

Osasunaren Panorama 2014



Lanketa:

Eustat

Euskal Estatistika Erakundea

Instituto Vasco de Estadística (Eustat)

Argitaraldia XI-2014

Argitalpena:

Eustat

Euskal Estatistika Erakundea

Instituto Vasco de Estadística

Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Internet: www.eustat.es

© **Euskal AEko Administrazioa**

Administración de la C.A. de Euskadi

URKIBIDEA
Or.

1. TESTUINGURU SOZIOEKONOMIKOA.....	4
2. OSASUNAREN DETERMINATZAILEAK.....	8
2.1 INGURUMENA	10
2.1.1 Airearen kalitatea	10
2.1.2 Ozonoa dela eta, aire-kutsaduraren eraginpean dauden hiriko biztanleen indizea	11
2.1.3 PM10 zatikiak direla eta, aire-kutsaduraren eraginpean dauden hiriko biztanleen indizea	12
2.1.4 Kontsumorako uraren kalitatea.....	13
2.2 BIZIMODUAK ETA JOKABIDE OSASUNTSUAK	13
2.2.1 Jarduera fisikoa	16
2.2.2 Erretzaileak	17
2.2.3 Erretzaile ohiak	18
2.2.4 Alkoholaren kontsumoa. Arriskuko edaleak.....	19
2.2.5 Gizentasuna	19
2.2.6 Elikatzeko ohiturak	20
2.2.7 Lo-ohiturak.....	22
3. OSASUN EGOERA	24
3.1 BIZI-ITXAROPENA	25
3.2 HERIOTZA-TASA	27
3.2.1 Bilakaera.....	27
3.2.2 2012ko heriotza-tasa	31
3.2.3 Heriotzen arrazoiak	32
3.2.4 Haurren heriotza-tasa.....	34
3.3 OSASUN EGOERA: HAUTEMANDAKOA ETA ADIERAZITAKOA	36
3.3.1 Osasunaren autobalorazioa	36
3.3.2 Osasun mentala.....	38
3.3.3 Jardueraren mugaketa kronikoa	39
3.3.4 Arazo kronikoak	39
3.3.5 Hipertentsioa.....	40

.../...

3.4	OSPITALEKO MORBILITATEA	42
3.4.1	Ospitaleko morbiditatea. 2012. urtea	42
3.4.2	Ospitaleko morbiditatea, maizen agertu diren genero, adin eta gaixotasunen arabera	45
3.4.3	65 urte eta gehiagoko biztanleen morbiditatea	48
4.	OSASUN SISTEMA	53
4.1	PREBENTZIO-NEURRIAK	54
4.1.1	Gripearen aurkako txertaketak	54
4.1.2	Tentsio arteriala	55
4.1.3	Mamografiak	55
4.1.4	Zitologiak	56
4.1.5	Kolon edo ondesteko minbiziaren baheketa	58
4.2	BALIABIDEAK	59
4.2.1	Osasun zentroak	59
4.2.2	Giza baliabideak	61
4.2.3	Osasun zientzietan prestakuntza duten langileak	64
4.3	OSASUN BALIABIDEEN ERABILERA	65
4.3.1	Arreta mediko anbulatorioa. Mediku-kontsultak	65
4.3.2	Ospitaleko arreta	67
4.3.3	Larrialdietako arreta	70
4.4	OSASUNEAN EGINDAKO GASTUA	72
5.	NAZIOARTEKO ALDERAKETA	75
5.1	OSASUNA: IKUSPEGI KONPARATUA	76
5.2	ADIERAZLEAK ETA GRAFIKOAK	79

1. TESTUINGURU SOZIOEKONOMIKOA

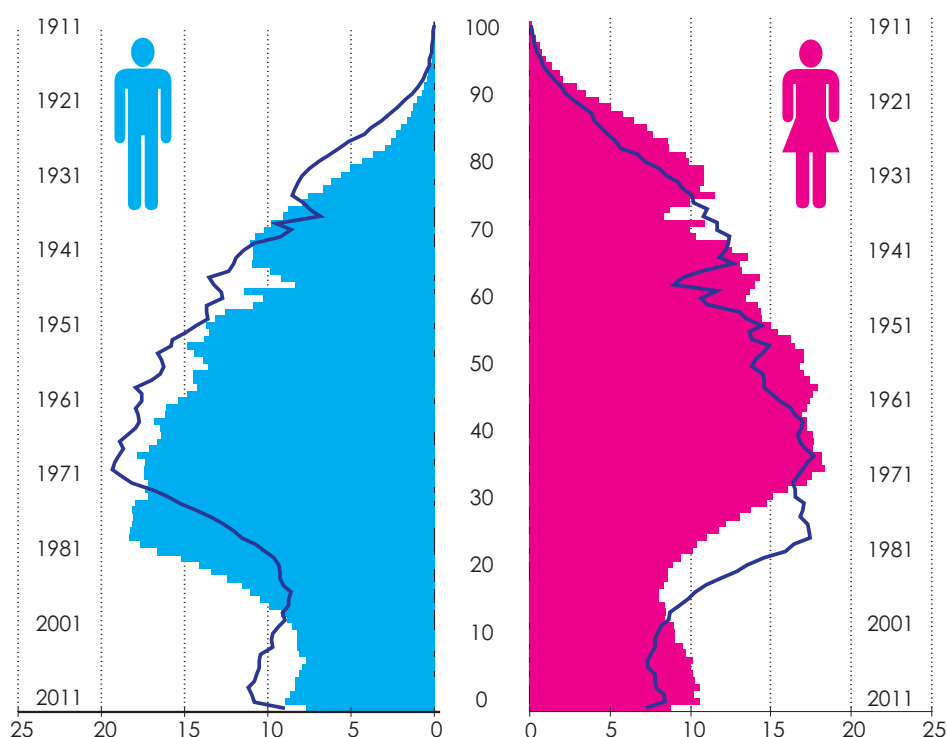
“Euskadirentzako 2013-2020 osasun politikak”, Osasun sailak eginak, ekitatean dute printzipio nagusietakoa; biztanleen arteko gizarte-ezberdintasunak, osasun arloan, murriztu nahi dira. Horri begira, osasun informazioaren sistemetan gizarte-geruzatze aldagaiak sartzea planteatzen da. Osasun adierazle klasikoen ezagutzaz gain, gizarte-adierazleen testuinguru batean kokatzen dira: Besteren artean, biztanleen ezagutza, banaketa, lan-baldintzak, lan-egoera, pobrezia.

Azken zentsuaren arabera, 2011n Euskal AEn 2.179.815 pertsona bizi ziren. %51,2, emakume; %48,8, gizon. Adinaren arabera bi poloen bilakaerak oso markatuak eta elkarren kontrakoak dira: Zaharrak, gero eta gehiago; gazteak, gutxiago. 65 urte eta gehiagokoak %20 dira ia; 20 urtetik beherakoak, %17,4. Gure erkidegoan 65 urte eta gehiagoko 1,4 pertsona daude 16 urtetik beheragoko bakoitzeko; Espainian 1,1.

Adinduen arteko adinduenak (85 urte eta gehiago) 1981ean %0,5 ziren; 2011n, %2,8. Alegia, 5ez biderkatu dira azken 30 urteetan; Espainian, 4z.

20 urtetik beherakoak biztanleen heren bat ziren 1981ean; 2011n %17,4. 27-EBn adin-talde hau %21,2% da.

1.grafikoa. Biztanle-piramideen bilakaera Euskal AEn. 2001-2011.



Iturria: EUSTAT. Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Zentsua.

Adinduen proportzioa Erkidego gehienetakoa eta Europako estatu gehienetakoa baino handiagoa da. Gainera (%20 pasa) Gaztela-Mantxa, Galizia, Asturias eta Aragoi. European, euskal zifren gainera, Alemania eta Italia bakarrik.

Euskal AEko ugalkortasuna txikia da gure ingurukoaren aldean. 2011n seme-alabak 1,3 dira batez beste; 1975ean 2,7. Belaunaldi ordezkatzeko 2,1 behar dira.

Bizi-itxaropena etengabe hazi da. 2011n, 85,4 urte emakumeentzat eta 78,9 gizonentzat⁽¹⁾. Lurralde garatu gutxik dute horrelako bizi-itxaropenik, batez ere emakumeena. Euskal emakumeen bizi-itxaropena eta espainiarrena berbera da, Alemaniakoaren eta EB osokoaren (83,2) gainetik da. EBko gizonen bizi-itxaropena (77,4) eta Alemaniakoa (78,4) azpitik daude; baina Espainiakoa (79,5), gainetik.

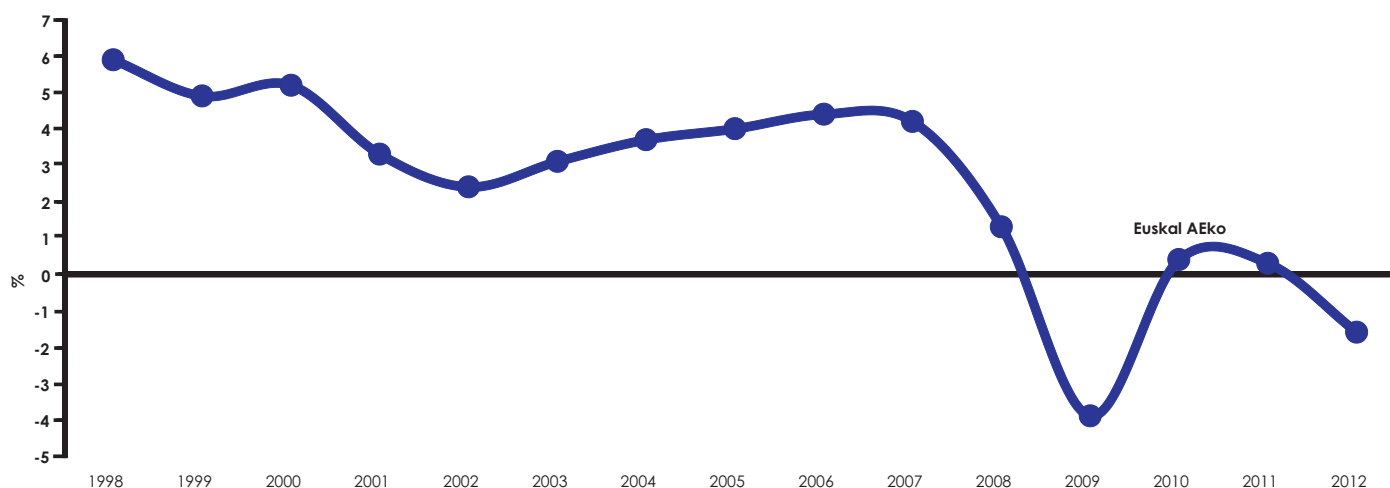
Immigrazioak gutxiago eragin dio Euskal AERI beste erkidego batzuei baino, baina aurreko zentsutik ehuneko ia sei puntuko hazkunde dago; biztanleen %7,3. Atzerriko egoiliarren artean, amerikarrak %43,3 dira; Espainian %30 baino gutxiago.

Aldi luze batez, ugalkortasun txikia eta bizi-itxaropena haziz; honek desoreka dakar euskal biztanleen adin-egiturari. Luze, ondorio sozial eta ekonomikoak izango ditu. Azken proiektzioen arabera, hona hemen gure biztanleriaren joera⁽²⁾:

- Biztanleak, 100.000 pasa gutxiago 2013tik 2026ra. Migrazio-saldo negatiboa, heriotzak goraka, jaiotzak beheraka.
- 65 urtetik gorakoak 110.000 gehiago izan litezke, biztanleen %26,5 2026an, 2013an baino ia 7 puntu gehiago. Horietatik 32.000 85 urte eta gehiagokoen taldean, guztien %4,6.
- Bizi-itxaropenak haziz jarraituko du: 2025ean, gizonena 82,6 urte; emakumeena, 88,4. 2010-2026 bitartean, bizi-itxaropen tarteak, gizon eta emakumeen artean, 6,5 urtetik 5,8ra jaitsiko da.

Euskal AEko⁽³⁾ egoera ekonomikoak, 1995-2007ko hazkunde luzea, zeina biztanle-hazkuntzarekin batera izan baitzen, geldotu eta krisia etorri zen, oraindik gurekin duguna, eta Espainiako eta EBko ekonomiei eragiten die.

2. grafikoa. Euskal AEko barne produktu gordinaren bilakaera (eskaintza). 100 oinarri. 1996-2012 urteak.



Iturria: EUSTAT. Kontu ekonomikoak.

⁽¹⁾ Eustat. Demografi adierazleak

⁽²⁾ Eustat. Biztanleria-proiektzioak 2013-2026.

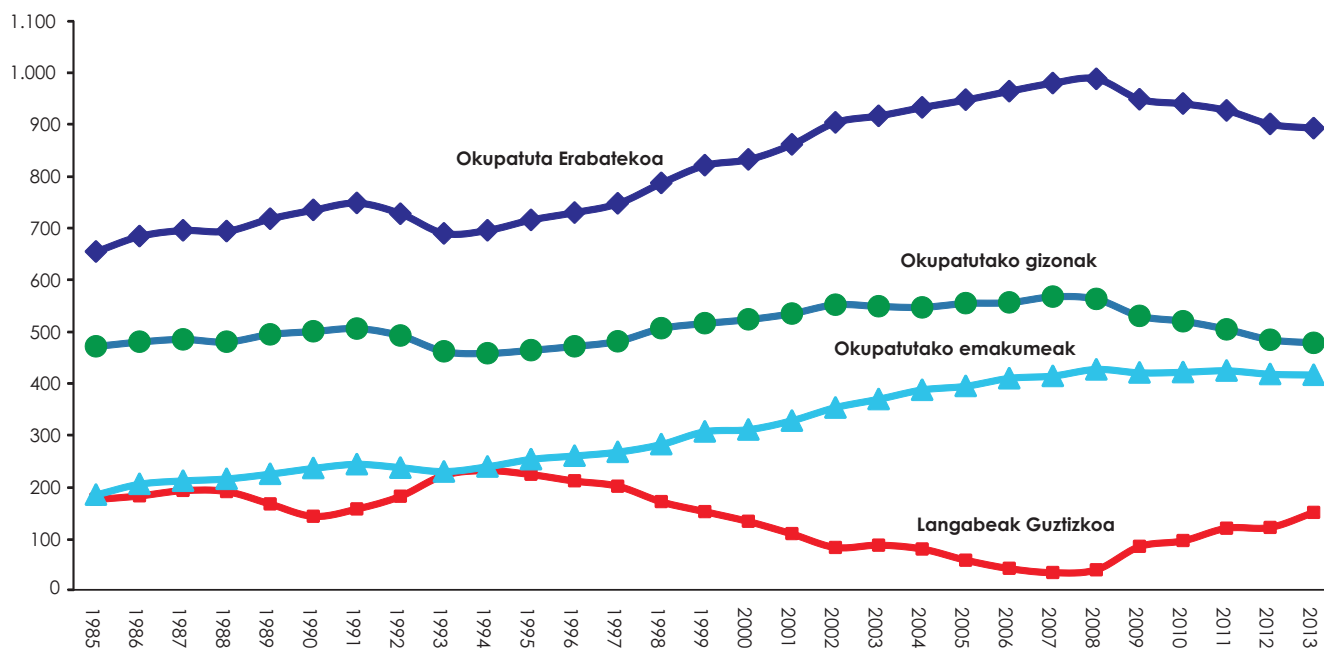
⁽³⁾ Eustat. Kontu ekonomikoak 2000-2012.

2007ra arte azken hamarraldiko hazkunde-tasa altuak izan genituen, BPG batez beste %4 erreale inguru hazten zelarik; 2008an krisialdi itzela hasi zen, hazkunde errealearen tasak amildu zirelarik. 2007an Euskal AEko BPG %4,2 hazi zen, eta %1,3 2008an. 2009an, %-4. Zertxobait hobeto 2010 eta 2011n eta 2012an berriz beheraka.

Krisi-urte horietan zehar, enplegua gutxituz eta langabeak ugartuz; 2013an Euskal AEn 20-64 urte bitartekoen okupazio-tasa %61,9 emakumeentzat (28-EBn %62,5; Espainian %53,1), eta %70,4 gizonentzat (28-EBn %74,2, Espainian %63,3).

Ekonomiaren beherakadak ezberdin eragiten die sektoreei: biztanle okupatuak gehiago dira zerbitzuetan eta industrian; gutxiago eraikuntzan eta nekazaritzan.

3. grafikoa. 16 urte eta gehiagoko biztanleria okupatua, sexuaren arabera, eta langabea (milaka). Euskal AE. 1985-2013.



Iturria: EUSTAT. Biztanleriaren jardueraren arabera sailkatzeko inkesta (BJA).

Ondorioz, lan-ezegonkortasuna eta langabezia, ongizate-defizita, pobrezia. Egoera honen berri izateko, EBkoarekin⁽⁴⁾ alderatuz, pobrezia edo bazterkeria-arriskudun⁽⁵⁾ biztanleen adierazlea erabiltzen da 2012an, Euskal AEn, ongizaterik ez izateko arriskuan zeudenak biztanleen %19,9 ziren (2009an %19,3); Espainian %28,2 eta EBn %24,8.

⁽⁴⁾Iturria Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila. Pobrezia eta gizarte-desberdintasunen inkesta (PGDI). 2012. urtea.

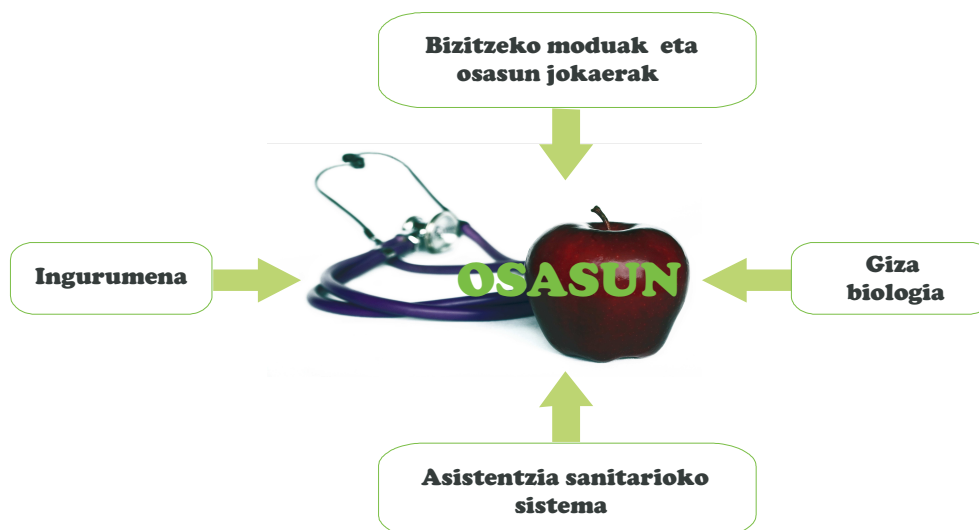
⁽⁵⁾ Pobrezia edo bazterkeria-arriskuan dagoen biztanleria bada hiru adierazleko konbinazioa (etxeetan lan-intentsitate oso baxuarekin bizi duten populazio, transferentzia sozialen ondoren pobrezia-arriskuko populazio eta gabetze material larriko egoerako/lekuko populazio).

