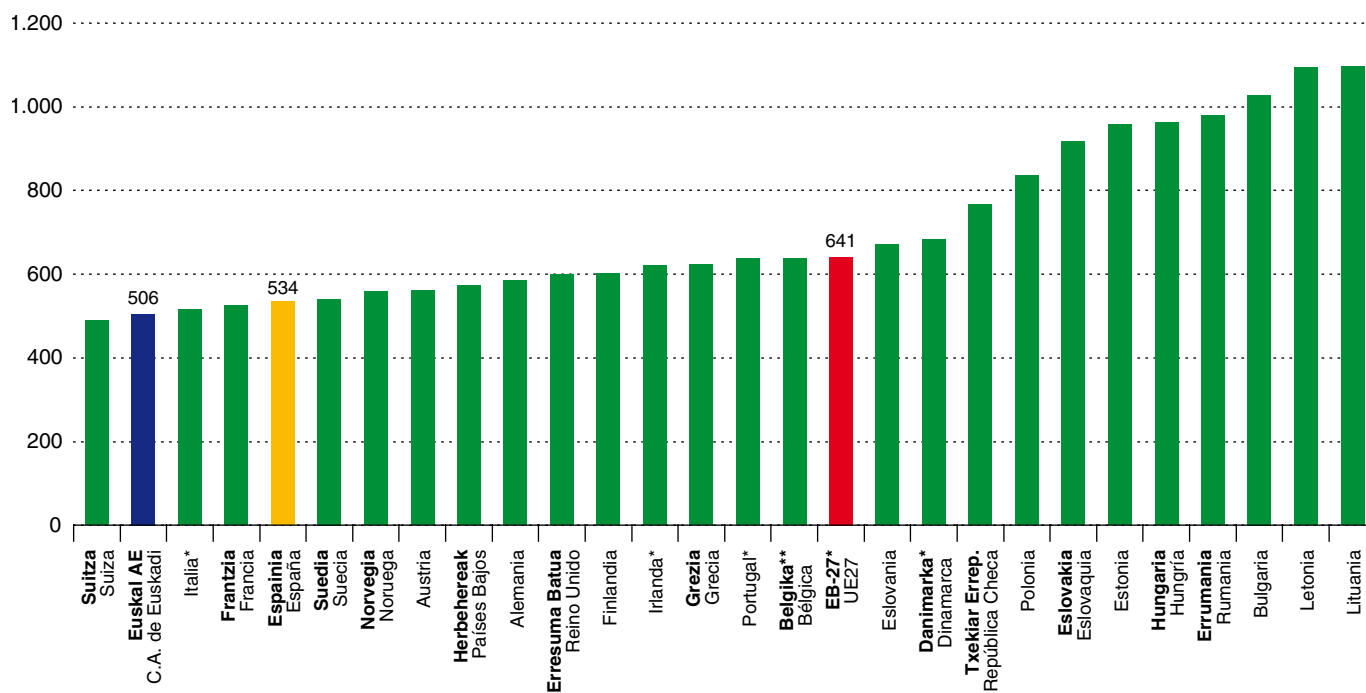


Gráfico 16
Tasa de mortalidad estandarizada. 2007

16. grafikoa
Heriotza tasa estandarizatu. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

5.3.4.2. Tasa de mortalidad estandarizada, según género¹⁰

La tasa de mortalidad estandarizada femenina y masculina es de 497 y de 820 personas fallecidas por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Estas fuertes diferencias entre las tasas en términos de género son una constante en el conjunto de los países de la Unión Europea.

Con respecto de la tasa femenina se observa que la C.A. de Euskadi (363), Francia (385), Suiza (394) y España (394) obtienen los menores valores. En el otro extremo, cinco países superan el umbral de 700 fallecimientos. Entre ambos valores (400 y 700) se encuentran 22 países, que incluye a un primer colectivo (de 400 a 500) en el que se encuentran las economías destacadas y de gran dimensión, como Alemania (466), Suecia (451) y Noruega (458), pero también Eslovenia (494), entre otros, y con valores algo mayores (500 a 600) se encuentran Dinamarca (576), República Checa (595) o Polonia (601).

La tasa de mortalidad estandarizada masculina es siempre más alta que la femenina y sólo cuatro países de la UE-27 junto con la C.A. de Euskadi (687) registran un valor inferior a los 700 fallecidos, entre los que se encuentran Noruega (691), Suecia (652) y Francia (702), que lo supera ligeramente. Por otra parte, los países de las dos últimas ampliaciones registran en todos los casos valores superiores a los 900 fallecimientos, los valores más altos de la UE-27.

Pero, además, la brecha entre ambas tasas según el género apunta hacia una causalidad asociada a las diferencias en las condiciones de vida o de los hábitos de salud según género y no tanto con respecto de cada sistema sanitario.

Entre los países en los que esta brecha es menor (inferior al 35%) se encuentran el Reino Unido (714), Suecia (652), Dinamarca (828) y Países Bajos (708), entre otros. Un segundo grupo integra a los países en los que esta distancia se cifra entre el 35%-45%, al que pertenece Suiza (614), Alemania (731) o Bélgica (824). Finalmente, el tercero de los colectivos incluye a los países con una diferencia superior al 45%, colectivo al que pertenece la C.A. de Euskadi (687) y Francia¹¹ (702), además de la Europa del Este (Polonia o Letonia, por ejemplo), con tasas para el colectivo masculino que superan los 1.100 fallecimientos.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país.
- La población de referencia se calcula en base a la población a mitad de año residente en cada país. Se considera la población estandarizada, lo que minimiza el efecto de la estructura poblacional por edades del país en la consideración de la mortalidad.

5.3.4.2. Heriotza tasa estandarizatua, generoaren arabera¹⁰

100.000 biztanle bakoitzeko 497 emakume eta 820 gizon hil dira; horietatik dira, hain zuzen, heriotza tasa estandarizatua-ren datuak. Europar Batasuneko herrialde guztietan eman dira tasa ezberdinak generoaren arabera.

Emakumeen tasari dagokionez, Euskal AEk (363), Frantziak (385), Suitzak (394) eta Espainiak (394) izan dituzte balio txikiak. Beste aldean, bost herrialdek 700 hildako baino gehiago izan dute. Bi balio horien artean (400 eta 700) 22 herrialde daude, bi multzotan banatuta. Lehenengo multzoan (400-500) ekonomia aurreratuenak eta handienak daude: Alemania (466), Suedia (451) eta Norvegia (458), baina baita Eslovenia (494) ere, beste batzuen artean. Eta bigarren multzoko herrialdeek balio handiagoak izan dituzte (500-600): Danimarka (576), Txekiar Errepublikak (595) edo Polonia (601).

Gizonen heriotza tasa estandarizatua beti da emakumeena baino handiagoa. Euskal Aerek (687) soilik EB-27ko lau herrialdetan egon da 700 hildako baino gutxiago, besteak beste: Norvegia (691) eta Suedia (652). Frantziak kopuru hori pixka bat gainditu du (702). Bestalde, Europaren azken bi zabaltzeetako herrialde guztietan egon dira 900 hildako baino gehiago; hauek izan dira EB-27ko baliorik altuenak.

Baina, gainera, tasa bi heriotzen gizon eta emakumeen artean eman diren aldeak bizi-baldintza edo osasunari lotutako ohi-tura ezberdinetatik eman dira batez ere, eta ez horrenbeste bakoitzaren osasun sistemagatik.

Generoen artean alde txikiak (% 35etik beherakoa) dute, besteak beste, herrialde hauek: Erresuma Batua (714), Suedia (652), Danimarka (828) eta Herbehereak (708). Bigarren multzo batean % 35 eta % 45 arteko aldea duten herrialdeak sartzen dira: Suitza (614), Alemania (731) edo Belgika (824). Azkenik, hirugarren multzo batean sartzen dira % 45etik gorako aldea duten herrialdeak: Euskal AE (687), Frantzia¹¹ (702), Europako ekialdea (Polonia edo Letonia, esaterako). Herrialde hauetan, 1.100 gizon baino gehiago hil dira.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak administrazio iturrietatik bildu dira, herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak oinarritzat hartuta.
- Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urte erdian herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat. Biztanleria estandarizatu egiten da, herrialde batek adinaren arabera duen biztanle-egituraren eragina ahalik eta txikiak izan dadin heriotza tasa aztertu behar denean.

¹⁰ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización de la población intercensal).

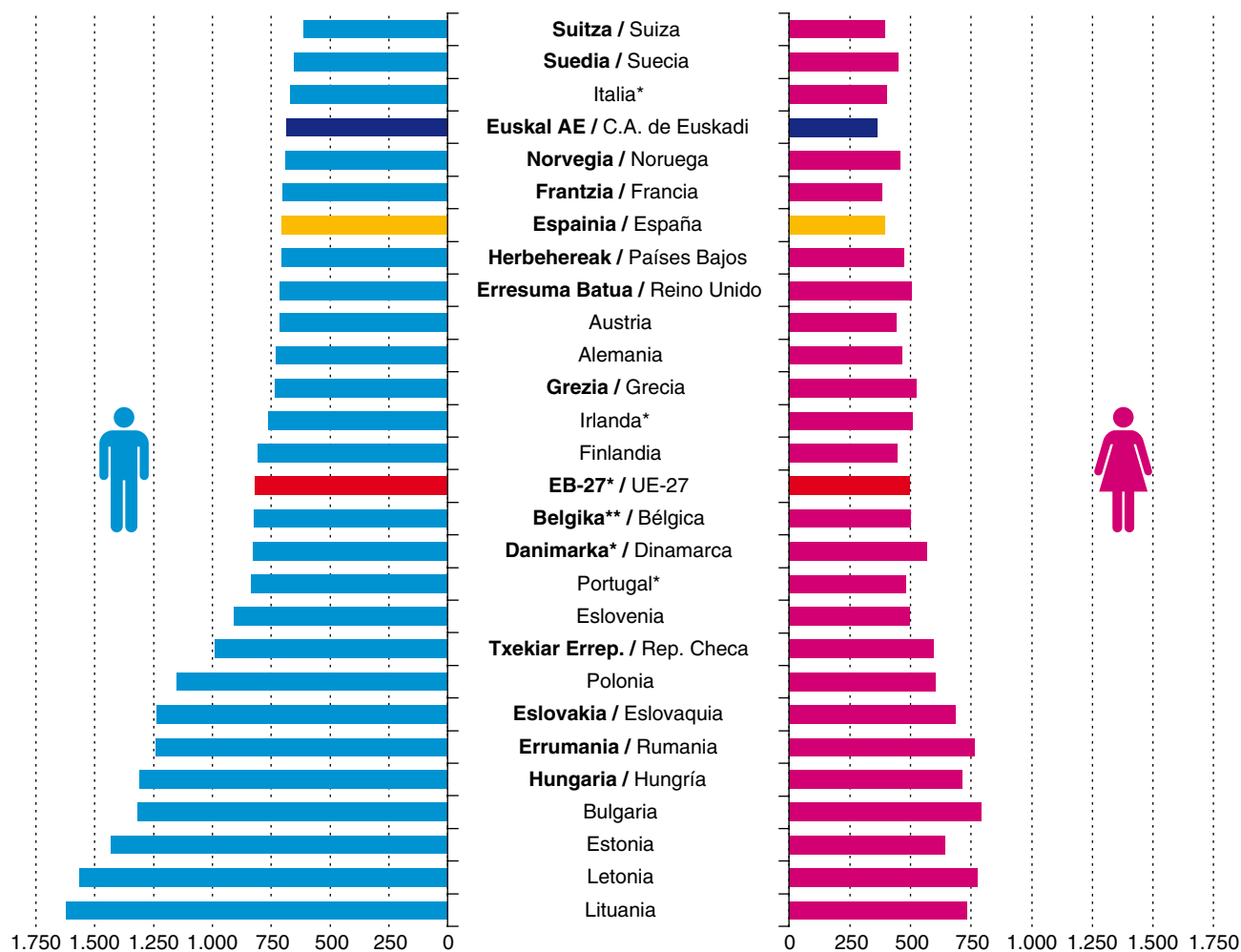
¹¹ Que no obstante, se trata de dos sociedades (C.A. de Euskadi y Francia) con los mejores registros totales y por género, especialmente en el caso femenino.

¹⁰ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

¹¹ Dena den, bi gizarte hauek (Euskal AE eta Frantzia) erregistro orokor onenak izan dituzte generoaren inguruko azterketan, batez ere emakumezkoen dagokionez.

Gráfico 17
Tasas de mortalidad estandarizadas,
por género. 2007

17. grafikoa
Heriotza tasa estandarizatuak,
generoaren arabera. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.3.5. Tasa de mortalidad estandarizada, según causas¹²

Las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio (246 muertes por cada 100.000 habitantes) junto con los tumores (180) son las dos principales causas de muerte en los países de la UE-27. Con un nivel de incidencia sensiblemente menor se sitúan las enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio (45), las muertes debidas a causas externas como los accidentes de tráfico y otras causas extraordinarias (40), las enfermedades ligadas al aparato digestivo (32) y las referidas al sistema nervioso (17).

La tasa de mortalidad estandarizada que corresponde a cada país condiciona los resultados que se obtienen con relación a la causalidad del fallecimiento. Así, por ejemplo, la C.A. de Euskadi con una tasa de mortalidad estandarizada total baja lleva a que el valor asociado a cada causa de defunción definida sea, en general, de las menores. La única excepción son los tumores (172), con una cifra similar al valor medio de la UE-27 (180).

En efecto, los tumores representan la primera causa de mortalidad en la C.A. de Euskadi, seguida de las muertes relacionadas con el sistema circulatorio, con un total de 137 muertes registradas por cada 100.000 habitantes. Las muertes relacionadas con el sistema respiratorio (42), el sistema digestivo (26), el sistema nervioso (24), los trastornos mentales (18) y las enfermedades endocrinas (14), por otro lado, cuentan con un peso mucho más reducido.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país.
- La población de referencia se calcula en base a la población a mitad de año residente en cada país. Se considera la población estandarizada, lo que minimiza el efecto de la estructura poblacional por edades del país en la consideración de la mortalidad.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción. A ellos se suma las diferencias de criterios en el diagnóstico y la adscripción a la causa de fallecimiento.
- Las causas definidas se relacionan con causas subyacentes, entendidas como enfermedades o lesiones que produjeron el acaecimiento del elemento mórbido causante directo de la enfermedad, así como el accidente o análogo que produjo la fatal lesión.

5.3.5. Heriotza tasa estandarizatua, arrazoen arabera¹²

Zirkulazio sistemari lotutako gaixotasunak (246 heriotza 100.000 biztanle bakoitzeko) eta tumoreak (180) dira EB-27ko herrialdeetan heriotza eragin duten bi arrazoi nagusiak. Hain eragin handia ez badute ere, heriotza dakarten beste arrazoi batzuk daude: arnas sistemari lotutako gaixotasunak (45), istripuak bezalako kanpoko arrazoen ziozko heriotzak, bestelako arrazoi bereziak (40), digestio-aparatuari lotutako gaixotasunak (32) eta nerbio sistemari lotutakoak (17).

Herrialde bakoitzaren heriotza tasa estandarizatuak baldintzatu egiten ditu heriotzaren arrazoen inguruan lortutako emaitzak. Adibidez, Euskal AEko heriotza tasa estandarizatua txikia denez heriotza eragiten duen arrazoi bakoitzari lotutako balioa, oro har, txikienetakoa da. Salbuespen bakarra tumoreak dira (172), EB-27ko batez besteko balioaren antzeko kopurua dutelako (180).

Tumoreak dira Euskal AEn heriotza gehien sortzen dutenak, eta gero zirkulazio sistemari lotutako heriotzak (guztira 137 heriotza) ehun mila biztanleko. Arnas sistemari (42), digestio sistemari (26), nerbio sistemari (24), buru-nahasmenduei (18) eta gaixotasun endokrinoei (14) lotutako heriotzak, ordea, ez dira hain ugariak.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak administrazio iturrietatik bildu dira, herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak oinarritzat hartuta.
- Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urte erdian herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat. Biztanleria estandarizatu egiten da, herrialde batek adinaren arabera duen biztanle-egituraren eragina ahalik eta txikiena izan dadin heriotza tasa aztertu behar denean.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzeritarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagiriaren datuetan kontuan hartuko diren, adibidez. Gainera, irizpide ezberdinak ager daitezke diagnostikoak ematean eta heriotza eragin duen arrazoa egotzean.
- Definitu diren arrazoiak azpian dauden beste arrazoi batzuekin dute lotura, hau da, gaixotasuna zuzenean eragin duen elementu erigarria agerrarazi duten gaixotasun edo lesioekin, eta zorigaitzoko lesioa eragin duen istripu edo antzekoarekin.

¹² Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización del censo poblacional).

¹² Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

Gráfico 18
Tasas de mortalidad estandarizadas, según principales causas. UE-27. 2006

18. grafikoa
Heriotza tasa estandarizatuak, arrazoi nagusien arabera. EB-27. 2006

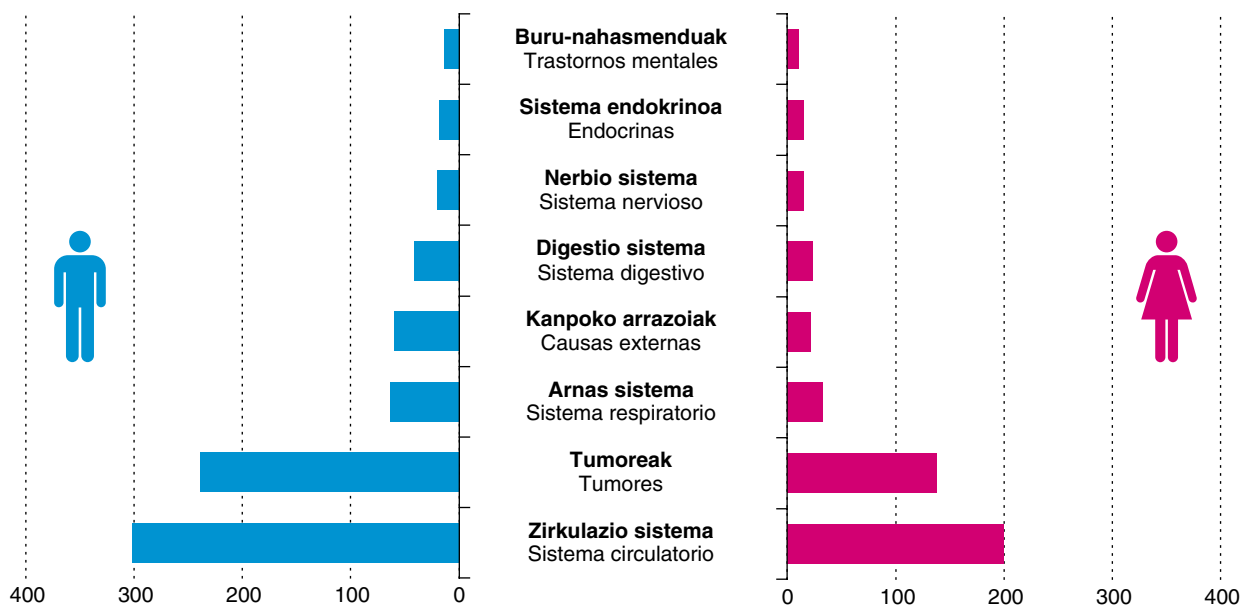
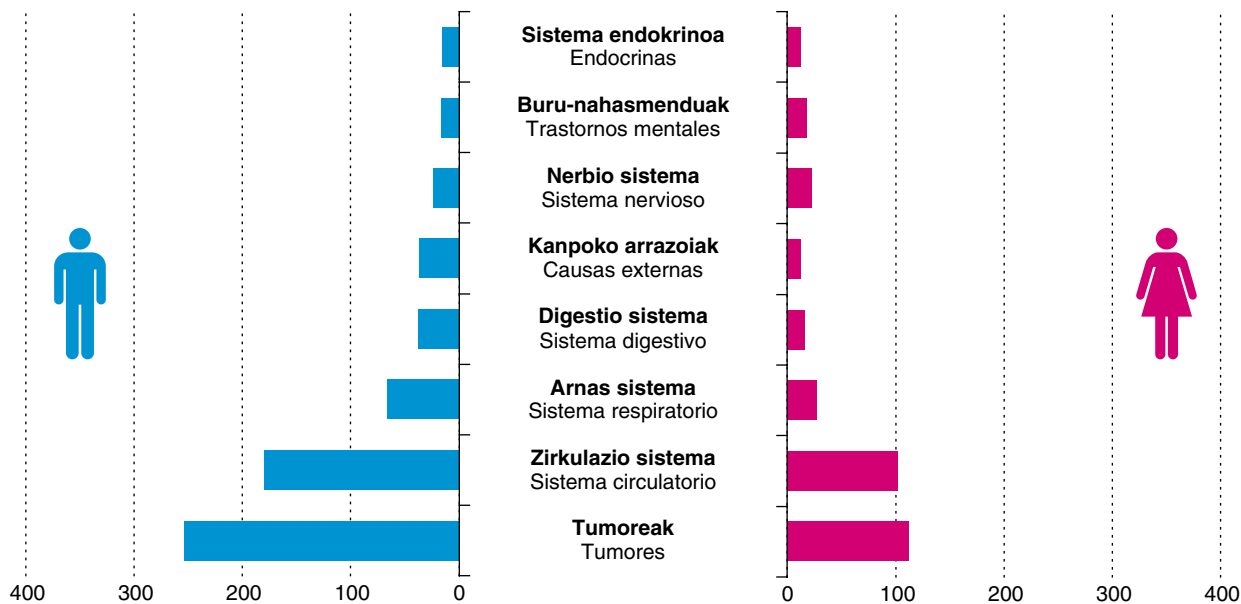


Gráfico 19
Tasas de mortalidad estandarizadas, según causas. C.A. de Euskadi. 2007

19. grafikoa
Heriotza tasa estandarizatuak, arrazoi en arabera. Euskal AE. 2007



Oharra: «Kanpoko arrazoiak» epigrafea kalkulatzeko hurbilketa bat egin da, «Istripuak» eta «Norberaren buruaz beste egitea» izeneko arrazoiak gehituta.
Nota: El cálculo del epígrafe de «Causas externas» se realiza como aproximación, sumando las causas de «Accidentes» y «Suicidios».

5.3.5.1. Tasa de mortalidad estandarizada. Sistema circulatorio¹³

El sistema circulatorio representa la primera causa de mortalidad en el conjunto de los países de la UE-27, con 246 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, 200 en el caso de las mujeres y 302 en el caso de los hombres. Francia (129) y la C.A. de Euskadi (137) destacan por los menores valores en la tasa de mortandad debida al sistema circulatorio. En 10 países, entre ellos España, Países Bajos o Noruega, estas patologías causan anualmente una tasa entre 150 y 200 fallecimientos.

En un segundo grupo de países (11), entre los que se encuentran Finlandia y Alemania, esta tasa se sitúa entre los 200 y 300 fallecimientos. Finalmente, los países de las más recientes ampliaciones de la UE registran valores muy superiores, con tasas de mortalidad debida al sistema circulatorio que superan los 350 fallecimientos.

Este tipo de enfermedad¹⁴ afecta en mayor proporción a los hombres que a las mujeres. De hecho se detectan dos grandes posiciones extremas. De una parte, en la C.A. de Euskadi o Finlandia, entre otros, la tasa de mortalidad estandarizada masculina asociada a las patologías del sistema circulatorio supera en más del 75% a la femenina. Pero, en otros como Grecia o Portugal, aun siendo muy relevante, la diferencia de esta incidencia según género es muy inferior (18% y 36%, respectivamente).

La evolución en la última década de la tasa de mortalidad estandarizada asociada a las patologías del sistema circulatorio reduce progresivamente su incidencia, desde los 295 fallecimientos por cada 100.000 habitantes de 2000 a los 246 de la actualidad. Los factores que están influyendo en el descenso paulatino de este indicador son la mejora de las técnicas sanitarias y sobre todo la incorporación de hábitos de vida más saludables.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país.
- La población de referencia se calcula en base a la población a mitad de año residente en cada país. Se considera la población estandarizada, lo que minimiza el efecto de la estructura poblacional por edades del país en la consideración de la mortalidad.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción. A ellos se suma las diferencias de criterios en el diagnóstico y la adscripción a la causa de fallecimiento.
- El presente indicador recoge aquellas muertes cuya causa subyacente se encuentra ligada a enfermedades del sistema circulatorio.

5.3.5.1. Heriotza tasa estandarizatua. Zirkulazio sistema¹³

Zirkulazio sistema da EB-27ko herrialdeetako heriotzen lehenengo arrazoia; guztira 246 pertsona hil dira ehun mila biztanleko, 200 emakume eta 302 gizon. Frantzia (129) eta Euskal AEn (137) daude zirkulazio sistemaren ondoriozko heriotza tasaren balio txikiak. Eta beste 10 herrialdetan (Espainian, Herbehereetan edo Norvegian, besteak beste) patologia horrek urtero 150 eta 200 arteko hildako kopurua sortzen du.

Bigarren multzo bateko herrialdeetan (11), 200 eta 300 arteko hildako kopurua sortzen du; Finlandian eta Alemanian, esaterako. Azkenik, EBaren azken zabaltzeetako herrialdeetan balioak askoz handiagoak dira: zirkulazio sistemaren ondorioz 350 hildakotik gora egon da.

Gaixotasun mota honek¹⁴ emakumeei baino gizon gehiagori eragiten die. Izan ere, muturreko bi datu eman dira. Alde batetik, Euskal AEn edo Finlandian (besteak beste) zirkulazio sistemaren patologien ondoriozko gizonen heriotza tasa estandarizatua emakumeena baino % 75 handiagoa izan da. Baina beste herrialde batzuetan (Grezia edo Portugal), bi generoen arteko aldea handia izan arren aurrekoena baino askoz txikiagoa izan da (% 18 eta % 36, hurrenez hurren).

Zirkulazio sistemako patologien ondoriozko heriotza tasa estandarizatua, azken hamarkadan, etengabe txikitzen joan da: 2000. urtean 100.000 biztanleko 295 hildako izan ziren eta urte honetan 246 hildako. Adierazle hau etengabe txikitzean eragina duten faktoreak osasun teknikoan hobekuntza eta, batez ere, bizimodu osasuntsuagoa dira.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak administrazio iturrietatik bildu dira, herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak oinarritzat hartuta.
- Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urte erdian herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat. Biztanleria estandarizatu egiten da, herrialde batek adinaren arabera duen biztanle-egituraren eragina ahalik eta txikiagoa izan dadin heriotza tasa aztertu behar denean.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzerriarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagiriaren datuetan kontuan hartuko diren, adibidez. Gainera, irizpide ezberdinak ager daitezke diagnostikoak ematean eta heriotza eragin duen arrazoia egotean.
- Adierazle honek jasotzen dituen heriotzak, zirkulazio sistemaren gaixotasunei lotutako azpiko arrazoiek eragindakoak izan dira.

¹³ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización del censo poblacional).

¹⁴ En la que resulta determinante la incidencia de hábitos especialmente perjudiciales, como es el consumo de alcohol y de tabaco, sobre todo en las cohortes de edad (masculinas) superiores a los 40 años.

¹³ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

¹⁴ Ohitura oso kaltegarriek eragiten dituzte, alkoholaren eta tabakoaren kontsumoa esaterako, batez ere 40 urtetik gorako gizonen artean.

Gráfico 20
Evolución de la mortalidad estandarizada debida al sistema circulatorio

20. grafikoa
Heriotza tasa estandarizatuaren bilakaera: zirkulazio sistema

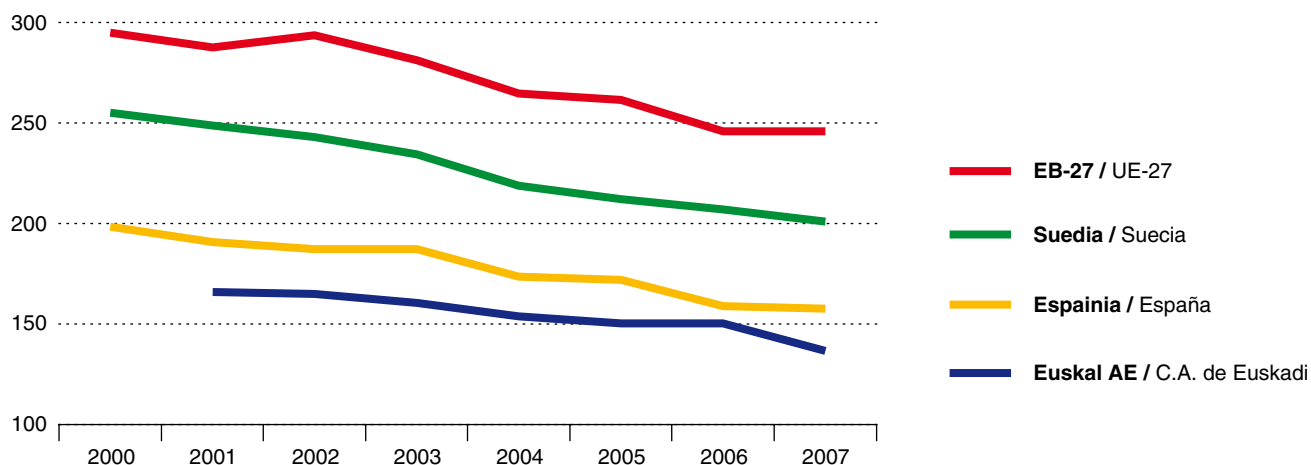
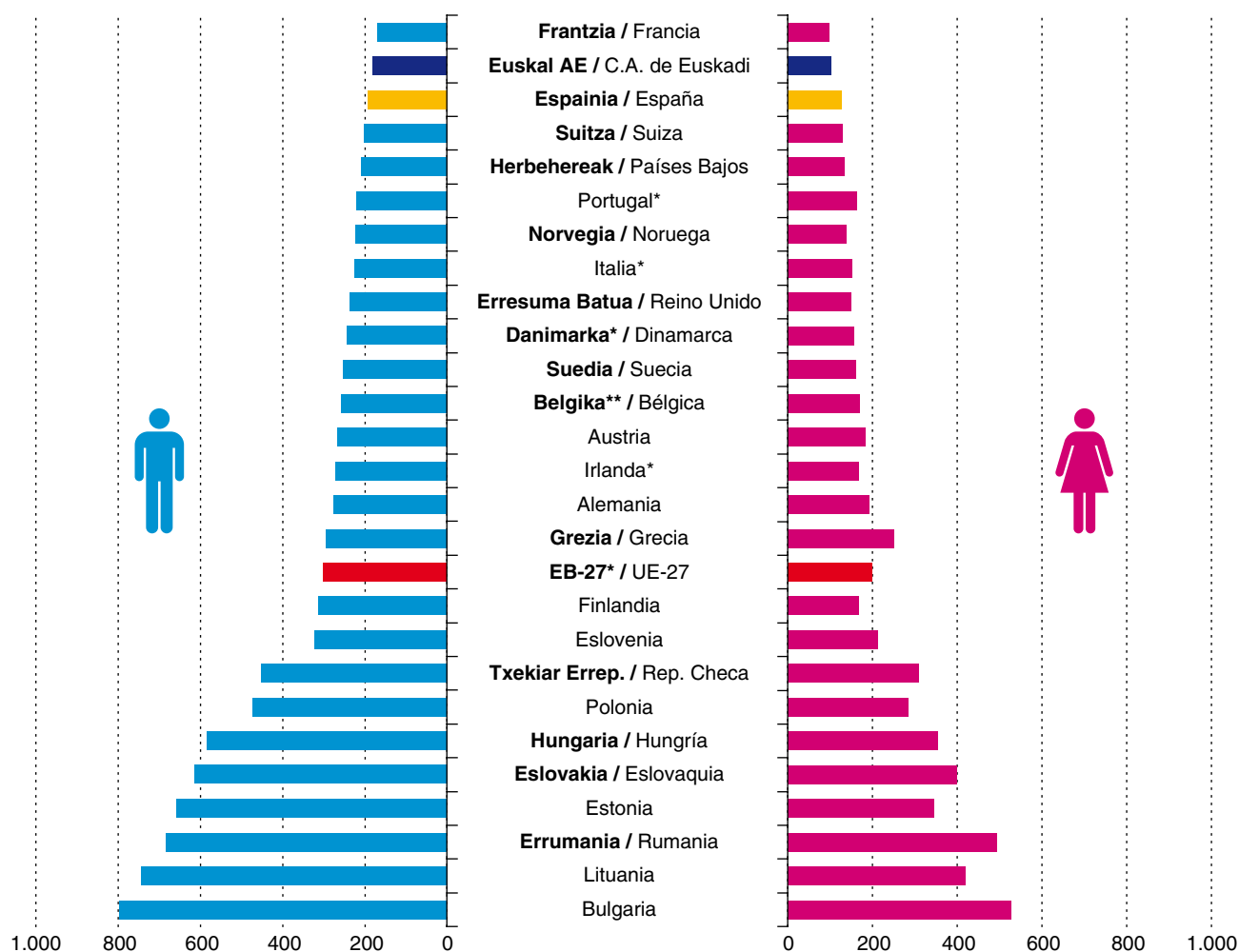


Gráfico 21
Tasa de mortalidad estandarizada debida al sistema circulatorio. 2007

21. grafikoa
Zirkulazio sistemaren ondoriozko heriotza tasa estandarizatu. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.3.5.2. Tasa de mortalidad estandarizada. Cáncer¹⁵

La segunda causa de fallecimiento, detrás de las patologías relacionadas con el sistema circulatorio, es el cáncer, con 180 fallecidos por cada 100.000 habitantes en el conjunto de la UE-27. Países nórdicos, como Finlandia y Suecia, o Suiza, registran los menores valores en esta tasa, en torno a los 150 fallecimientos. Por el contrario, Polonia o República Checa superan los 200 fallecimientos. Por otro lado, la C.A. de Euskadi y España, registran una posición intermedia-baja, con 172 y 162 fallecimientos, respectivamente.

Entre las razones¹⁶ que se encuentran detrás de las diferencias en la incidencia del fallecimiento asociado al cáncer entre los países considerados se encuentran la exposición de la población a hábitos de riesgo (tabaquismo, exposición solar) y los ligados con aspectos médicos entre los que destaca el diagnóstico precoz y el desarrollo de tratamientos efectivos para los distintos tipos de cáncer, además de las diferencias en la adscripción de la causa¹⁷ de fallecimiento.

La incidencia de esta patología como causa de muerte es mayor entre los hombres y es especialmente pronunciada en algunos países, entre otros, en la C.A. de Euskadi y en España, donde la tasa de mortalidad por cáncer en los hombres duplica al valor registrado entre las mujeres.

En general, la tasa de mortalidad por cáncer sigue una ligera tendencia a la baja desde 2000. En el conjunto de la UE-27 la tasa era de 192 fallecimientos en 2000 y se ha reducido hasta 180 en 2006.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los datos del número de fallecimientos proceden de fuentes administrativas referidas a los certificados de defunción que registra cada país.
- La población de referencia se calcula en base a la población a mitad de año residente en cada país. Se considera la población estandarizada, lo que minimiza el efecto de la estructura poblacional por edades del país en la consideración de la mortalidad.
- La comparabilidad de la información entre países puede estar limitada por los distintos criterios respecto a la consideración o no de población extranjera residente en el país y población nacional residente en el extranjero en los datos de certificados de defunción. A ellos se suma las diferencias de criterios en el diagnóstico y la adscripción a la causa de fallecimiento.
- El presente indicador recoge aquellas muertes cuya causa subyacente se encuentra ligada a la presencia de tumores.