2. OSASUNAREN DETERMINATZAILEAK

Osasunaren Mundu Erakundeak honela definitu ditu osasunaren determinatzaileak: “pertsonen eta herrien osasuna zehazten duten gizarte-, ekonomia- eta ingurumen faktoreen multzoa, norberaren egoera ere kontuan hartuta”.

Marc Lalonde-k (1974)⁽¹⁾ adierazi zuen bezala, lau faktorek erabakitzen dute erkidego baten osasun-maila. Honako hauek dira: giza biologia, ingurumena, bizimodua eta osasun-sistema. Lau faktore horiek elkarri eragiten diote osasuna sortzeko; hortaz, haietako bat hobetuz gero, pertsonaren osasuna eta bizi-kalitatea ere hobetuko dira.

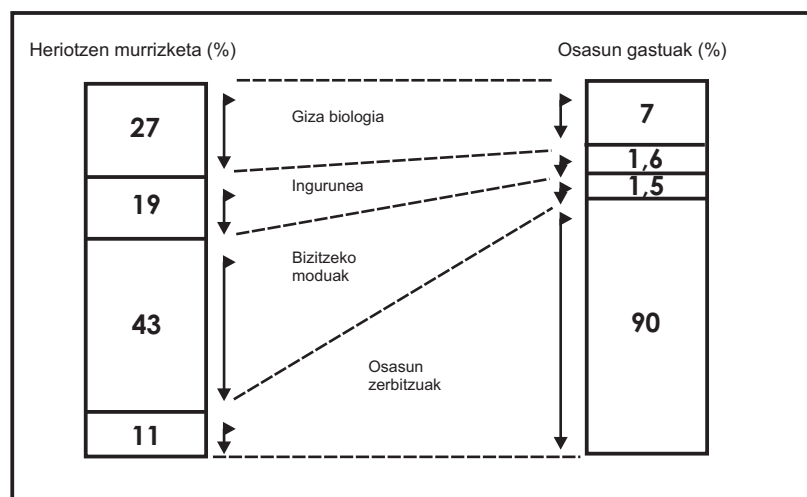
1. grafikoa. Marc Lalonde-ren eredua, “Osasunaren determinatzaileak”.



Iturria: Eustatek egina, Marc Lalonderen eredua oinarri hartuta.

Hala eta guztiz ere, faktore determinatzaile guztiek ez dute eragin bera osasun-egoeran. Dever-ek, Marc Lalonderen eredua oinarri hartuta, egiaztatu zuen bezala, bizimodua hobetuz gero, heriotza-tasa % 43 murriztu daiteke; giza biologian egindako aurrerapenenei esker, % 27; ingurumen-kalitatea hobetuz gero, % 19; eta osasun-sistema hobetuz gero, % 11.

2. grafikoa. Dever, “Osasunaren determinatzaileak”.



Iturria: Dever, G.E.A. (1976): An Epidemiological Model for Health Analysis.

⁽¹⁾ Marc Lalondek, Kanadako Osasun Publikoko Saileko ministroak 1974an osasun publikoaren eredua sortu zuen. Sistema horren arabera, erkidego baten osasun-maila lau faktorek erabakitzen dute. Honako hauek dira: giza biologia, ingurumena, bizimodua eta osasun-sistema.

Horrez gain, hark jakinarazi zuen faktore horietako bakoitzean inbertitzen ziren baliabide publikoen proportzioa ez zertorrela bat haietako bakoitzak osasunean sortzen zuen eraginarekin. Izan ere, baliabide gehienak (% 90) osasun-zerbitzuetara bideratzen ziren, baina faktore eragingarriena bizimodua zen. Batzuetan, bizimoduak eta ingurumen-faktoreak, zeinak elkarri oso lotuta dauden, %60ko eragina izaten zuten osasunean.

2.1 INGURUMENA

Ingurunetzat hartzen da pertsonen bizi-baldintzak ukitzen dituen eta horietan eragina duen 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.

Kutsadura-mota horiek hainbat ondorio dute osasunean, baina arnas sistemari eta sistema kardiobaskularrari eragiten diete gehien. Biztanle guztiengan eragina izan arren, osasun-egoera edo adina zein den, pertsona batzuk beste batzuk baino ahulagoak izango dira. Bestalde, kutsaduraren eraginaren mende zenbat eta luzeago egon, arriskua orduan eta handiagoa izango dela frogatuta dago. Ondorio larrienak alde aurretik gaixorik zeuden pertsonak izaten dituzte. Horrez gain, egoera ahulagoan dauden taldeek (umeak, zaharrak, diru-sarrera gutxiko familiak eta osasun-laguntza eskuratzeko zailtasunak dituztenak) aukera gehiago dute eragin kaltegarri horiek izateko. Horrenbestez, ekonomia- eta gizarte-egoera ahulari gehitzen zaizkio ingurumen-egoeraren desberdintasunak.

Garrantzitsua da ingurumena pertsonen bizi-kalitatearen faktore garrantzirik hartzea: naturaren eginkizuna eta natura onera ekartzea gure ongizatea bermatzeko premia funtsezkoak dira.

EAEko familien % 65ek⁽²⁾ uste dute EAEko ingurumen fisikoa osasuntsua dela, eta iritzi hori pixkanaka hobetuz joan da 1989tik aurrera (%51). Paraleloan handitu da herritarren sentikortasuna gai horrekin. 2011ko Ekobarometro Sozialaren datuen arabera (IHOBE), EAEko biztanleen % 85ek adierazi dute ingurumenak kezkatzen dituela.

Eusko Jaurlaritzako Prospekzio Soziologikoen Kabineteak⁽³⁾ ingurumenari eta energiari buruzko azterlan bat argitaratu zuen 2013ko maiatzean. Horren arabera, EAEko herritarren % 72k ingurumena babestea eta kutsaduraren aurka borrokatzea arazo larritzat jotzen zituen. Ehuneko hori baino handixeagoa izan zen 2004koa (% 79). Herritarren % 25ek uste dute etorkizuneko arazoa dela; eta 2004an % 16 ziren iritzi horretakoak.

EAEko ingurumen-faktore nagusiak hainbat adierazleren bidez (airea, ura eta lurra) aztertzen diren arren, haietako batzuk hautatu ditugu, osasunean eragin zuzena dutelako, eta bilakaera aztertzeko bide ematen dutelako. Adierazle horiek Eusko Jaurlaritzaren Ingurumen Esparru Programan (2011-2014) hartu dira kontuan.

2.1.1 Airearen kalitatea

Gizakien osasunean eta ekosistemetan eragin kaltegarriak izango ez badu, airearen kalitatea ezin hobea izan behar du; hain zuzen, eskualde jakin bateko atmosferaren kutsadura-malei buruzko informazioa ematen duen oinarritzko adierazle bat airearen kalitatearen indizea da ⁽⁴⁾.

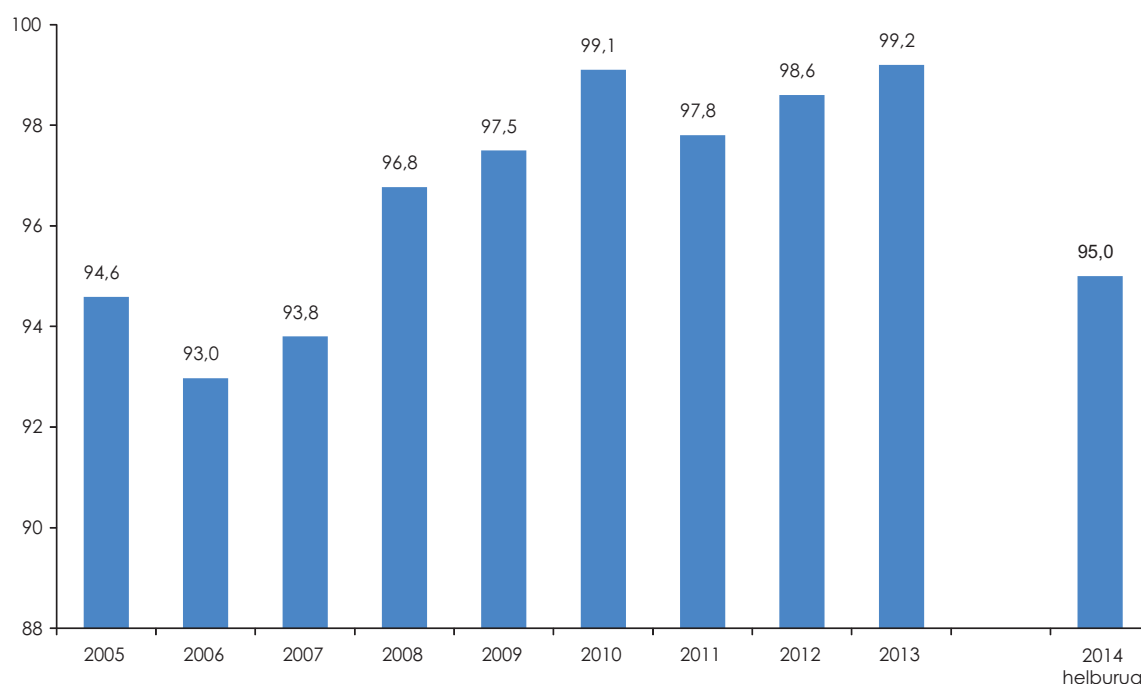
⁽²⁾ Iturria: Bizi Baldintzei buruzko Inkesta. 2009 .

⁽³⁾ Prospekzio soziologikoen kabinetea. Ingurumenari buruzko azterlan monografikoa:

http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/contenidos/informe_estudio/o_13tef3_medioambiente/es_13tef3/adjuntos/13tef3.pdf

⁽⁴⁾ Honako kutsatzaile hauen kontzentrazioak aztertu dira: SO₂ (sufre dioxidoa), NO₂ (nitrogeno dioxidoa), PM10 zatikiak, O₃ (ozono troposferikoa) eta CO (karbono monoxidoa). Aire-kalitatea adierazteko indizea sei tartetan banatuta dago. Tarte horiek airearen kalitatea ona, onargarria, hala holakoa, txarra, oso txarra edo arriskutsua den zehazten dute.

3. grafikoa. EAEko airearen kalitatea. 2005-2013 bitarteko urteak.



Iturria: Ingurumen eta Lurralde Politika Saila.

Azken Ingurumen Esparru Programaren 4. helburu estrategikoak, “ingurumen garbia eta osasuntsua bermatzea” ezartzen duenak, eskatzen du ona eta onargarria den airearen kalitate-indizea % 95etik gorakoa izatea; eta aire txarra, oso txarra edo arriskutsua % 1etik beherakoa izatea.

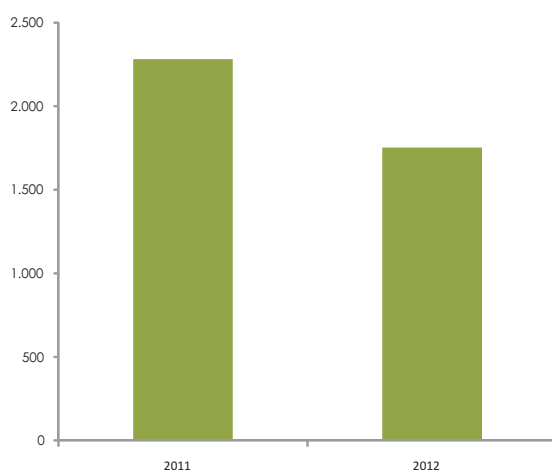
Testuinguru horretan, indize horren bilakaera ona izan da azken urteotan, eta urte batetik bestera aurrerapenak egin dira. 2013ko datuek adierazten dute airearen kalitatea (aire oneko eta aire onargarriko egunen ehunekoaren arabera) % 99,2ra iritsi dela. Gainera, aire txarreko, oso txarreko edo arriskutsuko egunen kopurua txikiagotu egin da. Horrek erakusten du kalitate-maila ona dela EAEn.

Azpiraratzekoa da industriaren eragina ere nabarmen murriztu dela: batetik, eraginkortasuna areagotu delako; eta, bestetik, jarduera ekonomikoa gutxiagotu delako. Bestalde, hori horrela bada ere, ibilgailuen trafikoaren eragina gero eta handiagoa da. Izan ere, garraioak kutsadura akustikoa sortzeko eragile nagusien artean daude.

2.1.2 Ozonoa dela eta, aire-kutsaduraren eraginpean dauden hiriko biztanleen indizea

Adierazle honek hiriko biztanleek jaso dezaketen ozonoaren batez besteko kontzentrazio haztatua adierazten du. Ozonoaren ondorioak urtebete oso batean ebaluatu beharko lirateke. Osasun-eraginaren gaineko azterketetan erabiltzen da adierazle hori, baina oraindik ez da zehaztu zer mailetatik behera ez duen eraginik hilkortasunean. EAEn ozonoa-rengatik aire-kutsaduraren eraginpean dauden hiriko biztanleen indizeak % 23 egin zuen behera 2012an.

4. grafikoa. Ozonoa dela eta (O₃), aire-kutsaduraren eraginpean dauden hiriko biztanleen indizea. 2011 eta 2012 urteak.



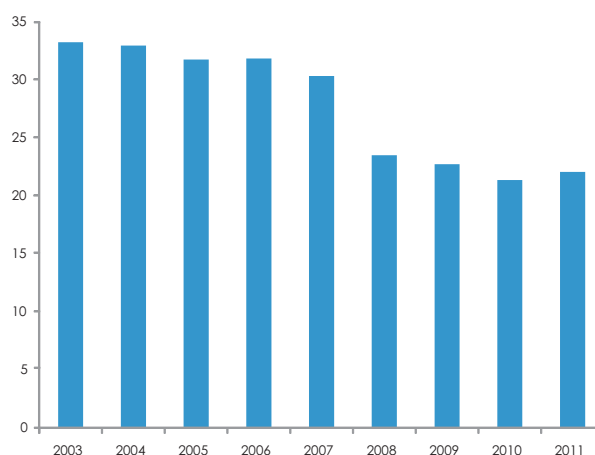
Iturria: Ingurumen eta Lurralde Politika Saila.

2.1.3 PM10⁽⁵⁾ zatikiak direla eta, aire-kutsaduraren eraginpean dauden hiriko biztanleen⁽⁶⁾ indizea

Aire-kalitatea jakinarazten duen beste adierazle bat PM10 zatikien batez besteko kontzentrazioaren eraginpean dauden biztanleena da; Osasunaren Mundu Erakundearen azterlan epidemiologiko eta airearen kalitatearen gaineko gidaliburu gehienek erabiltzen dute. Hirietan arnasari lotutako osasun-arazoetan eragina duela pentsatzen da.

PM10 deiturikoak arnas sisteman sartzen diren zatikiak irudikatzen ditu, eta zatiki handiak eta txikiak barne hartzen ditu. Zatiki handiak prozesu mekanikoen bidez osatzen dira, batik bat: esaterako, eraikuntza-lanak edo bideetako eta haizearen hauts-esekidurarengatik. Zatiki txikiak, berriz, erre-kuntza-iturrietatik eratortzen dira, batez ere.

5. grafikoa. PM10 zatikiak direla eta, aire-kutsaduraren eraginpean dauden hiriko biztanleen indizea (µgr/m³). 2003-2011 urteak.



Iturria: Ingurumen eta Lurralde Politika Saila.

⁽⁵⁾ PM10: 10 mikrometroatik beherako diametroarekiko partikulak.

⁽⁶⁾ Erakutsitako hiri-populazioa: Adierazle honek erakusten du hiri-populazioa potentzialki erakutsita dagoen PM10-etako haztatutako urteroko kontzentrazio ertaina. Material particulado fina (PM10), hau da, 10eko txikiagoa den zeinen diametroa partikulak mikrometroak (mikrometroak) irits daitezke su hartzea eta bihotz-gaixotasunekiko pertsona haien egoerako eta birrikako txartzea eragin ditzaketen birrikak. Osasunaren Mundu Erakundearen gomendioen arabera, urteroko kontzentrazio ertaina adierazlerik onena da bitartekotzarako eta material particulado finaren giza osasunaren gaineko efektuen erantzunerako.

Azken urteotan, behera egin du adierazle horrek EAEn: 2011n % 30etik gorako beherakada izan zuen, 2003ko datuekin erkatuta; eta azken urteotan, EB 27ko eta EB 28ko batez bestekoa baino txikiagoa izan da.

2.1 4 Kontsumorako uraren kalitatea

Tokiko eta lurraldeko administrazioen lanari esker, ur-kalitatearen estandarrak hobetu egin dira. Egokitzen jotako ur-hornidura duten biztanleen ehunekoa mailaka hobetu da. 2012an, hain zuzen, % 98ra iritsi zen kalitate oneko ura etxeetan jaso zuten biztanleen ehunekoa.

1. taula. EAEko kontsumorako uraren kalitatea. 2004-2012 bitarteko urteak.

Euskadiko AE	Ona (1)	Onargarria (1)	Txarra (1)
2012	98,0	1,0	1,0
2011	96,0	2,4	1,4
2010	96,2	2,8	1
2009	94,9	2,9	2,1
2008	93,9	2,9	3,2
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 ONTZAT hartutako ura, gutxienez, analisien %95en arabera

Onargarria: KONTSUMORAKO TXARTZAT hartutako ura, analisien %5-%10 bitartekoan

Txarra: KONTSUMORAKO TXARTZAT hartutako ura, analisien %10etik gorako emaitzen arabera

Iturria: Osasun Saila. Ingurumen Osasunaren Unitateak.

2.2. BIZIMODUAK ETA JOKABIDE OSASUNTSUAK

EAEko biztanleen eguneko ohiturak ezagutzeko bide ematen du norberak eguneko jardueretan (premia fisiologikoak, ordaindutako lanean, prestakuntzan, etxeko lanetan, pertsonen zainketetan, gizarte-bizitzan, aisialdi aktiboan, kiroltan, aisialdi pasiboan eta ibilbideetan) zenbat denbora ematen duen⁽⁷⁾ aztertzeak. Horren harira, EAEko biztanleek 2013an, 1993ko datuekin erkatuta, denbora gehiago eman zuten premia fisiologikoak asetzen, familiakoak zaintzen, ibilbideetan eta aisialdi aktiboan. Eta, aldiz, 2008. urteaz geroztik, denbora laburrago eskaini diete etxeko lanei eta gizarte-bizitzari, bai eta lanari eta prestakuntzari ere.

⁽⁷⁾ Iturria: Eustat. Denbora Aurrekontuen Inkestak informazioa ematen du biztanleen ohitura sozialez eta eguneroko jardueraz, eguneko denbora nola antolatzen duten kontuan hartuta Eragiketa horren bidez genero ikuspegitik gizarte-azterketa egiteko informazio erabilgarria lortzen da, eta gero EAEko Etxeko Ekoizpenaren Kontu Satelitea egiten da.

6. grafikoa. Gizarte-denboraren batez bestekoa, jardura zein den (orduak eta minutuak). 1993-2013 bitarteko urteak.



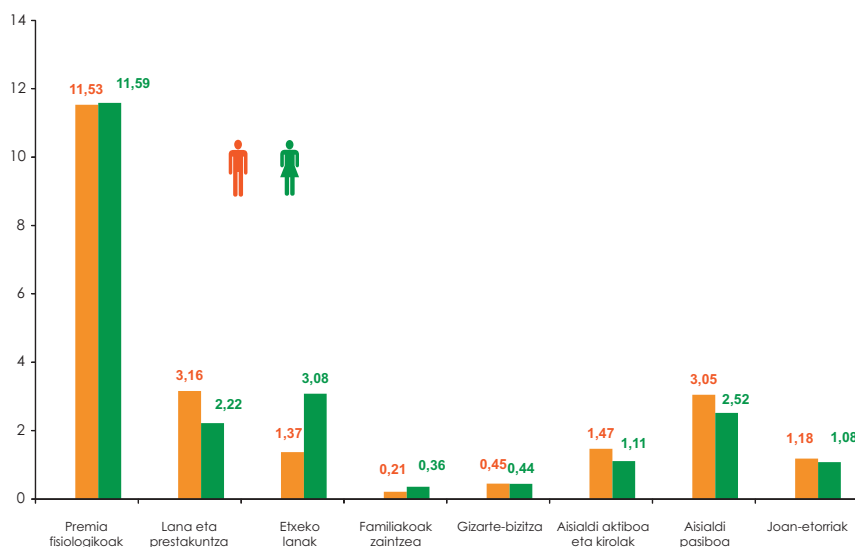
Iturria: Eustat. Denbora-aurrekontuen Inkesta 2013.

Premia fisiologikoei 15 minutu gehiago eskaintzen zaie, azken hamabost urteetako datuekin erkatuta: denbora gehiago ematen da etxean bazkaltzen (15 minutu gehiago), zainketa medikoetan (7 minutu) eta lotan (2008an baino 5 minutu gehiago).

Era berean, aisialdi aktiboan emandako denbora ere handitu da (kirolei, ordenagailu pertsonalari eta interneti lotutako jardueretan emandako denbora hartuta). Interneti eta beste informatika-produktu batzuei lotutako jardueretan egunero batez beste 19 minutu ematen dira; hots, 2008an baino 7 minutu gehiago.

Generoari lotutako desberdintasunak nabarmentzen dira etxeko lanetan, familiakoen zainketan, lanean eta prestakuntzan. Emakumeek egunero gizonek baino ordu bat eta 26 minutu gehiago ematen dute etxeko lanak egiten (hala ere, desberdintasun hori txikiagoa da, aurreko urteetako datuekin erkatuta); eta 21 minutu gehiago ematen dute adingabeak eta pertsona zaharrak zaintzen. Lan-jardueretan, aldiz, emakumeen parte-hartzea ehuneko 8,7 puntu txikiagoa da, gizonen parte-hartzearen aldea (emakumeen parte-hartzea % 26,5 da; eta gizonena % 34,8).

7. grafikoa. Gizarte-denboraren batez bestekoa, jardura zein den (orduak eta minutuak), sexuaren arabera. 2013. urtea.

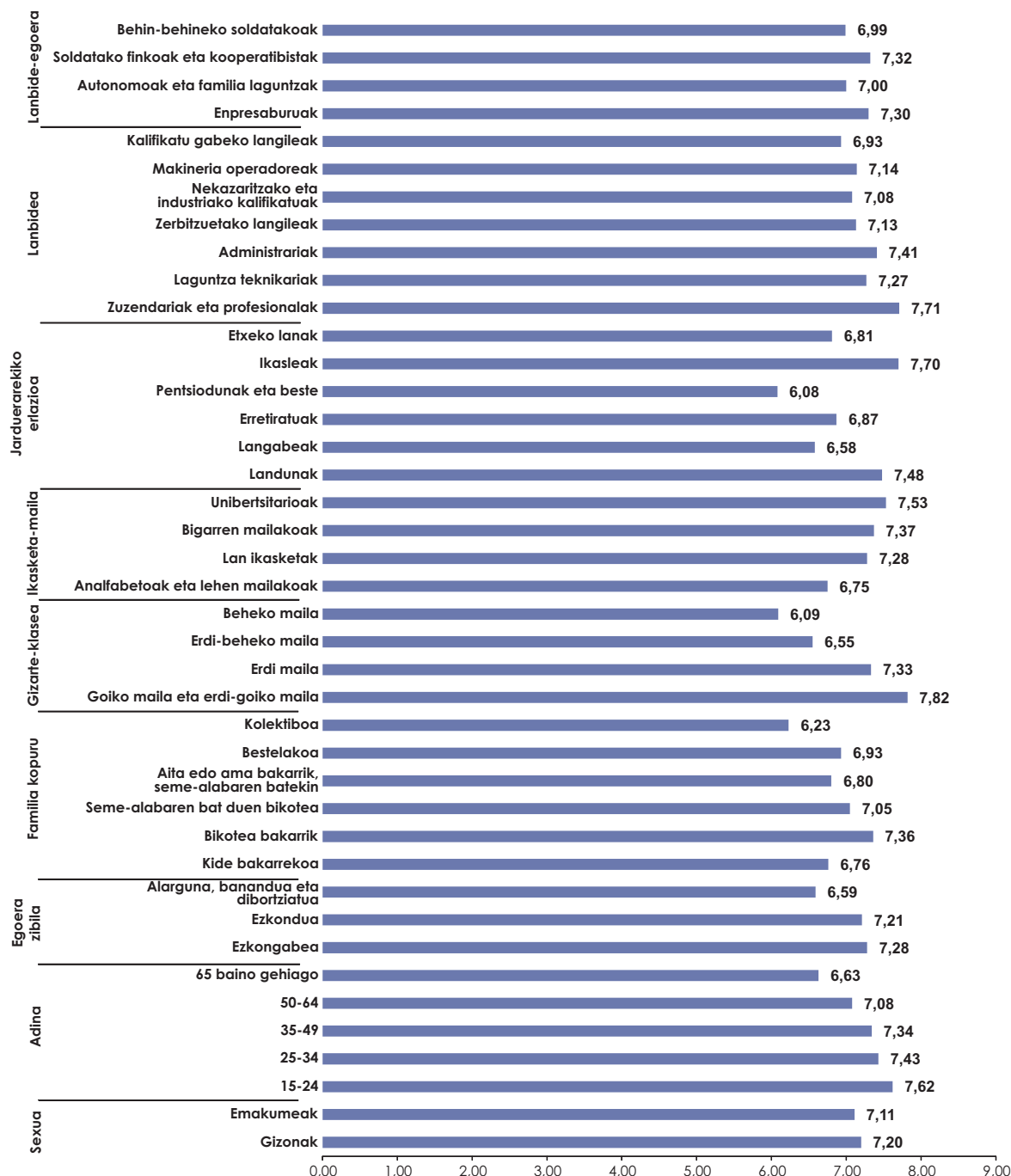


Iturria: Eustat. Denbora-aurrekontuen Inkesta 2013.

Lana, familia eta norberaren bizitza uztartzeari buruzko 2013ko inkestaren azkeneko emaitzek⁽⁸⁾ ageriago utzi dituzte genero-irizpideei lotutako desberdintasunak. Landun emakumeen erdiek (% 55,4) bost ordu edo gehiago ematen dute egunero adingabeak zaintzen. Landun gizonen ia erdiek (% 45,1), ordea, bi ordu edo gutxiago ematen dute zeregin horietan. Gainera, pertsonen % 34k adierazi dute zailtasunak dituztela lana eta mendekotasun-egoeran dauden pertsonen

2013an, gora egin du gizarte-bizitzan denbora gehiago ematen duen biztanle-kopuruak (2013an, % 47; 2008an, % 44). Hareretan eta irteeretan emandako denbora (hala nola lagunei harrera edo bisita egitea, paseatzea, gauez irtetea edo festetan ateratzea), haatik, murriztu egin da.

8. grafikoa. "Zoriontasuna eta osasuna"ren batez bestekoa, aldagai soziodemografikoen arabera. 2013. urtea.



Iturria: Eustat. Kapital Sozialaren gaineko Inkesta. 2012.

⁽⁸⁾ Iturria: Eustat. Lana, familia eta norberaren bizitza batera uztartzeari buruzko inkesta Lana, familia eta norberaren bizitza uztartzeari buruzko Inkestaren helburu nagusia da EAEn bizi diren landunek lana, familia eta euren bizitza uztartzeko dituzten aukerei buruzko informazio zehatza eta zorrotza eskaintzea arduradun politikoei, eragile ekonomikoei eta gizarte eragileei, unibertsitatei, ikertzaile pribatuei eta oro har herritarrei.

Kapital Sozialaren gaineko Inkestan⁽⁹⁾ jaso diren adierazleen artean, besteak beste, “zoriontasuna eta osasuna” daude, eta bizitzarekin eta diru-sarrerekin pozik egoteari lotzen zaizkio. Testuinguru sozioekonomikoa txarra izan arren, EAEko biztanleek balorazio ona egiten diote adierazle horri (10 puntutatik 7,5); hortaz, biztanleak zorion eta osasuntsu samar sentitzen direla esan daiteke. Zoriontsuenek eta osasuntsuenek honako ezaugarri hauek dituzte: pertsona gazteak dira, goi-mailako edo erdi-mailako klasekoak, goi-mailako ikasketak dituzte, eta ikasleak, zuzendariak edo profesionalak dira.

2.2.1 Jarduera fisikoa

Jarduera fisikoak⁽¹⁰⁾ osasun-egoera hobetzen du, behintzat, bost gaixotasuni dagokienez. Hona hemen gaixotasunok: gaixotasun koronarioa, hipertentsioa, diabetesa, osteoporosia eta buru-nahasmenduak. Eta, jakina, gorputzaren pisua kontrolatzen laguntzen du, elikadura orekatua eta egokia baldin bada.

Jarduera fisiko osasuntsuak egiten dituzten biztanleen indizea gizonen kasuan handitu egin da (2013an % 73; eta 2007an % 68). Emakumeen indizeak egonkor jarraitzen du (% 65). Gazteenek (15-24 urte artekoak) eta adinekoek (65-74 artekoak) egiten dute jarduera fisiko gehien (gizonen % 80 eta emakumeen % 70ek inguruk). Kontrako egoeran daude adinekoenak (75 urte eta hortik gorakoak): gizonen % 64 eta emakumeen % 45ek.

9. grafikoa. Jarduera fisiko egiten duten biztanleen indizearen bilakaera, sexuaren arabera 2007 eta 2013 urteak.

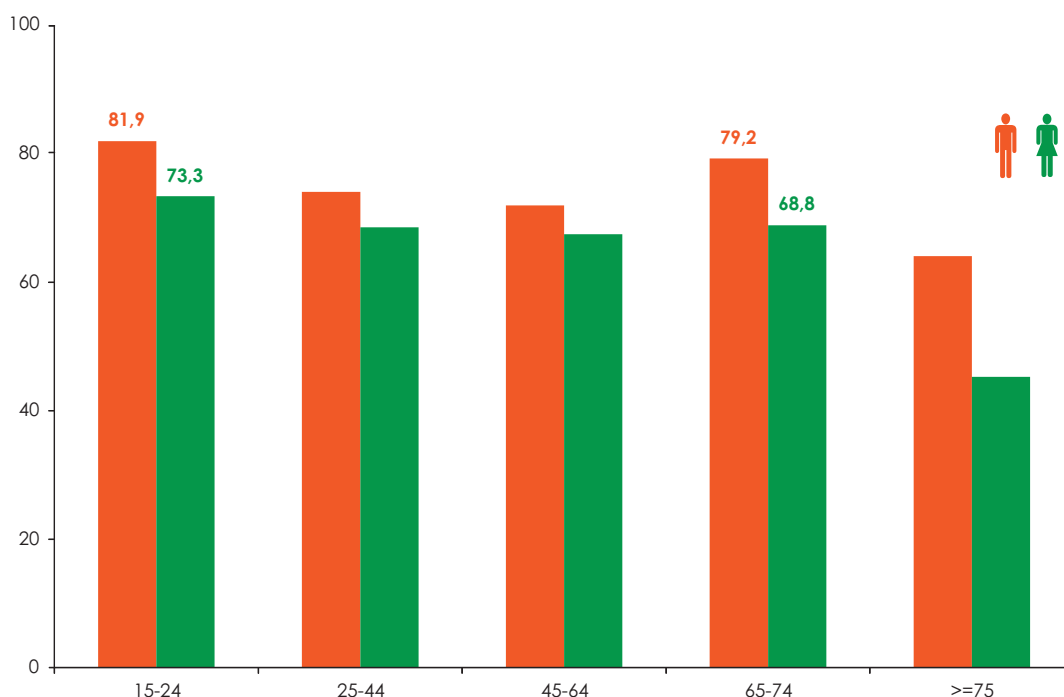


Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEOI).

⁽⁹⁾ Iturria: Eustat. Kapital Sozialaren gaineko Inkestaren xedea Autonomia Erkidegoko herritarren aberastasuna ezagutzea da, honako alderdi hauek kontuan hartuta: sare sozialak; konfiantza eta elkarrekikotasuna; parte-hartzea eta elkarlana; informazioa eta komunikazioa; kohesioa; eta gizarteratzea, zoriontasuna eta osasuna.

⁽¹⁰⁾ Biztanle fisikoki aktibotzat jo dira ariketa fisiko osasuntsua egiten dutenak.

10. grafikoa. Aisialdian jarduera fisikoren bat egiten duten biztanleak, adinaren eta sexuaren arabera. 2013. urtea.



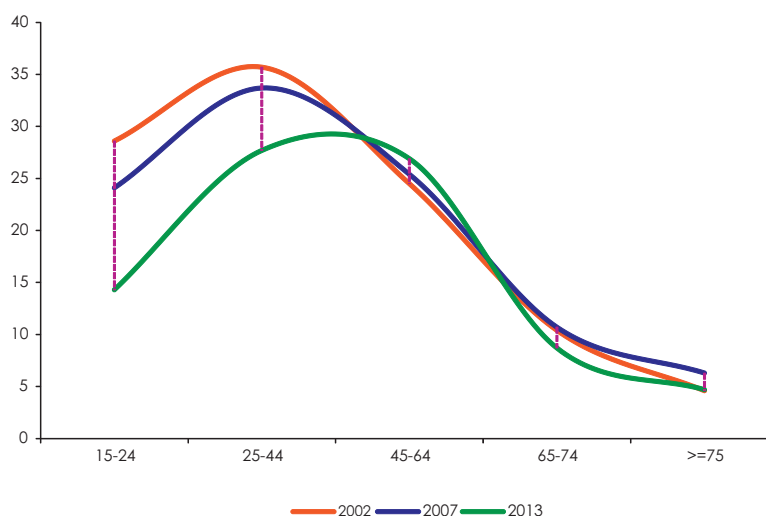
Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI) .

2.2.2 Erretzaileak

Tabakoa kontsumitzea arrisku handiko faktorea da osasunerako, gaixotasunak eta heriotza eragin ditzakeelako. EAEko Osasunari buruzko Inkestaren azken datuen arabera, gizonen % 25ek eta emakumeen % 18k erretzen dute. Zifra horiek erakusten dute emakume erretzaileen kopuruak % 14 egin duela behera; eta gizon erretzaileen kopuruak % 15. Gainera, beheranzko joera berretsi da.

Erretzeko ohitura duten pertsonen ehunekoa nabarmen jaitsi da muturreko adin-tarteko pertsonen artean: gazteen adinetan (15 eta 24 urte) eta adin nagusietan (75 urte eta gehiago). Beste adin-tarte batean, zehazki, 45 eta 64 urte bitarteko kolektiboan, indizeak % 6 egin du gora. Izan ere, adin-tarte horrek biltzen du erretzaile-kopuru handiena (gizonen % 30 eta emakumeen % 24).

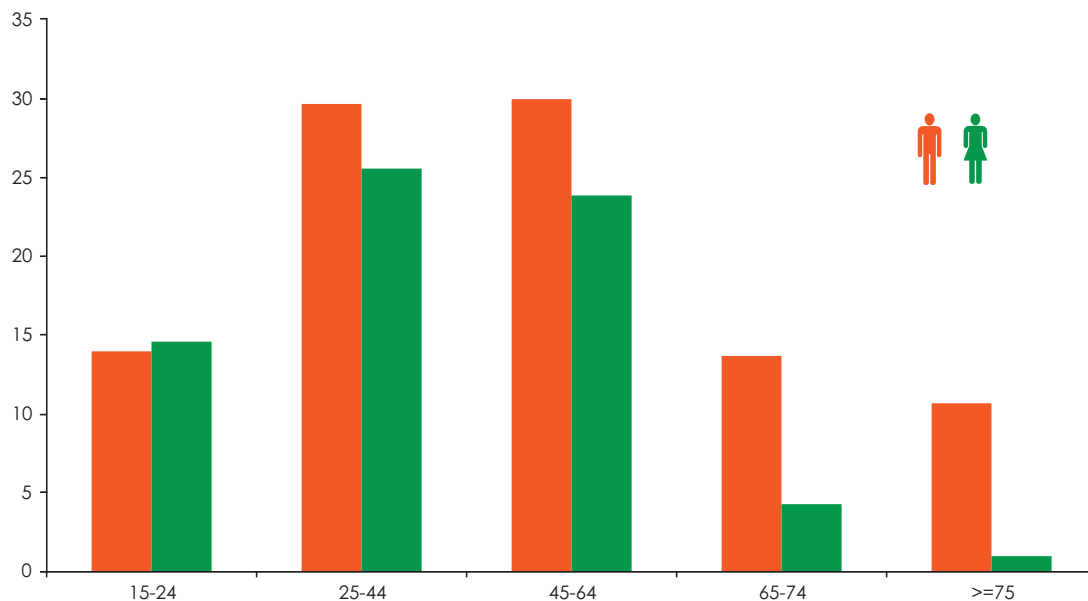
11. grafikoa. Biztanle erretzaileak (%), sexuaren eta adin-taldearen arabera. 2002-2007-2013 urteak.



Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI) .

Emakumezko erretzaileen kopurua baino handiagoa da gizonezko erretzaileena talde guztietan, gazteen artean (15 eta 24 urte artekoak) izan ezik. Tarte horretan ehuneko bata eta bestea antzekoak dira.

12. grafikoa. Erretzaileak sexuaren eta adin-taldearen arabera (%). 2013. urtea.

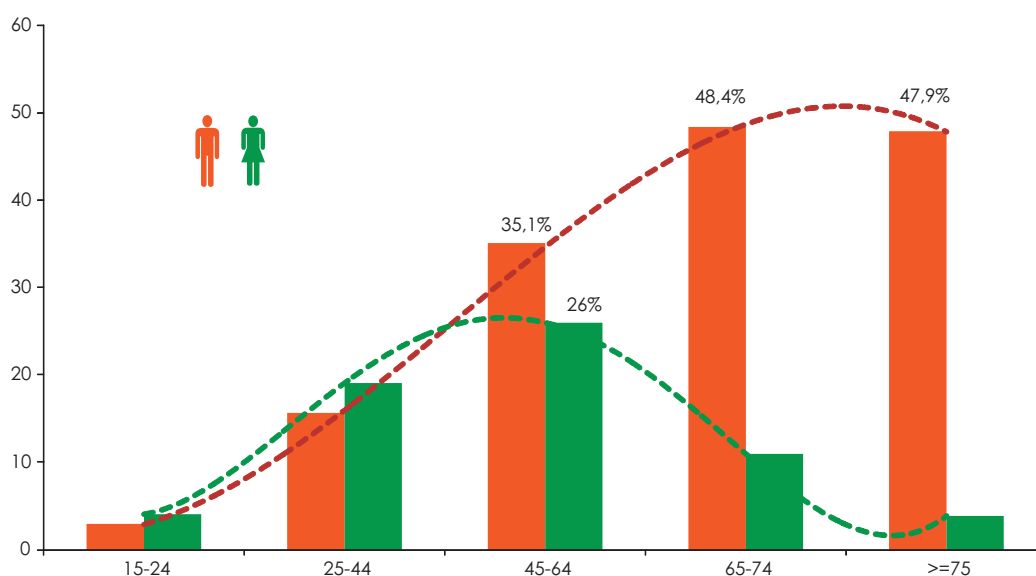


Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI).

2.2.3 Erretzaile ohia

Tabakismoa garrantzia galtzen ari da, biztanle gero eta gehiagok erretzaile ohia dela esan duelako: gizonen % 27k eta emakumeen % 17k. Gizonek ohitura kaltegarri horri urteak bete ahala uzten diote. Emakumeek, ordea, lehenago uzten diote, zehazki, helduaroan (45 eta 64 urte bitartean).

13. grafikoa. Erretzaile izandakoak sexuaren eta adin-taldearen arabera (%). 2013. urtea.



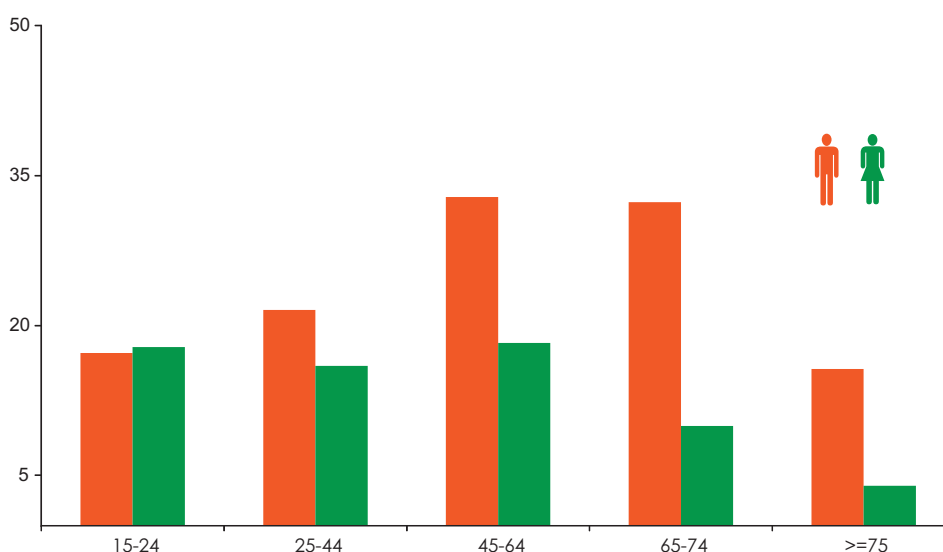
Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI).

2.2.4 Alkoholaren kontsumoa. Arriskuko edaleak

Alkoholaren erabilera kaltegarriaren aurkako borroka osasun publikoaren lehentasunetako bat da. Alkohol⁽¹¹⁾ gehiegi kontsumitzen bada gibleko zirrosia, 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 gehienen (batez ere trafiko istripuen) eragile nagusia da.

Osasuna era larrian arriskuan jartzen duen alkohol-kontsumoaren indizea handiagoa da gizonen artean (% 25), emakumeen artean baino (% 15). Alkoholaren gizonetako kontsumitzaile gehienak helduaroaren amaieraren (45-64 urte) eta zahartzaroaren hasieraren artekoak dira (65-74 urte). Bilakaerari erreparatuta, 2013an behera egin du arrisku handiko kontsumoa egiten duten gizonetako kopuruak (% 15); eta, emakumeenak, ordea, gora (% 19).

14. grafikoa. Alkohola kontsumitzeagatik epe luzera arazoak izan ditzaketen biztanleak. 2013. urtea.



Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI).

2.2.5 Gizentasuna

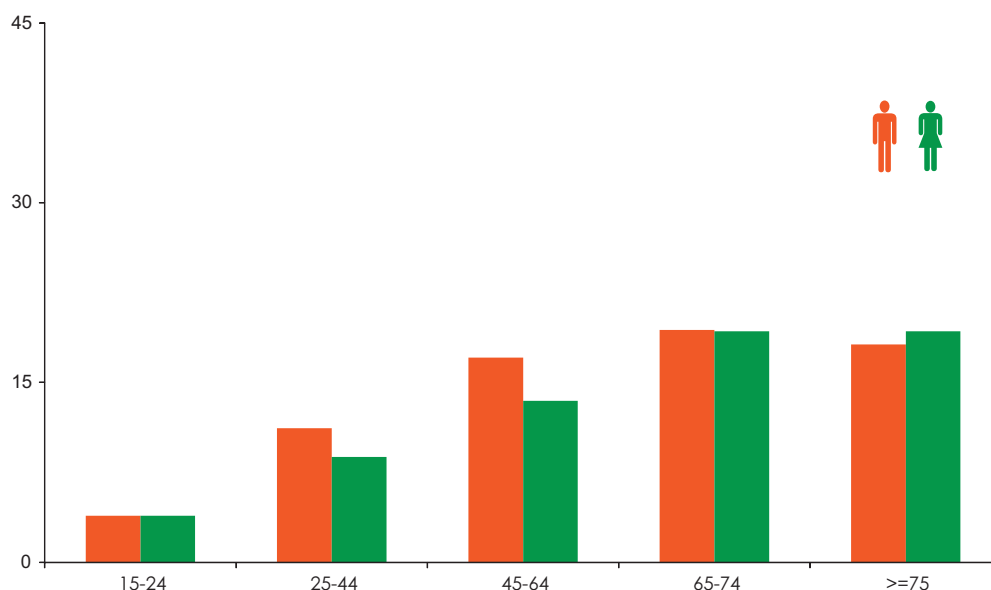
Pisuari lotutako datu kezkarriena obesitate-prebalentziari buruzkoa da. Obesitateak gaixotasun eta heriotza-arrazoi asko eragiten ditu (gaixotasun kardiobaskularrak, hipertentsioa, diabetesa, bularreko minbizia, kolon-minbizia eta prostata). Izan ere, osasun-arazoak izateko arriskua handiagoa da pertsona obesoaren artean. Adituek diotenaren arabera, adin nagusiko pertsona obesoek patologia anitz izaten dituzte. Ohikoenak, besteak beste, hauexek dira: arteriosklerosia, hipertentsio-gaixotasuna, tronboflebitisa eta istripu tronboembolikoak, giltzurruneko esklerosia, diabetes mellitusa, kolelitiasia, artikulazioen endekapenezko gaixotasuna.

Gizonen % 14 eta emakumeen % 13 obesoak dira. Biztanle obesoaren ehunekoa handiagoa da adinak gora egin ahala. 65 urteko eta gehiagoko biztanleek dute obesitate-prebalentzia handiena. Talde horretako % 20ri eragiten dio EAEn.

Azken urteotan, gizentasun-prebalentziak gora egin du; hala eta guztiz ere, gizonen kopurua egonkortu egin da, 2007ko datuekin erkatuta.

⁽¹¹⁾ Epe luzera alkoholak eragindako osasun-arazoak izateko probabilitatearen arabera sailkatu dira biztanleak (ez du edaten, noizean behin edaten du, arrisku txikia eta arrisku handia).

15. grafikoa. Biztanle obesoaren prebalentzia. 2013. urtea.



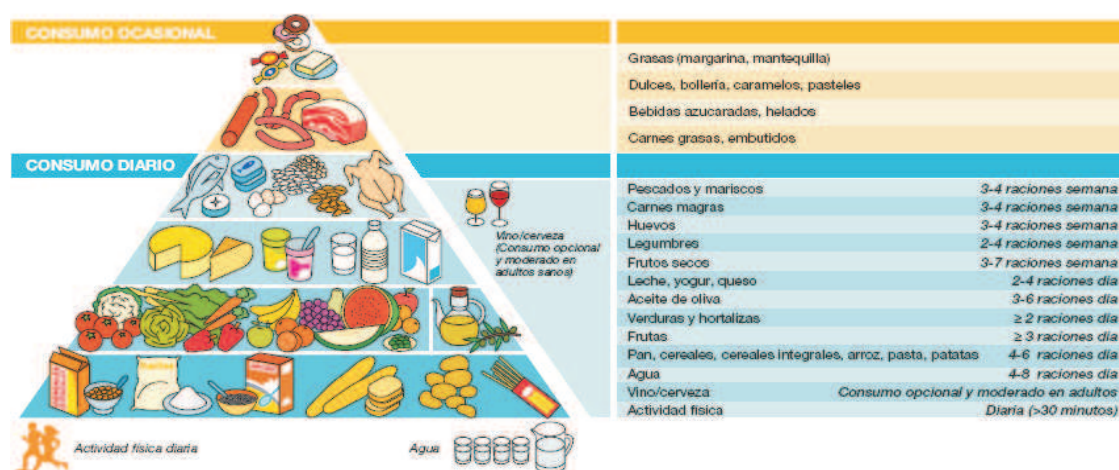
Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI).

2.2.6 Elikatzeko ohiturak

Hainbat gaixotasuni (gaixotasun kardiobaskularrak, minbizi-mota batzuk, obesitatea, metabolismoaren nahasmenduak, hortzetako txantxarra, osteoporosia eta immunitate-sistemaren nahasmendu batzuk) aurea har diezaiekegu, gure bizi-modua osasuntsua baldin bada: elikadura orekatua, jarduera fisikoa egitea, beharrezko lo-orduak zaintzea, tabakorik ez kontsumitzea eta alkohola era neurritsuan kontsumitzea, besteak beste.

Nutrizio-egoera egokia izateko biderik onena eguneko eta asteko dietan elikagai mota ezberdinak sartzea da. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, SEC elkarteak eta Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria SemFYC elkarteak elikadura-piramidea osatu dute, dieta osasuntsua izateko.

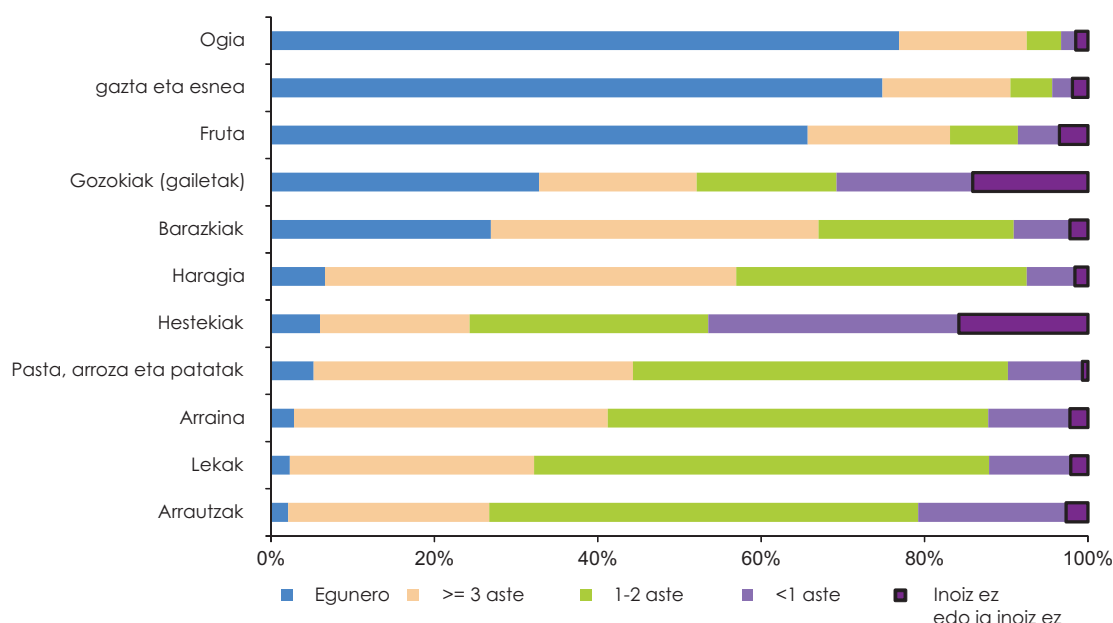
16. grafikoa. Pertsona helduen osasunari laguntzeko elikadura-piramidea.



Iturria: Nutrizio Komunitarioko Espainiako Elkarte eta Familia Medikuntza eta Medikuntza Komunitarioko Espainiako Elkarte.

Adituek diote dieta mediterraneoaren antzeko ereduak erikortasun- eta heriotza-tasa txikiagoei, eta batez ere, patologia kardiobaskularraren tasa txikiagoei lotuta daudela. Dieta horiek ezaugarri dute fruta, barazkiak, lekak eta arraina jatea; eta, animalia-koipe eta opil industrial gutxi kontsumitzea.

17. grafikoa. Elikagaiak kontsumitzeko maiztasuna. 2013. urtea.

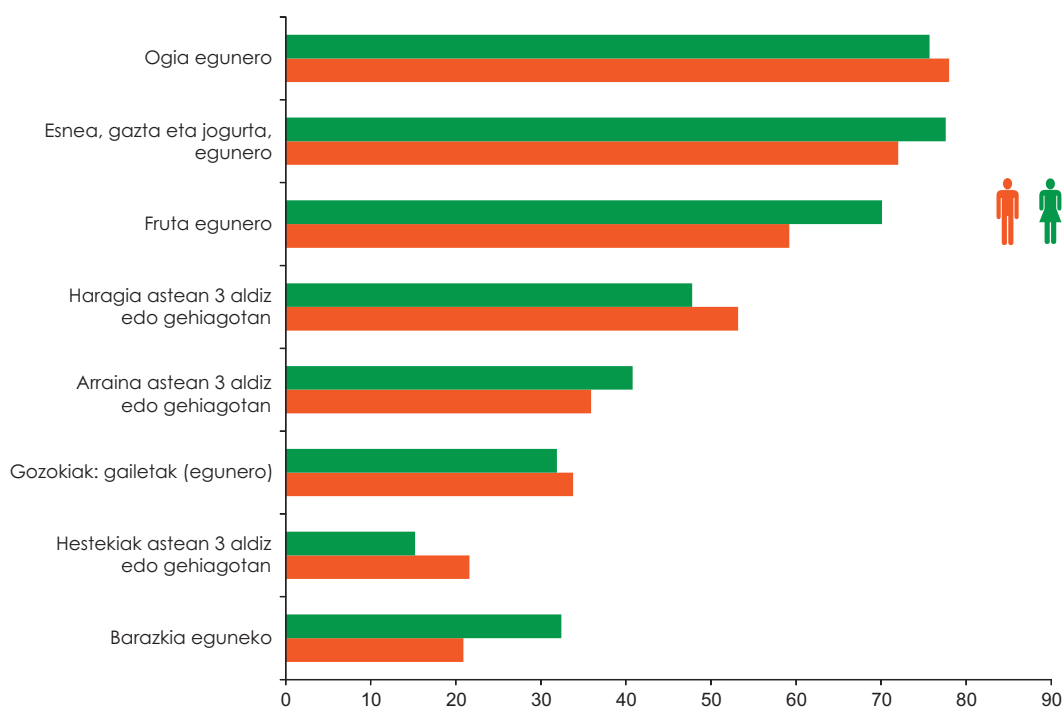


Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI).

SEC sozietateak egunero kontsumitzeko gomendatzen dituen elikagaiak kontuan hartuta, biztanleen % 75 inguruk egunero jaten ditu esnekiak eta ogia edo zerealak, eta % 66k frutak. Bestalde, beste elikagai batzuen kontsumoa –barazkiak (% 27), adibidez– gomendatutako mailetatik behera dago. Gainera, noizean behin hartu behar diren beste elikagai batzuen kontsumoa barazkiena baino handiagoa da: esaterako, gozokiak (% 33).

Astean batzuetan hartu behar diren elikagai guztien artean haragiaren kontsumoa da nagusi: biztanleen erdiek astean 3 aldiz baino gehiagotan jaten dute haragia. Ondoren kontsumo altuenak pastak, arrozak, patatak, arrainak eta lekaleek dituzte. Lekaleak, dieta mediterraneoaren funtsezko elikagaia, astean behin edo bitan jaten dituzte biztanle gehienek (% 56k).

18. grafikoa. Elikagaien kontsumoa. 2013. urtea.



Iturria: Osasun Saila, Osasunari buruzko Inkesta (EAEI).

Bestalde, elikatzeko ohituretan generoaren arabera bereizketa ematen da. Gizonek haragi eta hestekiak jateko joera handiagoa dute; emakumeek frutak, barazkiak eta arraina nahiago dituzte hestekiak eta gozokiak baino.