5.3.5.2. Heriotza tasa estandarizatua. Minbizia¹⁵

Zirkulazio sistemaren ondoriozko patologien atzetik minbi-ziak sortzen du heriotza gehien EB-27ko herrialde guztietan: 100.000 biztanleko 180 hildako. Europako iparraldeko Finlandia eta Suedia herrialdeetan eta Suitzan tasa hori txikiagoa izan da: 150 hildako inguru. Baina Polonian eta Txekiar Errepublikan 200 hildako baino gehiago izan dituzte. Euskal AE eta Espainia erditik beherako tartean daude, 172 eta 162 hildakorekin, hurrenez hurren.

Aztertu diren herrialdeetan, minbiziari lotuta dagoen heriotza kopuru batetik besterako aldeak¹⁶ honakoak kontuan hartuta eman dira: biztanleek ohitura arriskutsuak (tabakismoa, eguzkia hartzea) izan dituzten ala ez, medikuntzako alderdi batzuk (diagnostiko goiztiarra eta minbizi mota ezberdinetarako tratamendu eraginkorrak) tartean izan diren, eta heriotza eragin duen arrazoia¹⁷ egozteko ezberdintasunak.

Emakumeak baino gizon gehiago hiltzen da patologia horren ondorioz, eta batez ere, besteak beste, Euskal AEn eta Espainian. Hauetan minbiziak hildako gizonen kopurua emakumeena baino bi aldiz handiagoa da.

Oro har, minbiziaren ondoriozko heriotza tasa 2000. urteaz gero pixkanaka txikitzen joan da. EB-27 osoan 192 pertsona hil ziren 2000. urtean arrazoi horregatik, eta 2006an 180.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Heriotza kopuruari buruzko datuak administrazio iturrietatik bildu dira, herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak oinarritzat hartuta.
- Erreferentziako biztanle kopurua kalkulatzeko urte erdian herrialde bakoitzean bizi zen pertsona kopurua hartu da oinarritzat. Biztanleria estandarizatu egiten da, herrialde batek adinaren arabera duen biztanle-egituraren eragina ahalik eta txikiena izan dadin heriotza tasa aztertu behar denean.
- Herrialde bakoitzaren informazioa besteenarekin alderatzean irizpide batzuk ezar daitezke: herrialdean bizi diren atzerriarrak eta atzerrian bizi diren herrialdeko biztanleak heriotza ziurtagiriaren datuetan kontuan hartuko diren, adibidez. Gainera, irizpide ezberdinak ager daitezke diagnostikoak ematean eta heriotza eragin duen arrazoia egoztean.
- Adierazle honek jasotzen dituen heriotzak, tumoreei lotutako azpiko arrazoiek eragindakoak izan dira.

¹⁵ Fuente: Eurostat y Eustat (Estadística de defunciones y Actualización del censo poblacional).

¹⁶ Con todo conviene no magnificar, ni en este ni en otros casos, la relevancia de los resultados inter-países, puesto que la estipulación de la adscripción de la causa de muerte no es homogénea. Es decir, una parte de la diferencia que se pueda detectar puede deberse, simplemente, a criterios de clasificación.

¹⁷ O del diagnóstico en general.

¹⁵ Iturria: Eurostat eta Eustat (Heriotzen estatistika eta Errolda arteko biztanleen eguneratzea).

¹⁶ Hala ere, ezin da handietsi herrialdeen datuen garrantzia, ez kasu honetan ez besteren batean ere; heriotzaren arrazoiaren egozpena ez delako homogenea. Hots, antzemandako aldeetako bat sailkapena egiteko irizpideen ondorioz gertatu ahal izan da.

¹⁷ Edo, oro har, diagnostikoa.

Gráfico 22
Tasa de mortalidad estandarizada debida al cáncer

22. grafikoa
Minbiziaren ondoriozko heriotza tasa estandariztua

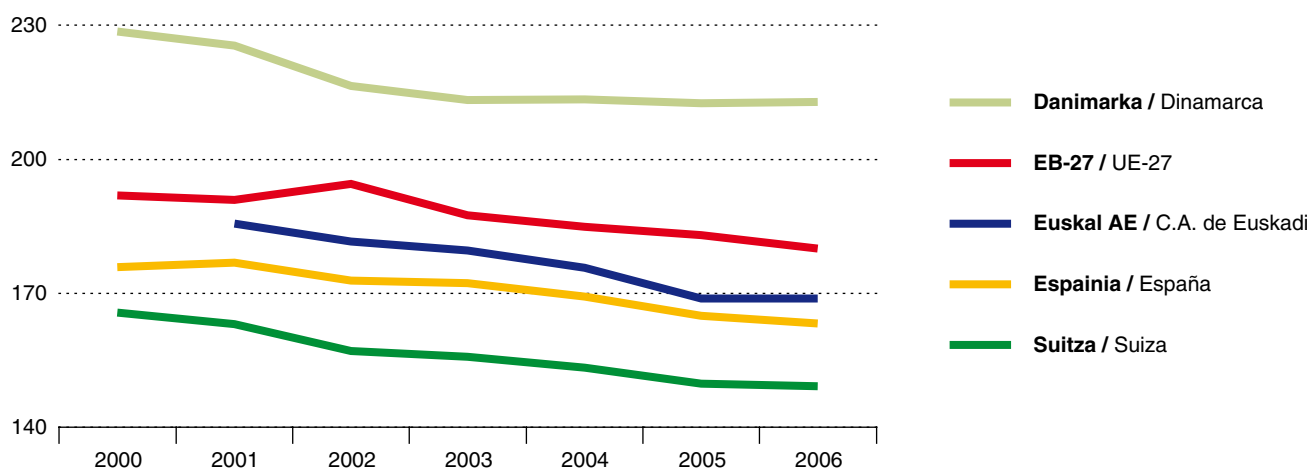
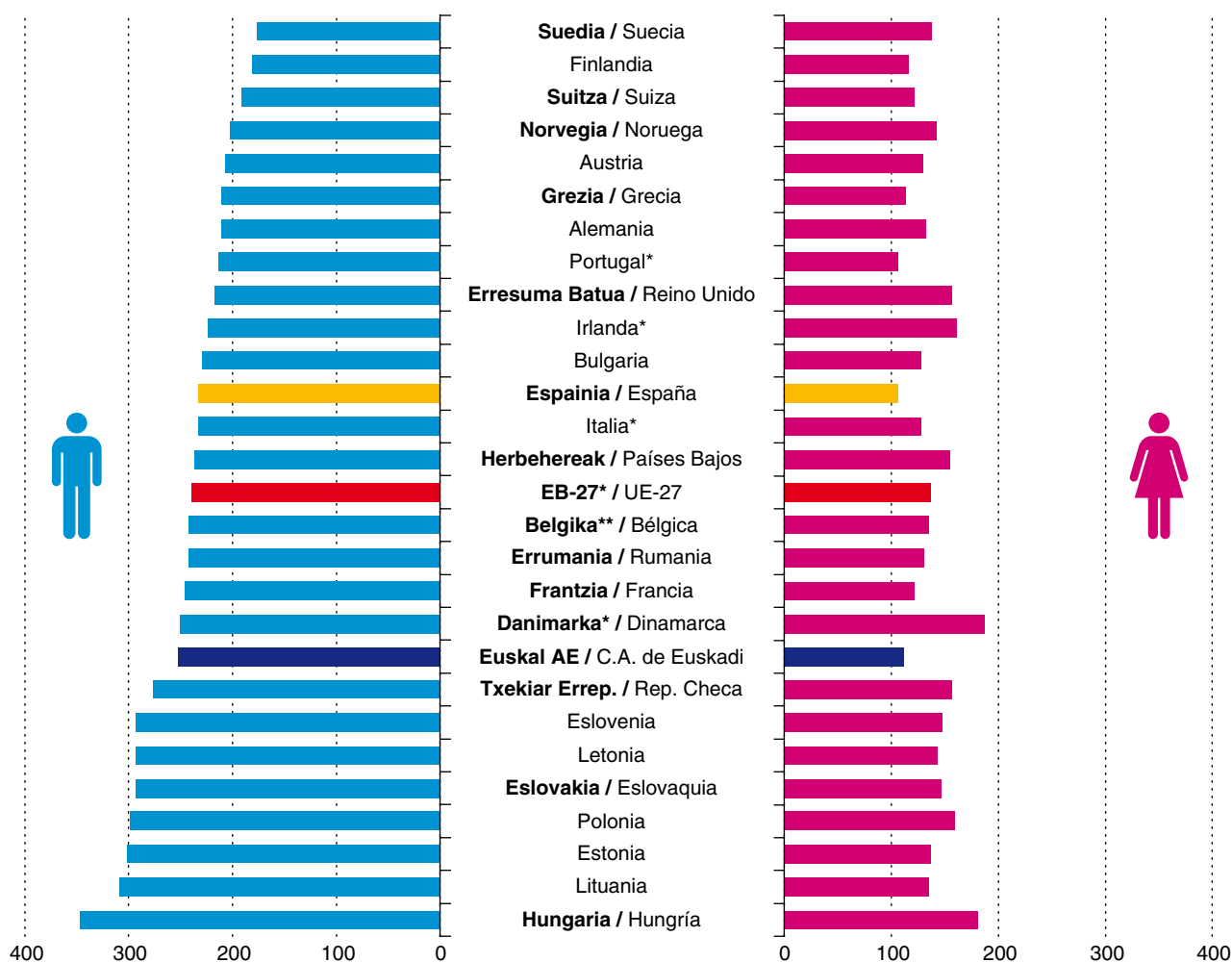


Gráfico 23
Evolución de la tasa de mortalidad estandarizada debida al cáncer. 2007

23. grafikoa
Minbiziaren ondoriozko heriotza tasa estandarizatuaren bilakaera. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.4. DETERMINANTES DE LA SALUD NO MÉDICOS

5.4.1. Consumo de alcohol¹⁸

El consumo excesivo de alcohol tiene efectos adversos para la salud, desde el mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares hasta la cirrosis hepática o ciertos tipos de cáncer, y resulta ser una de las principales variables explicativas de algunos accidentes (tráfico).

Su consumo –medido como la proporción de la población que declara haberlo consumido en el último año– varía sensiblemente entre los distintos países europeos y se sitúa entre el 51% que alcanza en Rumania y el 93% de la población de Lituania. Siete países (Rumania, Hungría, España, Portugal, Chipre, Bulgaria y Malta) señalan entre el 50 y el 67% de población que ha consumido alcohol. En doce, entre ellos, Suiza, Italia, Alemania o la propia C.A. de Euskadi, esta proporción es del 70-85%. Por último, en siete países, Noruega, Suecia o Reino Unido, entre otros, la proporción es del 85-93%.

En general, el consumo declarado es mayor entre los hombres que las mujeres. Pero con importantes diferencias entre los países. Así, por ejemplo, en Irlanda este consumo corresponde al 87% y 83%, a los hombres y las mujeres, respectivamente, mientras que en España o en Portugal, las diferencias resultan más notorias; en el caso de Portugal la proporción es de 77% en los hombres y 41% en las mujeres.

Entre las razones que se encuentran detrás de estos distintos niveles de consumo de alcohol reconocido por las personas es preciso tener presente, además de aspectos puramente culturales y relacionados con hábitos, el alcance de las distintas políticas abordadas con respecto de su consumo excesivo. En este sentido, los límites a la publicidad/venta de este tipo de productos o los mayores impuestos aplicados a los mismos son ya instrumentos contrastados para obtener una reducción en el consumo de esta sustancia.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Se define como consumidor de alcohol aquella persona que ha consumido esta sustancia en los últimos 12 meses. En este sentido, aglutina a personas con distinta intensidad en el consumo de alcohol: bebedores ocasionales, habituales, moderados, grandes bebedores y bebedores excesivos.
- La comparabilidad internacional de este indicador puede verse limitada por la falta de armonización en las encuestas nacionales –principal fuente de obtención de este tipo de datos– y por el distinto horizonte temporal en el que se realizan estos procesos de encuestación.

5.4. OSASUNAREN MUGATZAILEAK

5.4.1. Alkoholaren kontsumoa¹⁸

Alkohol gehiegi edaten bada osasunean ondorio kaltegarriak sor daitezke: gaixotasun kardiobaskularrak, gibekeko zirro-siak edo minbizi mota batzuk izateko arriskua areagotzen da. Horrez gain, alkohola istripu jakin batzuen (zirkulazio istripuen) eragile nagusienetako bat da.

Europako herrialdeetan kontsumo ezberdinak eman dira (azken urtean alkohola edan duten biztanleen ehunekoa aintzat hartuta); kontsumo txikiena % 51koa da, Errumanian eman dena, eta handiena % 93koa, Lituaniakoa. Zazpi herrialdeetan (Errumania, Hungaria, Espainia, Portugal, Zipre, Bulgaria eta Malta) alkohola kontsumitu duen biztanle kopurua % 50 eta % 67koa izan da. Beste hamabi herrialdeetan (Suitza, Italia, Alemania edo Euskal AE, besteak beste) biztanleen % 70 - % 85ak kontsumitzen du alkohola. Azkenik, zazpi herrialdeetan (Norvegia, Suedia, Erresuma Batua...) alkohola kontsumitzen duen biztanle kopurua % 85 eta % 93 artekoa da.

Oro har, kontsumoa aitortu dutenen artean emakumeak baino gizon gehiago dago. Baina herrialde bakoitzean sexuen arteko aldeak ezberdin eman dira. Adibidez, Irlandan, alkoholaren kontsumoa % 87 eta % 83 artekoa da gizonen eta emakumeen artean, hurrenez hurren; baina Espainian eta Portugalen ehunekoa % 77 da gizon artean eta % 41 emakume artean.

Pertsonak aitortu duten alkohol kontsumoan emandako alde hauen arrazoi batzuk kultura eta ohiturak dira, baita alkoholaren gehiegizko kontsumoaren gainean ezarri diren politiken betetze maila ere. Ildo horretan, produktu mota horien publikitatean/salmentan mugak ezartzea edo horiei zerga gehiago aplikatzea dagoeneko alkoholaren kontsumoa murrizteko egiaztatuta dauden irtenbideak dira.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

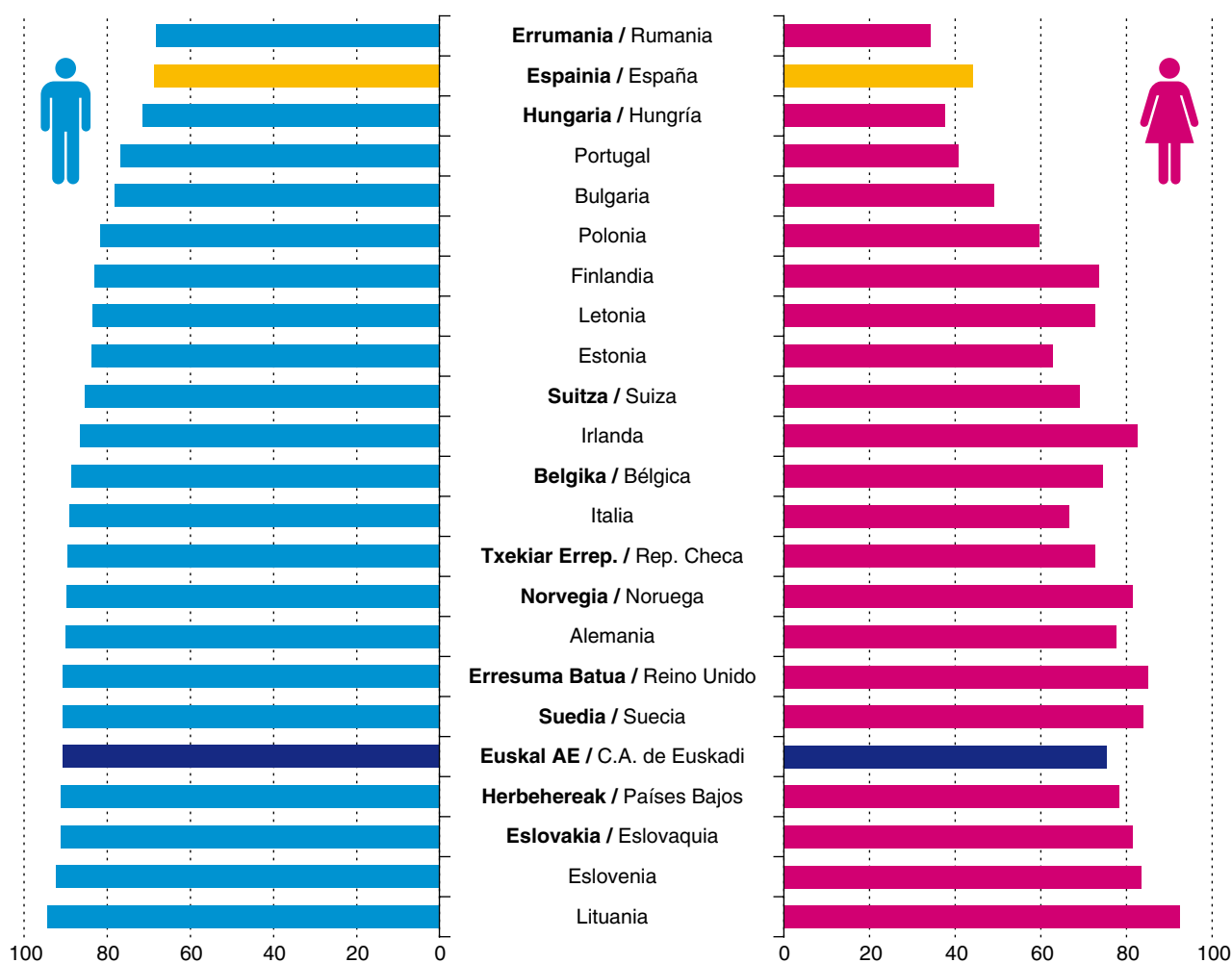
- Alkoholaren kontsumitzailetzat hartzen da azken 12 hila-beteetan substantzia hori kontsumitu duen pertsona. Alabaina, alkohol kopuru ezberdinak kontsumitzen dituzten pertsonak sartzen dira multzo horretan: noizean behingo edaleak, ohiko edaleak, neurritz edaten dutenak, asko edaten dutenak eta gehiegi edaten dutenak.
- Adierazle hau nazioartean konparatzean muga batzuk daude: inkesta nazionalen –datu hauek eskuratzeko iturri nagusia– ez dago bateratzerik eta honi buruzko inkestak denbora-tarte ezberdinetan egin dira.

¹⁸ Fuente: Eurostat y Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (Encuesta de salud del País Vasco 2007).

¹⁸ Iturria: Eurostat eta Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saila (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta - 2007).

Gráfico 24
Consumo de alcohol (% de población)

24. grafikoa
Alkoholaren kontsumoa (biztanleen %)



Herrialdeen erreferentzia urtea 1996 edo 2007 da.

Según países, la fecha de referencia del dato varía entre 1996 y 2007.

5.4.2. Consumo de tabaco¹⁹

Según la OMS (2002) el tabaco provoca uno de cada diez fallecimientos en el mundo –en torno a 5 millones de muertes anuales– lo que lo convierte en la segunda causa de muerte. Asimismo, representa un factor de riesgo relevante entre las principales causas de mortalidad prematura, como son las enfermedades del sistema circulatorio y las distintas tipologías de cánceres, contribuyendo de una manera muy negativa a las problemáticas relacionadas con el sistema respiratorio o al reducido peso y las enfermedades de los recién nacidos, en el caso de fumadoras embarazadas.

La proporción de fumadores diarios (los que declaran fumar al menos un cigarrillo al día) oscila fuertemente entre los países europeos, que se sitúan entre el 16% de Portugal y el 36% de Austria. De hecho, Portugal, Suecia, Finlandia y Eslovaquia, registran los porcentajes de fumadores más bajos, entre el 16 y el 20% de la población.

En ocho países, entre ellos Bélgica y la C.A. de Euskadi, la proporción está entre el 20 y el 25%. En once países, como Francia, Alemania y España, esta proporción se encuentra entre el 25 y el 30%. Por último, en siete de los países considerados, principalmente de Europa del Este, esta tasa supera el 30%.

La proporción de fumadores es mayor entre los hombres, con la única excepción de Suecia donde la tasa femenina supera en dos puntos porcentuales a la masculina. Además, y por razones culturales y de costumbre social, este diferencial es especialmente desfavorable para los hombres en los países del Este de Europa, y por ejemplo, en Letonia la tasa masculina supera el 50%, mientras que la femenina se sitúa en el 17%. Por el contrario, en los países nórdicos ambas tasas tienden a una mayor equiparación, de forma que en Noruega la tasa masculina es del 29% y la femenina del 27%.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Este indicador define la proporción de población que declara fumar al menos un cigarrillo al día. Se trata de la tipología de fumadores diarios.
- La comparabilidad internacional de este indicador puede verse limitada por la falta de armonización en las encuestas nacionales –principal fuente de obtención de este tipo de datos– y por el distinto horizonte temporal en el que se realizan estos procesos de encuestación.

5.4.2. Tabakoaren kontsumoa¹⁹

OMEren arabera (2002) munduan hildako hamar pertsonatik bat tabakoaren erruz hil da –urtean 5 milioi hildako inguru–, beraz tabakoa heriotzen bigarren eragilea da. Halaber, heriotza goiztiarrak sortzen dituzten arrazoi nagusien artean tabakoa arrisku faktorea da: zirkulazio sistemako gaixotasunak eta minbizi mota guztiak. Gainera, arnas sistemari, pisu eskasari eta jaioberrien gaixotasunei (amak haurdunaldian erre badu) lotutako arazoetan kalte handiak eragiten ditu.

Europako herrialdeetan eguneko (hau da, egunean gutxienez zigarro bat erretzen duten) erretzaileen ehunekoak % 16 (Portugal) eta % 36 (Austria) artean daude. Izan ere, Portugal, Suediak, Finlandiak eta Eslovakiak dituzte erretzaileen ehuneko txikiak: biztanle guztien % 16 eta % 20 artean da erretzailea.

Zortzi herrialdetan (Belgika eta Euskal AE tartean) erretzaileen kopurua % 20 eta % 25 artekoa da. Hamaika herrialdetan (Frantzia, Alemania, Espainia...) % 25 eta % 30 artekoa da. Azkenik, aztertutako zazpi herrialdetan, batez ere Europako ekialdeko herrialdeetan, tasa hori % 30etik gora dago.

Gizonak dira emakumeak baino erretzaileagoak; hala ere, salbuespen bakarra Suedia da, hemen erretzen duen emakumezkoen tasa gizonezkoena baino bi puntu altuagoa baita. Kultura eta gizarte ohitura direla medio, Europako ekialdeko herrialdeetan gizonezkoen tasak dira handienak; adibidez, Letonian, gizon erretzaileen tasa % 50etik gorakoa da baina emakume erretzaileena % 17 da. Europako iparraldeko herrialdeetan, aldiz, sexu bien tasak parekatuago daude: Norvegian gizonen tasa % 29 da eta emakumeena % 27.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

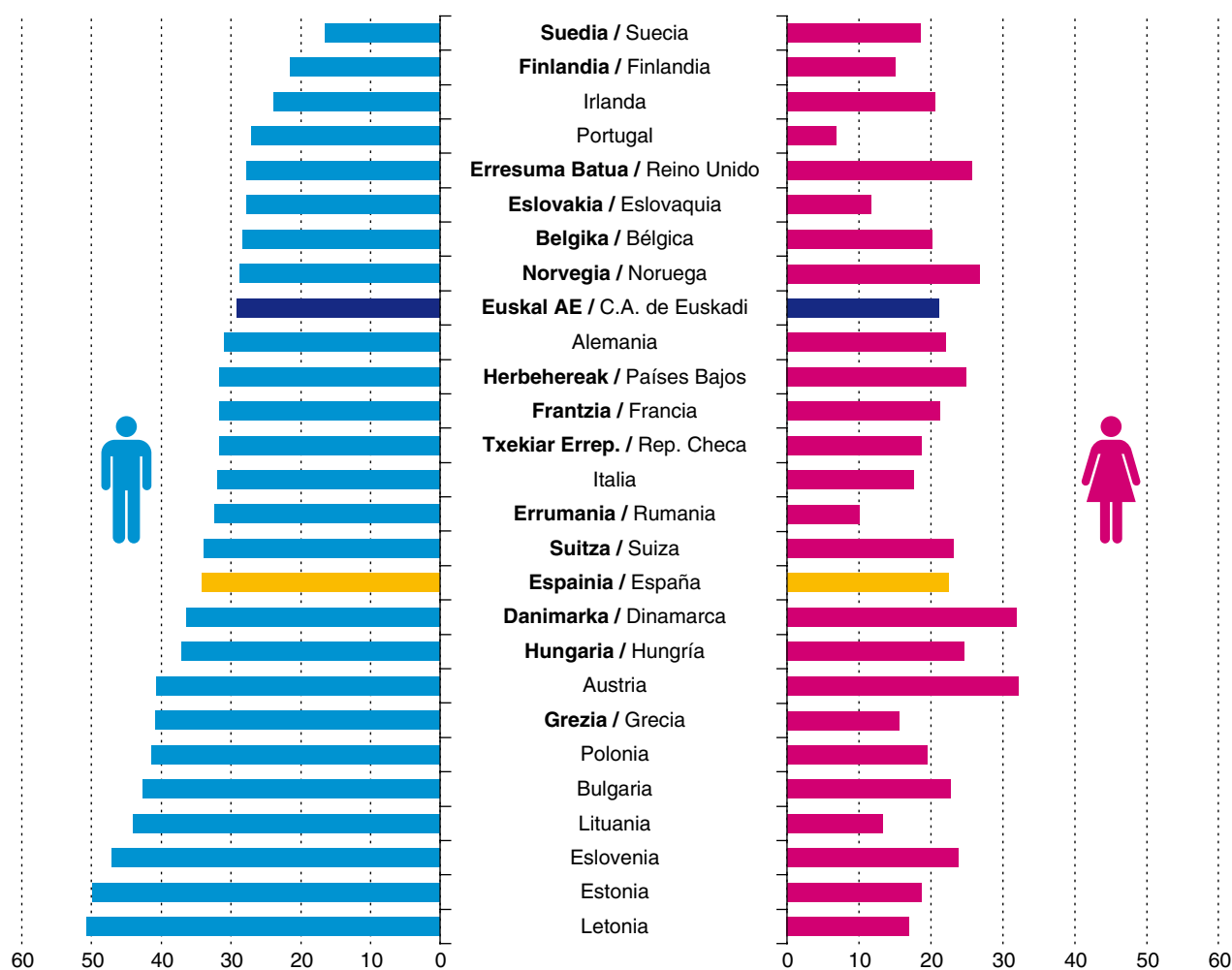
- Adierazle honek egunean gutxienez zigarro bat erretzen duela esan duten pertsonen kopurua zehazten du. Eguneko erretzaileen tipologia ematen du.
- Adierazle hau nazioartean konparatzean muga batzuk daude: inkesta nazionaletan –datu hauek eskuratzeko iturri nagusia– ez dago bateratzerik eta honi buruzko inkestak denbora-tarte ezberdinetan egin dira.

¹⁹ Fuente: Eurostat y Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (Encuesta de salud del País Vasco 2007).

¹⁹ Iturria: Eurostat eta Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saila (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta - 2007).

Gráfico 25
Consumo de tabaco (% de población)

25. grafikoa
Tabakoaren kontsumoa (biztanleen %)



Herrialdeen erreferentzia urtea 1996 edo 2007 da.

Según países, la fecha de referencia del dato varía entre 1996 y 2007.

5.4.3. Obesidad²⁰

Las altas tasas de obesidad en la niñez y entre los adultos se están convirtiendo en una de las principales preocupaciones de la salud pública, ya que se relaciona con numerosos problemas de salud, como la hipertensión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios como el asma, incluso algunas tipologías de cáncer.

La proporción de población obesa, entendida como aquella con un índice de masa corporal igual o superior a 30, se sitúa entre el 6% de Noruega y el 23% del Reino Unido.

Además de Noruega, en otros siete países (Suiza, Italia, Austria, Países Bajos, Rumania, Francia y Dinamarca), la tasa de población obesa se sitúa entre el 7 y el 9,5%. Pero, en la mayoría de los países considerados, entre los que se encuentran Suecia, Bélgica, Irlanda, España y la C.A. de Euskadi, la tasa se sitúa entre el 10 y el 15%. Por último, cinco países registran una tasa del 15-20% y en Alemania y Reino Unido superan el 20%.

En trece de los países considerados la tasa masculina supera a la femenina. En España no existe una diferencia sustancial entre las tasas de ambos géneros (la masculina es del 13% y la femenina del 13,5%) mientras que en la C.A. de Euskadi la tasa masculina es ligeramente superior a la femenina (13,3% frente al 11,8%).

Entre las razones que han propiciado este crecimiento de las tasas de obesidad se encuentran la mejora global de las rentas de los hogares, el acceso y la popularización de alimentos pre-cocinados y de alto contenido en grasas y azúcares y la menor actividad física. Estos nuevos patrones de comportamiento afectan especialmente a la población más joven.

Definiciones y comparabilidad internacional

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.
- Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero distintos estudios apuntan a que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.
- La comparabilidad internacional de este indicador puede verse limitada por la falta de armonización en las encuestas nacionales, principal fuente de obtención de este tipo de datos y por el distinto horizonte temporal en el que se realizan estos procesos de encuestación.

5.4.3. Gizentasuna²⁰

Osasun publikoan gero eta kezkarriagoa da umeen eta helduen gizentasun tasa handia. Gizentasunak hainbat arazo sortzen ditu osasunean: hipertentsioa, diabetea, gaixotasun kardiobaskularrak, asma bezalako arnas arazoak eta minbizi mota batzuk.

Biztanle gizenen (gorputz-masaren indizea 30ekoa edo handiagoa dutenen) ehunekoa % 6 da Norvegian eta % 23 Erresuma Batuan.

Norvegiar gainera beste zazpi herrialdetan (Suitza, Italia, Austria, Herbehereak, Errumania, Frantzia eta Danimarka) gizentasun tasa % 7 eta % 9,5 artekoa izan da. Baina aztertu diren herrialde gehienetan (besteak beste, Suedia, Belgika, Irlanda, Espainia eta Euskal AE) tasa hori % 10 eta % 15 artekoa da. Azkenik, bost herrialdetan tasa % 15 eta % 20 artekoa izan da eta Alemanian eta Erresuma Batuan % 20tik gorakoa izan da.

Aztertutako hamahiru herrialdetan gizonezkoen tasa emakumeena baino handiagoa izan da. Espainian ez dago alde handirik bi generoen tasean artean (gizonen tasa % 13 da eta emakumeena % 13,5); baina Euskal AEn gizonen tasa emakumeena baino pixka bat handiagoa da (% 13,3 eta % 11,8).

Gizentasun tasak gora egiteko arrazoi batzuk hauek dira: familien errentek oro har hoberantz egin dute, aurrez prestatutako eta gantz eta azukre ugari duten elikagai gero eta gehiago egoteaz gainera zabaltzen doaz, eta ariketa fisiko gutxiago egiten da. Portaeren eredu berri hauek biztanle gazteenengan dute batez ere eragina.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

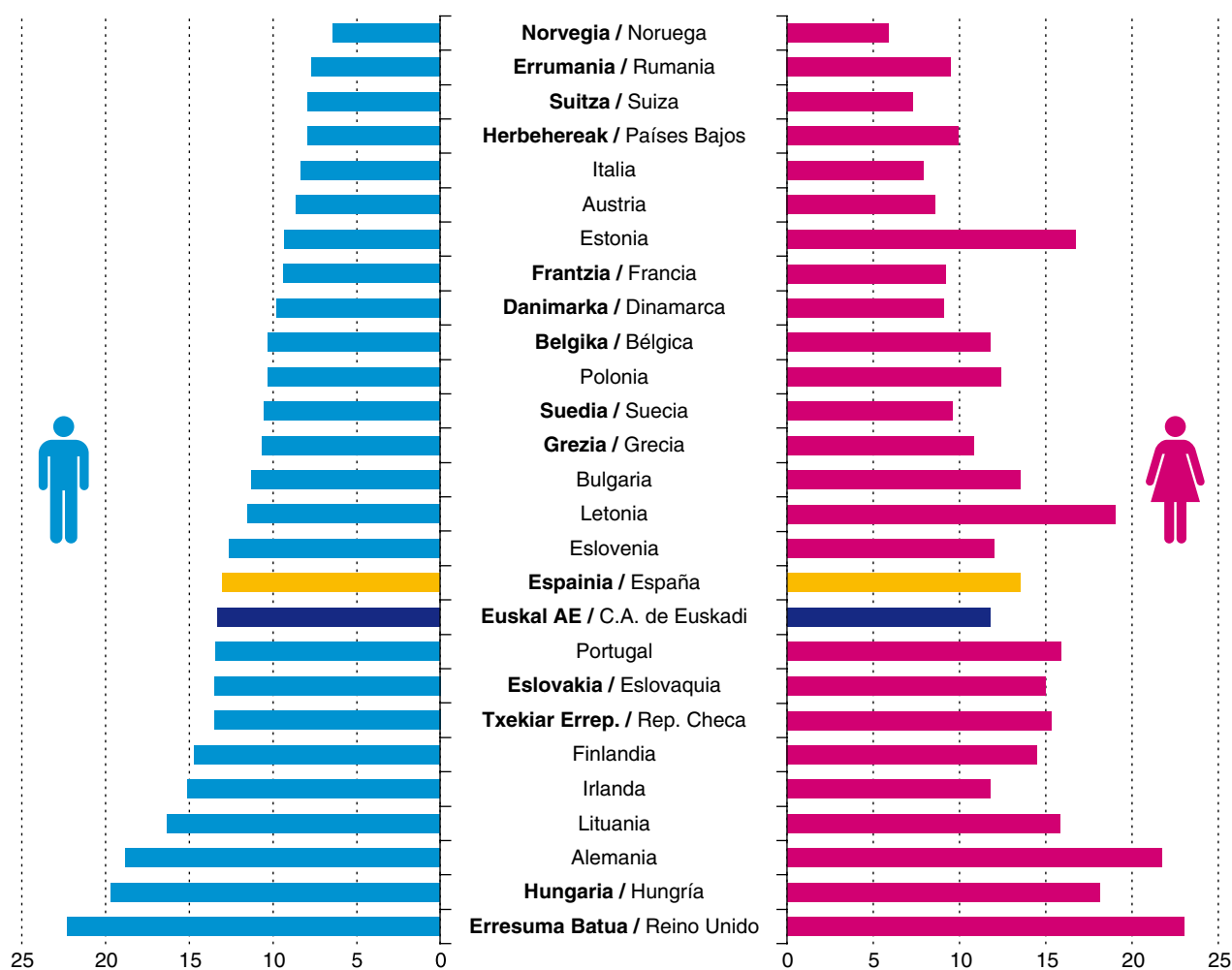
- Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) esanetan, GMI 25 edo handiagoa denean ematen da gehiegizko pisua, eta gizentasuna GMI 30 edo handiagoa denean.
- Tarte horiek banakoen ebaluaziorako erreferentzia moduan erabiltzen dira; baina azterlan batzuen arabera, biztanleek gaixotasun kronikoak edukitzeko arriskua pixkanaka gehituz doa GMI 21 denetik aurrera.
- Adierazle hau nazioartean konparatzean muga batzuk daude: inkesta nazioartean –datu hauek eskuratzeko iturri nagusia– ez dago bateratzerik eta honi buruzko inkestak denbora-tarte ezberdinetan egin dira.