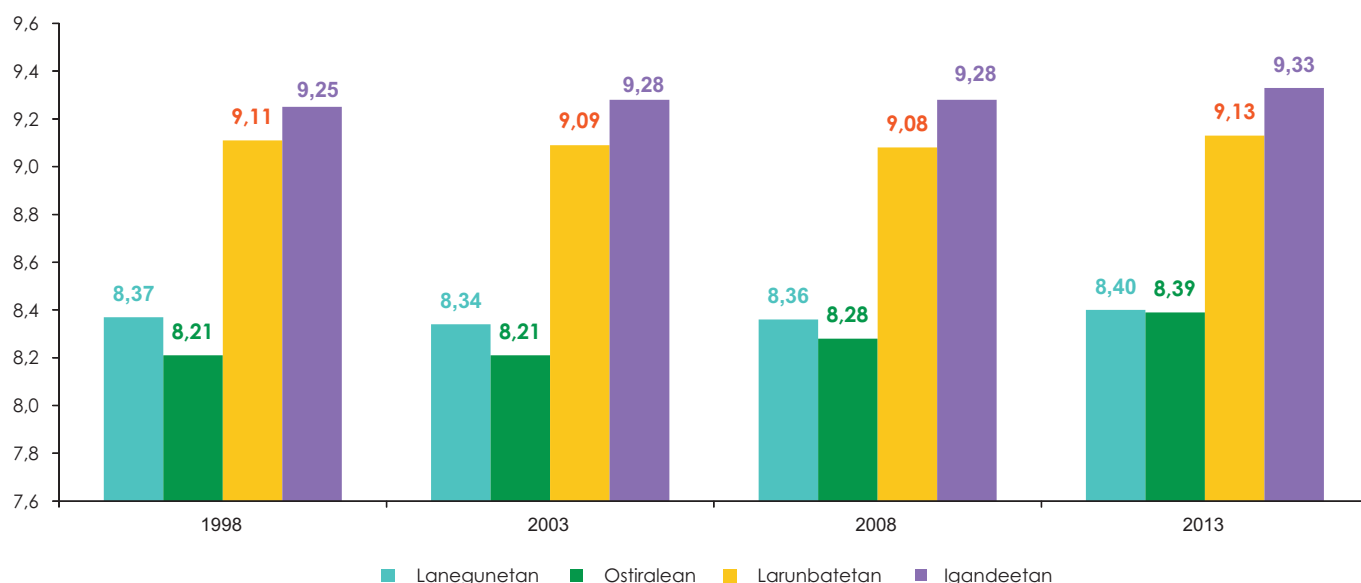
2.2.7 Lo-ohiturak

Loak eguneroko 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 doktoreak⁽¹²⁾ egindako ikerlan batean honako datu hau 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 eragiten dutela: "lo egitea osasunaren atal garrantzitsua da"⁽¹³⁾.

Denbora Aurrekontuen azken Inkestako datuen arabera, EAEko herritarrek loari eskaintzen dioten batez besteko denbora 8 ordu eta 52 minutu da, Estatuan eskainitakoa baino hamaika minutu gehiago (8 ordu eta 41 minutu, 2009tik 2010era).

Aurreko urteetako datuekin erkatuta, azken urteotan denbora gehiago eskaintzen diogu loari: 2008an baino bost minutu gehiago, eta 2003an baino zazpi minutu gehiago. Asteburuetan, hots, larunbatean eta igandean, loari eskainitako ordu-kopurua handiagoa da (9 orduetik gorakoa), batez ere, igandeetan. Gaur egun, ostiraletan egiten da lo ordu-kopuru gehien: 2008ko eta 2003ko datuen aldean, 11 minutu eta 18 minutu gehiago, hurrenez hurren, gainerako astegunekin parekatuta (astelehenetik ostegunera).

18. grafikoa: eguneko lo-orduen batez bestekoa 1998-2003-2008-2013.



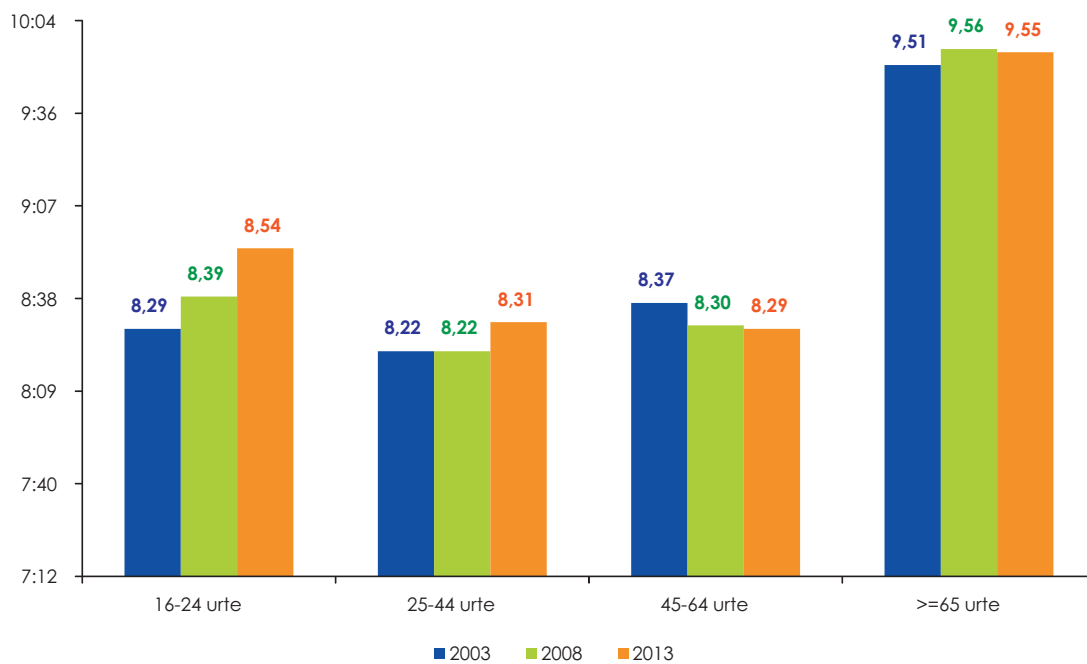
Iturria: Eustat. Denbora Aurrekontuen Inkesta.

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. DAIren arabera, 65 urteko eta gehiagoko pertsonak egiten dute lo gehien, ia 10 ordu egiten dituzte lo egunean. Lo gutxien egiten duten pertsonak, berriz, 45-64 urtekoak dira (8 ordu eta 29 minutu). Nolanahi ere, aztertu diren adin-tarte guztietan gaintzen da osasun ona edukitzeko egunean gomen datzen den 7-8 orduko loaldia. Aurreko urteekin erkatuta, gazteenek (16 eta 24 urte artekoak) eta heldu gazteek (25 eta 44 urte artekoak) ordu gehiago egiten dute lo (15 eta 9 minutu gehiago, hurrenez hurren).

⁽¹²⁾ Kristen G. Hairston doktorea, Wake Forest Unibertsitateko Medikuntza Eskolako (Ipar Karolinako Winston-Salem-en).

⁽¹³⁾ EAEko Denbora Aurrekontuen Inkestak Eustatek egiten du bost urtean behin (azken datuak 2013koak dira). Estatu gainerako lurraldeetan EINEk egiten du eta Encuesta de Empleo de Tiempo deitzen zaio (azken datuak 2003koak dira).

20. grafikoa. Lo egindako ordu-kopuruaren batez besteko denbora, adinaren arabera. 2013. urtea.



Iturria: Eustat. Denbora Aurrekontuen Inkesta.

3. OSASUN EGOERA

3.1 BIZI-ITXAROPENA

Bizi-itxaropena da herrialde edo eskualde baten ongizate maila neurtzeko gehien erabiltzen den adierazleetako bat. Herrialde garatuetakoz bizi-itxaropena pixkanaka hazi egin da, batez ere, medikuntzaren esparruan egon diren aurrerapen eta berrikuntza teknologikoei esker. Hots, egoera aldatu egin da: biztanle zaharrenen kopuruak gora egin du eta horrekin batera zahartzearekin lotutako gaixotasunak ere bai; mendekotasun egoera berriak sortu dira, arreta soziosanitario gehiago behar da eta gastuak ere gora egin du. Biztanleek denbora luzeagoan bizi nahi dute, eta hobeto gainera, baina bizi-itxaropenak gora egiten duen heinean ongizate-estatua mantendu ahal izango da? Hori da etorkizunean lortu beharreko erronka.

Euskadin, bai gizonen bai emakumeen bizi-itxaropena etengabe hobetu da⁽¹⁾. Duela 35 urteko adierazleak kontuan hartuta (69,6 urteko bizi-itxaropena gizonen eta 76,9 urtekoa emakumeek 1975. urtean) egiaztatu da gizonen bizi-itxaropena 9,3 urtetan gehitu dela, duela 35 urteko datuekin alderatuta, eta emakumeena 8,5 urtetan. Gizonen 3,2 hilabete irabazi dituzte urtero, 78,9era heltzeraino, eta emakumeek 2,9 hilabete irabazi dituzte urtero, guztira 85,4 urtetara helduz. Bi sexuen bizi-itxaropenen arteko aldea duela 20 urteko 8,7ko maximotik 6,6 urtera murriztu da.

Halaber, 2025. urtera arteko bizi-itxaropenaren proiektzioen arabera⁽²⁾, datuak gora egiten jarraituko du eta euskal biztanleak oraindik urte gehiago biziko dira. 2025ean, 82,6 urteko bizi-itxaropena izango dute gizonen jaiotzean, eta 88,4 urtekoa, berriz, emakumeek, hurrenez hurren 2010.ean zituzten 79,1 eta 85,6 urteetatik abiatuta. Emakume eta gizonen jaiotzeko bizi-itxaropenen arteko aldea 2010eko 6,5 urtetik 5,8 urtera igaroko da 2026an.

1. grafikoa. Jaiotzeko bizi-itxaropenaren bilakaera (urteak) sexuaren arabera. 2013-2025 urteak.



Iturria: Eustat. Proiekzio Demografikoak 2025.

Bizi-itxaropen luzea duten herrialde garatueta osasunaren ohiko adierazleak, zeinak soilik heriotza-tasan oinarritzen diren, mugatuak dira biztanleen osasun egoeraren bilakaera deskribatzeko. Heriotza-tasaren etengabeko hobekuntzarekin batera biztanleen osasuna ere hobetzen den jakin behar da edo, oster, biztanleen morbiditatea eta desgaitasuna areagotzen den. Horretarako, hain zuzen, biztanleen heriotza-tasaz gainera haien morbiditatea edo desgaitasuna ere kontuan hartzen duten osasunaren adierazleak erabili behar dira.

⁽¹⁾ Jaiotzeko bizi-itxaropena da adin jakin bateko pertsona bat, geratzen zaion bizian zehar dagokion garaiko heriotza-tasa beteko balu, batez beste biziko zen urte kopurua.

⁽²⁾ Iturria: Eustat. Proiekzio demografikoak 2025.

"Bizi-itxaropenean urte kopurua eta kalitatea hartzen dira aintzat, eta bizi-itxaropen osasungarria edo desgaitasunik gabekoa esaten zaio". Desgaitasunik gabeko bizi-itxaropena (DGBI) adierazle sintetikoa da, heriotza-tasari eta desgaitasunari lotutako datuak batzen dituen, eta adin jakin bateko pertsona bat desgaitasunik gabe biziko litzatekeen urte kopurua zenbatesten du, baldin eta garai hartako heriotza-tasak eta desgaitasun-prebalentziak sexuaren eta adinaren arabera egonkor mantenduko balira geratzen zaion bizian zehar.

2. grafikoa. Desgaitasunik gabeko bizi-itxaropena (DGBI) eta bizi-itxaropena desgaitasunarekin (BID). 2007 eta 2013 urteak.



Iturria: Osasun Saila.

2013. urtean desgaitasunik gabeko bizi-itxaropena (DGBI) 69,3 urtekoa izan zen gizonen kasuan eta 73,1 urtekoa emakumeen kasuan. 2007. urtearekin alderatuta, DGBI 0,3 urte gutxitu da gizonen artean eta 1,8 urte emakumeen artean; baina desgaitasunarekin bizitako urte kopurua (BID), aldiz, 1,7 urte gehitu da gizonen kasuan eta 3 urte emakumeen kasuan.

3.2 HERIOTZA-TASA

Heriotza-tasaren datuen bidez heriotza kopuruari buruzko informazioa lortzen da, lekua, denbora-tartea eta hiltzeko arrazoa kontuan hartuta. Datu horietan hildakoen sexua, adina, bizilekua eta hil zen hilabetea ematen da. Heriotzen Estatistikak 1978. urtetik aurrerako heriotzari buruzko datuak jasotzen ditu, eta horri esker denboran zehar izan duen bilakaeraren azterketa sakona egin daiteke, gero osasunaren politiken emaitzak balioztatu ahal izateko.

Heriotzak osasun aldetik garrantzi desberdina izango du gaztaroan edo zahartzaroan izaten bada; izan ere, hain garrantzitsua da non 65 urtetik⁽¹⁾ beherakoen gaixotasun kronikoen ziozko heriotza-tasa Europar Batasuneko Garapen Iraunkorraren Adierazleen artean sartzen den. Sexuaren arabera desberdina da heriotza-tasaren eragina eta adinaren arabera banaketa. Balio absolututan, gizonen artean emandako heriotza kopurua emakumeena baino handiagoa da adin oso aurreratura heldu arte, eta orduan, kontrakoa gertatzen da: emakumeen arteko heriotza-tasa askoz handiagoa da 85 urtetik aurrera, gehiago direlako adin hain aurreratura heltzen diren emakumeak.

Era berean, azken hamar urteetako datuak aztertuta ikusten da heriotzen kopurua % 5,1 hazi dela, eta hildakoen batez besteko adinak atzera egin duela. Bi datu horiek erakusten dute biztanleak gero eta zaharragoak direla; izan ere, azken zifren arabera, ehun urteko eta hortik gorako pertsonen kopurua gero eta handiagoa izan da azken urteetan, eta 2012. urtean kopuru horren maximo historikoa eman zen.

Hiltzeko arrazoa kontuan hartuta, tumoreak eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak dira hiltzeko arrazoi nagusienak. Bi arrazoi hauengatik hil da pertsonen erdia baino gehiago. Azken hamarkadan, bi multzo horien prebalentzia aldatu egin da. Zirkulazio-sistemari lotutako heriotzak gutxitu egin dira baina tumoreei lotutakoak pixkanaka gero eta gehiago izan dira, eta orain heriotza gehienak arrazoi horrengatik izaten dira. Tumoreak dira bizi-itxaropenerako mehatxurik handiena. Tumoreen ondorioak ezabatzea lortuko balitz, gizonak ia 5 urte gehiago biziko lirateke eta emakumeak, berriz, 3 urte gehiago.

Euskal Autonomia Erkidegoa 65 urteko eta gehiagoko biztanle-ehuneko handiena duten Europako herrialdeen artean dagoen arren (% 21,1 ziren 2010an, eta % 17,4, berriz, EB-27n), Euskal Autonomia Erkidegoko heriotza-tasa gordina (8,7-9,2 artean egon da 1.000 biztanleko 2000-2010 aldian) beti egon da EB-27koaren azpitik (9,6-10 artean egon da 1.000 biztanleko).

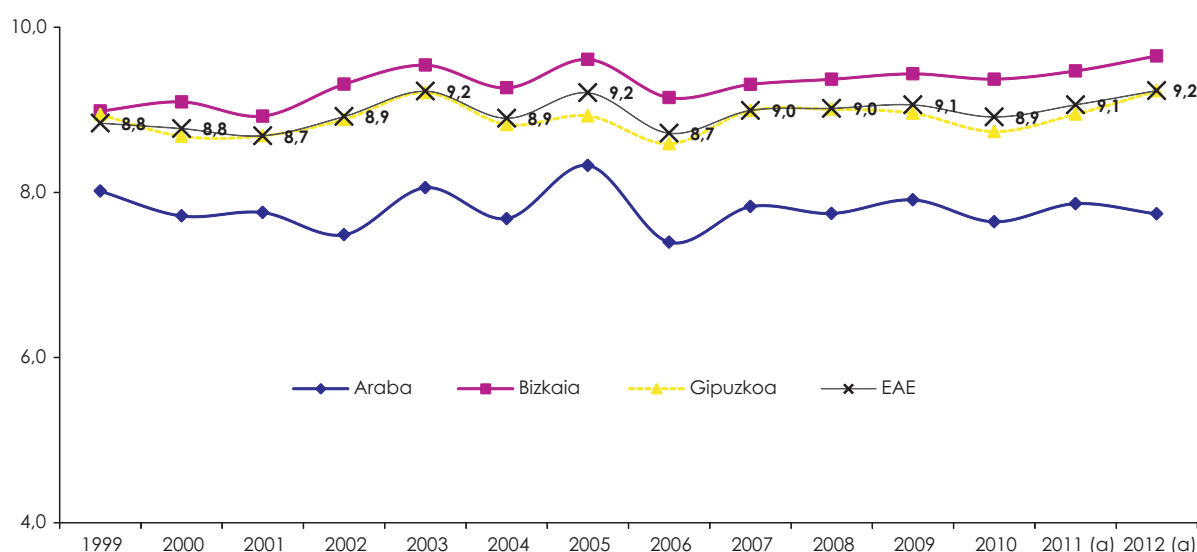
3.2.1 Bilakaera

2012. urtean 20.281 pertsona hil ziren Euskal Autonomia Erkidegoan, 2011. urtean baino % 2,3 gehiago; hau da, urte horretako heriotza-tasa gordina 9,2koa izan da 1.000 biztanleko, 2003 eta 2006 urteetan izan zen tasa bera.

1999-2012 urteen arteko tarte osoan Euskal Autonomia Erkidegoko heriotza-tasak 8,7 (txikiena) eta 9,2 (handiena) artekoak izan dira. Araban eman ziren heriotza-tasa txikienak eta Bizkaian handienak; Gipuzkoa bien artean geratu zen EAE osoko bilakaeratik hurbilen geratuz.

⁽¹⁾ Gaixotasun kronikoen zioz hil diren 65 urtetik beherako pertsonen heriotza-tasak adierazten digu, bizi-estilo jakin batzuekin erlazionaturik daudelako, teorikoki saihegarriak izan zitezkeen heriotzen kausak zein diren. Bizimodu desberdinen eta gaixotasun kronikoen arteko lotura ezartzea da, beraz, garapen jasangarriaren estrategiaren helburuetako bat.