²⁰ Fuente: Eurostat y Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (Encuesta de Salud del País Vasco 2007).

²⁰ Iturria: Eurostat eta Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saila (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta - 2007).

Gráfico 26
Personas con obesidad (% de población)

26. grafikoa
Pertsona gizenak (biztanleen %)



Herrialdeen erreferentzia urtea 1996 edo 2007 da.

Según países, la fecha de referencia del dato varía entre 1996 y 2007.

5.4.4. Emisión de gases de efecto invernadero²¹

La Agencia de Protección del Medioambiente de EE.UU. (EPA, en inglés) declaró oficialmente (abril 2009) que el dióxido de carbono y otros cinco gases que originan el efecto invernadero, producidos por fábricas, centrales eléctricas y vehículos de motor, entre otros, dañan la salud de los seres humanos. Investigaciones anteriores ya señalaban que la contaminación del aire perjudica directamente a personas que padecen asma y otros tipos de enfermedad pulmonar o cardíaca y que los ancianos y los menores son especialmente vulnerables a los efectos de la contaminación.

El *Protocolo de Kyoto*, instrumento respaldado por Naciones Unidas para controlar las emisiones de gases de efecto invernadero, asigna a la Unión Europea el compromiso de reducción de emisiones en un 8% respecto a 1990. Este compromiso se reparte de distinta forma para cada estado miembro, correspondiendo a España, como objetivo para el 2010, la limitación de aumentar como máximo un 15% de las emisiones respecto a 1990 (año base), y habiendo reflejado España en los tres últimos años (2005-2007) un aumento acumulado de emisiones en torno al 50% respecto a 1990.

El Gobierno Vasco por su parte ha puesto en marcha el *Plan Vasco de lucha contra el Cambio Climático 2008-2012*, que plantea como primer objetivo «limitar para el año 2010 las emisiones totales de gases efecto invernadero regulados en el Protocolo de Kioto para que no sobrepasen el 14% las emisiones del año 1990²²». Las emisiones de gases de efecto invernadero en 2007 supusieron un descenso del 0,8% respecto a 2006, aun así, respecto a 1990 el aumento acumulado de emisiones se situó en el 21%, es por este motivo por el que se convierte en objetivo prioritario de actuación del II Programa Marco Ambiental.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los seis gases de efecto invernadero considerados en el protocolo de Kioto son el anhídrido carbónico (CO₂), el metano (CH₄), el óxido nitroso (N₂O), la familia de hidrofluorocarbonos (HFC), la familia de perfluorocarbonos (PCF) y el hexafluoruro de azufre (SF₆).

5.4.4. Berotegi-efektuko gasen isurketa²¹

AEBetako Ingurumena Babesteko Agentziak (EPA ingelesez) 2009ko apirilean ofizialki adierazi zuen besteak beste fabrikek, zentral elektrikoek eta motordun ibilgailuek isuritako karbono dioxidoa eta berotegi-efektua sortzen duten beste bost gas, kaltegarriak direla gizakien osasunerako. Lehenagoko ikerketetan dagoeneko aipatu zen airearen kutsadurak eragin zuzena duela asma duten pertsonengan eta biriketako edo bihotzeko beste gaixotasunen bat duten pertsonengan; eta adindunak eta umeak direla ahulenak kutsaduraren ondorioen aurrean.

Kiotoko protokoloak berotegi-efektua duten gasen igorpena kontrolatzen du; izan ere, Nazio Batuen bitarteko honen arabera, Europar Batasunak 1990. urtean zituen igorpenak % 8 murriztu behar ditu. Konpromiso hori ez da berdin banatu Batasuneko herrialde kide guztien artean: Espainiak, esaterako, 2010. urterako gehienez % 15 gehi ditzake 1990. urteko (oinarrizko urteko) igorpenak, baina azken hiru urteetan (2005-2007) 1990eko igorpenak % 50 inguru gehitu ditu.

Eusko Jaurlaritzak *Klima Aldaketaren Aurkako Euskal Plana* (2008-2012) jarri du martxan, eta bertan ezarritako lehenengo helburua hauxe da: «Kiotoko Protokoloan arautzen diren berotegi-efektuko gas guztien igorpenak mugatzea, gehienez ere 1990. urtekoak baino % 14 gehiago izan daitezen²²». 2007. urteko berotegi-efektuko gasen igorpenak 2006koak baino % 0,8 gutxiago izan dira; hala ere, 1990. urtearen aldean oraindik % 21 gehiago izan dira igorpenak. Horregatik, Ingurumen Estrategiaren II. Agiria lehenasunezko jardun bihurtu da.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Kiotoko protokoloaren arabera, sei gas hauek dute berotegi-efektua: anhídrido karbonikoa (CO₂); metanoa (CH₄); óxido nitrosoa (N₂O); hidrofluorokarbonoen familia (HFC); perfluorokarbonoen familia (PFC); eta sufre hexafluoruroa (SF₆).

²¹ Fuente: Eurostat: Indicadores de contaminación del Aire y Cambio Climático. Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca del Gobierno Vasco. Inventario Anual de Gases de Efecto invernadero 2007.

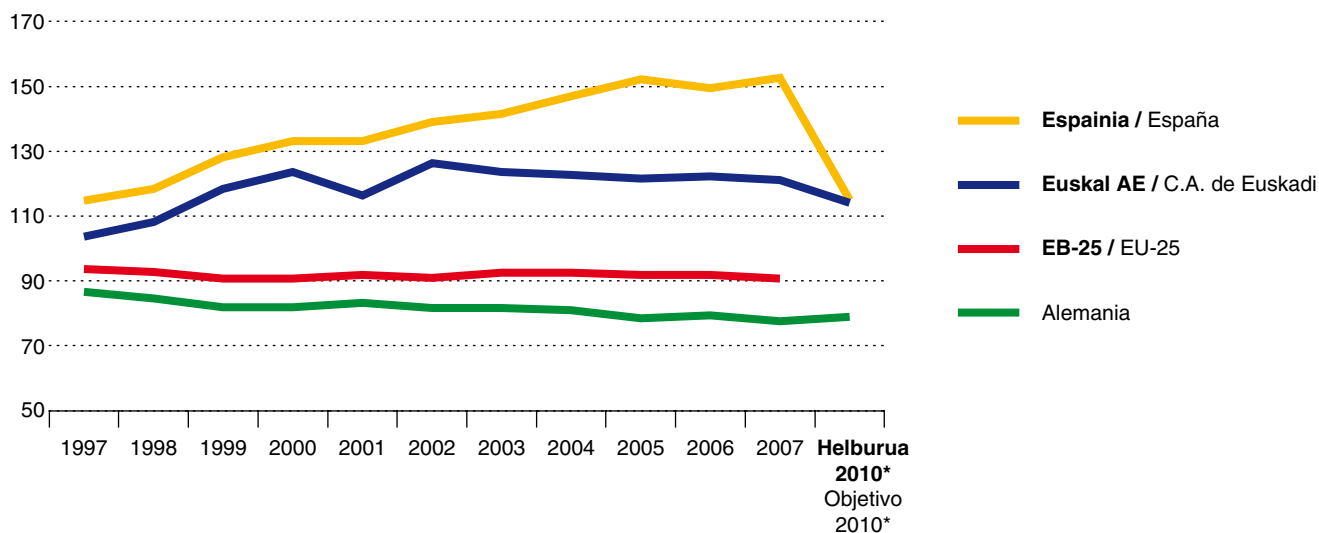
²² El año base se establece como 1990 para CO₂, CH₄, N₂O y como 1995 para los gases fluorados; dado que el peso de los primeros es mucho mayor, se suele hacer referencia también a 1990.

²¹ Iturria: EUROSTAT Aire-kutsaduraren adierazleak eta klima-alderaketa. Eusko Jaurlaritzako Ingurumen, Lurralde Plangintza, Nekazaritza eta Arrantza saila Berotegi-efektudun gasen urteko inbentarioa 2007.

²² 1990. urtea hartu da oinarritzat CO₂, CH₄, N₂O gasentzat; baina 1995. urtea hartu da oinarritzat gas fluoratuentzat. Lehenengo horiek askoz garrantzitsuagoak direnez, 1990. urteari ere egiten zaio erreferentzia.

Gráfico 27
Evolución del índice de gases de efecto invernadero

27. grafikoa
Berotegi-efektuko gasen indizeak izan duen bilakaera

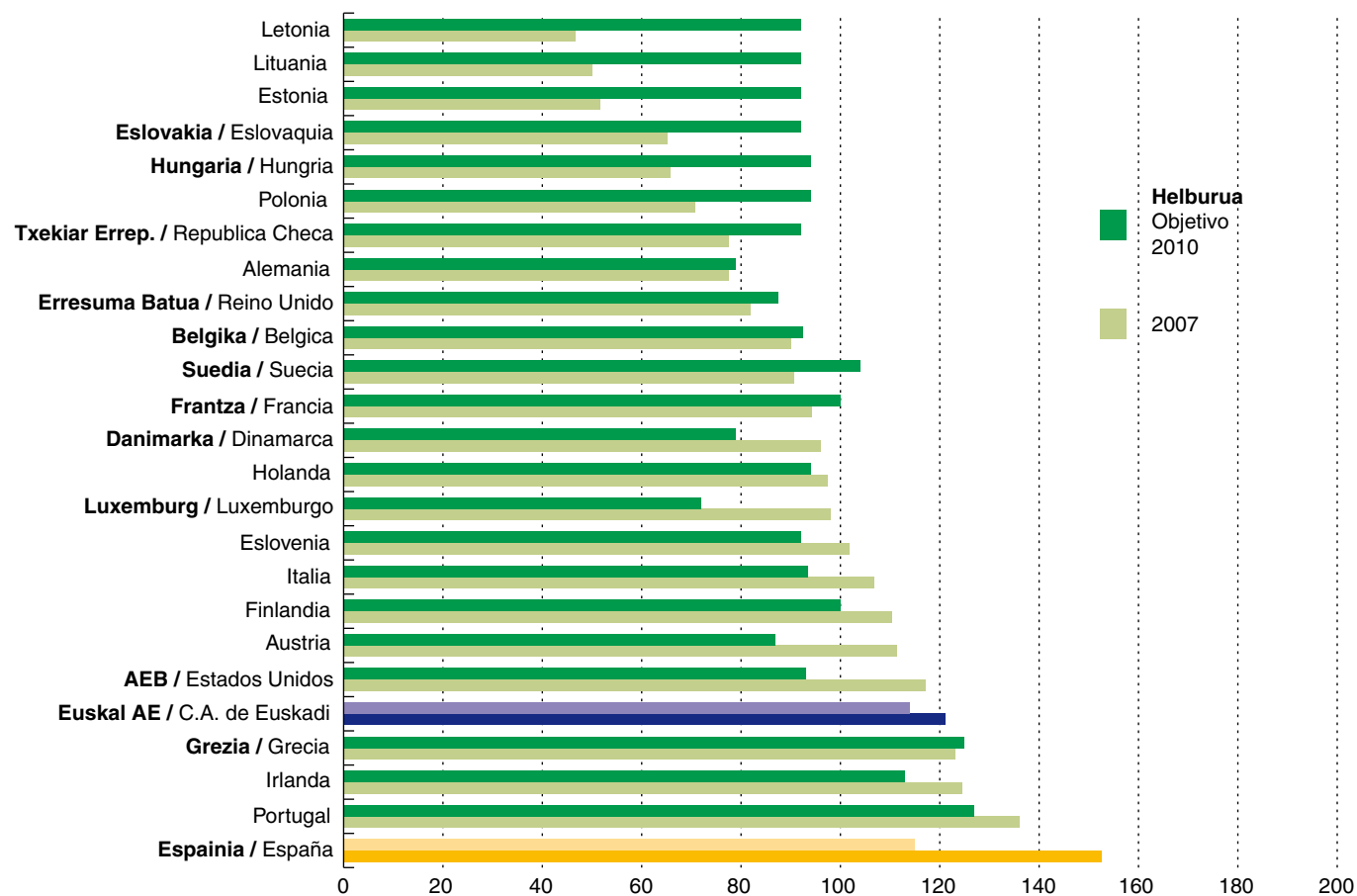


(*) Europako araudiak ez du helbururik ezarri Euskal AEn 2010. urterako. Helburu hori EAEko Ingurumen Estrategiaren Planean (2007-2010) ezarri da.

(*) La normativa europea no fija un objetivo para el 2010 en la C.A. de Euskadi. El objetivo se establece en el Plan Marco Ambiental de la CAPV 2007-2010.

Gráfico 28
Emisión de gases de efecto invernadero por países
(en equivalentes de CO₂). 2007

28. grafikoa
Berotegi-efektuko gasen igorpenek izan duten indizea. 2007



5.5. PERSONAL DE LA SALUD

5.5.1. Personal medio por cama disponible en hospitales de agudos²³

La ratio de personal medio hospitalario por cama disponible, con relación a las camas en hospitales de agudos, varía sustancialmente entre países. Estados Unidos, Noruega y Canadá, son tres países en los que esta ratio alcanza los mayores valores y, en promedio, cuentan con más de cuatro personas por cada cama.

En la mayoría de los países, concretamente en trece de los veintinueve países considerados, esta ratio se sitúa entre 2 y 4 personas. Dentro de este grupo se encuentran la C.A. de Euskadi y España, que asignan 3,4 y 3,8 personas del personal sanitario por cada cama. Por su parte, países con un grado de desarrollo económico, social y sanitario muy diverso, muestran unos resultados muy parecidos, como ocurre en el caso de Hungría, Francia o Portugal, que se encuentran por debajo de las 2 personas por cada cama.

A lo largo de los últimos años y especialmente desde inicios de década, el personal sanitario medio por cama disponible en los hospitales de agudos registra una tendencia al alza. Este comportamiento se detecta en el conjunto de los países de la OCDE.

- Bélgica, Italia, Países Bajos o Noruega son los que registran mayores aumentos en la dotación de personal sanitario por cama en hospitales de agudos, con crecimientos superiores a 0,7 personas.
- Por su parte, en España y la C.A. de Euskadi esta ratio ha experimentado un crecimiento de 0,6 y 0,2 personas, respectivamente. Y, en otros, como Alemania, Grecia o Dinamarca, el personal sanitario asociado a la cama hospitalaria se ha mantenido.

Esta evolución pone de manifiesto el refuerzo realizado en los recursos humanos, pero también la creciente especialización dentro de las áreas sanitarias, que requiere de dotaciones crecientes de personal. A todo ello se suma un uso más intensivo de las instalaciones, dado el acortamiento en las estancias medias de los pacientes y la mejora en la rotación (número de pacientes por cama).

Definiciones y comparabilidad internacional

- Número total de empleados cuya actividad principal consiste en ofrecer cuidados sanitarios en el contexto hospitalario (centros tipificados como hospital de agudos).
- Una variable próxima para su cálculo es la suma de médicos, personal de enfermería y administradores (incluidas las subcontrataciones de personal). La comparativa internacional debe realizarse con cautela ya que existen diferencias respecto a la inclusión de empleados en términos de equivalencia horaria o sin atender a la parcialidad de su dedicación.
- En la C.A. de Euskadi se ha incluido, asimismo, el número de personas subcontratadas (ámbitos de limpieza, cocina y seguridad, principalmente).

5.5. OSASUN ARLOKO LANGILEAK

5.5.1. Gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko langile kopurua²³

Herrialde batetik bestera datu ezberdinak lortzen dira gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko langile kopuruaren gainean. Ameriketako Estatu Batuetan, Norvegia eta Kanadan dago langile gehiago eta, batez beste, ohe bakoitzeko lau pertsona baino gehiago dituzte.

Herrialde gehienetan (zehazki, aztertu diren hogeita bat herrialdeetatik hamahirutan) 2 eta 4 pertsona artekoa da kopuru hori. Eta talde horren barruan sartzen dira Euskal AE eta Espainia, ohe bakoitzean osasun arloko 3,4 eta 3,8 langile dituztelako, hurrenez hurren. Bestalde, ekonomia, gizarte eta osasun arloetan garapen maila oso ezberdina duten herrialdeek antzeko emaitzak izan dituzte: Hungarian, Frantzia eta Portugalen, adibidez, ohe bakoitzeko 2 pertsona baino gutxiago dago.

Azken urteetan zehar, eta batez ere hamarkada hasieratik aurrera, gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzeko osasun arloko batez besteko langile kopurua gehitzen joan da. ELGEko herrialde guztietan antzeman da joera hori.

- Belgikan, Italian, Herbehereetan edo Norvegia gehitu da gehien gaixo akutuen ospitaleetako ohe bakoitzeko osasun arloko langile kopurua. 0,7 pertsonatik gorako gehikuntza izan dute.
- Espainian eta Euskal AEn 0,6 eta 0,2 pertsonako gehikuntza eman da, hurrenez hurren. Eta beste herrialde batzuetan (Alemanian, Grezian edo Danimarkan) ospitaleetako ohe kopuruari lotutako osasun arloko langile kopurua berdin mantendu da.

Bilakaera horrek erakusten du giza baliabideei garrantzia eman zaiela eta osasun arloak espezializatzen doazela, ondorioz, langile gehiago behar dira. Gainera, instalazioak gehiago erabiltzen dira, gaixoen batez besteko egonaldiak laburtu eta txandakatzea (ohe bakoitzeko gaixo kopurua) hobetu delako.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Ospitaleetan (gaixo akutuentzako ospitaleetan) osasun zaintza ematen duten langileen kopurua.
- Kalkulua egiteko aldagai hurbil bat izan daiteke mediku, erizain eta administratzaile kopurua batzea (azpikonttatuta dauden langileak ere zenbatuta). Kontu handiz konparatu behar dira nazioarteko datuak, aldeak daudelako langileak ordutegien arabera sailkatzeari dagokionez eta arduraldi partziala kontuan hartzeri dagokionez.
- Euskal AEn, azpikonttatutako pertsona kopurua ere sartu da (garbitasunekoak, sukaldekoak eta segurtasunekoak bereziki).

²³ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística hospitalaria).

²³ Iturria: ELGE eta Eustat (Ospitale Estatistika).

Gráfico 29
Evolución del personal medio hospitalario por cama disponible (agudos)

29. grafikoa
Ospitaleetan (gaixo akutuenetan) erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko langile kopuruaren bilakaera

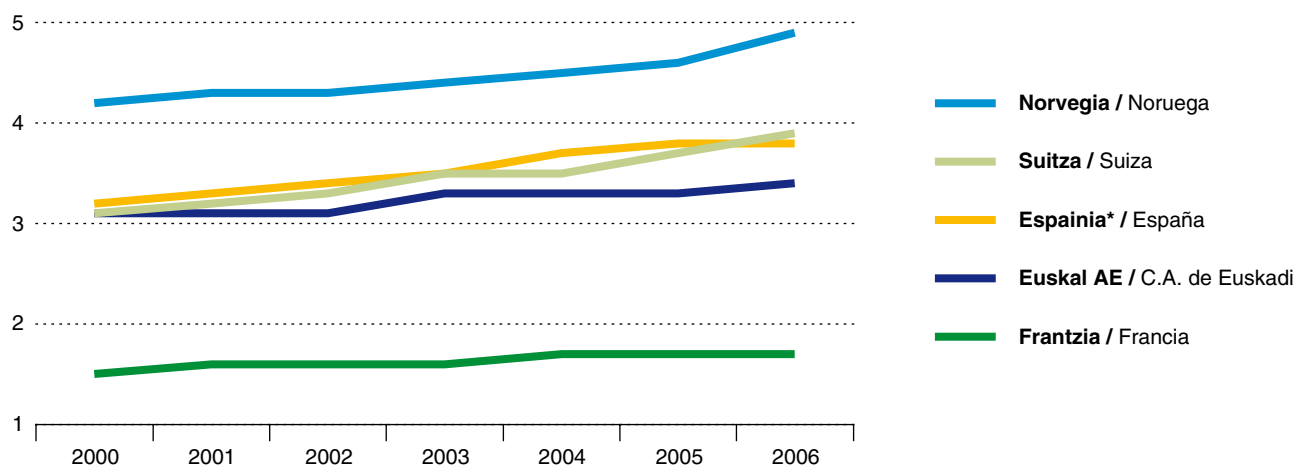
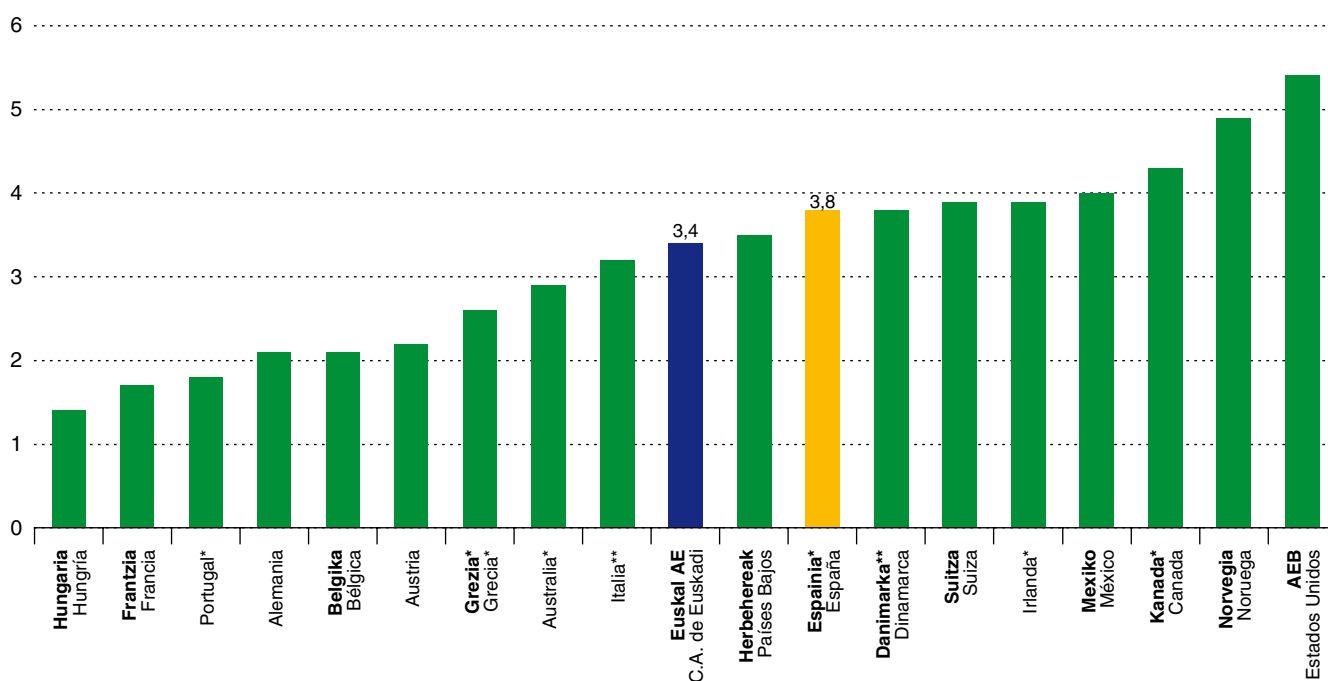


Gráfico 30
Personal medio hospitalario por cama disponible (agudos). 2006

30. grafikoa
Ospitaleetan (gaixo akutuenetan) erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko langile kopurua. 2006



(*) Bildutako azken datua, 2005. / Último dato disponible, 2005.

(**) 2005 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2005.

5.5.2. Personal medio de enfermería por cama disponible en hospitales de agudos²⁴

En el conjunto de países que integran la OCDE el personal medio de enfermería por cama disponible en hospitales de agudos es de 1,2 personas, con valores extremos entre los registrados por Corea (0,3) y México (2,1), respectivamente.

En un primer grupo de países analizados (9), la cifra de personal de enfermería por cama hospitalaria (agudos) es ligeramente inferior a una persona por cama disponible. Dentro de este grupo, se encuentran Alemania (0,8), Bélgica (0,9) y Francia (0,6).

En otros nueve países, entre ellos España y la C.A. de Euskadi, el ratio llega a 1,7 por cada cama disponible. En este grupo se incluye un rango de países con situaciones diversas, como Suiza e Italia (1,4), la C.A. de Euskadi (1,5), EE.UU. (1,6) o Noruega y España (1,7), con unos mayores valores en esta dotación.

Con respecto de la evolución de este indicador, desde 2000 se percibe una tendencia a la estabilidad, destacando por haber experimentado una cierta variación creciente en estas cifras Portugal e Italia (+0,3 y +0,4 personas, respectivamente).

Definiciones y comparabilidad internacional

- Se refiere a la suma de las enfermeras de primer y segundo nivel. La distinción entre enfermeras de primer y segundo nivel dista entre países: en España se consideran enfermeras de primer nivel las que han completado la diplomatura de 3 años, mientras que las de segundo nivel, son las que han realizado estudios secundarios más 2 años de estudios postsecundarios de enfermería. Las matronas se contabilizan por separado.
- El cómputo del personal de enfermería en la C.A. de Euskadi se realiza sumando a los diplomados en enfermería, los auxiliares de clínica que suponen aproximadamente un 42% del valor del indicador –dado que el número de auxiliares es similar al de los ATS–.
- La comparativa internacional debe realizarse con cautela ya que existen diferencias respecto a la inclusión de empleados, sea en equivalencia horaria, sea en número de empleados, sin atender a su dedicación parcial, y respecto a la inclusión de enfermeras de primer y segundo nivel entre países.

5.5.2. Gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko langile kopurua²⁴

ELGE osatzen duten herrialde guztietan, gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez beste 1,2 erizain daude. Muturreko datuak dituzte Koreak (0,3) eta Mexikok (2,1), hurrenez hurren.

Aztertutako herrialdeen lehenengo taldean (9), gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzeko erizain bat baino pixka bat gutxiago dago. Talde honen barruan sartzen dira Alemania (0,8), Belgika (0,9) eta Frantzia (0,6).

Beste bederatzi herrialdetan (Espainian eta Euskal AEn, besteak beste) erabilgarri dagoen ohe bakoitzeko 1,7 erizain daude. Inguruabar ezberdinak dituzten herrialdeak daude multzo honetan: Suitza eta Italia (1,4), Euskal AE (1,5), AEB (1,6) edo Norvegia eta Espainia (1,7). Besteek baino balio handiagoak dituzte.

Adierazle honen bilakaerari dagokionez, 2000. urteaz gero egonkortzeko joera eman da. Portugal eta Italia nabarmendu dira, kopurua pixka bat gehitu dutelako (+0,3 eta +0,4 pertsona, hurrenez hurren).

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Lehen eta bigarren mailako erizainen batura da. Erizainak lehen eta bigarren mailaren arabera bereiztean, herrialdeetan esanahi ezberdinak ematen dira: Espainian lehen mailako erizainak 3 urteko diplomatura amaitu dutenak dira, eta bigarren mailakoak bigarren mailako ikasketen ostean erizaintzako ikasketak (bigarren mailako ikasketen ondorengoak) egin dituztenak. Emaginak ez dira multzo horretan zenbatzen.
- Euskal AEko erizain kopurua kalkulatzeko, erizaintzako diplomadunak eta klinikako laguntzaileak batu behar dira. Azken hauek adierazlearen % 42 inguru dira, laguntzaileen kopurua OLTen kopuruaren antzekoa baita.
- Kontu handiz konparatu behar dira nazioarteko datuak, aldeak daudelako langileak ordutegien arabera sailkatzeari, langileen arduraldi partziala kontuan hartzeari eta herrialde bakoitzean lehen eta bigarren mailako erizainak sartzeari dagokionez.

²⁴ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística hospitalaria).

²⁴ Iturria: ELGE eta Eustat (Ospitale Estatistika).

Gráfico 31
Evolución del personal medio de enfermería por cama disponible (hospitales de agudos)

31. grafikoa
Gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko erizain kopuruaren bilakaera

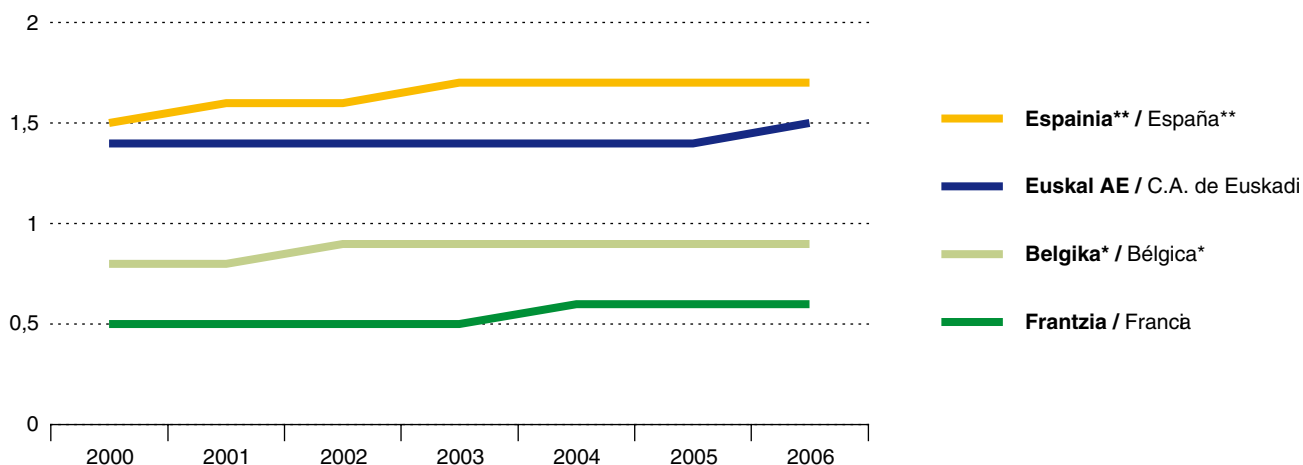
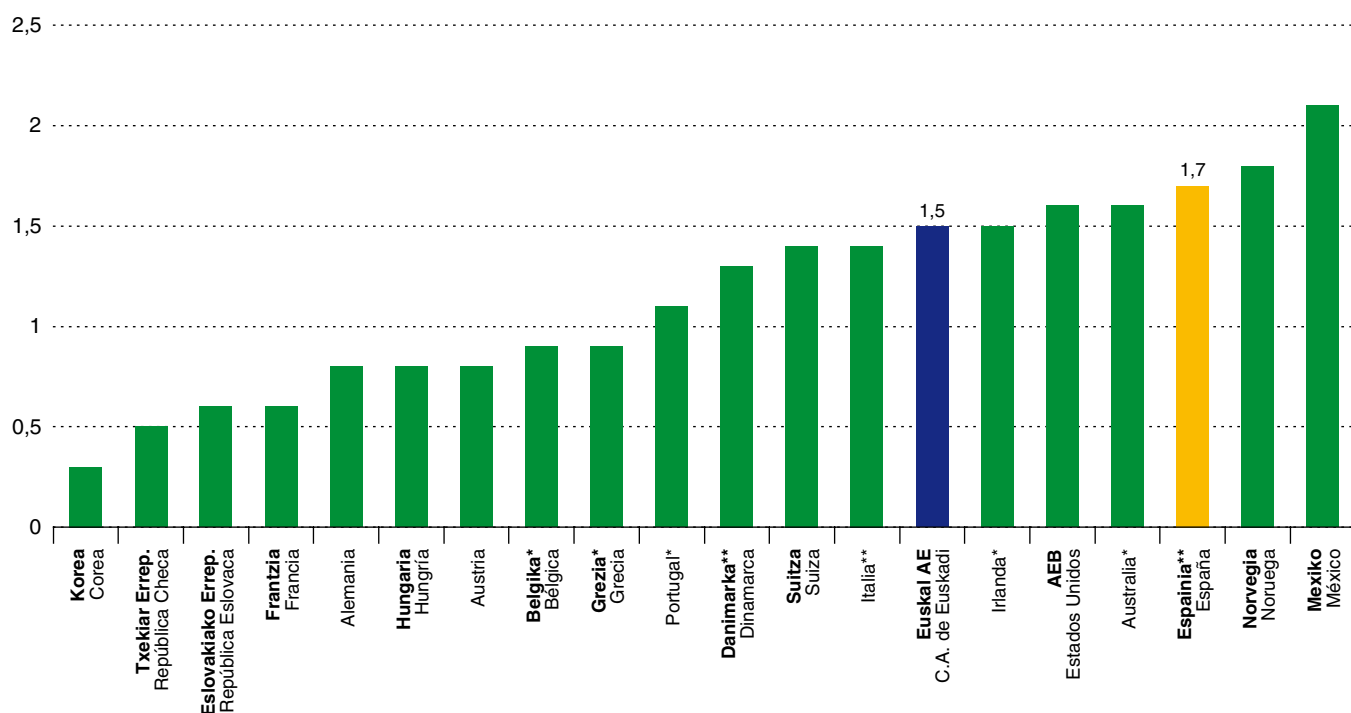


Gráfico 32
Personal medio de enfermería por cama disponible (hospitales de agudos). 2006

32. grafikoa
Gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe bakoitzerako batez besteko erizain kopurua. 2006



(*) Bildutako azken datua, 2005. / Último dato disponible, 2005.

(**) 2005 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2005.

5.5.3. Personal graduado en medicina²⁵

La formación y generación del alumnado que se gradúa en medicina muestra importantes diferencias, desde las 5,5 personas graduadas en Francia a las 21 de Austria anuales por cada 100.000 habitantes. De hecho, en otros seis países, entre los que además de Francia se encuentran Canadá, Japón o EE.UU., el número es inferior a las 7 anuales.

En el grueso de los países, concretamente en trece de los veintinueve considerados, la cifra se sitúa entre las 7 y las 9,5. La C.A. de Euskadi y España se encuentran dentro de este colectivo, con una cifra anual de 8,2 y 8,6, respectivamente. Por último, en diez países esta ratio supera los 10, destacando los resultados obtenidos por Irlanda, Dinamarca y Bélgica con ratios superiores a los 15 anuales.

En la mitad de los países esta ratio tiende a disminuir y en la otra mitad se incrementa. Entre los primeros, se encuentran Suiza, España o la C.A. de Euskadi, y en esta última, las personas licenciadas en medicina por cada 100.000 habitantes se han reducido de 9,5 de 2000 a 8,2 de 2007. Por el contrario, en Países Bajos y, sobre todo, en Dinamarca, esta tasa se ha incrementado de 8,3 por 100.000 habitantes de 2000 hasta 15,6 de 2007.

Como nota al análisis, se debe citar que existen diferencias sustanciales entre los países con respecto al ámbito y la naturaleza de las instituciones dedicadas a la formación sanitaria. Estas diferencias se concretan en el ámbito central o subcentral en el que se deciden el número de matriculaciones anuales, y en la naturaleza –pública o privada– de las instituciones de formación sanitarias. Por lo tanto, las conclusiones elaboradas sobre los mismos han de tomarse con cautela²⁶.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Incluye el alumnado que se ha graduado en medicina en facultades de medicina o instituciones similares por cada 100.000 habitantes. Se excluye el personal graduado en farmacia, dentista y/o estomatólogo, salud pública y epidemiología.
- Se requiere cautela en la comparabilidad internacional de estos datos, ya que existen discrepancias entre países respecto a la inclusión o no de alumnado graduado extranjero (por ejemplo, el Reino Unido y la República Checa los excluyen).

5.5.3. Medikuntzan graduatutako pertsonak²⁵

Medikuntzan graduatutako pertsonen prestakuntza eta horien kopurua neurtzean alde handiak eman dira herrialde batetik bestera: Frantzia 100.000 biztanle bakoitzeko 5,5 pertsona graduatu dira arlo horretan eta Austria 21 pertsona. Izan ere, sei herrialdetan (Frantzia, Kanada, Japonia edo AEB, besteak beste) urtean 7 baino gutxiago prestatu dira.

Herrialde askotan (zehazki, aztertu diren hogeita bederatzik herrialdeetatik hamahirutan) kopuru hori 7 eta 9,5 artekoa da. Euskal AE eta Espainia daude multzo horretan, urtean 8,2 eta 8,6rekin hurrenez hurren. Azkenik, hamar herrialdetan 10 baino gehiago daude; Irlandan, Danimarkan eta Belgikan lortutako emaitzak azpimarratu behar dira, urtean 15etik gora dutelako.

Herrialdeen erdietan kopuruak behera egin du eta beste erdietan gora. Lehenengo horien artean Suitza, Espainia edo Euskal AE sartzen dira; azken honetan, gainera, 100.000 biztanletik medikuntzan lizentziatutako pertsona kopurua 9,5 zen 2000. urtean eta 8,2 2007an. Baina Herbehereetan eta batez ere Danimarkan tasa hori 8,3 pertsonakoa zen 2000. urtean eta 5,6koa 2007an, 100.000 biztanleko betiere.

Azterketaren ohar moduan aipatu behar da herrialde batetik bestera funtsezko ezberdintasunak eman direla osasun arloko prestakuntza eman duten erakundeen esparruari eta izaerari dagokienez. Urteko matrikulazio kopurua erabakitzen den esparru zentrolean edo azpizentrolean eman dira ezberdintasun horiek, baita osasun arloko prestakuntza eman duten erakundeen izaeran (publikoa edo pribatua) ere. Beraz, horien gainean ateratako ondorioak kontuz erabili behar dira²⁶.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Medikuntza Fakultatean edo antzekoren batean 100.000 biztanle bakoitzeko graduatu den ikasle kopurua sartzen da. Baina ez da sartzen farmazian, odontologian edota estomatologian, osasun publikoan eta epidemiologian graduatutako pertsona kopurua.
- Kontu handiz konparatu behar dira nazioartean datu hauek, ez baitira emaitza berberak lortzen herrialde batean edo bestean atzerriko graduatuak sartzeari dagokienez (adibidez, Erresuma Batuak eta Txekiar Errepublikak ez dituzte ikasle hauek sartu).

²⁵ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística universitaria).

²⁶ No obstante, hay varios factores que se vienen apuntando como condicionantes de la elección de este ámbito de formación. En EE.UU., concretamente, se señala la pérdida de atractivo de la profesión debido a la exigencia de aseguramiento y en distintas economías desarrolladas, se alude a las fuertes exigencias formativas que se contraponen con unas carreras profesionales complejas (horarios, conciliación) y sin un importante diferencial en la remuneración.

²⁵ Iturria: ELGE eta Eustat (Unibertsitate Estatistika).

²⁶ Dena den, prestakuntza alor hau aukeratzean kontuan izan diren faktore batzuk daude. AEBetan, zehazki, lanbide hau dagoeneko ez da hain erakargarria ezinbestean aseguraturata egon behar delako. Garatutako ekonomia batzuetan, prestakuntza handia eskatzen da baina lanbide karrera hauek zailak dira (ordutegiak, lanaren eta familiaren bateratzea) eta, gainera, ez dute ordainsari handirik jasotzen.

Gráfico 33
Evolución del personal graduado en medicina cada año,
por cada 100.000 habitantes

33. grafikoa
Medikuntzan graduatutako pertsona kopuruaren
bilakaera (100.000 biztanleko)

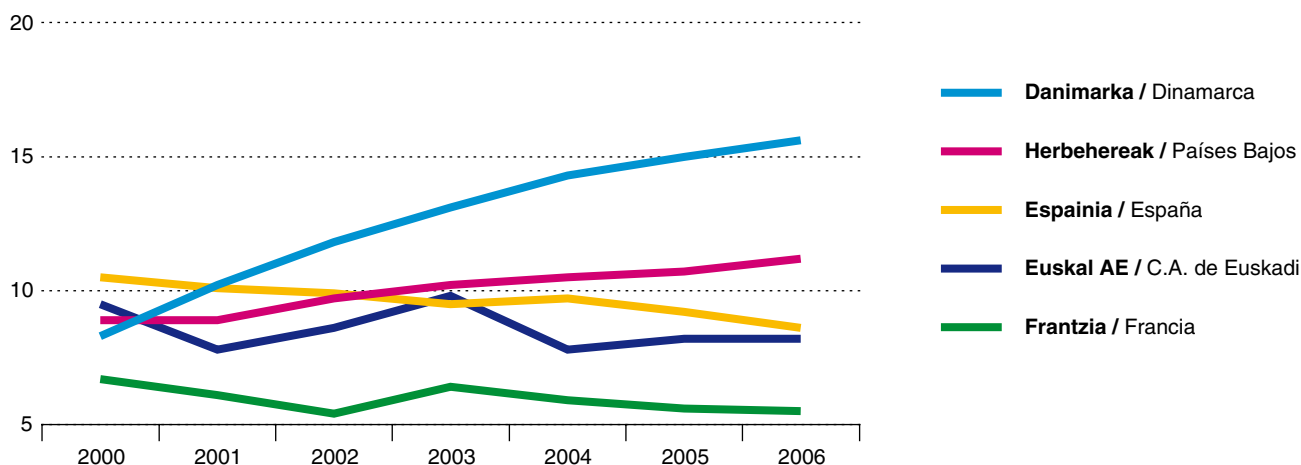
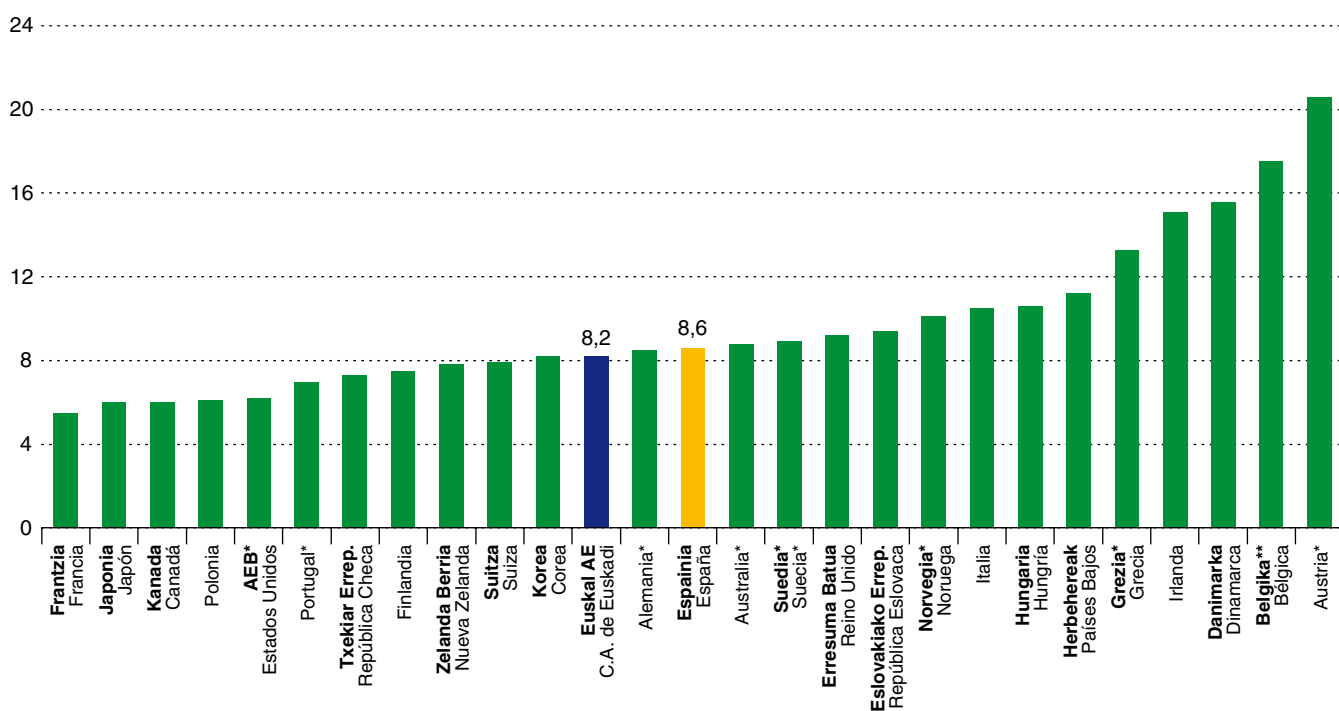


Gráfico 34
Personal graduado en medicina cada año, por cada
100.000 habitantes. 2006

34. grafikoa
Medikuntzan graduatutako pertsona kopurua (100.000
biztanleko). 2006



(*) Bildutako azken datua, 2005. / Último dato disponible, 2005.

(**) 2005 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2005.

5.5.4. Personal diplomado en enfermería²⁷

El número de personas que obtienen una titulación reconocida en enfermería se sitúa entre las 15-17 de Grecia e Italia y las 79 de Noruega, con una horquilla de resultados muy amplia. Ante esta fuerte dispersión, un grupo de seis países (como España y la C.A. de Euskadi) cuentan con menores valores y muestran cifras inferiores a los 20 por cada 100.000 habitantes.

En un segundo bloque (15 países) esta ratio se sitúa entre los 20 y 40 graduados anuales en enfermería por cada 100.000 habitantes. En el extremo inferior de esta horquilla, se encuentran Portugal o Canadá, con ratios de 24 y 26 enfermeros/as respectivamente, mientras que Japón o Irlanda se acercan en mayor medida a la cifra de 40. En el siguiente bloque (6) esta ratio supera los 40 graduados anuales, y en Suiza, República Eslovaca o Noruega supera los 60 nuevos titulados anuales.

La evolución reciente de este ratio muestra que, en más de la mitad de los países, la tendencia es al crecimiento y ha resultado especialmente importante en países como República Eslovaca o Suecia (de 33 graduados en enfermería ha pasado a 50 por cada 100.000 habitantes entre 2000-2005). Por su parte, la C.A. de Euskadi también se encuentra dentro del grupo de los países que ha incrementado este ratio (un 21% de 2000-2006), y se distancia de España donde por contra la evolución ha sido decreciente.

Los resultados obtenidos en este amplio panel de países pone de manifiesto la dificultad de establecer una comparación robusta sobre un indicador aparentemente sencillo, debido fundamentalmente a tres tipos de diferencias: los modelos formativos que llevan a la generación de estos profesionales sanitarios, los modelos sanitarios de cada país, con mayor o menor papel otorgado a este colectivo de profesionales y, por último, el grado de desarrollo de cada sistema sanitario.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Incluye el número total de estudiantes que han recibido una cualificación reconocida en enfermería en un determinado año. Se incluyen: el personal de programas educativos necesarios para convertirse en enfermeros/as titulados/as y graduados/as de programas de matrona. Se excluyen: el personal graduado de otras áreas que no prevean de un reconocimiento fundado para la práctica de la enfermería, grados con masters y programas de doctorado en enfermería.
- Atención a la comparabilidad internacional por la distinta inclusión del personal de enfermería de primer y segundo nivel entre países: en términos de número de diplomados, la posición relativa de España y C.A. de Euskadi está subestimada; en términos de empleo en enfermería se incluyen también el personal auxiliar de enfermería (associate nurses) pero no es así en esta variable número de personas graduadas, lo que en términos de comparativa, significa que los datos de España (y por consiguiente de la C.A. de Euskadi) están infravalorados.

5.5.4. Erizaintzan diplomatutako pertsonak²⁷

Erizaintzako titulua jaso duen biztanle kopurua oso ezberdina da Batasun osoan: titulu hori duen pertsona kopuru txikiena Grezian eta Italian eman da (15-17) eta handiena Norvegian (79). Sakabanatze handi horren aurrean, sei herrialdetan (Espainian eta Euskal AEn, adibidez) kopuru txikiagoak eman dira eta 100.000 biztanleko 20 erizain besterik ez dira egon.

Bigarren multzo batean, urtean 100.000 biztanleko 20 eta 40 erizain artean graduatzen dituzten herrialdeak sartzen dira (15 herrialde). Portugalen eta Kanadan 24 eta 26 erizain graduatzen dira urtean, hurrenez hurren; eta Japonia edo Irlanda 40 erizaineko kopurura hurbiltzen dira. Hurrengo multzoan urtean 40 graduatutik gora dituzten herrialdeak sartzen dira (6). Eta Suitzan, Eslovakiar Errepublikan edo Norvegian urtean 60 tituludun berri baino gehiago izan dituzte.

Ratio honen orain dela gutxiko bilakaerak erakusten du herrialdeen erdian baino gehiagotan hazteko joera dagoela, eta emaitza bereziki garrantzitsua da Eslovakian eta Suedian (100.000 biztanleko 33tik 50era, erizaintzako tituludunetan). Euskal AEn, baita ere, hazi egin da ratio hau (2000tik 2006ra %21); Espainian, berriz, beherantz egin du.

Herrialde horietan guztietan lortutako emaitzen arabera, itxuraz erraza den adierazle honekin ezin da nazioartean konparazio sendorik egin, batez ere hiru ezberdintasun mota eman direlako: osasun arloko profesional hauek sortzeko prestakuntza ereduak, herrialde bakoitzeko osasun ereduak, profesional hauei eginkizun gehiago edo gutxiago emanez, eta, azkenik, osasun sistema bakoitzaren garapen maila.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Urte jakin batean erizaintzako prestakuntza jaso duen ikasle kopurua. Honakoak sartzen dira: erizain tituludun eta emaginen programetako graduatu izateko behar diren hezkuntza programetan parte hartu duten pertsonak. Ez dira sartzen: erizaintzan aritzeko ezagutza bereziak aurreikusten ez dituzten beste arlo batzuetan, masterrez osatutako graduatan eta erizaintzako doktoretza programetan graduatu diren pertsonak.
- Nazioarteko alderaketa arreta handiz egin behar da, herrialdeek lehen eta bigarren mailako erizainak sartzen dituzten ala ez kontuan hartuta: diplomadun kopuruari dagokionez, Espainia eta Euskal AE gutxietsita daude; erizaintzako enpleguari dagokionez, erizaintzako laguntzaileak ere sartzen dira (associate nurses) baina ez da horrela gertatzen graduatutako pertsona kopuruarekin, orduan, Espainiako (eta, ondorioz, Euskal AEko) datuak gutxietsita daude.

²⁷ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística universitaria).

²⁷ Iturria: ELGE eta Eustat (Unibertsitate Estatistika).

Gráfico 35
Evolución del personal diplomado en enfermería cada año,
por cada 100.000 habitantes

35. grafikoa
Erizaintzako diplomadun kopuruaren bilakaera,
100.000 biztanleko

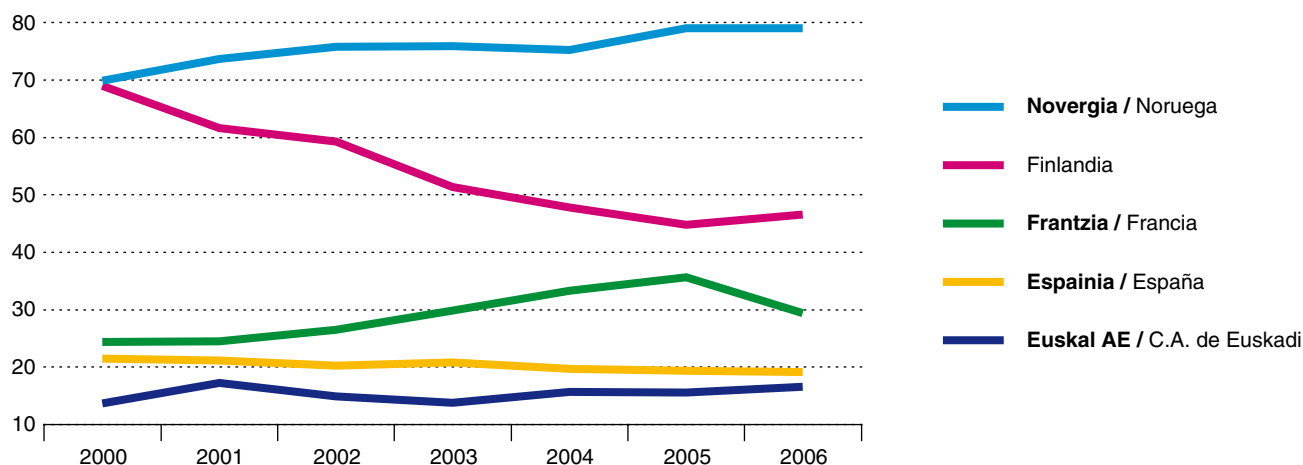
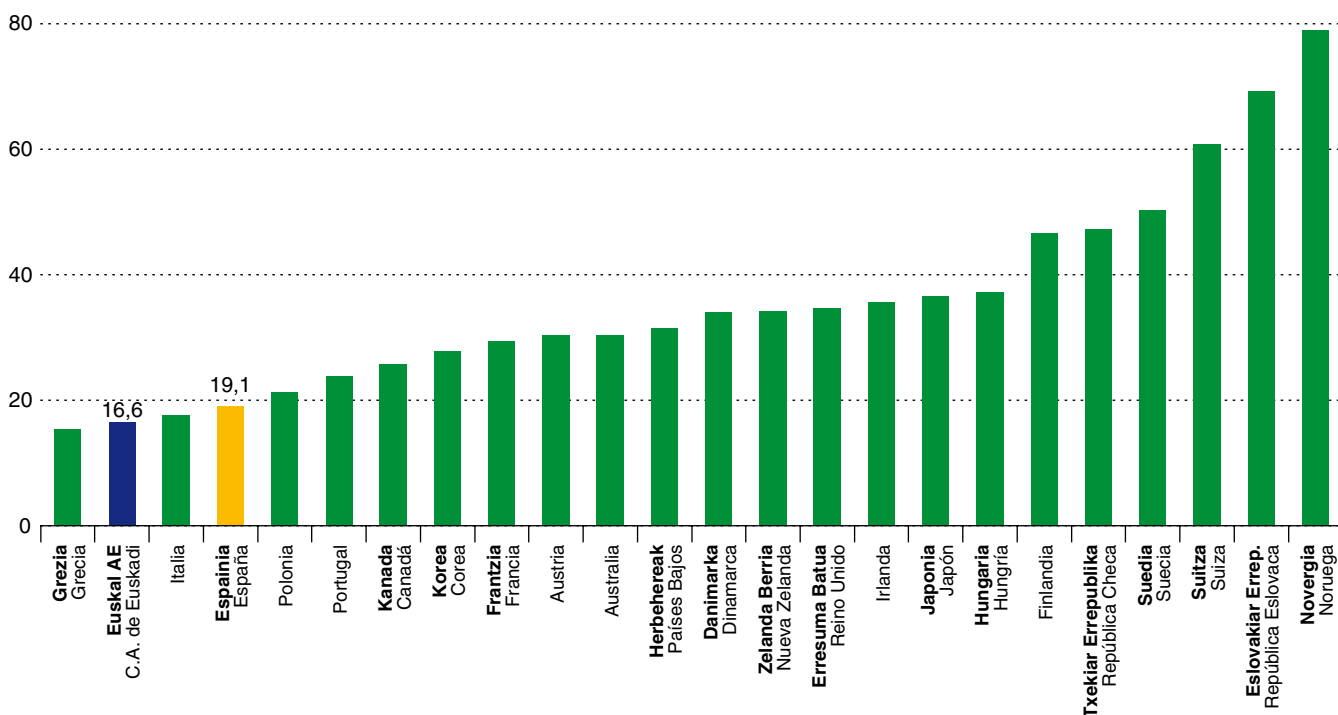


Gráfico 36
Personal diplomado en enfermería cada año,
por cada 100.000 habitantes. 2006

36. grafikoa
Erizaintzako diplomadun kopurua,
10.000 biztanleko. 2006



5.5.5. Personal médico facultado para la práctica médica²⁸

El número de personas facultadas para la práctica médica en relación al tamaño poblacional (dato asimilable al de la proporción de profesionales médicos colegiados) se sitúa entre los cerca de 300 profesionales por cada 100.000 habitantes de los que dispone Irlanda y los más de 650 señalados por Italia.

En países como Irlanda, Hungría, Portugal, Polonia y Finlandia esta proporción de personal médico se sitúa entre los 300 y los 350 por cada 100.000 habitantes. Por otra parte, Países Bajos, Estonia, Lituania y Letonia cuentan con una tasa que oscila entre 350 y 450 profesionales. Con una tasa inmediatamente superior, de 450 y 550, se encuentran Bélgica, España, Alemania, Dinamarca y la C.A. de Euskadi, esta última con más de 520 profesionales médicos por 100.000 habitantes. Por último, Italia cuenta con la tasa más elevada, 652 médicos.

En todos los países considerados, con excepción de Hungría, donde esta cifra se ha contraído ligeramente, el número de profesionales médicos se ha incrementado a lo largo de la última década. Los crecimientos más notables se han producido en los Países Bajos, Irlanda o Letonia, donde la proporción ha aumentado desde 2000 en 74, 75, y 146 profesionales, respectivamente.

En lo que se refiere a la C.A. de Euskadi, en los últimos cuatro años, esta tasa se ha incrementado sensiblemente, desde los 492 médicos por 100.000 habitantes de 2004 a los 524 de 2008 (6,5%).

Definiciones y comparabilidad internacional

- Número total de personal médico licenciado para la práctica médica, cifra asimilable a la del personal médico colegiado.
- Esta cifra aglutina a médicos/as que proveen servicios directamente a pacientes, aquellos para los que la educación médica es un prerrequisito para la ejecución de su labor, los que su educación médica no es un requisito previo para la ejecución de su trabajo (empleados en otras áreas de actividad distinta a la sanitaria), aquellos que aun estando facultados para el ejercicio de la función médica no son económicamente activos (desempleados o jubilados) y aquellos que trabajan en el extranjero.

5.5.5. Medikuntzan aritzeko gaituta dauden medikuak²⁸

Biztanle kopurua aintzat hartuta medikuntzan aritzeko gaituta dagoen pertsona kopurua (elkargoko kide diren mediku profesionalen kopuruarekin bateratu daiteke datu hau) 300 profesional ingurukoa da Irlandan eta 650 profesioaletik gorakoa da Italian, 100.000 biztanle bakoitzeko.

Irlandan, Hungarian, Portugalen, Polonian eta Finlandian 300 eta 350 mediku artean dago 100.000 biztanle bakoitzeko. Bestalde, Herbehereetan, Estonian, Lituania eta Letonian 350 eta 450 profesional arteko tasa eman da. Ondoren, 450 eta 500 profesionalen osatutako tasa dute Belgikak, Espainiak, Alemaniak, Danimarkak eta Euskal AEk; azken honetan, gainera, 100.000 biztanle bakoitzeko 520 mediku profesional baino gehiago dago. Azkenik, Italiak du tasarik altuena: 652 mediku.

Aztertutako herrialde guztietan gehitu da kopurua azken hamarkadan; Hungarian izan ezik, hemen kopurua pixka bat txikitu baita. Gehikuntzarik handienak Herbehereetan, Irlandan edo Letonian eman dira; herrialde hauetan, 2000. urtean, 74, 75 eta 146 profesional gehiago egon zen, hurrenez hurren.

Euskal AEn, azken lau urteetan, kopurua pixka bat gehitu da: 2004. urtean 100.000 biztanleko 492 mediku izan ziren eta 2008. urtean 524 (gehikuntza: % 6,5).

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Medikuntzan aritzeko lizentzia duen mediku kopurua. Elkargokide den mediku kopuruarekin bateratu daiteke datu hau.
- Kopuru honen barruan sartzen dira: gaixoei zuzenean zerbitzuak ematen dizkien medikuak, lanean aritzeko ezinbestean medikuntzako hezkuntza eman behar dutenak, medikuntzan aritzeko arlo horretako hezkuntza eman behar ez dutenak (osasuneko beste jardura batzuetan lan egiten dutenak), medikuntzan aritzeko gaituta egon arren ekonomia aldetik aktiboak ez direnak (langabetuak edo erretiratuak) eta atzerrian lan egiten dutenak.

²⁸ Fuente: Eurostat e INE (Estadística de profesionales sanitarios colegiados).

²⁸ Iturria: Eurostat eta EIN (Elkargokide diren osasun arloko profesionalen estatistika).

Gráfico 37
Evolución del personal médico facultado para la práctica
médica por 100.000 habitantes

37. grafikoa
Medikuntzan aritzeko gaitasuna duen mediku
kopuruaren bilakaera, 100.000 biztanleko

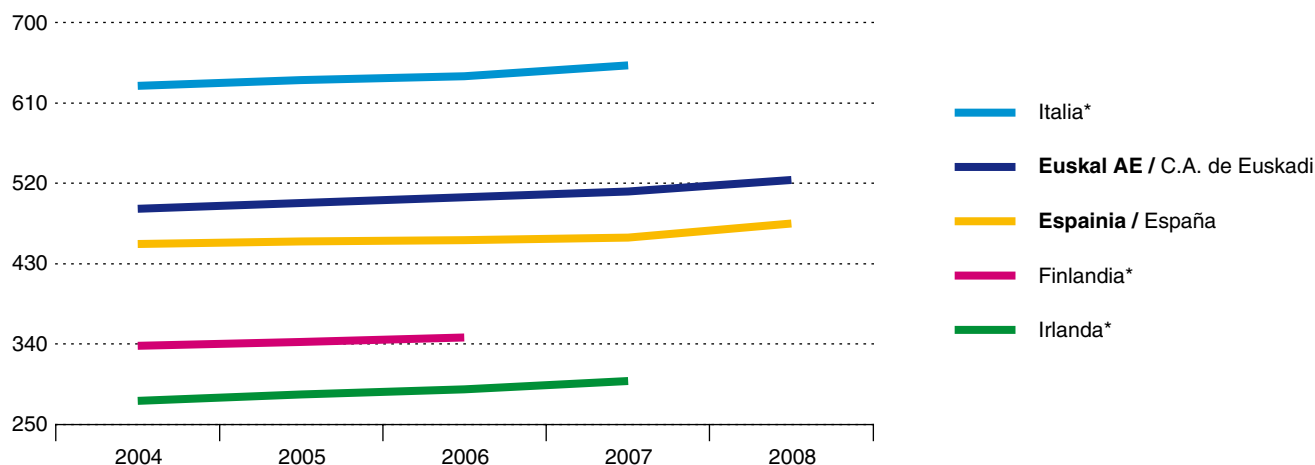
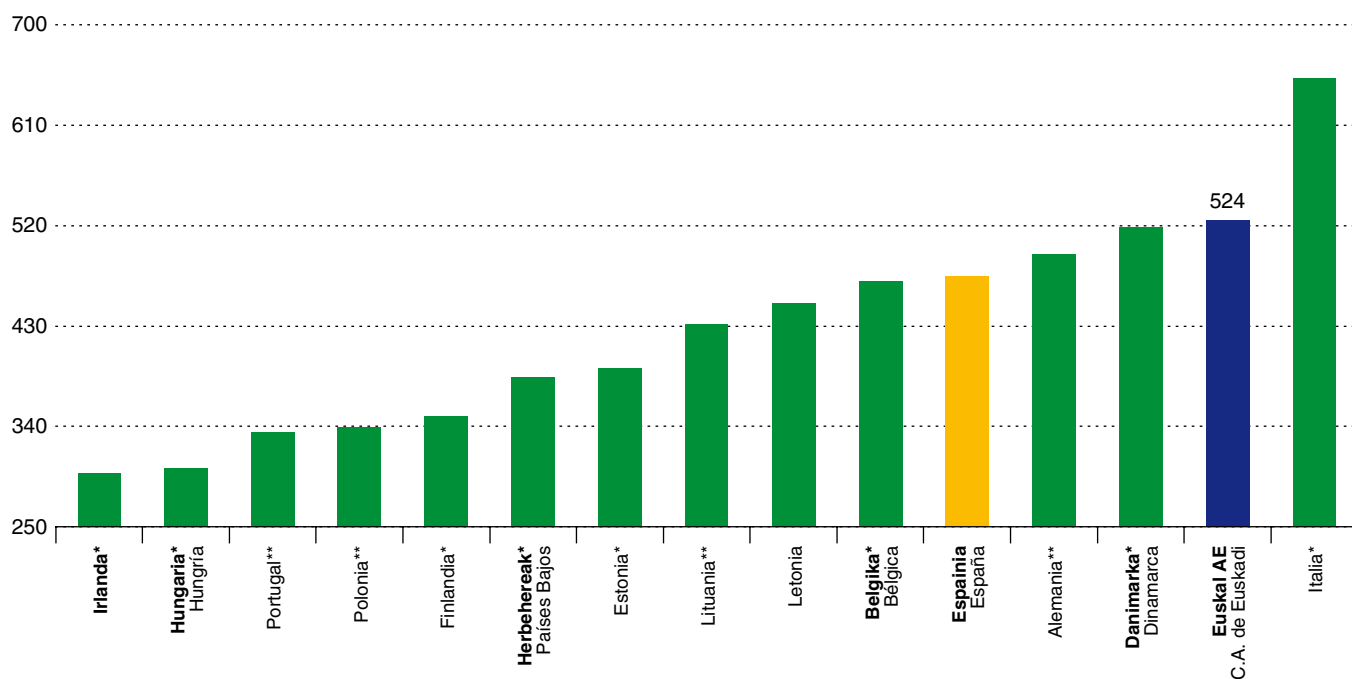


Gráfico 38
Personal médico facultado para la práctica médica por
100.000 habitantes. 2008

38. grafikoa
Medikuntzan aritzeko gaitasuna duen mediku kopurua,
100.000 biztanleko. 2008



(*) Bildutako azken datua, 2007. / Último dato disponible, 2007.

(**) 2007 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2007.

5.6. ASISTENCIA SANITARIA

5.6.1. Camas en hospitales de agudos²⁹

Los países que integran la OCDE disponen de 3,9 camas de atención hospitalaria (agudos) por cada 1.000 habitantes. Esta ratio ha descendido considerablemente en los últimos años, ya que era de 5,1 en 1990. El resultado global de este indicador oscila entre la única cama de México y las más de 8 camas por cada 1.000 habitantes que se proporciona para Japón.

Diez países cuentan con una dotación superior al valor medio de la OCDE, entre los que se incluye a Alemania (6,2), Austria (6,1) o Bélgica (4,3). Un segundo bloque de siete países se sitúa en una posición intermedia (entre 3,9 y 3 camas), entre los que se encuentra Finlandia (3,7), Francia (3,6) o los Países Bajos (3). Finalmente, por debajo de este valor se encuentran doce países, con una ratio inferior a 3, que incluye la C.A. de Euskadi, con 2,6 camas, cifra idéntica a la del Reino Unido y superior a la consignada por España (2,5) y Suecia (2,1).

En general, todos los países considerados comparten la tendencia a la baja en este indicador, de acuerdo con la mejora tecnológica, el ajuste en los protocolos y la hospitalización domiciliaria como factores que favorecen el recorte en la duración media de hospitalización, además de la creciente incorporación de criterios de racionalización del gasto en salud, especialmente en los servicios públicos, y el desplazamiento de los enfermos crónicos y de las situaciones de discapacidad y dependencia hacia otro tipo de instituciones no sanitarias o no calificadas de agudos.

Estos factores favorecen que la dotación de camas de atención hospitalaria de agudos tienda a reducirse pese al crecimiento de la demanda derivada del alargamiento de la esperanza de vida y la creciente medicalización de las sociedades modernas. La incidencia de este conjunto de factores influye en el resultado obtenido de cada país, sumada a su trayectoria sanitaria, tanto en recursos como en oferta de servicios.

Definiciones y comparabilidad internacional

- «Accute care hospital beds», camas en hospitales de agudos o para la prestación de servicios curativos. Se incluyen las camas en hospitales generales y/o de agudos, aunque Japón y Corea también consideran camas de larga estancia y Hungría no incluye los centros privados. Los resultados son –salvo estas excepciones– comparables.
- Promedio anual de las camas efectivamente disponibles durante el año, con independencia del grado de ocupación que hayan tenido. Incluye toda cama destinada a la prestación del servicio sanitario de, al menos, una noche. Se excluyen las camillas, mesas quirúrgicas, cunas, camas supletorias y las de acompañante, entre otras.

5.6. OSASUN LAGUNTZA

5.6.1. Gaixo akutuen ospitaleetako ohe kopurua²⁹

ELGEko herrialdeek 3,9 ohe dituzte, 100.000 biztanleko, gaixo akutuen ospitaleetan arreta emateko. Azken urteetan, alabaina, kopuru hori asko txikitu da: 1990. urtean 5,1 ohe izan ziren. Adierazle honen emaitza orokorrak gutxiengo eta gehiengo kopuruak ditu 100.000 biztanleko betiere: Mexikon dago ohe gutxien, bat; eta Japonian ohe gehien, 8 baino gehiago.

Hamar herrialdetan ELGEko batez besteko balioa gaintitzen da, horien artean daude Alemania (6,2), Austria (6,1) edo Belgika (4,3). Zazpi herrialdek tarteko ohe kopurua dute (3,9 eta 3 ohe artean): Finlandia (3,7), Frantzia (3,6), Herbeherak (3)... Azkenik, balio horren azpitik hamabi herrialde daude 3 ohe baino gutxiagorekin: Euskal AE (2,6 ohe), Erresuma Batua (2,6 ohe), Espainia (2,5) eta Suedia (2,1), besteak beste.

Orokorrean, aztertutako herrialde guztietan egin du behera adierazle honek. Teknologiaren aurrerapenei, protokoloen doitzeari eta etxeko ospitaleratzeari esker ospitaleetan igarotako batez besteko denbora laburtu egin da. Horrez gain, osasun gastua arrazionalizatzeko irizpide gero eta gehiago ezartzen dira, batez ere zerbitzu publikoetan; eta gaixo kronikoak, ezintasuna duten pertsonak eta besteren beharra dutenak osasun arlokoak ez diren edo gaixo akutuentzat ez diren beste erakunde batzuetara eramaten dira.

Ondorioz, gaixo akutuen ospitaleetan arreta emateko ohe kopuru gutxiago behar da, nahiz eta bizi-itxaropena gehitu delako eskaria handiagoa izan eta gizarte modernoak gero eta gehiago medikatu. Faktore horiek eragina izan dute, gainera, herrialde bakoitzaren emaitzan. Herrialdeak baliabideetan eta eskaintako zerbitzuetan izan duen osasun ibilbideak ere badu eragina emaitzan.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- «Accute care hospital beds»: gaixo akutuen ospitaleetako oheak edo sendatzeko zerbitzuak ematekoak. Ospitale orokorretako edota akutuen ospitaleetako oheak hartzen dira kontuan; baina Japoniak eta Koreak egonaldi luzeko oheak ere sartu dituzte eta Hungariak ez ditu sartu zentro pribatuak. Aipatutako salbuespenak gorabehera, emaitzak konparatzeko modukoak dira.
- Urtean zehar benetan erabilgarri dagoen batez besteko ohe kopurua, okupazio maila aintzat hartu gabe. Gutxienez gau batean osasun zerbitzua emateko oheak dira. Baina ez dira zenbatzen, besteak beste, esku-oheak, mahai kirurgikoak, sehaskak, ohe osagarriak eta laguntzailearentzako oheak.