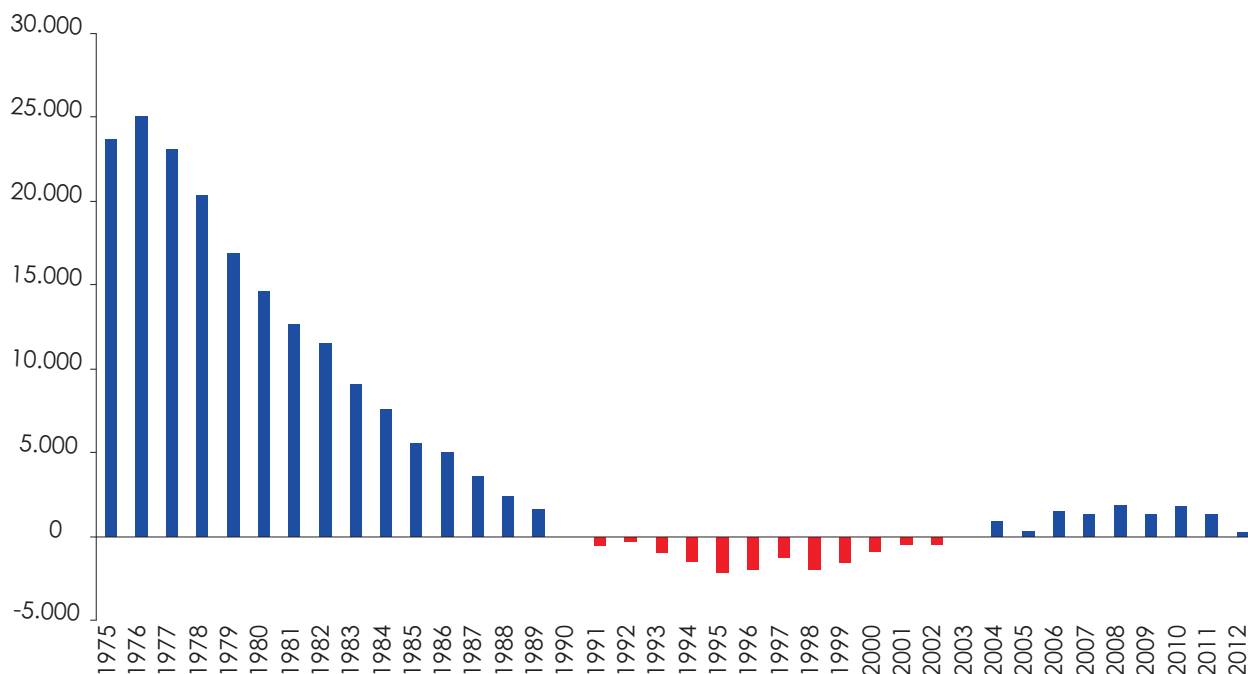
3. grafikoa. Heriotza-tasaren bilakaera, 1.000 biztanleko. 1999-2012 urteak.



Iturria: Eustat. Heriotzen estatistika.

Heriotzek badute eragina biztanle kopuruaren gorabeheretan. Biztanleen hazkunde begetatiboak, hau da, jaiotakoen kopuruaren eta hildakoen kopuruaren arteko aldeak, erakusten du EAEko biztanleen kopuruak ondoz ondoko 14 urtetan behera egin zuela 2004. urtera arte, azken urte horretan 910 pertsonako saldo positiboa izan zen. Geroko urteetan ikur positibo hori mantendu da, baita 2012. urtean ere, heriotzak baino 252 jaiotza gehiago izan baitziren.

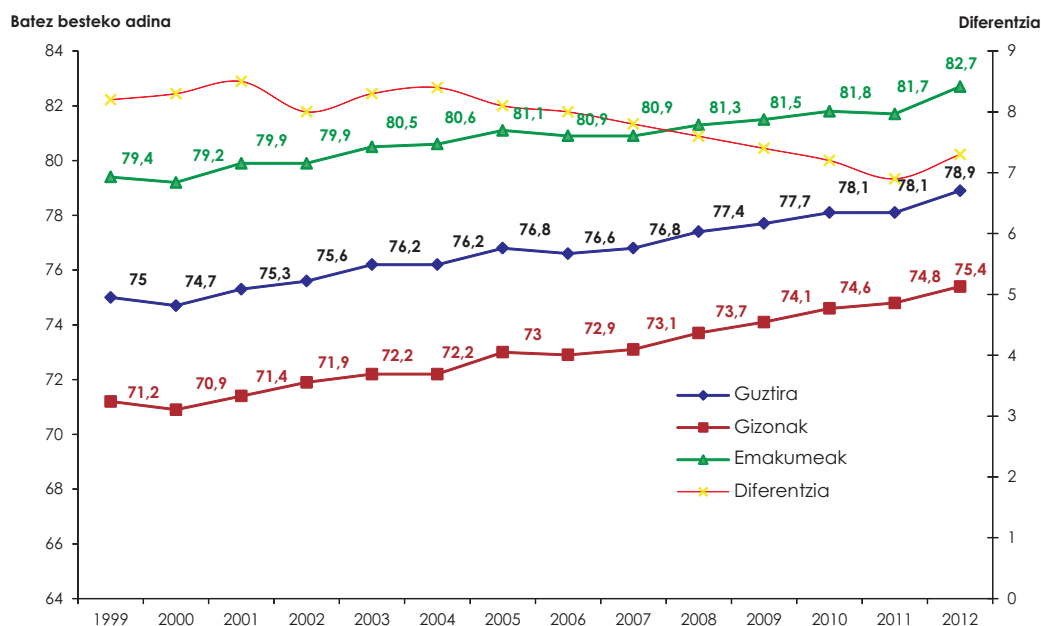
4. grafikoa. EAEko hazkunde begetatiboaren bilakaera. 1975-2012 urteak.



Iturria: Eustat. Heriotzen estatistika.

Lurraldeari dagokionez, ordea, bestelakoa gertatu zen. Araban eta Gipuzkoan saldo positiboak izan dira, 772 eta 384 pertsona gehiago izan zituzten hurrenez hurren. Bizkaian, aldiz, hildakoen kopurua jaiotakoena baino handiagoa izan da, eta orduan saldoa negatiboa izan du (-904).

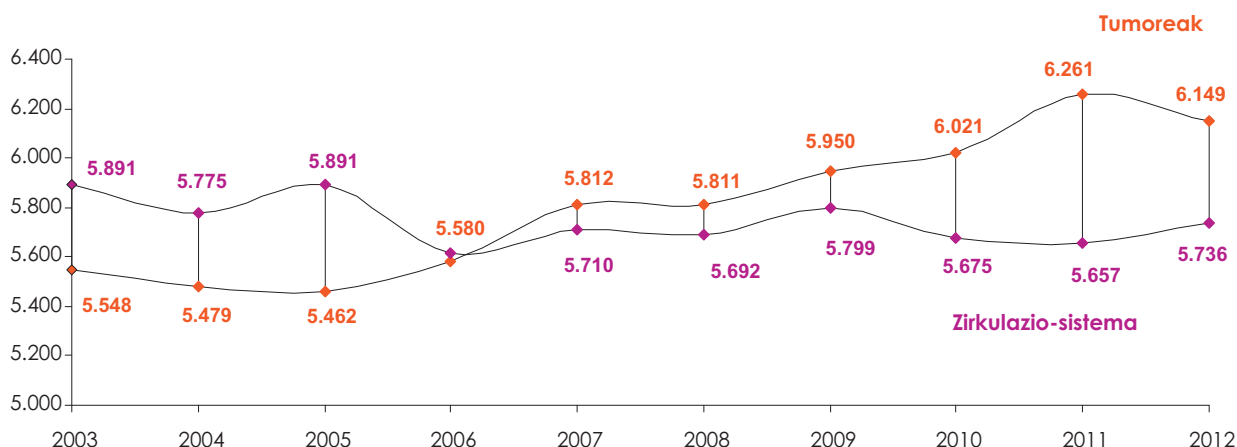
5. grafikoa. Hiltzeko batez besteko adinaren bilakaera, sexuaren arabera. 1999-2012 urteak.



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Heriotzen batez besteko adina biztanleen longebitate handiena ematen duen adierazlea da. EAEn, 1999 eta 2012 urteen artean, ia 4 urte luzatu da; 2012. urtean 78,9 urtekoa izan da. Emakumeak batez besteko heriotza-adina 82,7 urte izan da, gizonak baino 7,3 urte geroago (75,4 urte). Beste urte batzuetan alde hori handiagoa izan da, baina azken urteotan murriztu egin da.

6. grafikoa. Hiltzeko bi arrazoi nagusien bilakaera. 2003-2012 urteak.

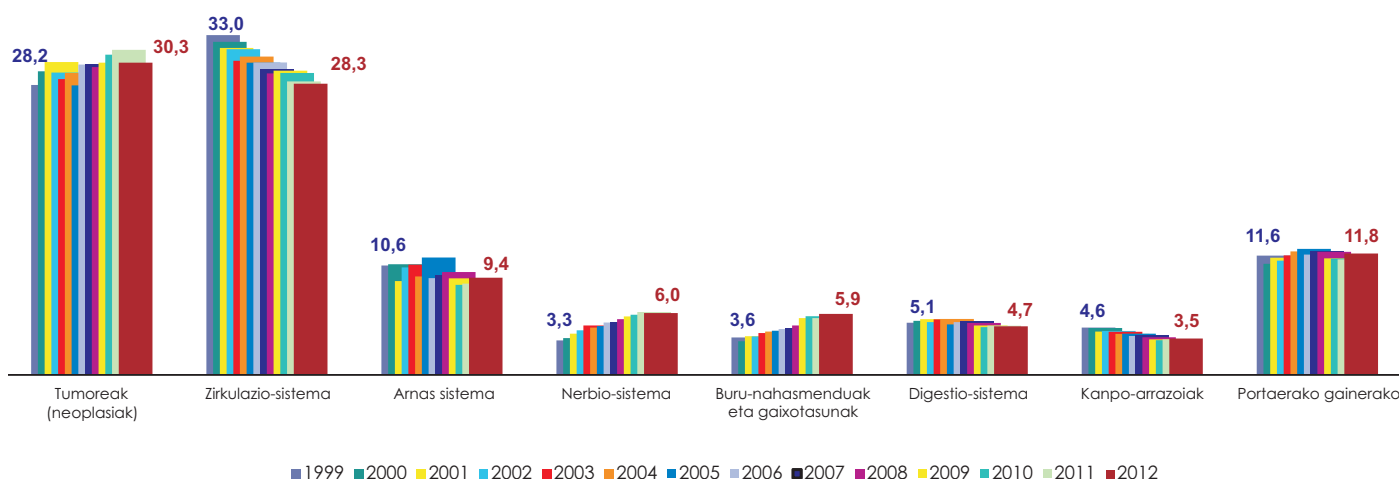


Iturria: Eustat. Heriotzen estatistika.

Hiltzeko arrazoiei dagokienez, tumoreak eta zirkulazio-aparatuko gaixotasunak izan dira nagusi EAEn (hamar heriotzatik sei bi arrazoi horietatik izan ziren) azken hamar urteetan zehar. Izan ere, gaixotasun-multzo bi horiek heriotza ugari eragin dituztenez, biak ezarri dira lehentasunezko osasun planetan.

Hamarkada bat baino denbora luzeagoa darama jaisten EAEn zirkulazio-gaixotasunen ondoriozko heriotzen kopuruak, eta tumoreekin kontrako gertatzen da. Ondorioz, 2007. urteaz geroztik tumoreak izan dira EAEn heriotzen arrazoi nagusia.

7. grafikoa. Hiltzeko arrazoen bilakaera, gaixotasun-multzoen arabera (%). 1999-2012 urteak.

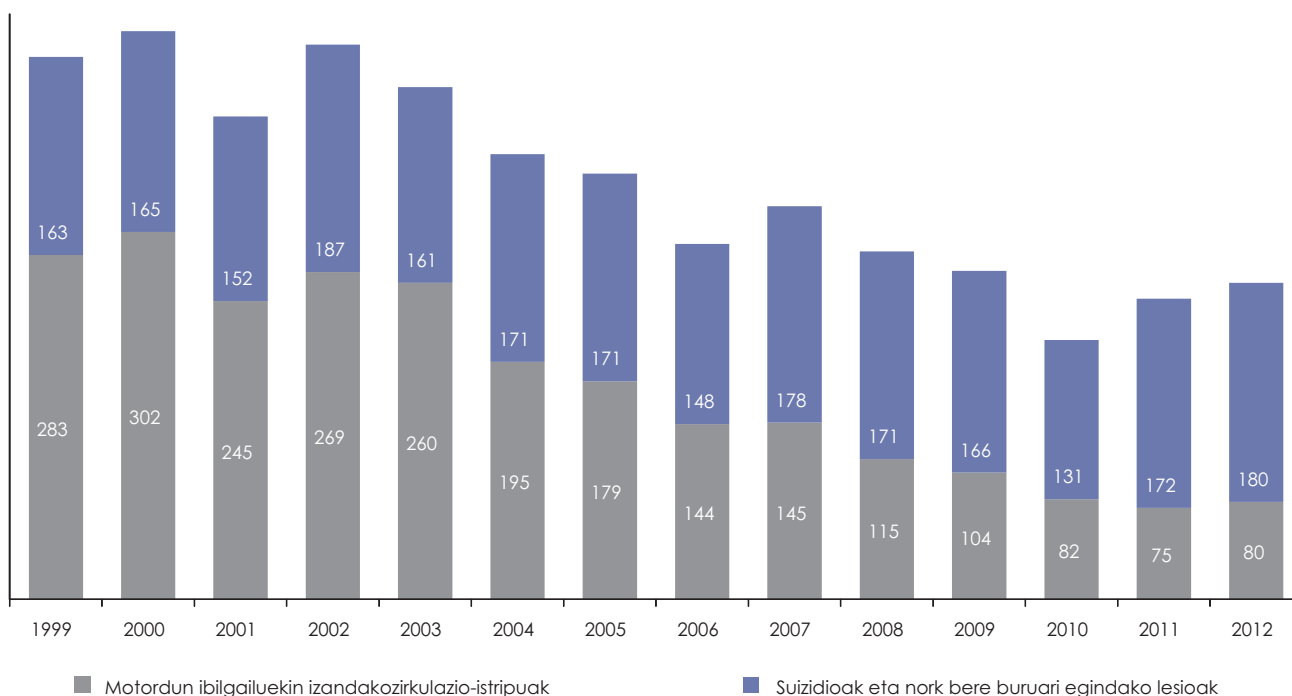


Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Azken hamarkadan igoera handiena izan duten hiltzeko arrazoiak zahartzeari lotutako gaixotasunak izan dira, adibidez zahartzaroko eta zahartzaroko aurreko buru-nahaste organikoak eta Alzheimerra (azken hau nerbio-sistemako gaixotasun moduan). Gainera, zenbat eta zaharragoak izan orduan eta sarriago agertzen dira.

Kanpoko arrazoen artean, zirkulazioko istripuen ondoriozko heriotzak % 70,3 murriztu ziren hamarkada osoan zehar, zirkulazioan ezarri ziren prebentzio-neurriek esker. Suizidioak, aldiz, gehitu egin dira eta hiltzeko kanpoko arrazoi nagusia izan zen 2012. urtean.

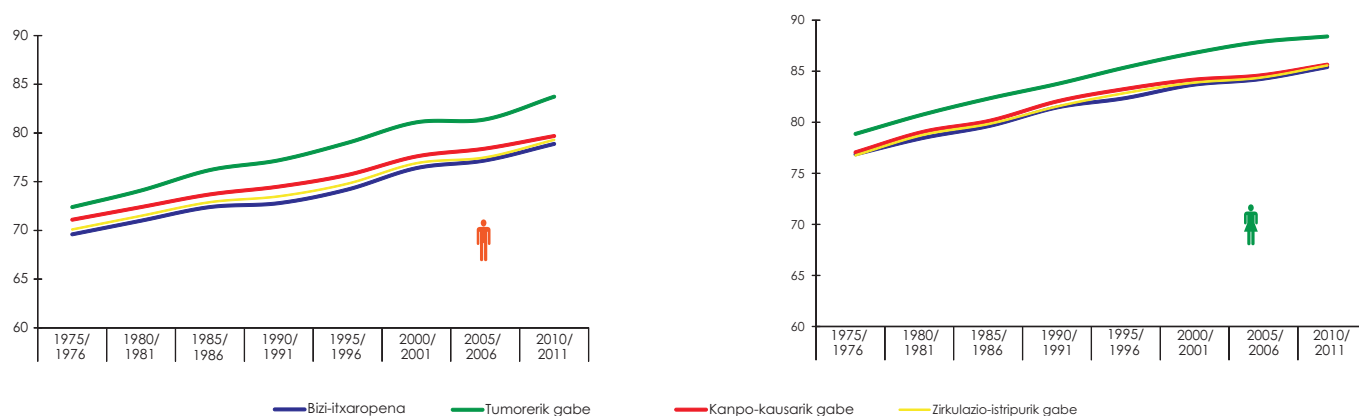
8. grafikoa. Heriotzen bilakaera, zirkulazioko istripuen eta suizidioen arabera. 1999-2012 urteak.



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Tumoreak dira mehatxurik handiena bizi-itxaropenerako. Haien ondorioak ezabatuz gero gizonak ia 5 urte gehiago biziko lirateke eta emakumeak 3 urte gehiago.

9. grafikoa. Bizi-itxaropenaren bilakaera, arrazoiaren eta sexuaren arabera. 1975/1976-2010/2011 urteak.



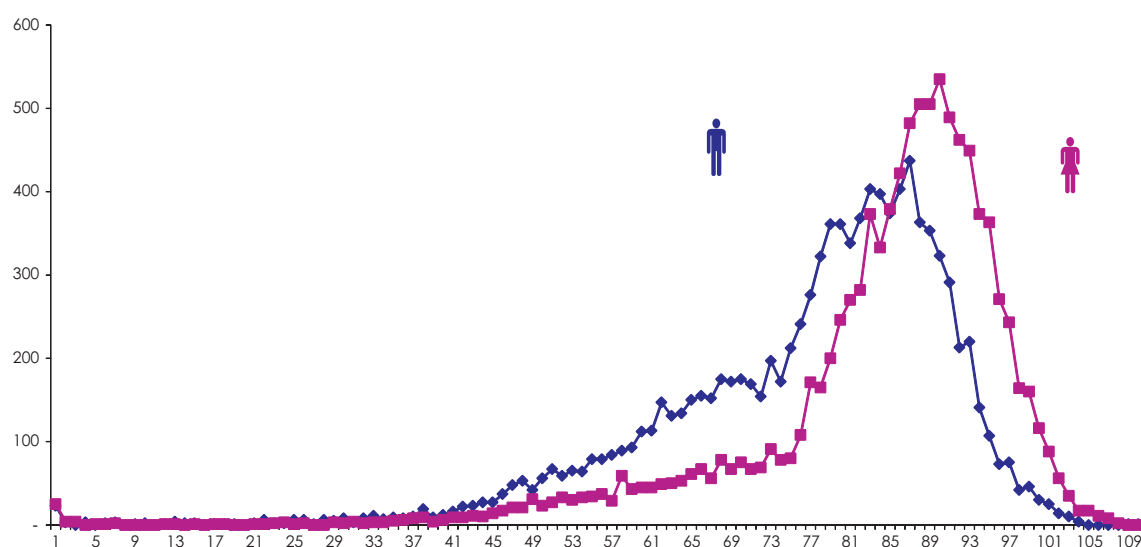
Iturria: Eustat. Adierazle demografikoak.