²⁹ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística hospitalaria).

²⁹ Iturria: ELGE eta Eustat (Ospitale Estatistika).

Gráfico 39
Evolución de las camas hospitalarias (agudos)
por 1.000 habitantes

39. grafikoa
Gaixo akutuen ospitaleetako ohe kopuruaren
bilakaera, 1.000 biztanleko

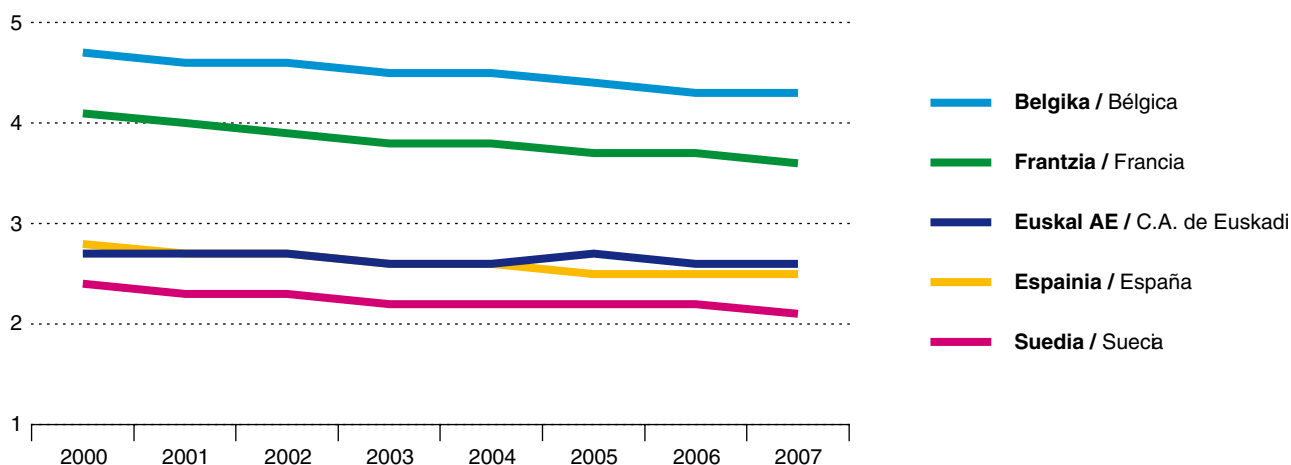
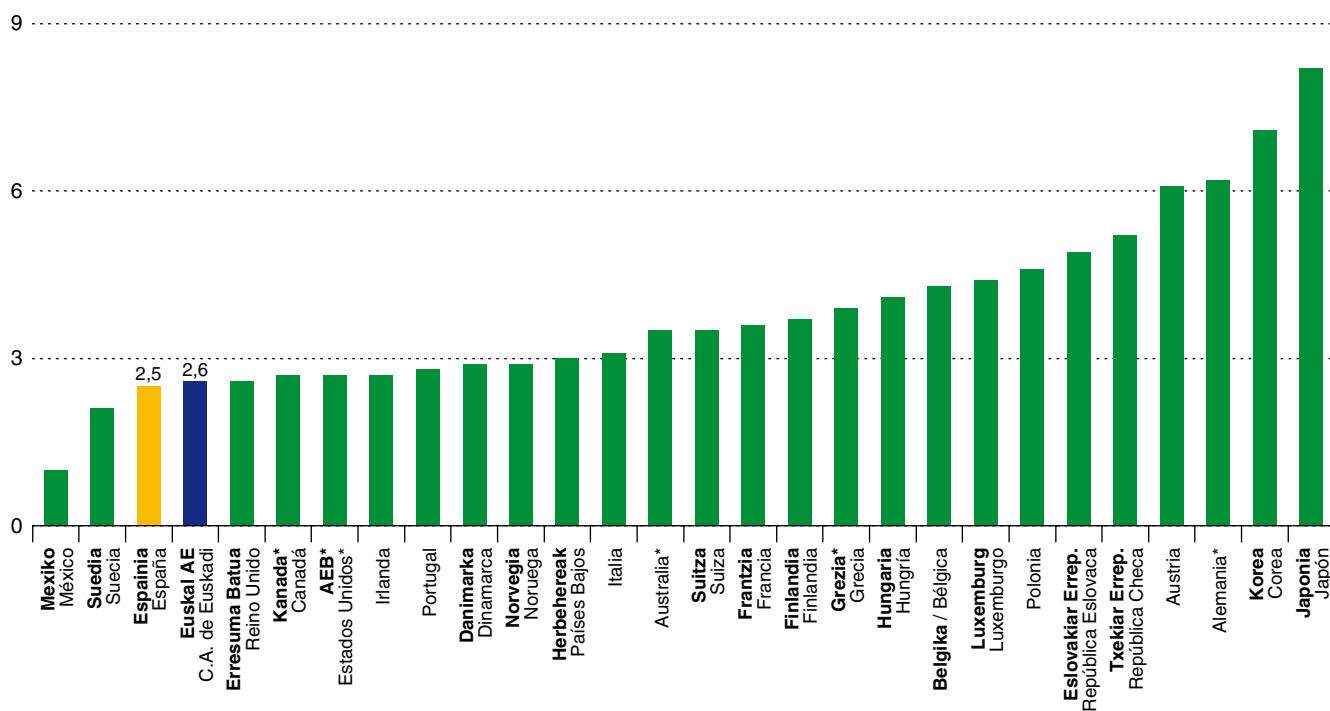


Gráfico 40
Camas hospitalarias (agudos)
por 1.000 habitantes. 2007

40. grafikoa
Gaixo akutuen ospitaleetako ohe kopurua,
1.000 biztanleko. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

5.6.2. Altas hospitalarias³⁰

El número de altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes varía sustancialmente entre los países considerados, con cifras comprendidas en torno a las 10.000 de España (10.660), Portugal (9.973) y Países Bajos (10.931) y las más de 27.000 de Austria.

La mitad de los países considerados (21) registra entre 15.000 y 20.000 altas hospitalarias anuales, entre los que se encuentran Francia (17.156), Dinamarca (17.368) o Noruega (17.689). Por otra parte, los mayores valores corresponden a Alemania (22.041) y Austria (27.364), además de otras economías europeas como Hungría (20.540) o la República Checa (21.589). Finalmente, los menores valores en este indicador corresponden a Países Bajos (10.931), España (10.660), Reino Unido (13.541) y la C.A. de Euskadi (13.887).

En todos los casos esta ratio registra una tendencia a la baja, resultado de las propuestas de atención hospitalaria en el domicilio, el hospital de día y en general todas aquellas mejoras técnicas que redundan en una atención que no requiere la estancia en estas instalaciones. Con todo, y asumido que estas tendencias son compartidas, lo cierto es que las diferencias entre los resultados obtenidos son importantes. De esta forma, países muy cercanos en su desarrollo socio-económico y sanitario muestran resultados dispares, como son los obtenidos por Dinamarca y Alemania (17.368 y 22.041) frente a Países Bajos y Reino Unido (10.931 y 13.541).

Finalmente, la evolución de este ratio muestra comportamientos diferenciados. Por un lado, el grupo de países donde el número de altas por habitante ha aumentado durante el periodo 2000-2007, entre los cuales se encuentra la C.A. de Euskadi donde este incremento se debe al aumento progresivo de los casos tratados en hospital de día (el paciente recibe el alta el mismo día que ingresa); y por otro lado, el bloque de países donde este ratio se ha reducido, como es el caso de Francia y España (en este último solo se incluyen los casos que pernoctan en el hospital).

Definiciones y comparabilidad internacional

- El alta registra el abandono formal de un paciente de una institución hospitalaria tras el ingreso, con o sin la conformidad de los profesionales, se produzca su traslado a otra institución o fallezca.
- Se incluyen tanto los pacientes hospitalizados (como mínimo una noche o más de 24 horas) como los que reciben tratamiento el mismo día. Los recién nacidos sanos también se incluyen. No se incluyen los traslados a otros servicios dentro de la misma institución.
- El dato relativo a altas hospitalarias proviene de fuentes administrativas y reflejan la organización específica del sistema de salud de cada país. Los datos pueden no ser siempre comparables, y los resultados obtenidos deben compararse con cautela, ya que existen diferencias en torno a la inclusión o no de pacientes que no pernoctan en el hospital, los traslados de pacientes entre servicios hospitalarios u otro tipo de incidencias.

5.6.2. Ospitaleetako altak³⁰

Aztertutako herrialde batetik bestera ospitaleetako alta kopurua (100.000 biztanleko) oso ezberdina izan da. Espainian 10.660 alta eman dira, Portugalen 9.973, Herbehereetan 10.931 eta Austrian 27.000 baino gehiago.

Aztertutako herrialdeen erdiak (21) ospitaleetako 15.000 eta 20.000 alta artean izan ditu urtean; adibidez, Frantziak (17.156), Danimarkak (17.368) edo Norvegiak (17.689). Bestalde, alta kopuru gehien izan duten herrialdeak Alemania (22.041) eta Austria (27.364) izan dira, baita Europako beste ekonomia batzuek ere: Hungariak (20.540) edo Eslovakiar Errepublikak (21.589). Azkenik, balio honen kopuru txikiak Herbehereetan (10.931), Espainian (10.660), Erresuma Batuan (13.541) eta Euskal AEn (13.887) eman dira.

Baina kasu guztietan beherako joera izan du ratio honek, ospitaleetako arreta etxean emateko proposamenak daudelako, eguneko ospitaleak daudelako eta, oro har, arreta instalazio horietan jaso beharrik ez dakarten hobekuntza tekniko ugari dagoelako. Hala ere, eta joera hori denetan eman dela kontuan hartuta, batzuen eta besteen emaitzen artean alde handiak eman dira. Izan ere, gizarte, ekonomia eta osasun garapen oso antzekoa duten herrialdeek emaitza oso ezberdinak izan dituzte; Danimarkak eta Alemaniak (17.368 eta 22.041) Herbehereetan eta Erresuma Batuan (10.931 eta 13.541).

Amaitzeko, ratio honek portaera ezberdinak izan ditu. Alde batetik, 2000/2007 artean biztanleko alta kopurua hazi den herrialdeen taldea. Hor dago Euskal AE, non hazkunde hori eguneko ospitalean (ospitaleratzen den egun berean jasotzen du alta pazienteak) tratatutako kasuen gehitze progresiboari zor zaio; bestaldetik ratioa murriztu denak daude, Frantzia eta Espainia, esaterako (Espainian gaua ospitalean egiten duten kasuak bakarrik daude barne).

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Alta deritzo ospitalean dagoen gaixoa handik joateko izapide formalari, profesionalek onespena eman zein ez eta beste erakunde batera joateko edo hil delako eman arren.
- Ospitaleratuta dauden gaixoez gainera (gutxienez gau 1 edo 24 ordutik gora), egunean bertan tratamendua jaso duten gaixoak ere hartzen dira kontuan. Jaioberri osasuntsuak ere zenbatzen dira. Baina ez dira zenbatzen erakunde bereko beste zerbitzu batzuetarako lekualdatzeak.
- Ospitaleetako altei buruzko datua administrazioek eman dute; beraz, herrialde bakoitzeko osasun sistemaren antolaketa berezia islatzen du. Datuak ez dira beti konparatzeko modukoak. Eta emaitzak kontu handiz alderatu behar dira, aldeak daudelako ospitalean gaua igarotzen ez duten gaixoak sartzeari edo ez sartzeari dagokionez, gaixoak ospitaleetako zerbitzu batetik bestera eramateari dagokionez edo beste inguruabar batzuei dagokionez.

³⁰ Fuente: Eurostat, INE y Eustat (Estadística de morbilidad hospitalaria).

³⁰ Iturria: Eurostat, EIN eta Eustat (Ospitaleetako erikortasun estatistika).

Gráfico 41
Evolución de las altas hospitalarias
por cada 100.000 habitantes

41. grafikoa
Ospitaleetako alta kopuruaren bilakaera,
100.000 biztanleko

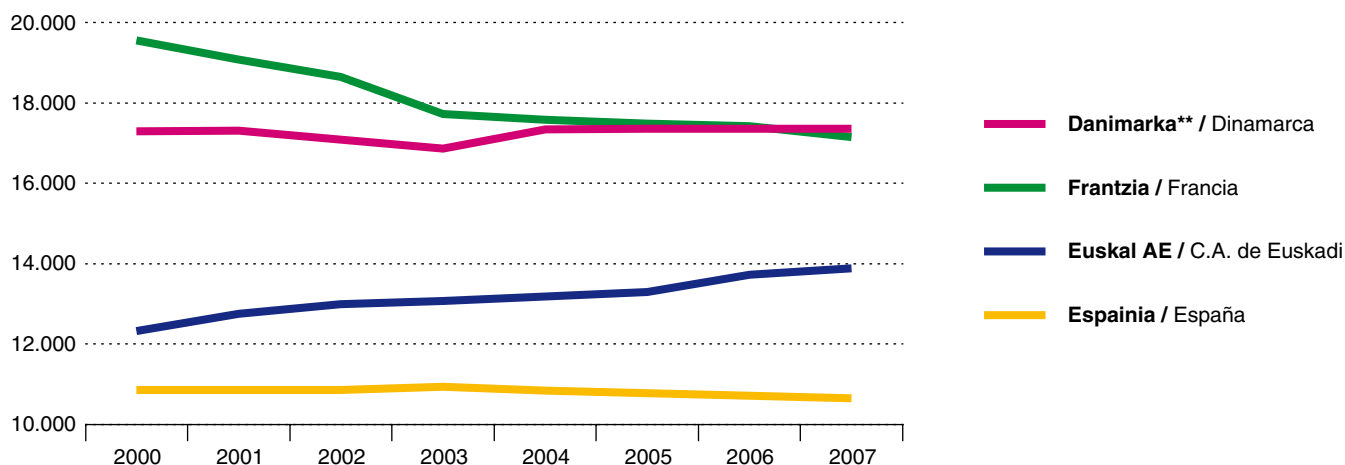
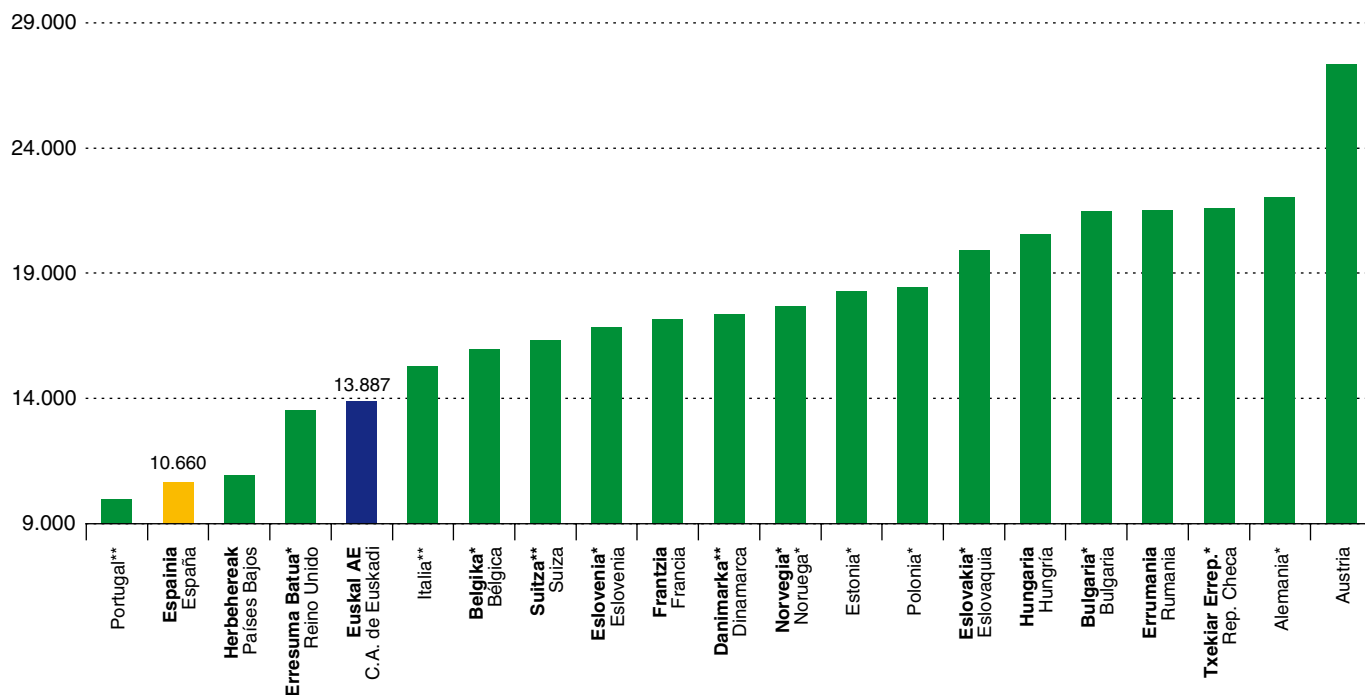


Gráfico 42
Altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes. 2007

42. grafikoa
Ospitaleetako alta kopurua, 100.000 biztanleko. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.6.3. Altas hospitalarias, según causas³¹

El análisis de las altas hospitalarias por grupos de diagnóstico en el conjunto de los países de la Unión Europea resulta ilustrativo con respecto de la incidencia de algunas de las patologías. Los datos disponibles para la UE-27 muestran la importancia de las causas asociadas al sistema circulatorio (14%), sistema digestivo (9%), tumores (9%), sistema respiratorio (8%), así como las complicaciones relacionadas con el embarazo (8%) y las lesiones –en gran proporción relacionadas con accidentes de tráfico– (9%). Este reparto porcentual apenas ha experimentado modificaciones sustanciales desde 2000.

Respecto a esta distribución de las altas por diagnóstico en los distintos ámbitos geográficos cabría destacar, entre otros hechos, la mayor proporción de las altas relacionadas con el sistema digestivo en España y en la C.A. de Euskadi –en torno al 12% del total–, frente al 9% que representan en la UE-27.

Además, se constata el mayor porcentaje relativo de altas hospitalarias ligadas con las complicaciones en el embarazo y con el aparato respiratorio en España. Representan el 13% y el 11% del total de las altas hospitalarias, mientras que en la UE-27 y en la C.A. de Euskadi ambas tipologías de diagnóstico representan entre el 8% y el 9%, respectivamente.

Finalmente, destaca la mayor proporción de altas hospitalarias en la C.A. de Euskadi en relación al sistema nervioso y a los órganos de los sentidos³² con el 10% del total de altas, mientras que en la UE-27 y en España representan el 5% y el 3%, respectivamente.

Definiciones y comparabilidad internacional

- El alta de la hospitalización se define como el abandono formal de un paciente de una institución hospitalaria tras el ingreso hospitalario, una vez finalizado el tratamiento o procedimiento. Las principales categorías de diagnóstico son las definidas en el listado de *ISHMT.
- La comparación internacional respecto a esta variable debe realizarse con cautela, ya que además de las problemáticas propias de cómputo de altas, pueden existir diferencias respecto al uso de la codificación de enfermedades entre países.

5.6.3. Ospitaleetako altak, arrazoiaren arabera³¹

Europar Batasuneko herrialdeetako ospitaleetan eman diren altak diagnostiko-multzoaren arabera aztertzean, patologia batzuek garrantzi berezia izan dutela ikusten da. EB-27aren datuen bidez dakigu honakoei lotutako arrazoiek garrantzi berezia izan dutela: zirkulazio sistema (% 14), digestio sistema (% 9), tumoreak (% 9), arnas sistema (% 8), haurdunaldiari lotutako arazoak (% 8) eta lesioak –gehienak zirkulazio istripuen ondoriozkoak– (% 9). Gainera, 2000. urteaz gero ehuneko horiek ia ez dira aldatu.

Eremu geografiko bakoitzean emandako diagnostikoaren arabera alta kopuruak bereiztean, besteak beste, honakoak azpimarratu behar dira: Espainian eta Euskal AEn alta kopuru gehienak digestio sistemari lotutakoak izan dira, alta guztien % 12 inguru, baina EB-27n % 9koa izan da.

Gainera, Espainian, haurdunaldiko arazoei eta arnas aparatuari lotutako ospitaleetako alten ehunekoa handia da; ospitaleetako alta guztien % 13 eta % 11 dira horiek. EB-27n eta Euskal AEn tipologia bi horien alta kopurua % 8 eta % 9 izan da, hurrenez hurren.

Azkenik, Euskal AEko ospitaleetako alta gehienak nerbio sistemari eta sentimen-organoei³² lotutakoak izan dira: alta guztien % 10. EB-27n eta Espainian, aldiz, alta guztien % 5 eta % 3 izan dira, hurrenez hurren.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Ospitaleetako alta esaten zaio ospitalean dagoen gaixoa tratamendua edo prozedura amaitu ostean handik joateko izapide formalari. Diagnostikoaren kategoria nagusienak *ISHMT izeneko zerrenda batean jasotzen dira.
- Aldagai hau kontu handiz konparatu behar da nazioartean, altak zenbatzeko izaten diren arazoez gainera herrialdeek gaixotasunak kodetzeko modu ezberdinak izan ditzaketelako.

³¹ Fuente: Eurostat, INE y Eustat (Estadística de morbilidad hospitalaria).

³² La incorporación de las altas asociadas a las intervenciones oftalmológicas (catarata) distorsiona la distribución de las causas de las altas en el caso de la C.A. de Euskadi.

* International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation.

³¹ Iturria: Eurostat, EIN eta Eustat (Ospitaleetako erikortasun estatistika).

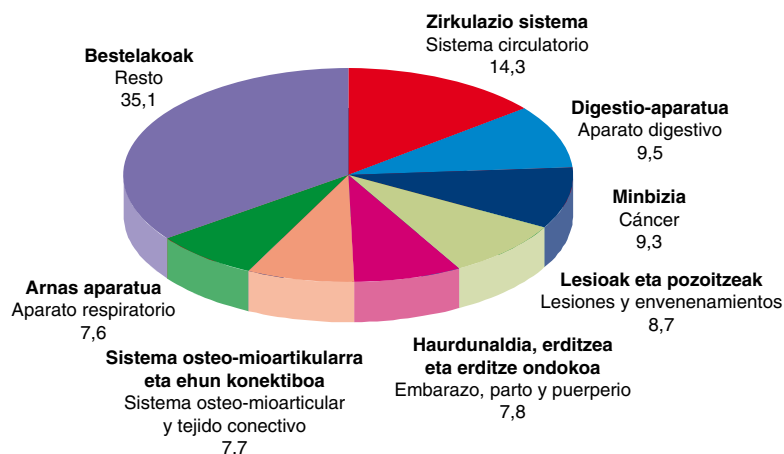
³² Ebakuntza oftalmologikoei (katarata) lotutako altak ere kontuan hartzen badira alten arrazoiaren banaketa eraldatu egiten da, Euskal AEn behintzat.

* International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation.

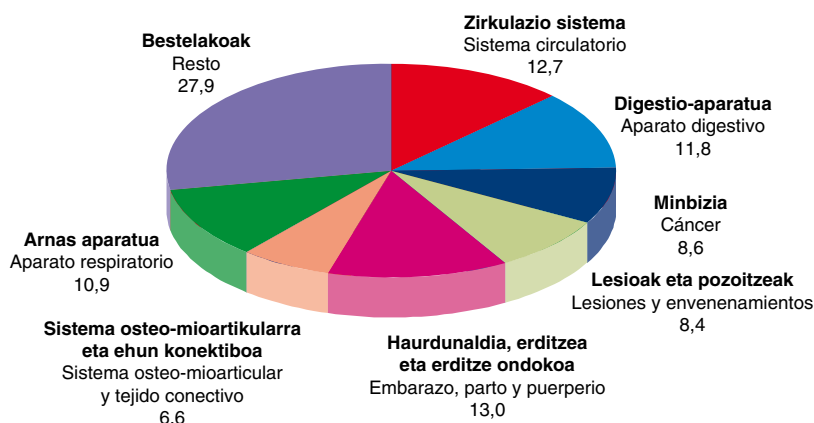
Gráfico 43
Altas hospitalarias por diagnóstico, UE-27,
España y C.A. de Euskadi (%)

43. grafikoa
Diagnostikoaren arabera alta kopurua. EB-27,
Espainia eta Euskal AE (%)

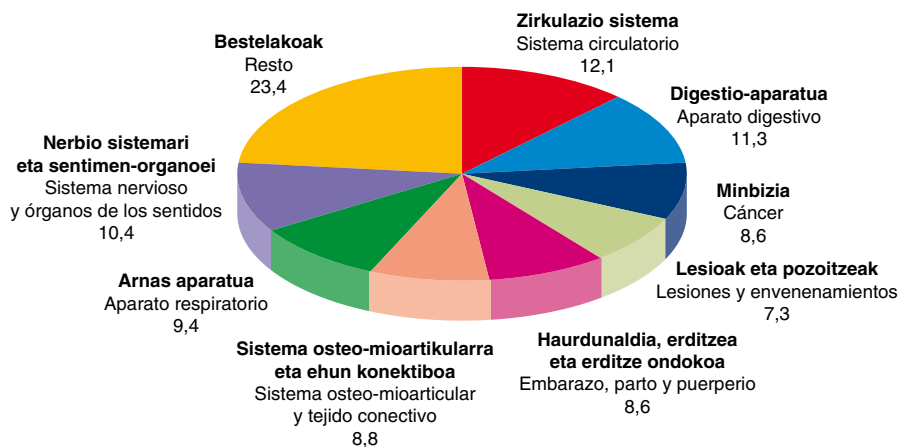
EB / UE
2006



Espainia / España
2007



Euskal AE / C.A. de Euskadi
2007



EB-27 (2006), Espainia eta Euskal AE (2007).
UE-27 (2006), España y C.A. de Euskadi (2007).

5.6.3.1. Altas hospitalarias, sistema circulatorio³³

La principal causa del alta hospitalaria en la UE-27 corresponde a las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio (14%), con una incidencia similar en España (13%) y en la C.A. de Euskadi (12%).

Entre los países considerados, las diferencias obtenidas con relación a la incidencia de este grupo de patologías son importantes. En un primer conjunto (4 países) que incluye a Irlanda, Portugal, España y Reino Unido, las altas asociadas son inferiores a las 1.500 por cada 100.000 habitantes. En un segundo grupo (13 países) se registran entre las 1.500 y las 3.000 altas, y es el caso de Bélgica, Francia, Islandia o Suiza, y la C.A. de Euskadi (1.694). Por último, en Finlandia, Alemania y varios países del Este europeo, se superan las 3.000 altas anuales.

En casi todos los países considerados, las altas hospitalarias asociadas al sistema circulatorio son mayores entre el colectivo masculino. De hecho, Irlanda, Portugal, España, Reino Unido, Países Bajos, Francia o Dinamarca registran cifras inferiores a las 2.000 altas hospitalarias anuales por cada 100.000 habitantes entre las mujeres. De hecho, las altas registradas entre sus colectivos masculinos son, en casi todos los casos, entre un 30% y 45% superiores. La C.A. de Euskadi pertenece a este colectivo, con una tasa femenina de 1.392 casos, siendo la tasa masculina un 44% superior, con 2.010 casos.

En el otro extremo, en países como Alemania, República Checa, Austria o Eslovaquia estas altas hospitalarias superan la cifra de 3.000, pero con menor distancia entre ambos colectivos. De hecho, en Eslovaquia, Lituania y Letonia la incidencia en el colectivo femenino es mayor que en el masculino.

La evolución reciente alude a comportamientos diferenciados. Así, por ejemplo, los países nórdicos como Finlandia, Suecia o Islandia son los que en mayor medida han reducido la proporción de altas asociadas al sistema circulatorio. Por el contrario, en muchos de los países de la Europa del Este, como Rumania o Bulgaria, la incidencia de este tipo de altas, que ya es muy alta, tiende a incrementarse sensiblemente desde 2000.

Definiciones y comparabilidad internacional

- El alta se define como el abandono formal de un paciente de una institución hospitalaria, tras el ingreso, una vez finalizado el tratamiento o procedimiento. Entre las principales categorías de diagnóstico definidas en el listado de *ISHMT se encuentran las denominadas enfermedades del sistema circulatorio, que considera este indicador.
- La comparación internacional respecto a esta variable debe realizarse con cautela, ya que además de las problemáticas propias de cómputo de altas, pueden existir diferencias respecto al uso de la codificación de enfermedades entre países.

5.6.3.1. Ospitaleetako altak, zirkulazio sistema³³

EB-27ko ospitaleetako alta gehienak zirkulazio sistemari lotutako gaixotasunen ondorioz eman dira (% 14); Espainian (% 13) eta Euskal AEn (% 12) antzeko alta kopurua eman da.

Aztertutako herrialdeen artean, patologia-multzo honen eragina aztertzean lortutako emaitzen arteko ezberdintasunak garrantzitsuak izan dira. Lehenengo multzoan (4 herrialde) Irlanda, Portugal, Espainia eta Erresuma Batua daude, 100.000 biztanleko 1.500 alta baino gutxiagorekin. Bigarren multzoan (13 herrialde) 1.500 eta 3.000 alta artean izan duten herrialdeak sartzen dira, besteak beste: Belgika, Frantzia, Islandia edo Suitza, eta Euskal AE (1.694). Azkenik, Finlandian, Alemanian eta Europako ekialdeko beste herrialde batzuetan urtean 3.000 alta baino gehiago izan dira.

Aztertutako herrialdeetan, zirkulazio sistemari lotutako ospitaleetako altak batez ere gizonezkoen artean eman dira. Izan ere, Irlandan, Portugalen, Espainian, Erresuma Batuan, Herbehereetan, Frantzian edo Danimarkan urtean zehar ospitaleetako 2.000 alta baino gutxiago izan dira emakumeenak, 100.000 biztanle bakoitzeko. Gizonen alta kopurua, kasu gehienetan, % 30 eta % 45 handiagoa izan dira. Euskal AE sartzen da azken multzo honetan, 1.392 emakumek eta 2.010 gizonek hartu baitute alta; hau da, gizonek emakumeek baino % 44 gehiagotan.

Beste aldean, Alemanian, Txekiar Errepublikan, Austrian edo Eslovakian ospitaleetako 3.000 alta izan dira, baina generoen arteko aldea txikiagoa izan da. Eslovakia, Lituania eta Letonian emakumen arteko intzidentzia handiagoa da gizonen artekoa baino.

Azken bilakaerak portaera ezberdinak erakutsi ditu. Adibidez, Europako iparraldeko Finlandia, Suedia edo Islandia herrialdeek murriztu dute gehien zirkulazio sistemari lotutako alta kopurua. Europako ekialdeko herrialde askotan (Errumania edo Bulgaria, adibidez) alta mota horien kopurua berez nahiko handia da, baina 2000. urteaz gero pixka bat gehitzen joan da.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Alta esaten zaio ospitalean dagoen gaixoa tratamendua edo prozedura amaitu ostean erandik joateko izapide formalari. *ISHMT izeneko zerrendan agertzen diren diagnostiko-kategoria nagusienetako batzuen artean zirkulazio sistemari lotutako gaixotasunak daude. Adierazle honek jasotzen dituenak.
- Aldagai hau kontu handiz konparatu behar da nazioartean, altak zenbatzeko izaten diren arazoez gainera herrialdeek gaixotasunak kodetzeko modu ezberdinak izan ditzaketelako.

³³ Fuente: Eurostat, INE y Eustat (Estadística morbilidad hospitalaria).

* International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation.

³³ Iturria: Eurostat, EIN eta Eustat (Ospitaleetako erikortasun estatistika).

* International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation.

Gráfico 44
Evolución de las altas del sistema circulatorio,
por cada 100.000 habitantes

44. grafikoa
Zirkulazio sistemaren ondoriozko alta kopuruaren
bilakaera, 100.000 biztanleko

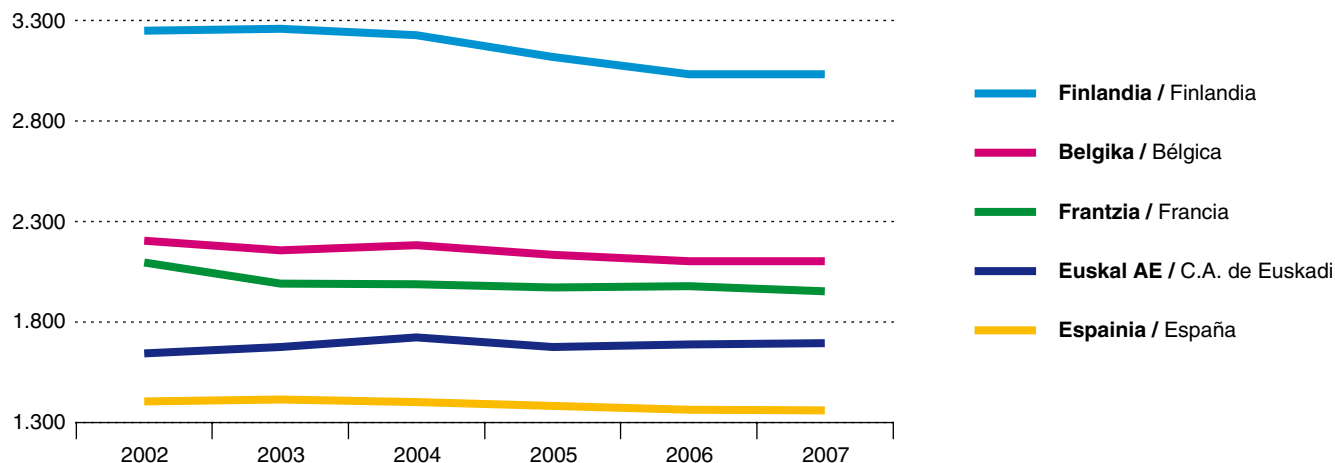
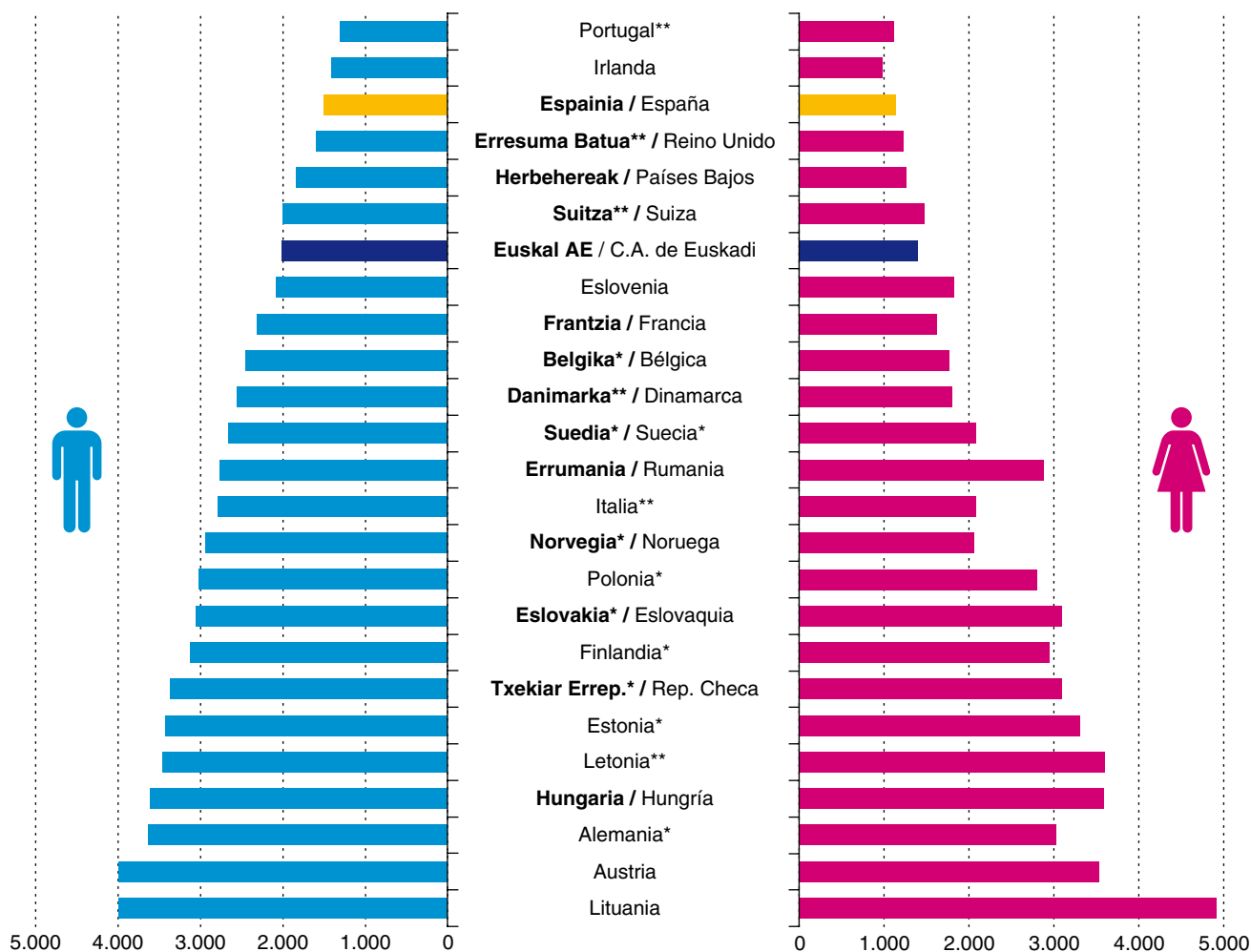


Gráfico 45
Altas hospitalarias del sistema circulatorio,
por cada 100.000 habitantes. 2007

45. grafikoa
Zirkulazio sistemaren ondoriozko ospitaleetako alta
kopurua, 100.000 biztanleko. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.6.3.2. Altas hospitalarias, aparato digestivo³⁴

Las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo representan la segunda causa más frecuente de alta hospitalaria en la UE-27. Concentran el 9,5% del total altas, siendo esta proporción sensiblemente superior en España (12%) y en la C.A. de Euskadi (11%).