Bestalde, leunagoak izan dira hiltzeko kanpoko arrazoiek eragindako kalteak; kalte horien ondorioz gizonak 9 hilabete gutxiago bizi izan dira eta emakumeak soilik 3 hilabete gutxiago. Eta datuak are leunagoak dira zirkulazioko istripuak kontuan hartuz gero (kanpoko arrazoen artean sartzen direnak): gizonak 4 hilabete gutxiago bizi izan dira eta emakumeak soilik 2 hilabete gutxiago.

3.2.2 2012ko heriotza-tasa

Atalaren hasieran aurreratu bezala, heriotza-tasak baditu desberdintasunak sexuaren eta adinaren arabera. Balio absolututan, ia adin guztietan hil dira gizon gehiago emakumeak baino (alderik handiena 78 urterekin ematen da); alabaina, 84 urtetik aurrera kontrakoa gertatzen da eta 91 urterekin emakumeen heriotza kopurua gizonena halako bi baino gehiago izan da, emakumeen heriotza askoz altuagoa da kasu honetan, emakume gehiago heldu direlako adin hain aurreratura.

10. grafikoa. Hildako pertsona-kopurua, adin eta sexuaren arabera. 2012. urtea.

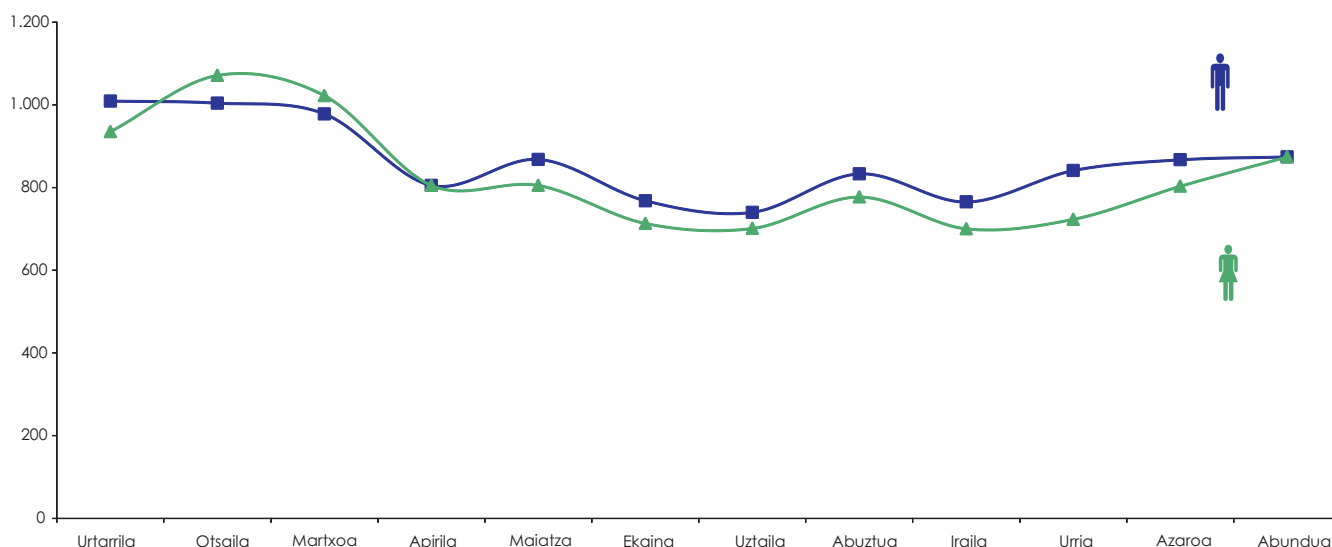


Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Gainera, 2012. urtean zehar 289 pertsona hil ziren 100 urte edo gehiagorekin; hauen % 81 emakumeak ziren. Heriotza-tasa murrizteko aurrerapen berrienak adin aurreratuetan eman dira; ehun urte eta gehiagoko pertsonen artean hildakoak gero eta gehiago izan dira azken urteotan. Kopuru horren maximo historikoa 2012an eman da.

2012ko heriotza-tasari buruzko beste datu interesgarri batzuk ere badaude: otsailean hil zen pertsona gehien (2.075) eta uztailan gutxien (1.441). Otsailean eta martxoan izan ezik, emakumeak baino gizon gehiago hil ziren.

11. grafikoa. Heriotzen bilakaera, hilabetearen eta sexuaren arabera. 2012. urtea.



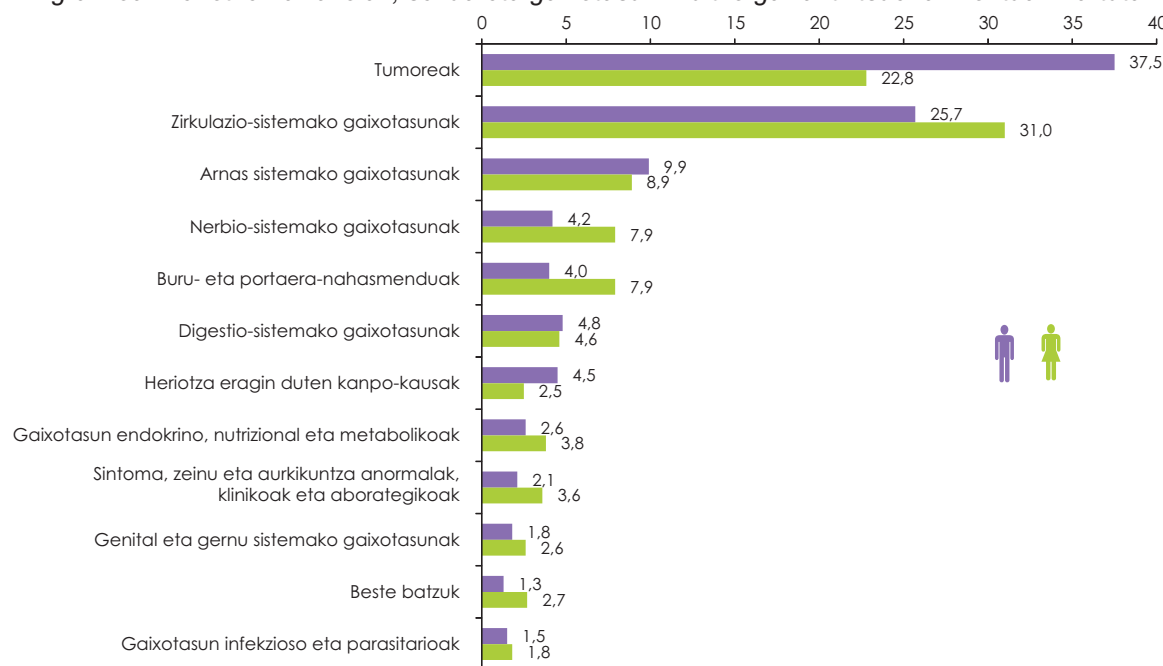
Iturria: Eustat. Heriotzen estatistika.

3.2.3 Heriotzen arrazoiak

2012. urteko heriotzen % 30,3 (6.149 hildako) tumoreen ondorioz gertatu ziren; ondoren, heriotzen % 28,3 (5.736 hildako) zirkulazio-aparatuko gaixotasunen ondorioz gertatu ziren, eta hirugarren postuan, baina tarte handiarekin, % 9,4 (1.915 hildako) arnas gaixotasunen ondorioz izan ziren.

Garrantzitsuenak diren hiru gaixotasun-multzo horien nagusitasuna aldatzen joan da azken hamarkada honetan zehar; tumoreen ondoriozko heriotzak % 12,5 gehitu dira, baina beste biak, gaixotasun kardiobaskularrak eta arnas gaixotasunak % 2,6 eta % 1,5 murriztu dira, hurrenez hurren.

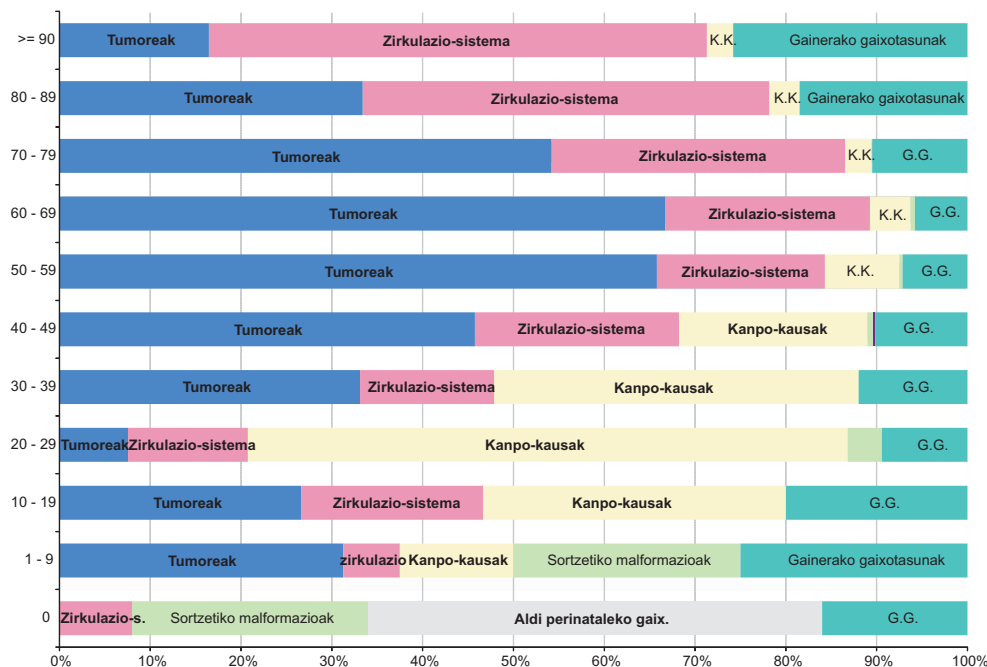
12. grafikoa. Heriotzen arrazoiak, sexua eta gaixotasun-multzo garrantzitsuenak kontuan hartuta. 2012. urtea.



Iturria: Eustat. Heriotzen estatistika.

Heriotzen arrazoiak ez dira berdinak izan bi sexuetan. Gizonezkoen artean zirkulazio-aparatuko gaixotasunak baino tumore gehiago eman dira; baina emakumezkoen artean kontrakoa gertatu da, gaixotasun kardiobaskularrak izan dira nagusi eta gero tumoreak.

13. grafikoa. Heriotza-tasa proportzionala, gaixotasun-multzoen eta adinaren arabera. 2012. urtea.



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Adinaren arabera, hiltzeko kausak ere aldatu egiten dira. Urtebete ere ez dutenen artean jaiotza-inguruko gaixotasunen eta sortzetiko malformazioen ondoriozko heriotzak izan ziren nagusi; 1 eta 9 urte bitartean tumoreak izan ziren nagusi eta adin horretatik 40 urtera arte kanpoko arrazoiengatik hil ziren gehienak, besteak beste, istripuen eta suizidioengatik; 40 eta 80 urte bitartean tumoreak izan ziren hiltzeko arrazoi nagusia (trakea, bronkioak edo birika, kolona eta emakumearen bularra); eta 80 urtetik gorakoen artean zirkulazio-sistemako gaixotasunak izan ziren nagusi (garuneko hodietan).

1. taula. Heriotza gehien eragin duten arrazoi zehatzak. 2012. urtea.

Gizonak		Emakumeak	
Kausa ohikoenak	Kasuak	Kausa ohikoenak	Kasuak
Trakeako, bronkioetako eta biriketako tumore gaiztoa	860	Garuneko hodieetako gaixotasuna	821
Garuneko hodieetako gaixotasuna	611	Zahartzaroko eta aurre-zahartzaroko buru-nahasmendu organikoak	770
Bihotzeko beste gaixotasun batzuk	546	Bihotzeko beste gaixotasun batzuk	601
Behoko arnas bideetako gaixotasun kronikoak (asma izan ezik)	542	Gutxiegitasun kardiakoa	528
Bihotzeko beste gaixotasun iskemiko batzuk	522	Alzheimerrar	496
Koloneko tumore gaiztoa	422	Gaix. hipertentsiboak	383
Zahartzaroko eta aurre-zahartzaroko buru-nahasmendu organikoak	378	Arnas sistemako beste gaix. batzuk	373
Prostatiko tumore gaiztoa	364	Bularreko tumore gaiztoa	341
Miokardioko infartu akutua	323	Bihotzeko beste gaixotasun iskemiko batzuk	309
Arnas sistemako beste gaix. batzuk	293	Nerbio-sistemako eta zentzumenen organoetako beste gaixotasun batzuk	280
Gutxiegitasun kardiakoa	270	Digestio-sistemako beste gaixotasun batzuk	277

Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

Arrazoi zehatzen eta adinaren arabera heriotzak kontuan hartuta, trakeako, bronkioetako edo biriketako tumore gaiztoak dira gizonen heriotza-arrazoi nagusia –guztira 860 hildako (% 6)–; emakumeen heriotza-arrazoi nagusia, aldiz, garuneko hodieetako gaixotasunak izan ziren, 821 hildakorekin (% 8,3).

Zirkulazio-sistemako gaixotasun-multzoaren barruan heriotzak eragin dituzten miokardioko infartuen kopuruak behera-kada handia eduki izana azpimarratu behar da. 2002. urtean 849 pertsona hil ziren arrazoi horrengatik eta 2012. urtean 563, hau da, % 33,7 egin du behera kopuruak.

Alzheimerren gaixotasunak eragin dituen heriotza guztien % 73,7 emakumeak izan ziren (496 hildako 2012an), gehienak adin aurreratukoak (80-89 urte) eta % 26,3 gizonak (177 hildako 2012an).

Heriotzaren kanpoko arrazoen artean gizonen prebalentzia emakumeena baino handiagoa izan da. Izan ere, 133 gizon eta 47 emakume hil ziren beren buruaz beste eginda. Zirkulazioko istripuen ondorioz hildakoetatik 60 gizonak izan ziren eta 20 emakumeak.

2.3.4 Haurren heriotza-tasa

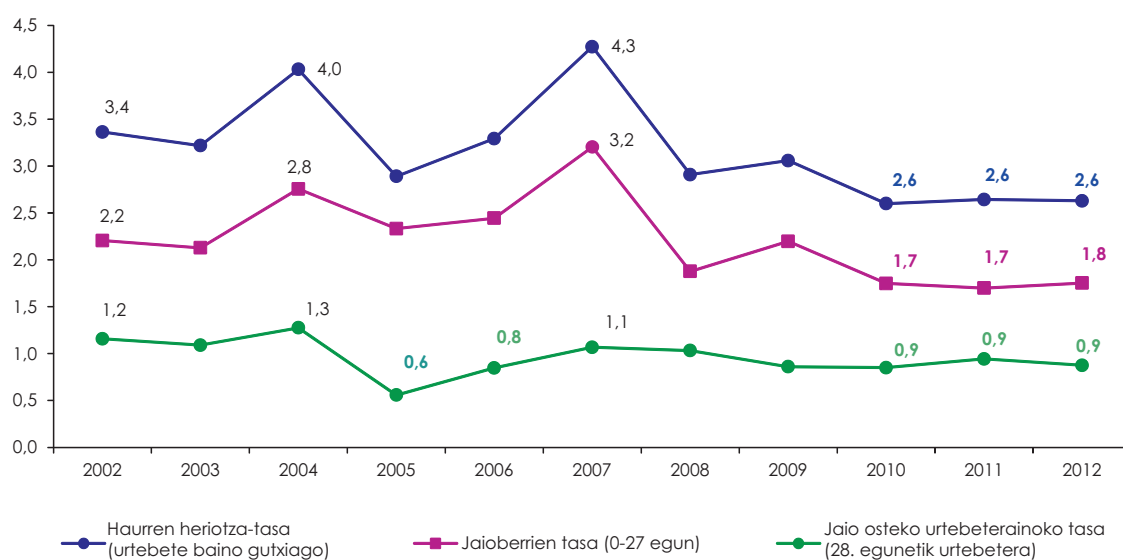
Nazioarteko erakundeek askotan erabiltzen dute haurtzaroko (jaioberriko eta jaiosteko urtebeterainoko) heriotza-tasa herrialde jakin bateko biztanleen osasuna balioesteko. Horrengatik aztertzen dira aldizka datu horiek, baita tasa hori nabarmen txikitu den herrialde garatuenetan ere.

2012. urtean 54 haur hil ziren urte bat bete baino lehen (haurren heriotza), horietako 36 jaiosteko 28 egunetan zehar hil ziren (jaioberrien heriotza) eta beste 18ak jaiosteko 28 eta 364 egunetan zehar (jaiosteko urtebeterainoko heriotza). Urtebete baino gutxiagoko haurren artean mutilak baino (25) neska (29) gehiago hil zen.

Azken hiru urteetan (2010-2012) E AEko haurren heriotza-tasak, jaioberrien eta jaiosteko urtebeterainoko haurren tasak barne, egonkor mantendu dira, eta azken hamar urteetako txikiak izan dira⁽²⁾.

⁽²⁾ Salbuespen da, hala ere, 2005-2006 urteetako jaiosteko urtebeterainoko haurren heriotza-tasa.

14. grafikoa. Haurren, jaioberrien eta jaio osteko urtebeterainoko haurren heriotzaren bilakaera. 2002-2012 urteak.



Iturria: Eustat. Heriotzen Estatistika.