En los Países Bajos y Portugal esta ratio se sitúa en torno a las 1.000 altas anuales por cada 100.000 habitantes. En el extremo opuesto, y con tasas superiores a las 1.800, se encuentran los países de la reciente ampliación y Alemania, que superan las 2.000 anuales. La C.A. de Euskadi y España, se sitúan en una posición intermedia con unas tasas de 1.600 y 1.300 altas, respectivamente.

Los resultados obtenidos en todos los países muestran mayores valores entre el colectivo masculino, con las excepciones de Noruega, Suecia o Dinamarca, donde las tasas femeninas son ligeramente superiores a las masculinas.

- Portugal, Países Bajos, España, Suecia, Reino Unido, Suiza, Noruega, Italia, Estonia, Finlandia, Hungría y Dinamarca registran valores de incidencia de esta patología en las altas hospitalarias de entre 1.000 y 1.500.
- La distancia con la ratio masculina no es homogénea, de manera que hay países en los que es muy similar (Países Bajos, Irlanda o Reino Unido) y en otros la brecha es más importante.
- Por su parte, la C.A. de Euskadi se sitúa en el grupo donde la incidencia de las enfermedades digestivas es mayor en los hombres (1.915) que en las mujeres (1.255). De hecho, éstas ocupan la segunda causa más frecuente de hospitalización en los hombres mientras en las mujeres es la cuarta.

Desde 2000, las altas hospitalarias asociadas a esta patología se han reducido entre los países que partían con mayores niveles (principalmente en los países de la antigua Europa del Este), mientras que se ha incrementado en otras regiones, como la C.A. de Euskadi o Alemania.

Definiciones y comparabilidad internacional

- El alta se define como el abandono formal de un paciente de una institución hospitalaria tras el ingreso, una vez finalizado el tratamiento o procedimiento. Entre las principales categorías de diagnóstico definidas en el listado de *ISHMT, se encuentran las denominadas enfermedades relacionadas con el aparato digestivo, que considera este indicador.
- La comparación internacional respecto a esta variable debe realizarse con cautela, ya que además de las problemáticas propias del cómputo de altas, pueden existir diferencias respecto al uso de la codificación de enfermedades entre países.

5.6.3.2. Ospitaleetako altak, digestio-aparatua³⁴

EB-27ko ospitaleetan emandako alten bigarren arrazoia digestio-aparatuari lotutako gaixotasunak izan dira. Alta guztien % 9,5 gaixotasun horien ondoriozkoa izan da; ehuneko hori pixka bat handiagoa da Espainian (% 12) eta Euskal AEn (% 11).

Herbehereetan eta Portugalen urtean 1.000 alta eman dira 100.000 biztanleko. Baina Europaren azken zabalkundeko herrialdeetan eta Alemanian alta kopurua 1.800etik gorakoa izan da; urtean 2.000 alta baino gehiagorekin gainera. Euskal AEk eta Espainiak tarteko alta kopurua izan dute: 1.600 eta 1.300 alta, hurrenez hurren.

Herrialde guztietan lortutako emaitzetan gizonezkoek izan dute alta gehien; salbuespen dira, alabaina, Norvegia, Suekia edo Danimarka, hauetan emakumeen tasak gizonenak baino pixka bat altuagoak izan baitira.

- Portugalek, Herbehereek, Espainiak, Suediak, Erresuma Batuak, Suitzak, Norvegiak, Italiak, Estoniak, Finlandiak, Hungariak eta Danimarkak 1.000 eta 1.500 alta artean izan dituzte ospitaleetan patologia honen ondorioz.
- Gizonen eta emakumeen alta kopuruen arteko aldea ez da beti homogeneoa izan. Herrialde batzuetan kopuru hori oso antzekoa izan da (Herbehereak, Irlanda edo Erresuma Batua) eta beste batzuetan aldea oso handia da.
- Euskal AEn digestio-gaixotasunen intzidentzia handiagoa gizon artean (1.915) emakume artean (1.255) baino. Gizonen bigarren ospitaleratze-kausa da, eta emakumeen laugarrena.

2000. urteaz gero, patologia honi lotutako ospitaleetako alta kopurua txikitu egin da aurretik tasa handiak zituzten herrialdeetan (batez ere Europako ekialde zaharreko herrialdeetan). Baina beste eskualde batzuetan, tasa handitu egin da: Euskal AEn eta Alemanian, esaterako.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Alta esaten zaio ospitalean dagoen gaixoa tratamendua edo prozedura amaitu ostean handik joateko izapide formalari. *ISHMT izeneko zerrendan agertzen diren diagnostiko-kategoria nagusienetako batzuen artean digestio-aparatuari lotutako gaixotasunak daude. Adierazle honek jasotzen dituenak.
- Aldagai hau kontu handiz konparatu behar da nazioartean, altak zenbatzeko izaten diren arazoez gainera herrialdeek gaixotasunak kodetzeko modu ezberdinak izan ditzaketelako.

³⁴ Fuente: Eurostat, INE y Eustat (Estadística de morbilidad hospitalaria).

* International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation.

³⁴ Iturria: Eurostat, EIN eta Eustat (Ospitaleetako erikortasun estatistika).

* International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation.

Gráfico 46
Evolución de las altas del aparato digestivo
por cada 100.000 habitantes

46. grafikoa
Digestio-aparatuaren ondoriozko alta kopuruaren
bilakaera, 100.000 biztanleko

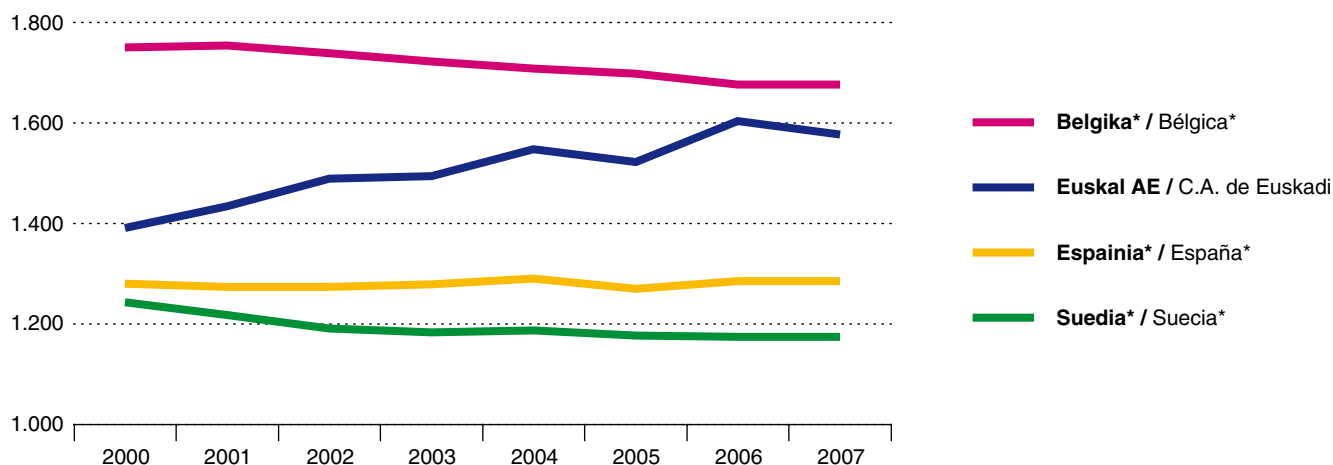
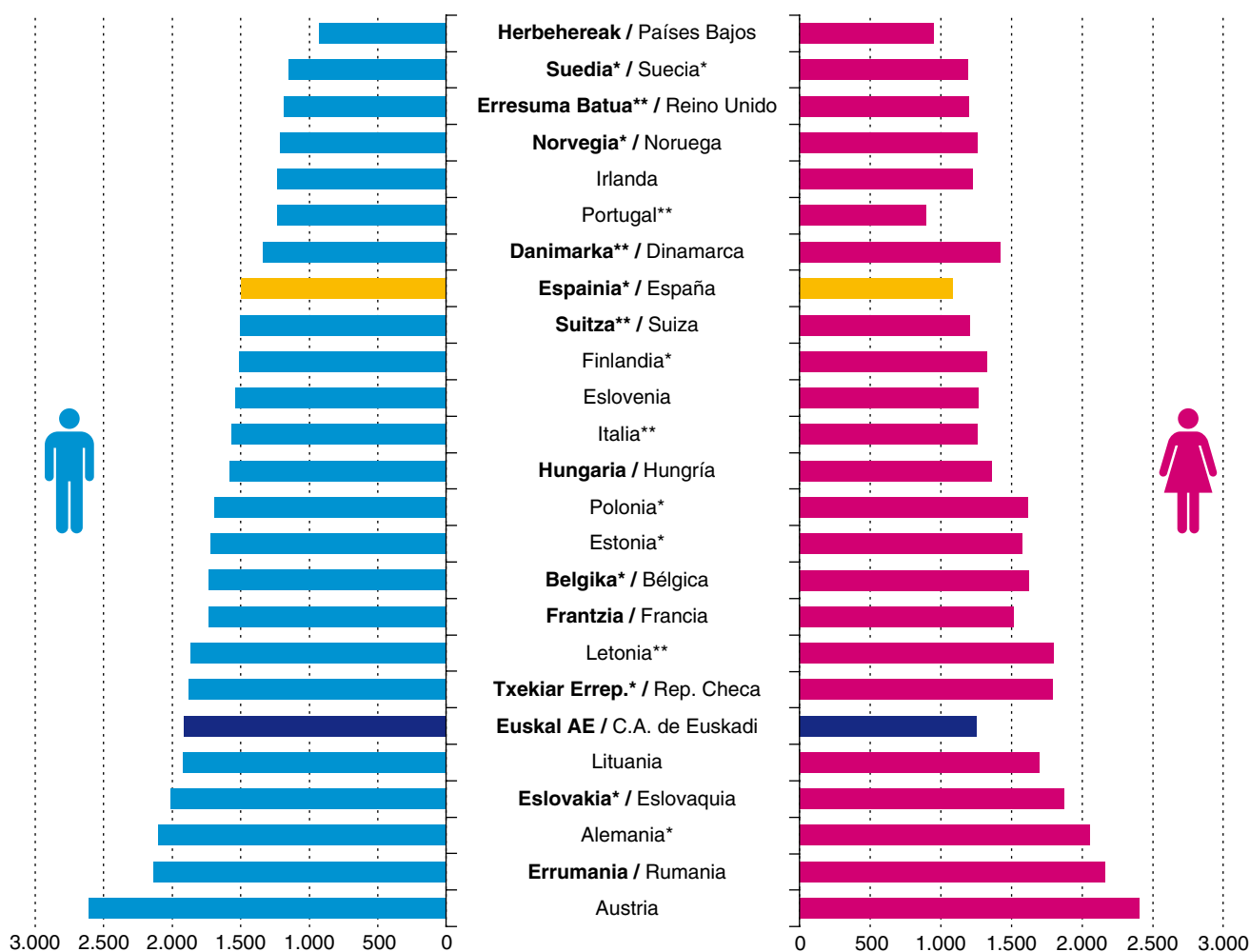


Gráfico 47
Altas hospitalarias del aparato digestivo
por cada 100.000 habitantes. 2007

47. grafikoa
Digestio-aparatuaren ondoriozko alta kopurua, 100.000
biztanleko. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.6.4. Estancia media en hospitales de agudos³⁵

La estancia media hospitalaria en la OCDE (2005) es de 6,3 días, cifra que disminuye a lo largo de los años (8,7 en 1990). Los valores extremos se alcanzan en Japón (19) y Corea (10,6) con máximos que superan la decena de días. Mientras que en otro extremo, con una estancia inferior a 5 días, destacan los resultados obtenidos por parte de Noruega (5), Finlandia (4,6), Suecia (4,5) y Dinamarca (3,5), además de México (3,9), pero por argumentos muy diferentes.

Se detectan tres grandes grupos de resultados. De una parte, seis países, como Alemania, Suiza o Canadá cuentan con una estancia media comprendida entre 7 y 9 días. Un segundo bloque (6-7 días) incluye a España, Italia, Países Bajos o Portugal. El tercer bloque (5-6 días) incluye a países con ofertas sanitarias muy diferentes, como Islandia, EE.UU. y Francia. La C.A. de Euskadi se incluye en este tercer bloque, con una estancia media de 5,1 días, cifra que se ha reducido desde 2000, cuando se situaba en 5,3 días.

La tendencia general ha sido la reducción de las estancias, registrándose los descensos más acusados entre los países que partían con los mayores valores por lo que progresivamente los resultados tienden a converger. De hecho, entre 2000 y 2005, Alemania, Austria y Países Bajos han reducido el dato relativo a la estancia media en cifras superiores a un día y Francia, Finlandia y España entre 0,3 y 0,4 días.

Este indicador se considera como uno de los más significativos para la medición de la eficiencia del sistema sanitario. Sin embargo, este objetivo está comprometido ya que la dispersión en el resultado obtenido se debe en gran medida a los distintos criterios de clasificación utilizados (con mayor o menor presencia de las camas asociadas a larga estancia o rehabilitación, entre otros), así como a las diferencias concretas de cada oferta (como es la mayor o menor presencia de la hospitalización domiciliaria).

Definiciones y comparabilidad internacional

- La duración de la estancia en hospitalización se calcula dividiendo la cifra del total de estancias causadas por el número total de altas producidas, en un determinado período.
- Se entiende por estancia, el número de días en los que a un paciente se le confía una cama en la que pernocta. Las altas se definen como el abandono formal de un paciente de una institución hospitalaria, una vez que ha permanecido hospitalizado.
- La comparación internacional requiere cautela, ya que existen diferencias de criterio respecto a la contabilización de estancias, a los establecimientos hospitalarios que se incluyen (algunos países incluyen en este cómputo tan sólo los hospitales generales, mientras que otros incorporan también datos de hospitales especializados que, generalmente, suponen mayores estancias medias) y las distintas ofertas de hospitalización, con una presencia creciente de los formatos domiciliarios.

5.6.4. Batez besteko egonaldia gaixo akutuen ospitaleetan³⁵

ELGEko herrialdeetan biztanleek batez beste 6,3 egun eman dituzte ospitaleetan (2005); urteak igaro ahala kopuru hori txikitzen joan da (1990. urtean 8,7 egun). Egonaldi luzeenak Japonian (19) eta Korean (10,6) eman dira, hamar egunetik gorako gehieneko egonaldiekin. Baina, beste muturrean, 5 egun baino gutxiagoko egonaldiak izan dituzte Norvegiak (5), Finlandiak (4,6), Suediak (4,5) eta Danimarkak (3,5); eta Mexikok ere bai (3,9), baina beste arrazoi batzuegatik.

Emaitzak hiru multzo nagusitan bereiz daitezke. Lehenengo multzoan sei herrialde daude (Alemania, Suitza edo Kanada, esaterako), batez beste 7 eta 9 eguneko egonaldiekin. Bigarren multzoan (6-7 egun) Espainia, Italia, Herbehereak edo Portugal daude. Eta hirugarren multzoan (5-6 egun) osasun eskaintza oso ezberdinak dituzten herrialdeak sartu dira: Islandia, AEB eta Frantzia, besteak beste. Euskal AE hirugarren multzo honetan sartzen da, 5,1 eguneko batez besteko egonaldiarekin; 2000. urteaz gero egun kopurua gutxitu egin da, urte hartan 5,3 eguneko egonaldia izaten baitzen.

Joera orokorra egonaldia laburtzearena izan da. Egonaldi luzeenak zituzten herrialdeek laburtu dute gehien egun kopurua; beraz, emaitzak bateratzen doaz pixkanaka. Izan ere, 2000 eta 2005 urteen artean, Alemanian, Austrian eta Herbehereetan batez besteko egonaldia egun 1 baino gehiago laburtu zen; Frantzia, Finlandia eta Espainian, aldiz, 0,3 eta 0,4 egun artean laburtu zen.

Adierazle hau osasun sistemaren eraginkortasuna neurtzeko eraginkorrenetako bat dugu. Dena den, helburua baldintzatuta dago; emaitzak sakabanatuta agertzen dira, sailkapenerako irizpide ezberdinak erabili direlako (egonaldi luzeko edo errehabilitazioko oheak zenbatu diren ala ez kontuan hartuta, besteak beste) eta eskaintza bakoitzak bere ezaugarriak dituelako (etxeko ospitaleratzeak zenbatu diren ala ez).

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Ospitaleratuta dauden pertsonen egonaldia kalkulatzeko, aldi jakin bat hartu eta egonaldi guztien kopurua alta kopuru osoaz zatitu behar da.
- Egonaldizat hartzen da, gaixo bati gaua igarotzeko utzitako ohean ematen duen egun kopurua. Altatzat hartzen dira, ospitalean dagoen gaixoa handik joateko izaipide formalak.
- Adierazle hau kontu handiz alderatu behar da nazioartean, irizpide ezberdinak erabiltzen direlako egonaldiak zenbatzean, adierazlean sartu beharreko ospitale-establezimenduak kontuan hartzean (herrialde batzuek soilik zenbatzen dituzte ospitale orokorrak, baina beste batzuek ospitale espezializatuak buruzko datuak ere zenbatzen dituzte, eta azken hauetan, orokorrean, batez beste egonaldi luzeagoak egiten dira) eta ospitaleratzeak eskaintzak aurkeztean, batez ere etxeko ospitaleratzeak emanik.

³⁵ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística hospitalaria).

³⁵ Iturria: ELGE eta Eustat (Ospitale Estatistika).

Gráfico 48
Evolución de la estancia media hospitalaria

48. grafikoa
Ospitaleetako batez besteko egonaldiaren bilakaera

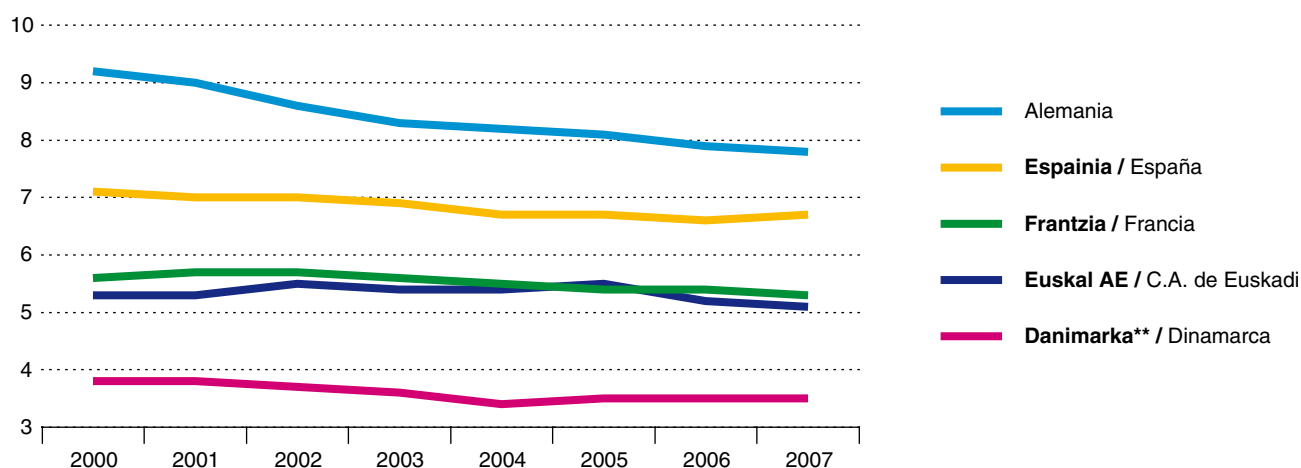
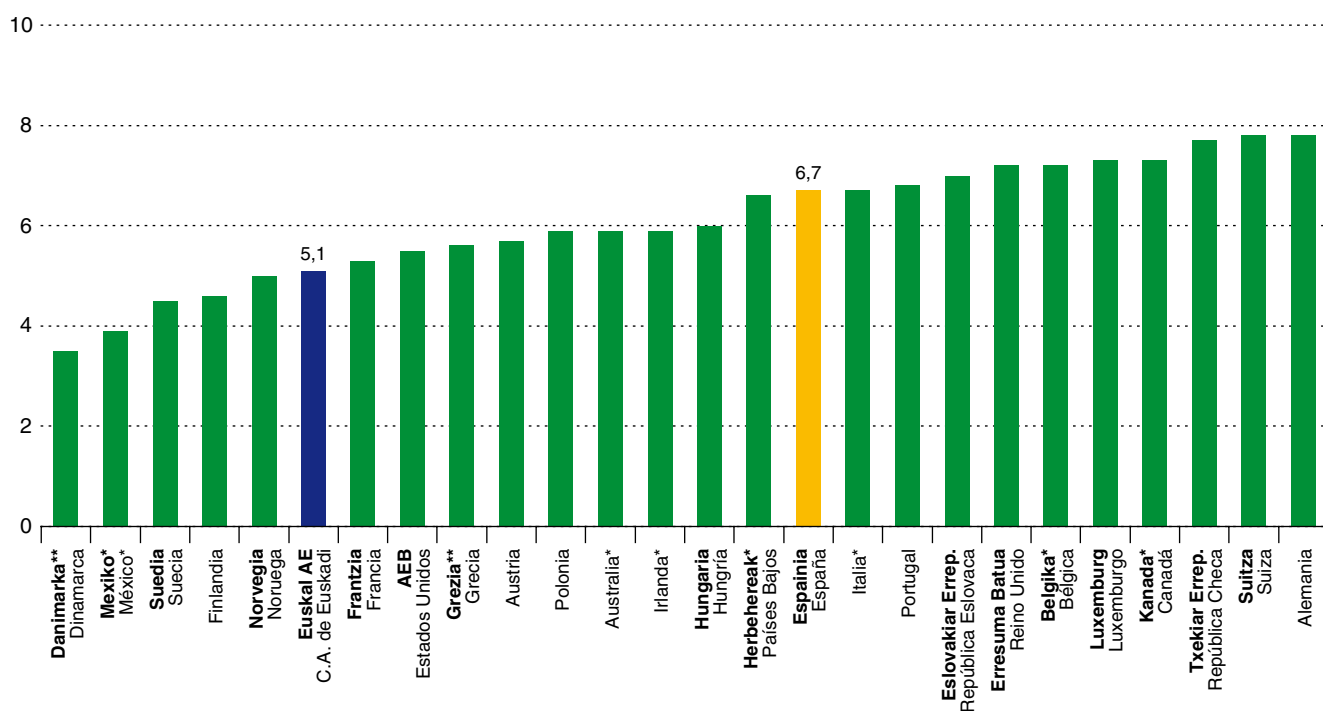


Gráfico 49
Estancia media hospitalaria, 2007

49. grafikoa
Ospitaleetako batez besteko egonaldia, 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.6.5. Ocupación de las camas en hospitales de agudos³⁶

El porcentaje de ocupación de las camas disponibles en hospitales de agudos de la OCDE (2005) se cifra en torno al 75%, resultado que se ha incrementado ligeramente desde 1990 (73%). Los porcentajes de ocupación varían fuertemente entre los países analizados. Canadá, Noruega, Suiza e Irlanda, registran proporciones que superan el 85%. En estos países, se percibe una tendencia al incremento de las tasas de ocupación, a medida que el número de camas disponibles tiende a reducirse.

En el extremo opuesto, se encuentran México o Países Bajos con tasas inferiores al 65%. En México, el índice de ocupación ha evolucionado al alza desde el año 2000, en razón de la creciente demanda de servicios sanitarios del país. En los Países Bajos, por su parte, la cifra tiende a mantenerse estable y su valor tan reducido está condicionado por criterios metodológicos³⁷.

La mayoría de los países, por su parte, se encuentran en la banda de entre el 70 y el 80% de ocupación, entre ellos la C.A. de Euskadi y España, con unos índices del 77 y 79%, respectivamente. En estos dos ámbitos geográficos, estos índices se han incrementado ligeramente desde 2000 en 2,6 y 2 puntos porcentuales, respectivamente. Organismos como la OMS estiman en torno al 80% el porcentaje de ocupación óptimo.

Definiciones y comparabilidad internacional

- El porcentaje de ocupación sobre camas en hospitales de agudos, se calcula por el cociente entre el número de estancias —en días— en camas de hospitales de agudos y el número de camas en funcionamiento en hospitales de agudos, y se multiplica la cifra resultante por 365.
- La comparación internacional requiere cautela en relación a la inclusión o no, según países, de las estancias de un día, y la inclusión de camas diferentes a las de agudos (Japón y Corea también consideran camas de larga estancia y Hungría no incluye los centros privados).

5.6.5. Gaixo akutuen ospitaleetako oheen okupazioa³⁶

ELGEko gaixo akutuentzako ospitaleetan erabilgarri dauden oheen okupazioa (2005) % 75 ingurukoa izan da; 1990. urteaz gero kopuru hori pixka bat igo da (% 73). Aztertutako herrialdeen artean okupazioaren ehuneko oso ezberdinak eman dira. Kanadan, Norvegian, Suitzan eta Irlandan oheen % 85etik gora okupatu dira. Herrialde horietan, gainera, okupazio tasak igotzeko joera nabari da, erabilgarri dagoen ohe kopurua txikitzen doan heinean.

Baina beste aldean Mexiko edo Herbehereak daude, % 65etik beherako tasekin. Mexikon, 2000. urtetik aurrera okupazioaren indizeak gora egin du herrialdean gero eta osasun zerbitzu gehiago eskatzen delako. Herbehereetan kopurua berdin mantendu da, irizpide metodologikoek baldintzatuta izanik balio hain txikia³⁷.

Herrialde gehienek % 79 eta % 80 arteko okupazioa dute, horien artean Euskal AEk eta Espainiak ere bai, % 77 eta % 79ko indizeekin, hurrenez hurren. Eremu geografiko bi hauetan indizeak pixka bat gehitu dira 2000. urteaz gero; hain zuzen, harrezkero ehuneko 2,6 eta 2 puntu gehitu dira, hurrenez hurren. OME bezalako erakundeek ustetan % 80 da okupazio egokiena.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Gaixo akutuen ospitaleetako oheen okupazioa kalkulatzeko gaixo akutuen ospitaleetako oheetan emandako egun kopurua gaixo akutuen ospitaleetan erabilgarri dagoen ohe kopuruaz zatitu behar da eta, gero, emaitza 365 kopuruaz biderkatu.
- Kontu handiz egin behar da nazioarteko alderaketa, herrialde bakoitzak egun bateko egonaldiak kontuan hartu dituen eta gaixo akutuen oheez gainera besteren bat sartu duten jakin behar delako (Japoniak eta Koreak egonaldi luzeko oheak ere zenbatu dituzte, eta Hungariak ez ditu zentro pribatuak sartu).

³⁶ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística hospitalaria).

³⁷ Dentro de la tipología de camas de hospitales de agudos también se incluyen camas destinadas a centros de día, mientras las estancias de día no se incluyen en el cómputo para el cálculo del porcentaje de ocupación.

³⁶ Iturria: ELGE eta Eustat (Ospitale Estatistika).

³⁷ Gaixo akutuen ospitaleetako oheen tipologiaren barruan eguneko zentroetako oheak ere sartzen dira; baina eguneko egonaldiak ez dira sartzen okupazioa kalkulatzeko zenbaketan.

Gráfico 50
Evolución del porcentaje de ocupación
en hospitales de agudos

50. grafikoa
Gaixo akutuen ospitaleetako okupazioaren
(ehunekotan) bilakaera

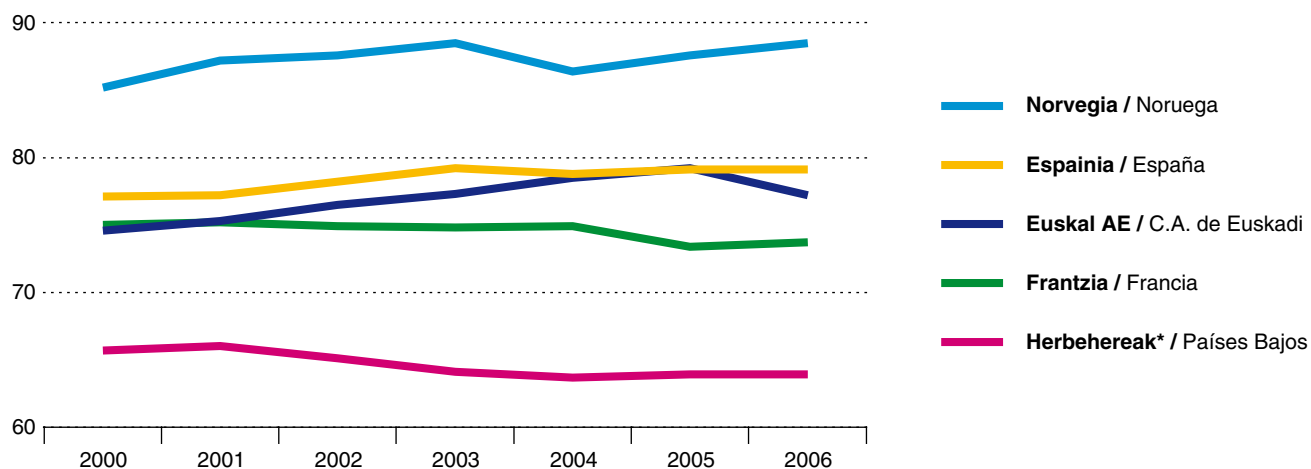
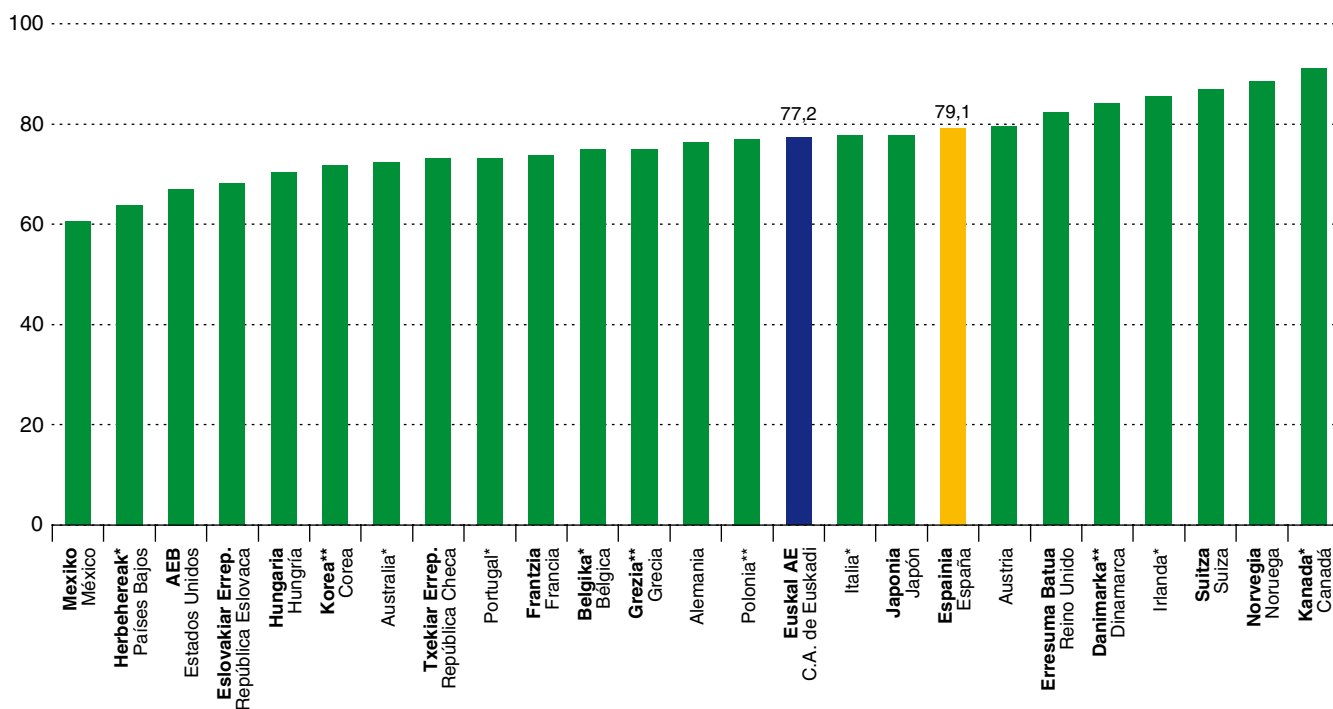


Gráfico 51
Porcentaje de ocupación en hospitales
de agudos. 2006

51. grafikoa
Gaixo akutuen ospitaleetako okupazioa
(ehunekotan). 2006



(*) Bildutako azken datua, 2005. / Último dato disponible, 2005.

(**) 2005 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2005.

5.6.6. Consultas médicas per cápita³⁸

El número de consultas médicas per cápita varía sustancialmente entre países. Mientras en Japón superan las 11 consultas per cápita, en otros países como Suecia esta proporción es inferior a las 3 consultas. Con todo, el promedio de consultas en la OCDE se sitúa en 2005 en torno a las 7.

En siete países, la cifra de consultas per cápita anuales es superior a 8 anuales, como es el caso de España y la C.A. de Euskadi con 8,1 consultas per cápita. Catorce países conforman el grupo más numeroso, entre las 5 y las 7,6 consultas, como Reino Unido, Países Bajos y Canadá, con cifras inferiores a las 6 anuales, mientras que en Alemania, Dinamarca y Bélgica la ratio se sitúa en torno a las 7,5 consultas. Por último, en siete países el número de consultas es inferior a las 4,2 anuales, destacando Suecia (2,8), EE.UU. (3,8) o Suiza (4).

Desde el año 2000, la ratio no experimenta importantes variaciones y destacan la República Eslovaca y Japón como los países que partiendo de las cifras más elevadas de consultas, han reducido más esta ratio (recorte de 3,8 y 0,8 consultas per cápita).

Las razones que se encuentran detrás de las grandes oscilaciones en esta ratio son muy variadas, destacando los factores de corte cultural, los argumentos de organización y económicos como los pagos privados de las consultas, la densidad de la oferta médica y a la manera en la que se retribuye a estos profesionales sanitarios en cada uno de los países.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Se define consulta médica como cualquier contacto con un médico realizado por motivos de salud, mediante visitas personal o telefónica, con el fin de obtener consejos, diagnósticos, recetas, tratamientos o para que se realice un examen u otros trámites, que dan lugar a un «consumo» de cualquier tipo.
- No se considera consulta médica, los exámenes médicos colectivos (laborales, escolares, etc.), la simple petición de hora o cita, las consultas al estomatólogo, dentista o higienista dental, la realización de cualquier prueba diagnóstica (radiografías, análisis, etc.) o procedimiento terapéutico indicado por un médico, los contactos con personal farmacéutico u óptico para la adquisición de prescripciones médicas.
- La comparación internacional de los datos debe realizarse con cautela en razón de las diferencias de criterio en torno al tipo de consultas que se incluyen en el cómputo –consultas generalistas y/o especialistas, y al modo de cálculo de la ratio– la información procede de fuentes administrativas o de encuestas a la ciudadanía, según países.

5.6.6. Mediku-kontsultak, biztanle bakoitzeko³⁸

Herrialde batetik bestera biztanle bakoitzeko mediku-kontsulta kopuru ezberdina eman da. Japonian biztanle bakoitzak 11 kontsulta egin ditu, baina beste herrialde batzuetan (Suedian adibidez) 3 kontsulta baino gutxiago egin ditu. ELGE osoko kontsulta kopuruaren batezbestekoa 7 ingurukoa izan da 2005. urtean.

Zazpi herrialdetan, urtean biztanle bakoitzak 8 kontsulta baino gehiago egin ditu; Espainia eta Euskal AE sartzen dira multzo honetan, biztanleko 8,1 kontsultarekin. Alabaina, hamalau herrialdek osatzen dute multzorik handiena: 5 eta 7,6 kontsulta artean. Erresuma Batuan, Herbehereetan eta Kanadan 6 kontsulta baino gutxiago egiten du biztanle bakoitzak urtean, eta Alemanian, Danimarkan eta Belgikan 7,5 kontsulta inguru. Azkenik, zazpi herrialdetan urtean 4,2 kontsulta baino gutxiago egin dira: Suedian (2,8), AEBetan (3,8) edo Suitzan (4).

2000. urteaz gero, ratio honek ez du aldaketa garrantzitsurik izan; baina, hala ere, Eslovakiar Errepublikak eta Japonia nabarmendu behar dira, kontsulta kopuru handiena izan arren horietan txikitu delako gutxien kopurua (3,8 eta 0,8 kontsulta gutxiago biztanle bakoitzeko).

Ratioaren gorabehera horien arrazoiak ugari dira. Kultura da arrazoirik garrantzitsuenak, baina badaude beste batzuk ere: antolaketa, ekonomia (kontsulten ordainketa pribatua), mediku-eskaintzaren ugartasuna eta osasun arloko profesioal hauei herrialde bakoitzean emandako ordainsaria.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

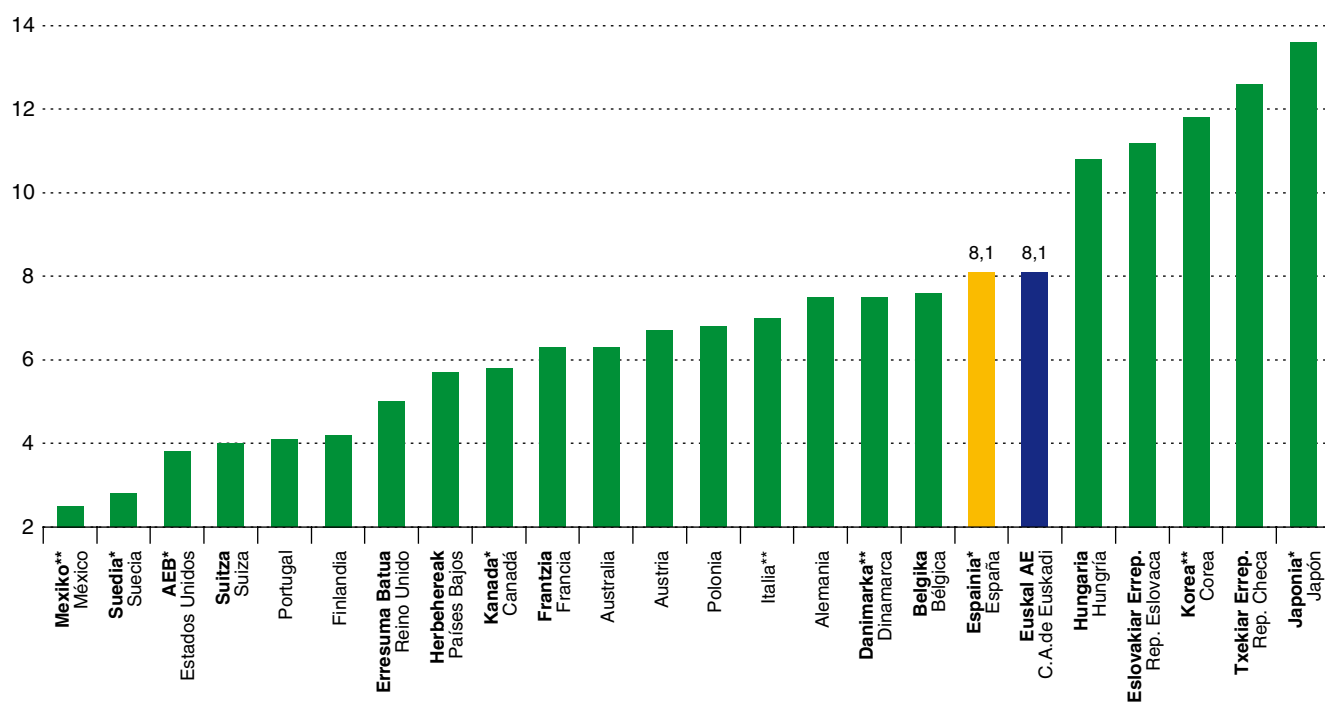
- Mediku-kontsultatzat hartzen da, osasunari lotuta medikuarekin izandako kontaktua. Medikuari zuzenean bisita egiten zaio edo telefonoz galdetzen zaio, aholkua, diagnostikoa, errezeta edo tratamendua eman dezan; bestela, mediku-azterketa egitera edo beste izapide batzuk gauzatzera jotzen da harengana. Nolanahi ere, ondorioa edozein motatako «kontsumoa» da.
- Ez dira mediku-kontsultatzat hartzen: mediku-azterketa kolektiboak (lanekoak, eskolakoak, etab.); ordua edo hitzordua eskatzea; estomatologo, dentista edo aho-hortzetako higienistarenerako kontsultak; proba diagnostikoa (erradiografiak, analisiak, etab.) edo medikuak eskatutako prozedura terapeutikoa; farmaziako edo optikako langileekin izandako kontaktuak mediku-aginduek lortzeko.
- Datuak kontu handiz konparatu behar dira nazioartean, irizpide ezberdinak erabiltzen direlako zenbatu beharreko kontsulta motei dagokienez (orokorrak edota espezialistak) eta ratioa kalkulatzeko moduari dagokienez (administrazio-iturrien bidez edo herritarrek betetako inkesten bidez eskuratu dira datuak, herrialdeen arabera).

³⁸ Fuente: OCDE y Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (Encuesta de Salud del País Vasco 2007).

³⁸ Iturria: ELGE eta Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saila (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta - 2007).

Gráfico 52
Consultas médicas per cápita. 2007

52. grafikoa
Mediku-kontsulten kopurua, biztanle bakoitzeko. 2007



(*) Bildutako azken datua, 2005. / Último dato disponible, 2005.

(**) 2005 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2005.

5.6.7. Consultas odontológicas per cápita³⁹

El número de consultas odontológicas per cápita se sitúa entre las 0,1 que se registran en México y las 3,3 de Japón. En Japón, Países Bajos y República Checa este número de consultas es superior a 2. Sin embargo en nueve países, entre los que se encuentran Francia, Alemania, España o la C.A. de Euskadi, la tasa se sitúa entre 1 y 2 visitas anuales al dentista. Por último, diez países, entre ellos tan dispares como Dinamarca, EE.UU. o México, la población ha realizado en promedio menos de una consulta anual al odontólogo.

Tal y como ponen de manifiesto estos datos, los resultados relativos a la consulta al odontólogo dependen en gran medida de tres factores. En primer lugar, el grado de desarrollo económico de una sociedad. En segundo lugar, el tipo de cobertura y/o del aseguramiento de este tipo de especialidades sanitarias. Y en tercer lugar, el factor cultural, estético y de imagen, así como de prevención que propicia el aumento de estas consultas.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Se define consulta odontológica cualquier visita a un profesional titulado (dentista, estomatólogo o higienista dental) para examen, consejo, tratamiento o revisión de problemas de la dentadura o boca.
- Se requiere cautela en la comparación internacional habida cuenta de las distintas fuentes –de tipo administrativo o procedente de encuestas– mediante las que se obtiene la información en cuestión.

5.6.7. Kontsulta odontologikoak, biztanle bakoitzeko³⁹

Biztanle bakoitzaren kontsulta odontologien kopurua Mexikoko 0,1aren eta Japoniaren 3,3aren artean dago. Japonian, Herbehereetan eta Txekiar Errepublikan kontsulta 2 baino gehiago egin dira. Baina bederatzi herrialdetan (besteak beste, Frantzia, Alemania, Espainia edo Euskal AE) urtean bisita 1 edo 2 egiten zaizkio dentistari. Azkenik, hamar herrialdetan (haien artean oso ezberdinak diren Danimarka, AEB edo Mexiko, adibidez) biztanle bakoitzak batez beste kontsulta bat baino gutxiago egin du odontologoarenean.

Emaitza horiek argi erakusten dute kontsulta odontologikoen gaineko datuak batez ere hiru faktorek baldintzatzen dituztela: lehenengoa, gizartearen garapen ekonomikoa; bigarrena, osasun espezialitate hauen estaldura edota aseguru mota; eta hirugarrena, kultura, estetika eta irudia, baita prebentzioa ere, kontsulta kopurua areagotzen duelako.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

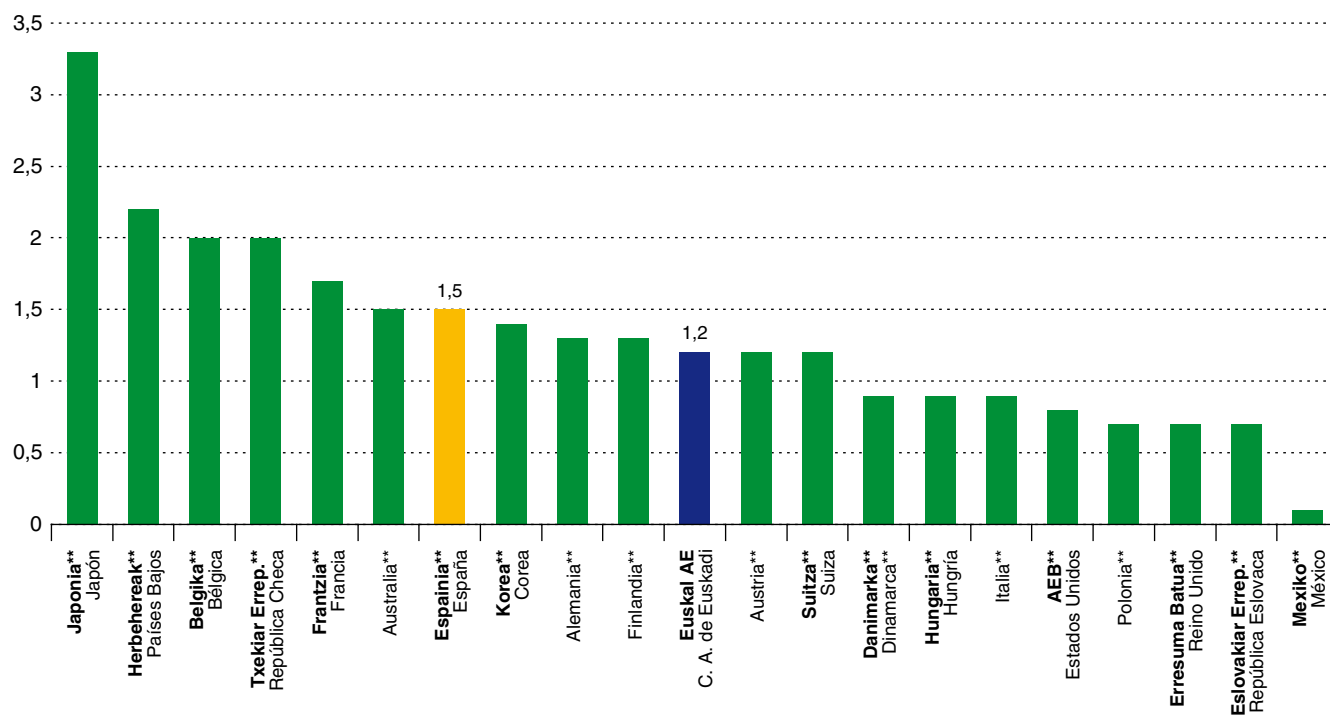
- Kontsulta odontologiko deritzo, titulu hori duen edozein profesionali (dentista, estomatologoa edo aho-hortzetako higienista) egindako bisitari, baldin eta bisitaren xedea hortzetako edo ahoko azterketa egitea, horri buruzko aholkua edo tratamendua eskatzea bada.
- Kontu handiz egin behar da nazioarteko alderaketa, informazioa iturri ezberdinek eman baitute (administrazioak emanda edo inkesten bidez aterata).

³⁹ Fuente: OCDE y Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (Encuesta de Salud del País Vasco).

³⁹ Iturria: ELGE eta Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saila (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta).

Gráfico 53
Consultas odontológicas
per cápita. 2007

53. grafikoa
Kontsulta odontologikoen kopurua,
biztanle bakoitzeko. 2007



(**) 2006 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2006.

5.6.8. Cesáreas por cada 100 nacidos vivos⁴⁰

Los partos por cesárea están experimentando un fuerte crecimiento en los últimos años, debido al aumento de la edad de la mujer y de los partos múltiples, o el haber tenido un parto anterior con cesárea. Además, puede estar condicionada por la práctica médica: mayor facilidad para planificar estas intervenciones o el menor tiempo en el que se desarrollan y las preferencias de la madre, ya que en algunos países se estima que las cesáreas son más seguras.

En la actualidad se debate sobre si los costes, tanto financieros como de salud, relacionados con este tipo de prácticas están justificados y si exceden o no los beneficios que su práctica conlleva. Según los últimos datos disponibles, la proporción de nacidos vivos mediante cesáreas se sitúa en el 23,6% en el conjunto de los países de la OCDE, oscilando entre el 14% que representa en los Países Bajos y el 41% de México.

Entre los países con un porcentaje inferior al 20% se encuentran los países nórdicos, Francia, Bélgica y la C.A. de Euzkadi. En seis países como España o Reino Unido la tasa oscila entre el 20 y el 25%. Un tercer lugar, donde se incluye a Canadá, EE.UU. y Alemania, la sitúa entre el 25 y el 30%. Por último, la tasa de cesáreas es superior al 30% en Corea, Italia y México.

Su incidencia ha aumentado en más de siete puntos porcentuales en países como Australia, Austria o Alemania. En diez países el crecimiento ha resultado más moderado. Dinamarca, Italia o EE.UU., entre otros. En el resto de países, entre ellos los nórdicos, España o la C.A. de Euzkadi, el número de cesáreas se ha mantenido relativamente estable.

Finalmente, es importante tener presente que según la OMS no existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los nacimientos sean por cesárea.

Definiciones y comparabilidad internacional

- **Cesáreas:** se incluyen en este cómputo los procedimientos quirúrgicos incluidos en el apartado de Cesáreas, tal como se recoge en la clasificación internacional de enfermedades, ICD-9 o CIE-9.
- **Nacidos vivos:** el recién nacido vivo es el producto de la concepción que después de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o manifiesta cualquier otro signo de vida.

5.6.8. Zesarea kopurua, bizirik jaiotako 100 ume bakoitzeko⁴⁰

Azken urteotan gero eta zesarea bidezko erditze gehiago egiten da, erditzen den emakumearen adina handiagoa delako, ume bat baino gehiagoko erditzeak ugarituko direlako edo aurretik zesarea bidezko erditzea egin delako. Gainera, medikuen jardunek ere eragina izan dezakete: ebakuntza hauek planifikatzea errazagoa da, denbora laburragoa behar dute, amak horrela egin nahi du (herrialde batzuetan uste delako zesareak seguruagoak direla).

Izan ere, gaur egun eztabaidatzen ari da jardun horiei lotutako finantza nahiz osasun kostuak justifikatuta dauden eta kostu horiek jardunak berak dakartzan onurak gainditzen dituzten. Azken datuen arabera, zesarea bidez bizirik jaiotako umeak % 23,6 izan dira ELGEko herrialde guztietan. Kopuru hori, hain zuzen, beste bi hauen artean dago: Herbehereetan % 14 eta Mexikon % 41.

Europako iparraldeko herrialdeetan, Frantzia, Belgika eta Euzkadi AEn kopuru hori % 20tik beherakoa izan da. Sei herrialdetan (Espainia eta Erresuma Batuan, besteak beste) tasa % 20 eta % 25 artekoa izan da. Hirugarren multzo batean Kanada, AEB eta Alemania daude, % 25 eta % 30 arteko tasarekin. Eta, azkenik, Korea, Italia eta Mexiko zesareren tasa % 30etik gorakoa izan da.

Ehuneko zazpi puntu baino gehiago igo da kopuru hori Australia, Austria edo Alemanian. Hamar herrialdetan ez da hain igoera handia eman, besteak beste: Danimarkan, Italia edo AEBetan. Gainerako herrialdeetan (Europako iparraldekoak, Espainia edo Euzkadi AEn) zesarea kopurua berdin mantendu da.

Amaitzeko, garrantzitsua da kontuan izatea OMEren esanetan ez dagoela inolako justifikaziorik zesarea bidezko jaiotza kopurua % 10 eta % 15 arteko tartetik gorakoa izateko.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- **Zesareak:** gaixotasunen nazioarteko sailkapenean, ICD-9n edo GNS-9n zesarea atalean jasotzen diren prozedura kirurgikoak dira.
- **Bizirik jaiotakoak:** sorkuntzaren ondoriozko produktua da, amaren gorputzetik osorik kanporatu edo atera ostean arnasa hartzen duena edo bizi delako beste edozein seinale ematen duena.

⁴⁰ Fuente: OCDE y Eustat (Estadística hospitalaria).

⁴⁰ Iturria: ELGE eta Eustat (Ospitale Estatistika).

Gráfico 54
Evolución del número de cesáreas
por cada 100 nacidos vivos

54. grafikoa
Zesarea kopuruaren bilakaera,
bizirik jaioetako 100 ume bakoitzeko

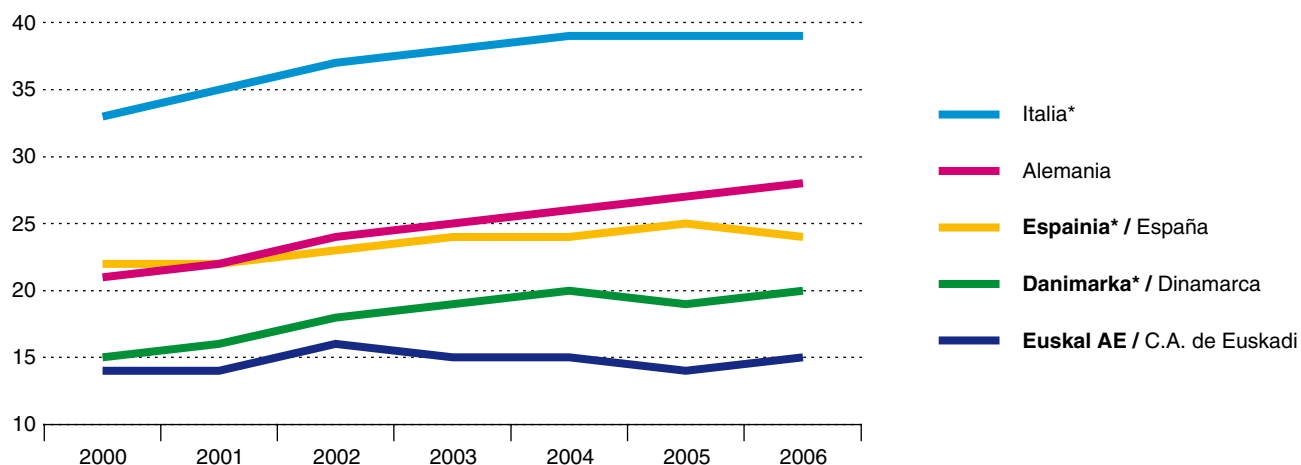
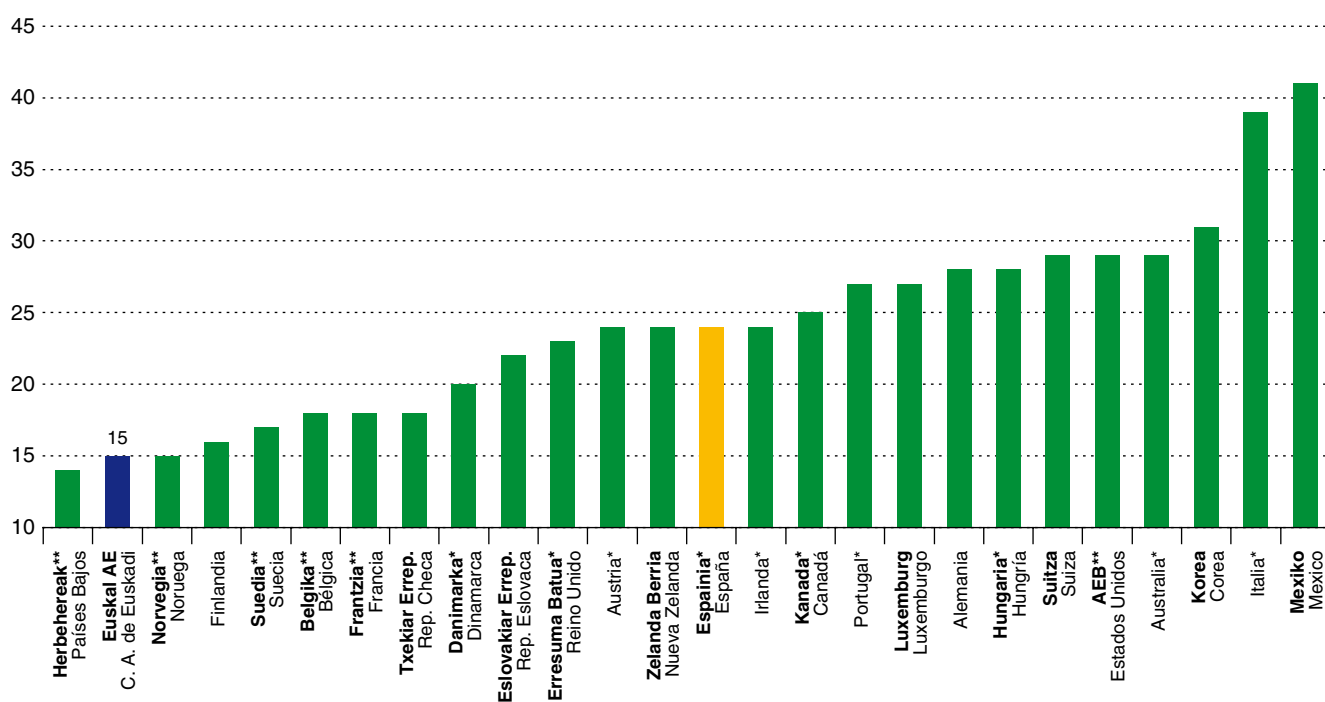


Gráfico 55
Cesáreas por cada 100 nacidos
vivos. 2006

55. grafikoa
Zesarea kopurua, bizirik jaioetako 100 ume
bakoitzeko. 2006



(*) Bildutako azken datua, 2005. / Último dato disponible, 2005.

(**) 2005 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2005.

5.7. GASTOS EN SALUD Y FINANCIEROS

5.7.1. Gasto en salud (% PIB)⁴¹

En la OCDE el gasto en salud representa el 9% del PIB, que oscila entre el 16% de EE.UU.⁴² y el 6,4% de Polonia. En siete países, como son Alemania, Francia, Suiza o Canadá, el gasto en salud supera el 10% de su PIB. Un segundo bloque se sitúa en torno a la media de la OCDE (9-10%), e incluye a Suecia, Islandia, Dinamarca y Países Bajos, además de Grecia y Portugal o Nueva Zelanda. Entre el 7 y 9%, están Reino Unido, Finlandia, Hungría, España e Irlanda, por ejemplo. Finalmente, por debajo de este valor quedan Polonia, Eslovaquia o la República Checa. La C.A. de Euskadi se sitúa próxima a este último grupo (6,9% del PIB).

El gasto en salud ha crecido en todos los países. Entre los mayores incrementos, destacan EEUU (+2,4 puntos porcentuales del PIB), Corea (+1,9), Países Bajos (+1,8) o Grecia (+1,7). Por otra parte, países como Dinamarca (+1,5), Reino Unido (+1,4), España (+1,3) o Canadá (+1,3) lo han incrementado en torno a un punto o punto y medio de su PIB. Y, finalmente, los menores incrementos se registran en la C.A. de Euskadi (+0,4), Australia (+0,4), República Checa (+0,3) o Alemania (+0,1).

La ratio de gasto en salud con respecto del PIB ilustra el esfuerzo realizado con respecto de su capacidad en la generación de riqueza económica, pero no del volumen o la importancia económica del gasto en salud. Por tanto, conviene tener en consideración el tamaño y el grado de apertura exterior de la economía en cuestión, que como en la C.A. de Euskadi, puede estar condicionando el resultado final obtenido en este indicador.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los gastos en salud incluyen: los relativos a bienes y servicios personales, los servicios sanitarios colectivos, y la partida de inversiones en salud.
- Así, como con respecto a la delimitación del gasto de salud puede haber ciertas diferencias de criterio en la traslación a la casuística de cada país, este hecho no existe con relación a las variables de Contabilidad Nacional, generalmente asumidas y perfectamente comparables.
- En la valoración de la ratio considerada hay que tener en cuenta la incidencia de la composición del PIB y/o de las diferencias en la apertura exterior de los países y en su balanza comercial (Luxemburgo e Irlanda).

5.7. OSASUN ETA FINANTZA GASTUAK

5.7.1. Osasun gastua (BPGren %)⁴¹

ELGEn osasun gastua BPGren % 9 izan da. Tarteak: AEBetako % 16⁴² eta Poloniaren % 6,4 artean. Zazpi herrialdetan (Alemania, Frantzia, Suitza edo Kanada, besteak beste) osasun gastua BPGren % 10etik gorakoa izan da. Bigarren multzo bateko herrialdeak (Suedia, Islandia, Danimarka, Herbehereak, Grezia, Portugal eta Zelanda Berria) ELGEn batezbestekoaren (% 9 - % 10) inguruan geratu dira. % 7 eta % 9 artean daude, adibidez, Erresuma Batua, Finlandia, Hungaria, Espainia eta Irlanda. Azkenik, balio horren azpitik daude Polonia, Eslovakia edo Txekiar Errepublika. Euskal AE azken multzo horren gastutik hurbil dago (BPGren % 6,9).

Baina herrialde guztietan gehitu da osasun gastua. Igoera handienak izan dituzten herrialdeak AEB (BPGren ehuneko +2,4 puntu), Korea (+1,9), Herbehereak (+1,8) edo Grezia (+1,7) izan dira. Bestalde, Danimarkan (+1,5), Erresuma Batuan (+1,4), Espainian (+1,3) edo Kanadan (+1,3) BPGren puntu bat eta puntu eta erdi igo da gastua. Eta, azkenik, igoera txikiak izan dituztenak Euskal AE (+0,4), Australia (+0,4), Txekiar Errepublika (+0,3) edo Alemania (+0,1) izan dira.

BPGren arabera osasun gastuaren ratioak aberastasun ekonomikoa sortzeko ahalmenean egindako ahalegina erakusten du, baina ez, ordea, osasun gastuaren bolumena edo garrantzi ekonomikoa. Beraz, dagokion ekonomiaren tamaina eta kanporako irekitze-maila kontuan izan behar dira, Euskal AEn gertatzen den bezala, horien arabera adierazle honen azken emaitza bestelakoa izan daitekeelako.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Osasun gastuan honakoak sartzen dira: ondasun eta zerbitzu pertsonalen gastuak, osasun zerbitzu kolektiboak eta osasunean egindako inbertsioen partida.
- Horrela, osasun gastuaren mugaketari dagokionez irizpide ezberdinak egon daitezke herrialde bakoitzaren arazoietan; izan ere, orokorrean hartutako eta konpara daitezkeen Kontabilitate Nazionalaren aldagaien inguruan ez dago horrelakorik.
- Aztertutako ratioa baloratzean kontuan izan behar dira BPGren osaketaren eragina, edota herrialdeen kanporako irekieraren eragina eta merkataritzako balantza (Luxemburgo eta Irlanda).

⁴¹ Fuente: OCDE y Eustat (Cuenta de la salud y Cuentas económicas).

⁴² Condicionado por el propio sistema, como es el importante coste asociado al aseguramiento (negligencia) o su diseño (empresas de servicios sanitarios).

⁴¹ Iturria: ELGE eta Eustat (Osasunaren kontua eta Kontu ekonomikoak).

⁴² Sistemak berak baldintzatzen du, aseguruari (arduragabekeria) edo diseinuari (osasun zerbitzuen enpresak) lotutako kostu handia, adibidez.

Gráfico 56
Evolución del gasto total en salud como porcentaje del PIB

56. grafikoa
Osasun gastu osoaren bilakaera, BPGren ehuneko gisa

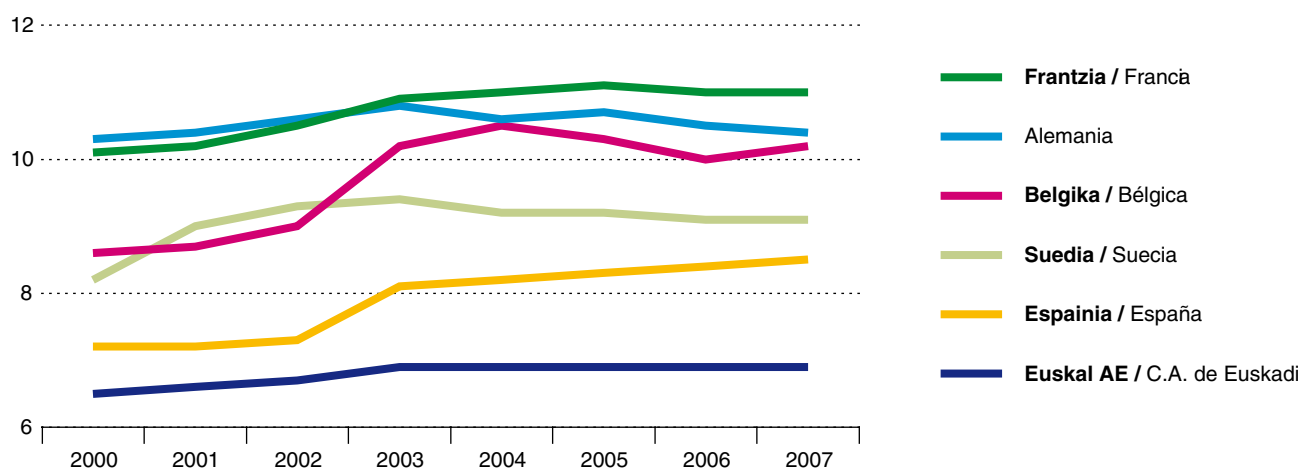
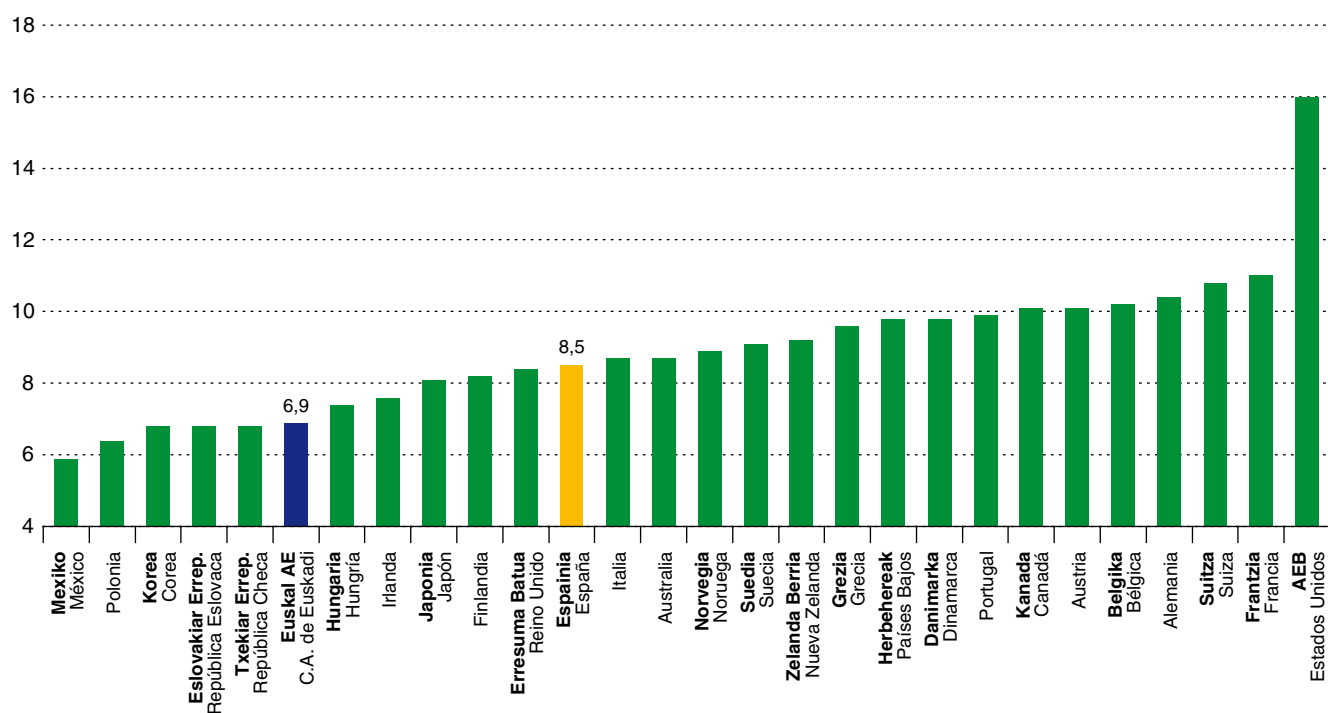


Gráfico 57
Gasto total en salud como porcentaje del PIB. 2007

57. grafikoa
Osasun gastu osoa, BPGren ehuneko gisa. 2007



5.7.2. Gasto en salud per cápita (\$ en ppc) según financiación⁴³

En la OCDE el gasto en salud per cápita en términos de paridad de poder de compra es de 2.760\$⁴⁴, con un crecimiento real del 4% anual desde 1995. Los resultados obtenidos entre los países que integran la OCDE son muy diferentes, de acuerdo con la distinta capacidad de gasto de cada sociedad y el tipo y grado de desarrollo de cada sistema sanitario.

EE.UU. registra el mayor volumen de gasto per cápita, con 6.700\$ en 2006. A una considerable distancia, los países nórdicos, principalmente Noruega (4.520\$), además de Suiza (4.311\$), Canadá (3.678\$) o Francia (3.449\$) son países que realizan también un importante gasto en salud per cápita. España (2.458\$) y la C.A. de Euskadi (2.446\$) registran valores intermedios, próximos a los señalados por Italia (2.614\$) o Japón (2.578\$) pero todavía muy alejados de las cifras de Países Bajos (3.156\$) o Alemania (3.371\$).

Es un gasto que ha crecido en todos los países y destaca el fuerte crecimiento experimentado en los que partían de niveles más reducidos. Además, entre los países de la OCDE la financiación pública es mayoritaria y representa el 73% de dicho gasto en salud. En los países nórdicos, Reino Unido o Luxemburgo alcanza los valores máximos (90-80%) y en la mayoría de los países europeos se sitúa en torno al 70-80%, grupo completado por Suiza, Australia y Canadá, pero con valores ligeramente inferiores (55-70%). La excepción son México y EE.UU. en los que la financiación pública del gasto en salud es inferior al 50%.

La distribución público-privada de la financiación sanitaria se ha mantenido relativamente estable, con una cierta tendencia a la convergencia entre los países, tal y como lo demuestra la evolución de República Checa o Suecia que van ajustando al alza la participación privada. Por último, en la C.A. de Euskadi y España, la financiación pública es el 72% del gasto en salud, sin variaciones significativas desde 2000.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Los gastos en salud incluyen: los relativos a bienes y servicios personales, los servicios sanitarios colectivos, y la partida de inversiones en salud.
- Los gastos públicos aglutinan a los financiados por las Administraciones públicas y las Administraciones de la Seguridad Social.
- Los gastos privados, incluyen los seguros sociales privados, los gastos financiados por hogares, las instituciones privadas sin fines de lucro al servicio de los hogares y las empresas.
- La ratio per cápita, se calcula en base a estimaciones de población a mitad de año. La ratio se considera en \$, calculados en paridad de poder de compra.

5.7.2. Biztanle bakoitzeko osasun gastua (\$ eap-n), finantzaketaren arabera⁴³

ELGEn, biztanle bakoitzeko osasun gastua 2.760\$⁴⁴-koa izan da, erosteko ahalmenaren parekotasunaren arabera; hau da, 1995. urteaz gero urtean % 4ko hazkunde erreala izan du. ELGEko herrialdeek oso emaitza ezberdinak izan dituzte, gizarte bakoitzak gastu ahalmen jakin bat duelako eta osasun sistema bakoitzak mota eta garapen maila jakin bat izan dituelako.

AEBek izan dute gastu handiena biztanle bakoitzeko: 6.700\$ 2006. urtean. Eta harengandik urrun geratu dira beste herrialde hauek: Europako iparraldeko herrialdeak, batez ere Norvegia (4.520\$); Suitza (4.311\$); Kanada (3.678\$), edo Frantzia (3.449\$). Herrialde hauek egin zuten osasun gasturik handiena biztanle bakoitzeko. Espainiak (2.458\$) eta Euskal AEk (2.446\$) tarteko gastuak egin dituzte, eta hurbil geratu zaizkie Italia (2.614\$) edo Japonia (2.578\$). Baina oraindik oso urrun izan dituzte Herbehereak (3.156\$) edo Alemania (3.371\$).

Herrialde guztietan handitu da gastua, eta azpimarratzekoa da gastu txikiena zutenek hazkunde indartsua izan dutela. Gainera, ELGEko herrialdeen artean finantzaketa publikoa izan da nagusi: osasun gastu horren % 73. Europako iparraldeko herrialdeetan, Erresuma Batuan edo Luxemburgen eman dira balio altuenak (% 90 - % 80), eta Europako herrialde gehienetan % 70 - % 80 ingurukoa izan da. Azkenik, Suitzan, Australian eta Kanadan balioak txikiagoak izan dira (% 55 - % 70). Salbuespena Mexiko eta AEB izan dira, horietan, osasun gastuaren finantzaketa publikoa % 50etik beherakoa izan delako.

Osasun finantzaketaren banaketa publikoa eta pribatua nahiko egonkorra izan da. Herrialdeek bateratzeko joera izan dute, Txekiar Errepublikak edo Suediak erakusten duten bezala, parte hartze pribatu gero eta gehiago baitute. Amai-tzeko, Euskal AEn eta Espainian osasun gastuaren finantzaketa publikoa % 72koa izan da; hots, 2000. urteaz gero ez da asko aldatu.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

- Osasun gastuan honakoak sartzen dira: ondasun eta zerbitzu pertsonalen gastuak, osasun zerbitzu kolektiboak eta osasunean egindako inbertsioen partida.
- Herri administrazioek eta Gizarte Segurantzako administrazioek finantzaturakoak dira gastu publikoak.
- Gastu pribatuak dira, aldiz: gizarte aseguru pribatuak, familiek finantzaturako gastuak, familien eta enpresen zerbitzura dauden irabazteko xederik gabeko erakunde pribatuak.
- Biztanle bakoitzeko ratioa kalkulatzeko biztanleen gaineko zenbatespenak egin behar dira urte erdian. Ratioa \$-tan ematen da, eta erosteko ahalmenaren parekotasunean kalkulitzen da.

⁴³ Fuente: OCDE y Eustat (Cuenta de la salud y Población intercensal).

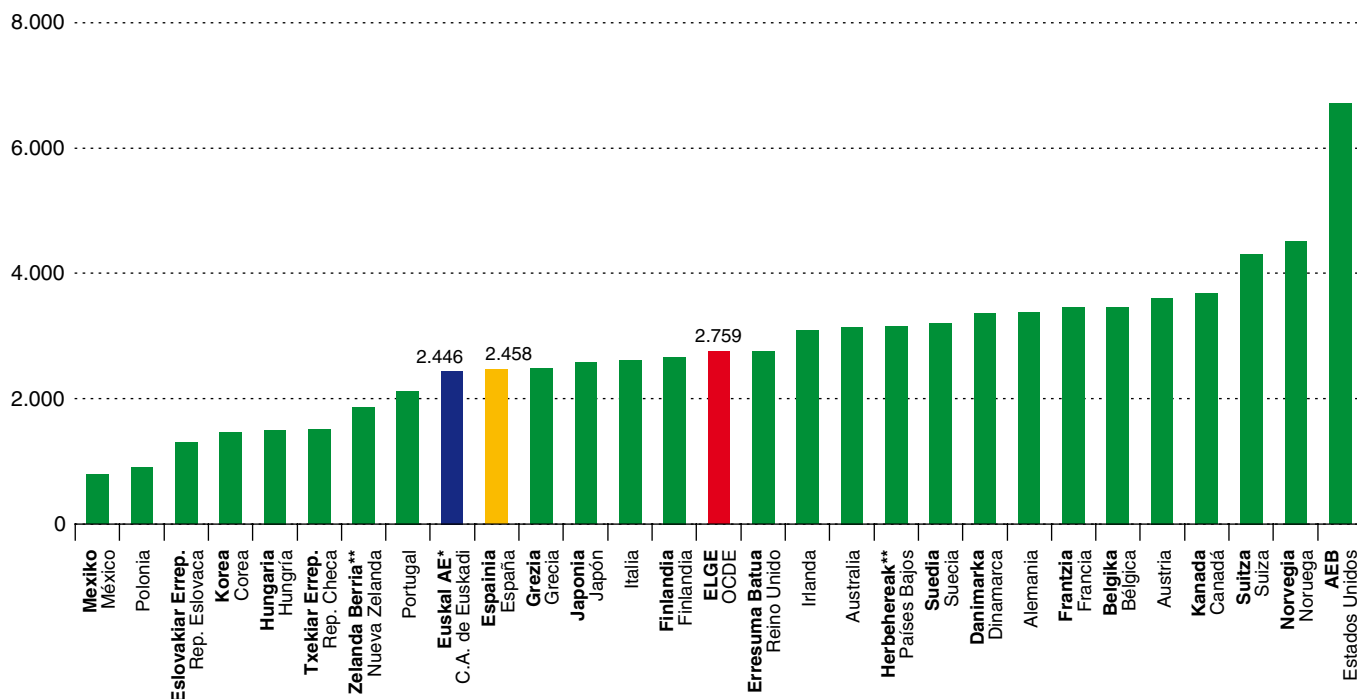
⁴⁴ El último dato promedio es el de 2005.

⁴³ Iturria: ELGE eta Eustat (Osasunaren kontua eta Zentsuen arteko biztanle kopurua).

⁴⁴ Batez besteko azken datua: 2005ekoa.

Gráfico 58
Gasto total en salud per cápita. 2006 (\$ en ppc)

58. grafikoa
Osasun gastu osoa, biztanle bakoitzeko. 2006 (\$ epa-tan)

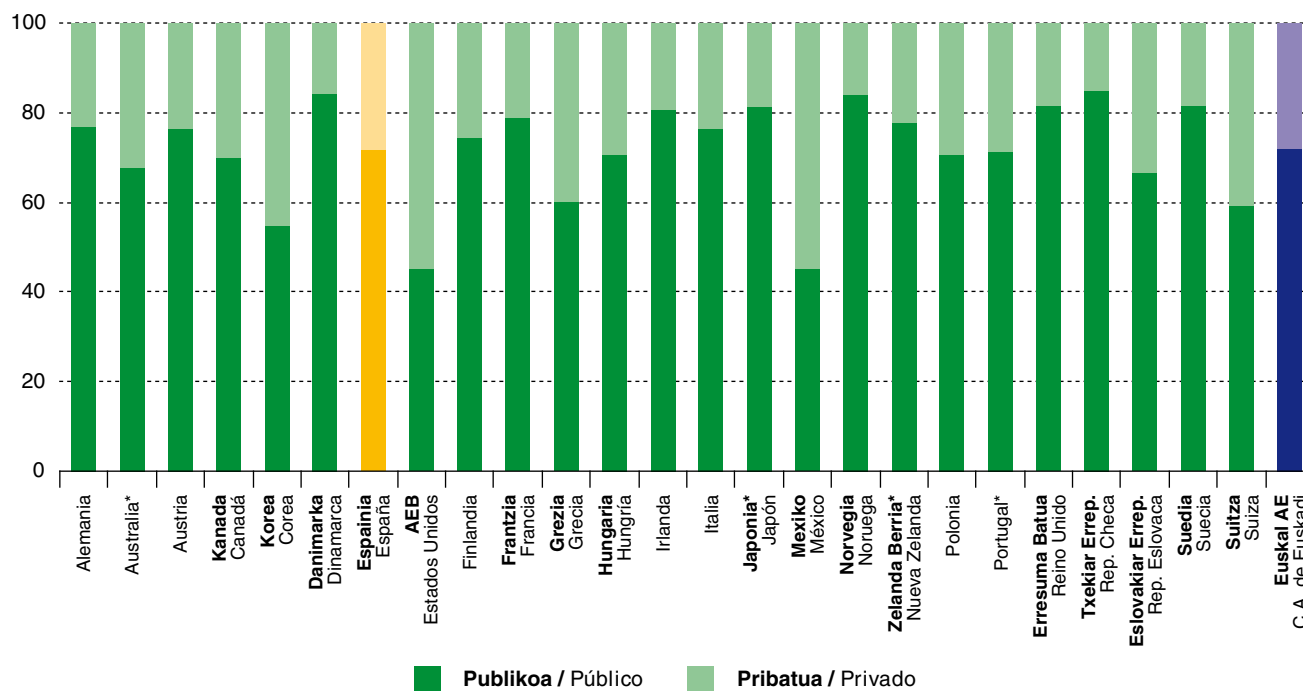


(*) Bildutako azken datua, 2005. / Último dato disponible, 2005.

(**) 2005 baino lehen bildutako azken datua. / Último dato disponible anterior a 2005.

Gráfico 59
Gasto en salud, según la fuente de financiación (%). 2007

59. grafikoa
Osasun gastua, finantzaketa iturriaren arabera (%). 2007



(*) Bildutako azken datua, 2006. / Último dato disponible, 2006.

5.7.3. Gasto público en salud según la fuente de financiación⁴⁵ sector institucional

Recoge la distribución de la financiación del gasto público en salud abordado por las Administraciones públicas y las Administraciones de la Seguridad Social. Los resultados recogidos por la OCDE muestran las diferencias de los distintos modelos, de forma que la proporción correspondiente a las Administraciones Públicas varía sustancialmente, desde el 100% que corresponde a países como Australia, Reino Unido o Dinamarca, o sólo el 6% que representa en Francia o Alemania, modelos, estos últimos, en los que prevalece el papel financiador de los organismos de la Seguridad Social.

Aún con esta dispersión, en la mayoría de los países considerados la financiación procedente de las Administraciones Públicas representa el grueso de los fondos públicos: en nueve de los países considerados, concretamente Australia, Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Italia, Portugal, Canadá y la C.A. de Euskadi y España, más del 90% del gasto público corriente en salud es financiado por la administración pública, con un origen de los fondos vinculados a la recaudación impositiva y/o las opciones de endeudamiento de cada administración.

Por el contrario, en Suiza, Japón, Polonia, Alemania, Francia y Países Bajos, la financiación procede principalmente de las administraciones de la Seguridad Social, que aglutinan entre el 71% y 94% de la financiación de los gastos públicos. En estos casos, el origen de los fondos son los distintos compromisos de cotización de los empleados y los empleadores.

Con todo, la comparación internacional respecto a esta variable debe realizarse siempre bajo la premisa de que las diferencias entre países responden a distintas estructuras organizativo-administrativas, ya que el hecho a destacar es que en la financiación del gasto en salud, sobre todo en las economías y sociedades que son referencia para la C.A. de Euskadi, prevalece la financiación pública.

Definiciones y comparabilidad internacional

- La financiación del sector público se compone de la procedente de las Administraciones Públicas y de la Seguridad Social. OCDE desagrega el epígrafe de Administraciones públicas en Administración Central, Regional y Local.
- La variable se calcula en relación al gasto público total para el conjunto de los países de la OCDE. En el caso de la C.A. de Euskadi, la ratio se establece en relación al gasto corriente público en salud (la diferencia respecto al gasto total está en que éste no incluye la partida de inversión).

5.7.3. Osasuneko gastu publikoa, finantzaketa iturriaren⁴⁵ eta erakunde-sektorearen arabera

Herri administrazioek eta Gizarte Segurantzako administrazioek osasunaren gastu publikoaren finantzaketa nola banatu duten jasotzen du atal honek. ELGEren emaitzetan ikusten da eredu ezberdinak daudela. Herri administrazioen ehuneko batzuk ondokoak dira: Australian, Erresuma Batuan edo Danimarkan % 100ekoa da; Frantzia edo Alemanian soilik & 6koa. Izan ere, azken eredu hauetan Gizarte Segurantzaren erakundeak dira finantzatzaile nagusienak.

Banaketa hori gorabehera, aztertutako herrialde gehienetan herri administrazioaren finantzaketa da funts publikoetan handiena: aztertutako bederatzi herrialdetan (zehazki Australian, Erresuma Batuan, Danimarkan, Suedian, Italian, Portugalen, Kanadan eta Euskal AEn eta Espainian) gastu publiko eta arruntaren % 90 baino gehiago herri administrazioak finantzatzen du; eta funtsen jatorria zerga-bilketari edota administrazio bakoitzaren zorpetzeko aukerei lotuta egon da.

Bestalde, Suitzan, Japonian, Polonian, Alemanian, Frantzia eta Herbehereetan finantzaketa handiena Gizarte Segurantzaren administrazioek egin dute: gastu publikoen finantzaketaren % 71 eta % 94 egin dute. Horrelakoetan, funtsen jatorria enplegatuen eta enplegu-emaeen kotizazio-konpromiso ezberdinak izan dira.

Hori gorabehera, aldagai hau nazioartean alderatzean beti izan behar da kontuan herrialdeen arteko ezberdintasunak antolaketa-administrazio egitura ezberdinen zioz ematen direla. Azpimarratzekoa da, gainera, osasun gastuaren finantzaketan, eta batez ere Euskal AErako erreferentzia diren ekonomietan eta gizarteetan, finantzaketa publikoa izan dela nagusi.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

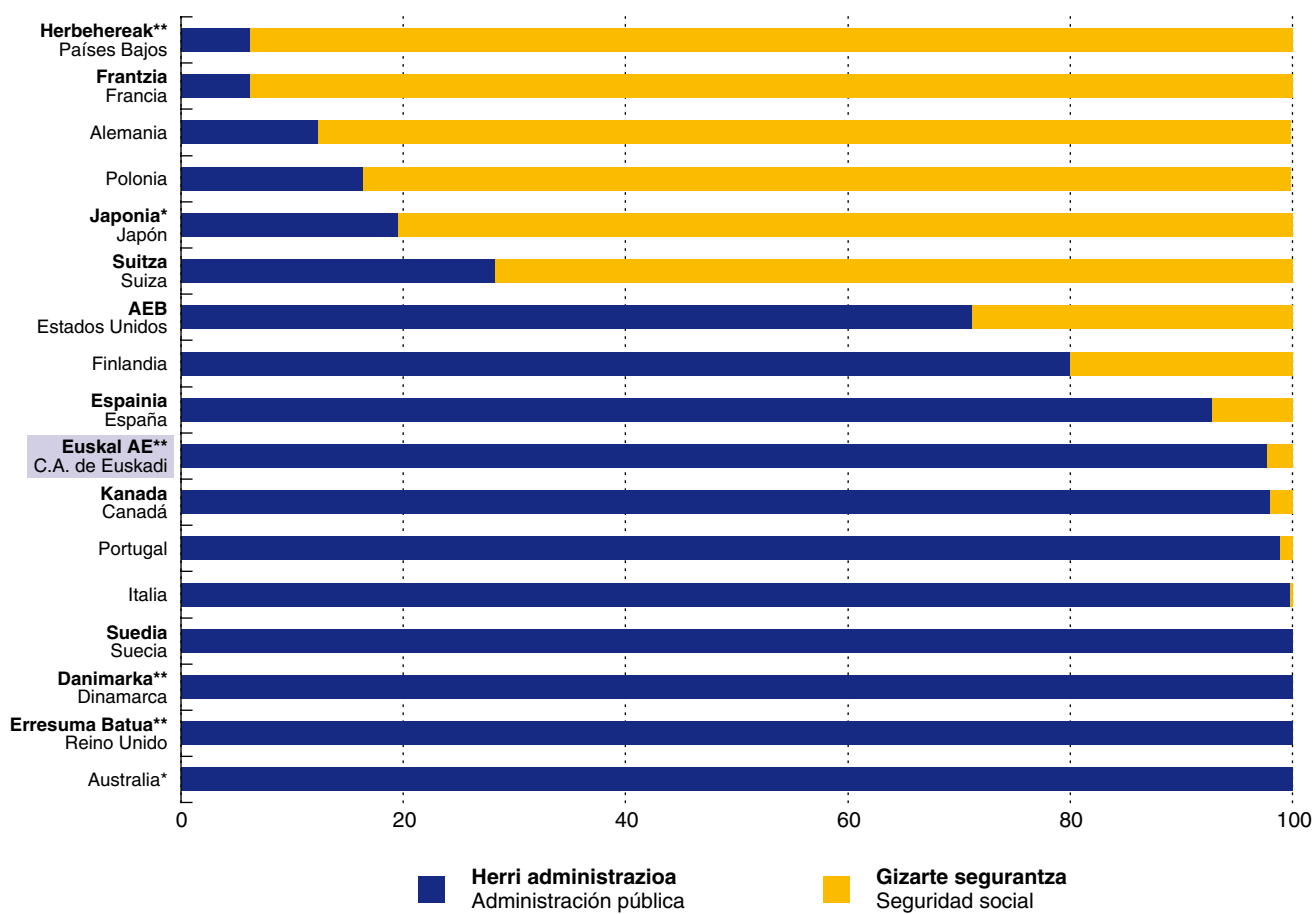
- Sektore publikoaren finantzaketa herri administrazioek eta Gizarte Segurantzak osatu dute. ELGEk herri administrazioen epigrafea honela banatzen du: administrazio zentrala, eskualdekoa eta tokikoa.
- Aldagaia kalkulatzeko ELGEko herrialde guztien gastu publiko osoa hartu behar da aintzat. Euskal AEr dago-kionez, osasunean egindako gastu arrunt eta publikoaren arabera ezarri da ratioa (gastu osoarekiko alde: ez duela inbertsioaren partida sartzen).

⁴⁵ Fuente: OCDE y Eustat (Cuenta de la salud).

⁴⁵ Iturria: ELGE eta Eustat (Osasunaren kontua).

Gráfico 60
Gasto público en salud, según la financiación sector
institucional (%). 2006

60. grafikoa
Osasuneko gastu publikoa, erakunde-sektorearen
finantzaketaren arabera (%). 2006



(*) 2005eko datuak. / Datos del 2005.

(**) 2005aren aurreko datuak. / Datos anteriores a 2005.

5.7.4. Gasto en salud, según proveedores y funciones de gasto⁴⁶

La clasificación del gasto en salud según el destino efectivo de dicho gasto se articula en cuatro funciones de gasto: los servicios sanitarios, los productos sanitarios para pacientes externos, los servicios sanitarios colectivos y la inversión en recursos materiales y físicos. En el conjunto de la OCDE (2005) los servicios sanitarios personales representan el 70% del gasto en salud, los gastos relacionados con productos sanitarios cerca del 20%, el gasto colectivo el 7% y la inversión el 3%. Es un reparto que apenas se ha modificado.

Aunque la distribución varía considerablemente entre los países de la OCDE, el ranking en cuanto al orden de relevancia se mantiene. Así, en todos los casos, los gastos sanitarios son, al menos, el 50% del gasto en salud total. Entre los países en los que el gasto de los servicios sanitarios está entre el 65-70% se encuentran Canadá, Francia, España y Alemania. Estos países cuentan con al menos un gasto en productos sanitarios del 20%, grupo al que se une la C.A. de Euskadi (22%) y Japón (21%).

Las diferencias entre países son importantes. No obstante, para todos el principal proveedor en términos de gasto son los hospitales y se sitúa entre cerca del 30% que representan en Alemania o Canadá y los más del 45% que suponen en Suiza o Japón. La asistencia sanitaria de red primaria, ambulatoria y/o especializada no hospitalaria es el segundo grupo de proveedores en su aportación al gasto. Registra valores en torno al 20% del gasto en países del este europeo y en nórdicos y cuentan con una mayor importancia relativa, superior al 35%, en países como Nueva Zelanda o EE.UU.

En la C.A. de Euskadi el 40% del gasto corresponde a los hospitales, el 9% a las instalaciones residenciales y de enfermería, el 28% a los proveedores de asistencia ambulatoria y el 19% a la venta al por menor de productos sanitarios.

En términos generales, desde 2000 se detecta una ligera reducción en la proporción asignada a los proveedores hospitalarios que se compensa con el crecimiento en el ámbito de las instalaciones residenciales y de enfermería.

Definiciones y comparabilidad internacional

- Las funciones sanitarias se desglosan en servicios sanitarios personales, productos sanitarios a pacientes externos, servicios sanitarios colectivos e inversiones.
- Los proveedores de los servicios sanitarios se clasifican en cinco tipos que incluyen: Hospitales; Red de atención no hospitalaria; Atención ambulatoria; Laboratorios de diagnóstico y proveedores de servicios de salud a domicilio; Instalaciones residenciales y de enfermería; Red de establecimientos de oferta de productos sanitarios; Y la administración de programas de salud pública y del aseguramiento sanitario.
- Desde el año 2000, las Cuentas de salud de Eustat siguen la metodología publicada en el manual de cuentas de salud de la OCDE, por lo que los datos resultan comparables.

5.7.4. Osasuneko gastua, hornitzaileen eta gastuaren funtzioen arabera⁴⁶

Osasun gastuaren sailkapena eduki duen xedearen arabera banatuta lau funtzio agertzen dira: osasun zerbitzuak, kanpoko gaixoen osasun produktuak, osasun zerbitzu kolektiboak eta baliabide material eta fisikoetako inbertsioa. ELGEko herrialde guztietan (2005), osasun zerbitzu pertsonalen gastua osasuneko gastu osoaren % 70 izan da; osasun produktuei lotutako gastua % 20 ingurukoa izan da; gastu kolektiboa % 7 eta inbertsioa % 3. Banaketa hori ia ez da aldatu.

ELGEko herrialdeen artean aldeak handiak dira; hala ere, garrantziaren arabera sailkapena mantendu egiten da. Hau da, osasun gastua herrialde guztietan izan da osasuneko gastu osoaren % 50 baino txikiagoa. Osasun zerbitzuen gastua % 65 eta % 70 artean eduki duten herrialdeak dira, besteak beste, Kanada, Frantzia, Espainia eta Alemania. Herrialde horiek osasun produktuetan % 20ko gastua dute gutxienez. Euskal AE multzo horretan sartu da (% 22), baita Japonia ere (% 21).

Herrialdeen artean ezberdintasun handiak eman dira. Dena den, gastua aintzat hartuta herrialde guztietan izan dira ospitaleak hornitzaile nagusia: Alemanian edo Kanadan % 30 inguruko gastuarekin eta Suitzan edo Japonian % 45etik gorako gastuarekin. Sare nagusiko, ambulatorioetako edota ospitaleez kanpoko sare espezializatuko osasun laguntza izan da hornitzaileen multzoan gastu handiena izan duen bigarrena. Europako ekialdeko eta iparraldeko herrialdeetan gastuaren % 20 inguru izan du, eta garrantzi erlatibo handiagoa izan dute: % 35etik gorakoa Zelanda Berrian edo AEBetan.

Euskal AEn, gastuaren % 40 ospitaleena izan da; % 9 egoitza eta erizaintza instalazioena; % 28 ambulatorioetako laguntza ematen duten hornitzaileena eta % 19 osasun produktuen txikizkako salmentarena.

Oro har, 2000. urteaz gero, ospitaleetako hornitzaileei emandako ehunekoa pixka bat murriztu da baina kopurua konpentsatu egin da egoitza eta erizaintza instalazioen hazkundearekin.

Definizioak eta nazioarteko alderaketa

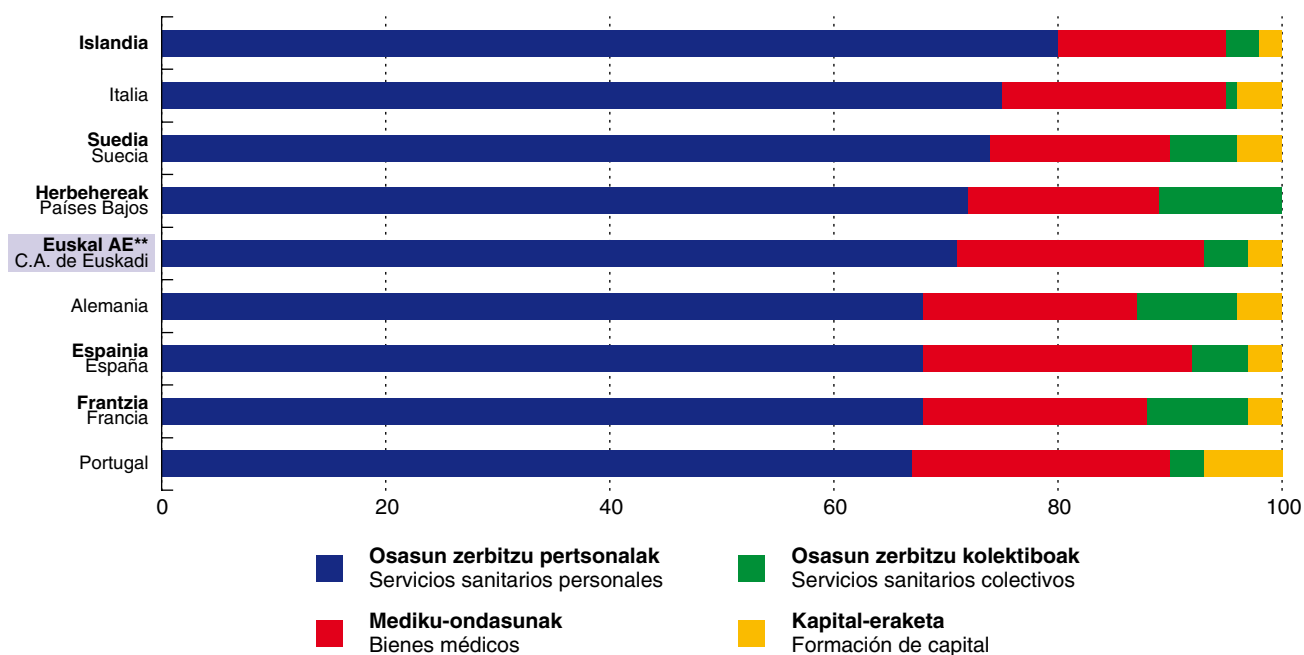
- Osasun funtzioak: osasun zerbitzu pertsonalak, kanpoko gaixoen osasun produktuak, osasun zerbitzu kolektiboak eta inbertsioak.
- Osasun zerbitzuen hornitzaileak bost taldetan bereizten dira: Ospitaleak; Ospitaleaz kanpoko arreta-sarea; Ambulatorioetako arreta; Diagnostikoaren laborategiak eta etxez etxeko osasun zerbitzuen hornitzaileak; Egoitza eta erizaintza instalazioak; Osasun produktuen eskaintza duten establezimenduen sarea; Osasun publikoaren programen eta osasun aseguruaren administrazioa.
- 2000. urteaz gero Eustaten Osasunaren kontuek ELGEren osasun kontuen eskuliburuan argitaratutako metodologia jarraitzen dute. Ondorioz, datuak aldera daitezke.

⁴⁶ Fuente: OCDE y Eustat (Cuenta de la salud).

⁴⁶ Iturria: ELGE eta Eustat (Osasunaren kontua).

Gráfico 61
Gasto en salud, según funciones
de gasto (%). 2006

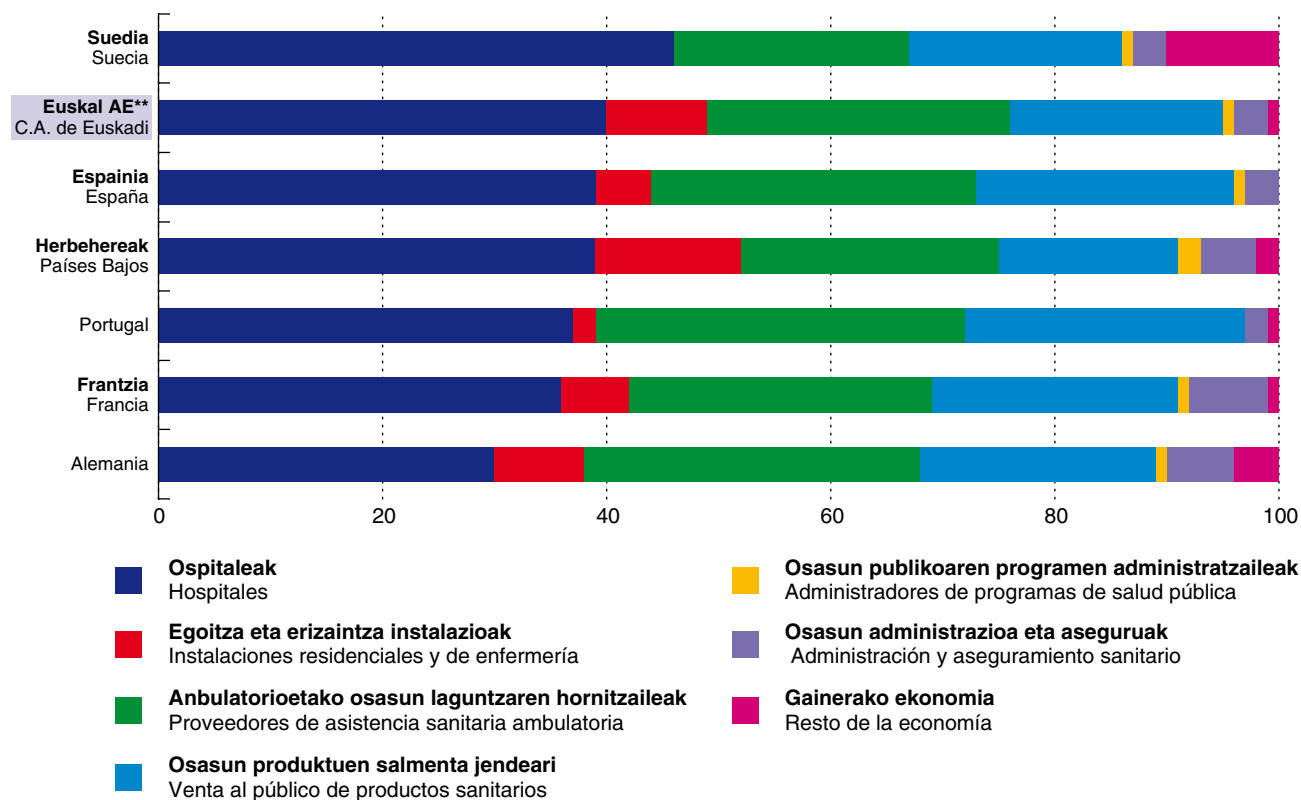
61. grafikoa
Osasuneko gastua, gastuaren funtzioen
arabera (%). 2006



(**) Bildutako azken datua, 2004. / Último dato disponible, 2004.

Gráfico 62
Gasto en salud, según proveedores (%). 2006

62. grafikoa
Osasuneko gastua, hornitzaileen arabera (%). 2006



(**) Bildutako azken datua, 2004. / Último dato disponible, 2004.

Erakunde Autonomiaduna
Organismo Autónomo del



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO



Eustat

EUSKAL ESTATISTIKA ERAKUNDEA
INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA

www.eustat.es