3.3 OSASUN EGOERA: HAUTEMANDAKOA ETA ADIERAZITAKOA

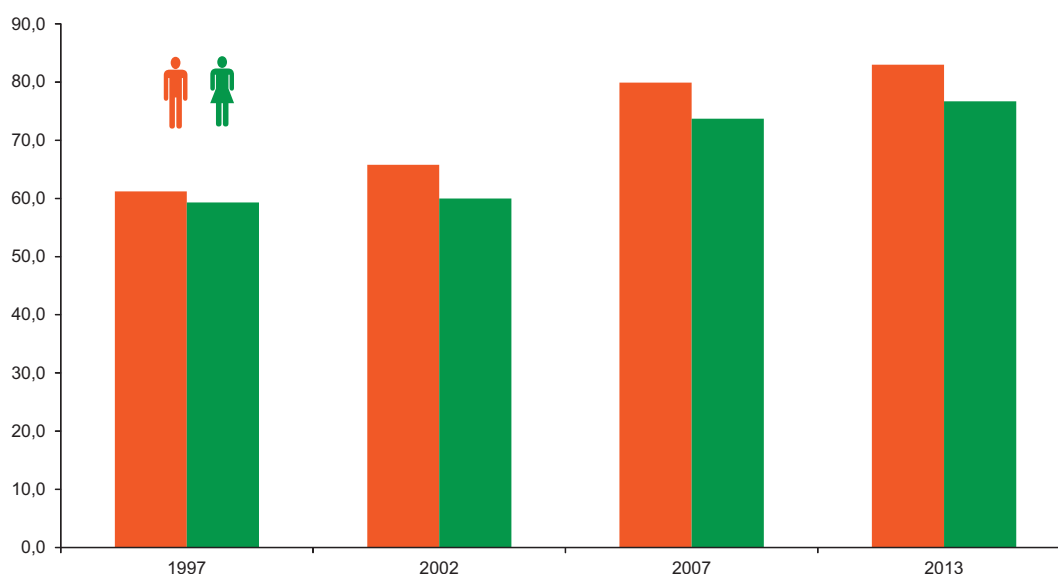
Biztanleriaren osasun egoera orokorra neurtzeko, adierazle eta iturri ugari erabiltzen dira. Hain zuzen, bereziki bi azpimarratu behar dira: batetik, hautemandako edo sentitutako morbiditatea, hau da, biztanleek haien osasun egoerari buruz egindako balorazioa da eta datu horiek "Osasun Inkesta" (EAEOI) jasotzen dira; eta bestetik, morbiditate diagnostikatu, arreta eta tratamendua jasotzeko asmoz osasun zentro batera doazen biztanleen gaixotasunak/osasun arazoak erregistratzen dituen, honentzat batez ere "Ospitaleetako morbiditatea" erabiltzen da, nazioartean gehien zabalduta eta aitortzen dena delako.

Pertsonak euren osasun egoerari buruz hautemandakoa⁽¹⁾, eta osasunari lotutako bizi-estilo desberdinetan sartzen diren ohiturak eta portaerak, Osasun Inkesta jasotzen direnak, lagungarriak izan daitezke osasun zerbitzuetako ohiko erregistroetan ezkatututa gera daitezkeen beste osasun arazo batzuk erakusteko.

3.3.1 Osasunaren autobalorazioa

Gizonen % 83k eta emakumeen % 77k uste dute osasun ona edo oso ona dutela, 2013ko EAEOI jasotako datuen arabera. Izan ere, datu horiek erakusten dute osasunari dagokionez aurreko urteetan (2007 eta 2002) baino autobalorazio hobea egin dela, eta autobalorazio jarraitua izan da gainera, urteak igaro ahala autobalorazioa gero eta hobea izan baita.

15. grafikoa. Osasunaren gaineko pertzepzioaren bilakaera. 1997-2002, 2007-2013 urteak.

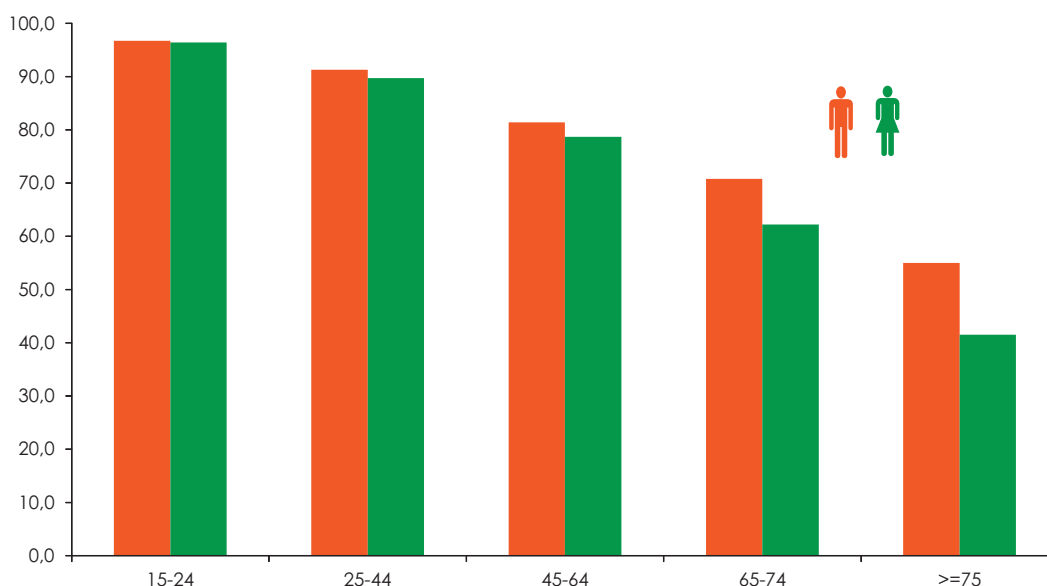


Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEOI).

Osasunaren gaineko autopertzepzioak desberdinak dira generoa, adina, talde sozioekonomikoa eta ikasketa-maila kontuan hartzen badira. Emakumeek gizonek baino autopertzepzio txarragoa dute haien osasunari buruz, eta zenbat eta zaharragoak izan txarragoa oraindik, batez ere 65 urtetik aurrera, orduan ia biztanleen erdiak kronikotasun arazoak baititu (aurrerago ikusiko da).

⁽¹⁾ Osasun Inkesta Osasun Sailak egiten du 5 urtean behin. Datu berrien 2013. urteari buruzkoak dira (aurreko urteak: 1992-1997-2002-2007-2013). Osasunaren eta honen faktore garrantzitsuenen adierazle nagusiak deskribatzen ditu inkesta erantzuten duten pertsonen ikuspegitik.

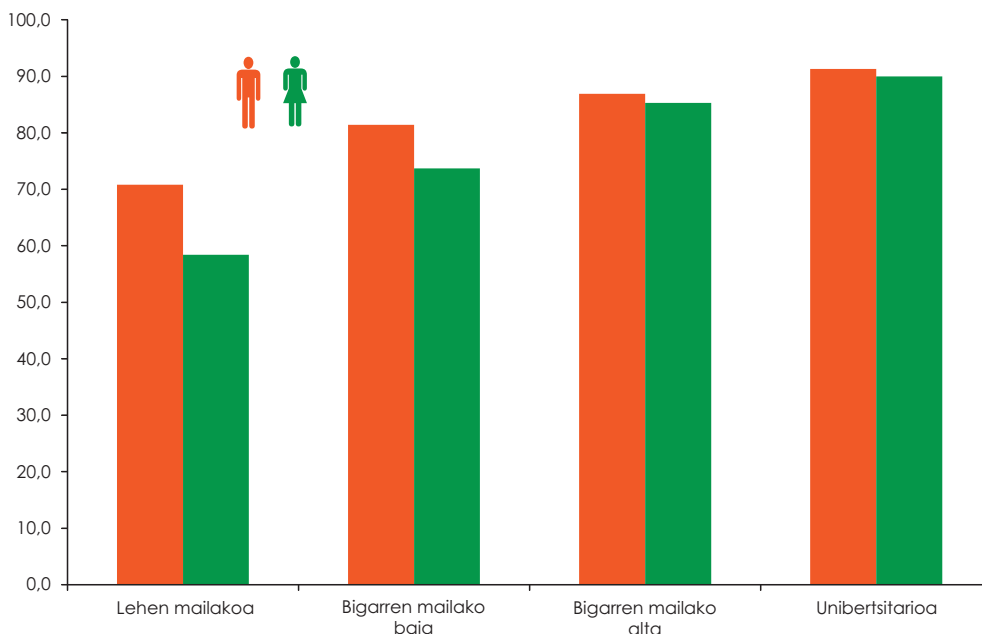
16. grafikoa. Osasun onaren pertzepzioa adinaren arabera. 2013. urtea.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

Egoera ekonomiko txarrean dauden taldeek izan dute osasunaren pertzepzio txarreana, baina gizarte-mailan gora egin ahala pertzepzioa hobetu egiten da; gauza bera gertatzen da pertsonak ikasketa-mailaren arabera sailkatzean, unibertsitateko ikasketak dituzten pertsonak baitute osasunaren autopertzepziorik onena.

17. grafikoa. Osasun ona adierazitako pertsonak, ikasketa-mailaren arabera. 2013. urtea.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

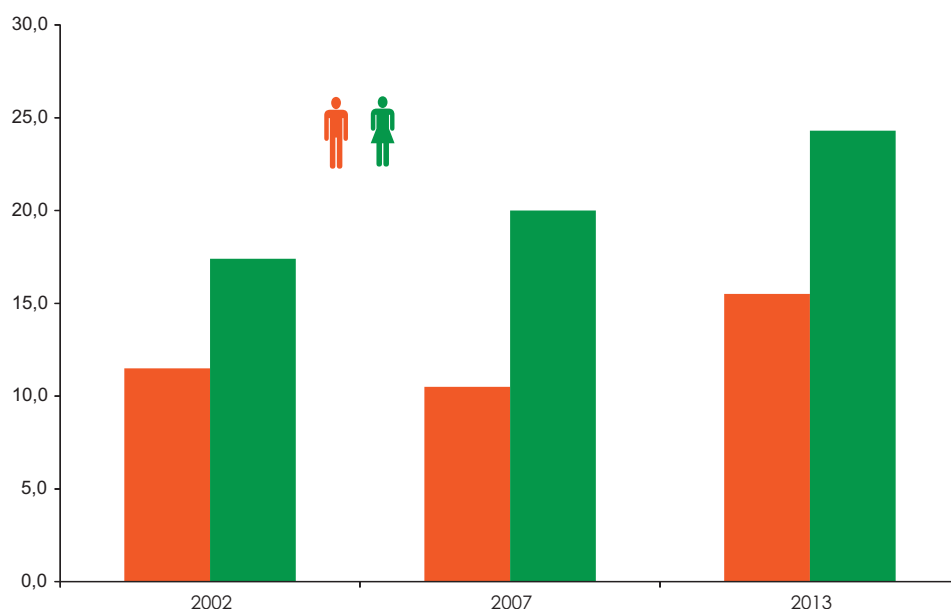
Kapital Sozialaren Inkestan (2012. urtea)⁽²⁾ ere jaso da euskal biztanleen balorazioa haien osasun egoeraren gainean. Batez beste balorazioari oso ongiko nota eman zaio (gizonek 7,6 eta emakumeek 7,5). Baina nota hori beherantz doa pertsonak adinak aurrera egin ahala: 15-24 urtekoek 8,4 nota eman dute eta 65 urtetik gorakoek 6,6.

⁽²⁾ Kapital Sozialaren Inkesta bost urtean behin egiten den estatistika eragiketa da, eta Eustaten Euskal Estatistika Planean sartzen da. Zoriontasuna eta Osasuna da inkestako atal baten izena, eta bertan honako galdera hau egiten da: Nola deskribatuko zenuke zure gaur egungo osasuna, orokorrean? 0 eta 10 puntu arteko balorazio-escala duzu. 0 oso txarra da eta 10 oso ona.

3.3.2 Osasun mentala

Osasun mentala neurtzeko depresioa eta antsietatea bezalako sintomak kontuan hartzen baditugu, osasunak txarrerantz egin duela esan behar dugu, baina batez ere emakumeen artean. Depresioaren eta antsietatearen sintomak dituzten emakumeen ehunekoak gora egin du urteak igaro ahala, kopuruek horixe egiaztatzen dute: lau emakumetik ia batek (% 24,3) izan zituen sintoma horiek 2013. urtean, eta % 17,4k 2002an.

18. grafikoa. Depresio eta antsietate sintomen prebalentzia. 2002, 2007, 2013 urteak..



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

Horrez gain, emakumeak gazteago hasi dira depresioaren sintomak edukitzen; emakumeen % 22k 25-44 urterekin dituzte sintoma horiek baina gizonak adin aurreratuagoarekin: % 24k 75 urte eta gehiagorekin. Dena den, gizon eta emakumeen artean alderik handiena 65-74 urteen artean izaten da, tarte horretan ia ehuneko hamabost puntuko aldea baitute.

19. grafikoa. Depresio eta antsietate sintomen prebalentzia. Adina eta sexua. 2013. urtea.

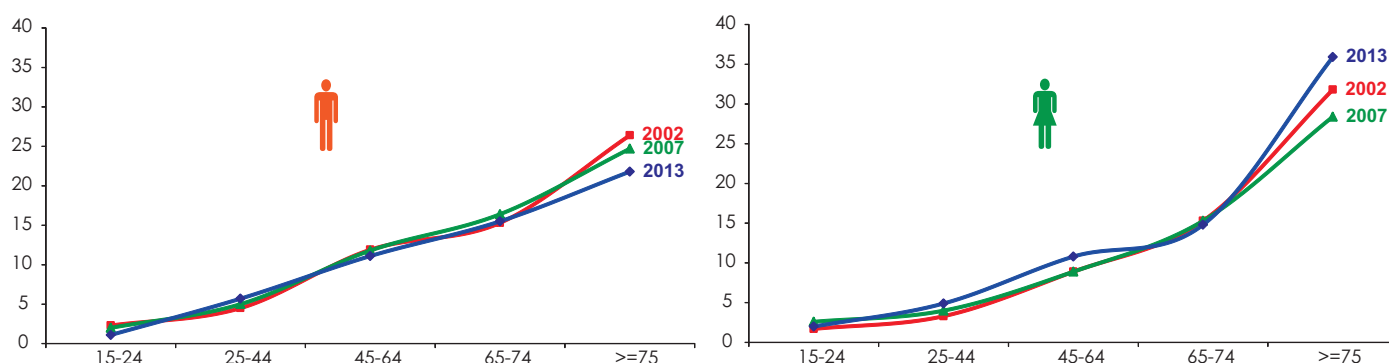


Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

3.3.3 Jardueraren mugaketa kronikoa

EAEko biztanleen ia % 10ak dute desgaitasunen bat (eguneroko bizimoduko jarduerak egiteko mugaketa kronikoa darrakena), hau da, aurreko urteetan baino handiagoa da kopuru hori (% 8,4koa 2007an eta % 7,9koa 2002an). Halaber, emakumeen prebalentzia (% 11) gizonena (% 8,6) baino handiagoa da; emakumeen kasuan, gainera, adinez nagusiagoak direnen artean kopurua handitu egin da (75 urte eta gehiagoko emakumeen % 36ak izan zuten 2013an). Adin bereko gizonen artean, ordea, kontrakoa gertatu da, mugaketa kronikoa duten pertsonen kopurua % 12 murriztu baita 2007arekin alderatuta.

20. grafikoa. Jardueraren mugaketa kronikoaren prebalentzia (%) 2002-2013 urteak.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

Kasuen % 80k baino gehiagok duen jardueraren mugaketa kronikoa ohiko gaixotasun bati dago lotuta, eta gero, nahiko hurbil, lanari lotutako gaixotasunari.

2. taula. Jarduera modu kronikoan mugatzeko arrazoiak (%) 2013. urtea.

	Guztira	Gizonak	Emakumeak
Laneko istripual	2,6	5,0	0,8
Zirkulazio-istripua	3,0	4,5	1,9
Etxeko istripua	2,4	0,7	3,7
Beste istripu mota bat	2,3	2,1	2,5
Ohiko gaixotasuna	83,3	78,9	86,6
Laneko gaixotasuna	5,9	8,3	4,1
Indarkeria fisikoa	0,2	0,2	0,2
Beste kausa batzuk	0,2	0,3	0,2
Guztira	100,0	100,0	100,0

Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

3.3.4 Arazo kronikoak

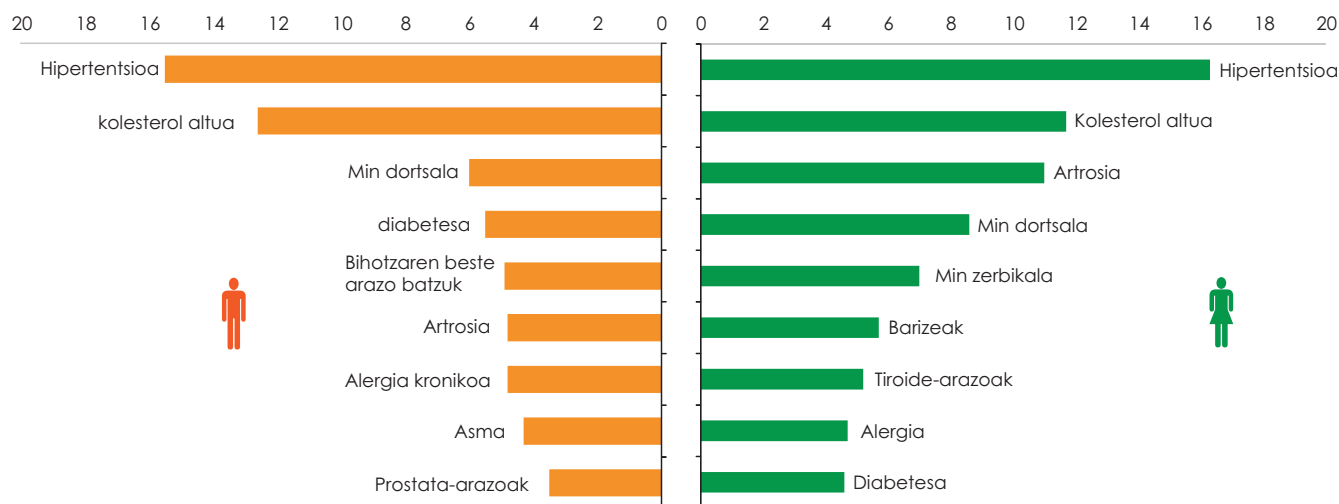
Kronikotasunaren zentzua zabaltzen badugu eta edozein arazo kroniko sartu, multzo horretan sartzen diren pertsonak ia biztanle guztien erdia izango lirateke: gizonen % 44,7 eta emakumeen % 46,8. Ehunekoa, gainera, % 80tik gorakoa izango litzateke 65 urte eta gehiagoko pertsonen kasuan. Beraz esan daiteke pertsonak zenbat eta zaharragoak izan arazo kroniko gehiago agertzen direla.

Arazo kronikoen artean gehien aipatu ziren hipertentsioa (gizonen % 15,5 eta emakumeen % 16,3) eta kolesterol altua (gizonen % 12,6 eta emakumeen % 11,7).

Artrosia ere askotan aipatu da, batez ere emakumeen artean. Arazo kronikoak dituzten emakumeen % 11k dute gaixotasun hori, eta horrela ia kolesterolaren parean (sarrien agertzen den bigarren arazoa izanik) geratu da, eta ia % 9k bizkarreko mina dute.

EAEOIren azken datuen arabera, arazo kronikoren bat duten 65 urte eta gehiagoko pertsonen % 50ek dute hipertentsioa; 65 eta 74 urte arteko gizonen % 40k kolesterola altu dauka eta 75 urte eta gehiagoko emakumeen % 40k artrosia dute. Gazteek ere badituzte gaixotasun kronikoak; asma eta alergia dira gehien ematen direnak.

21. grafikoa. Arazo kroniko ohikoenak 2013. urtea.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEOI).

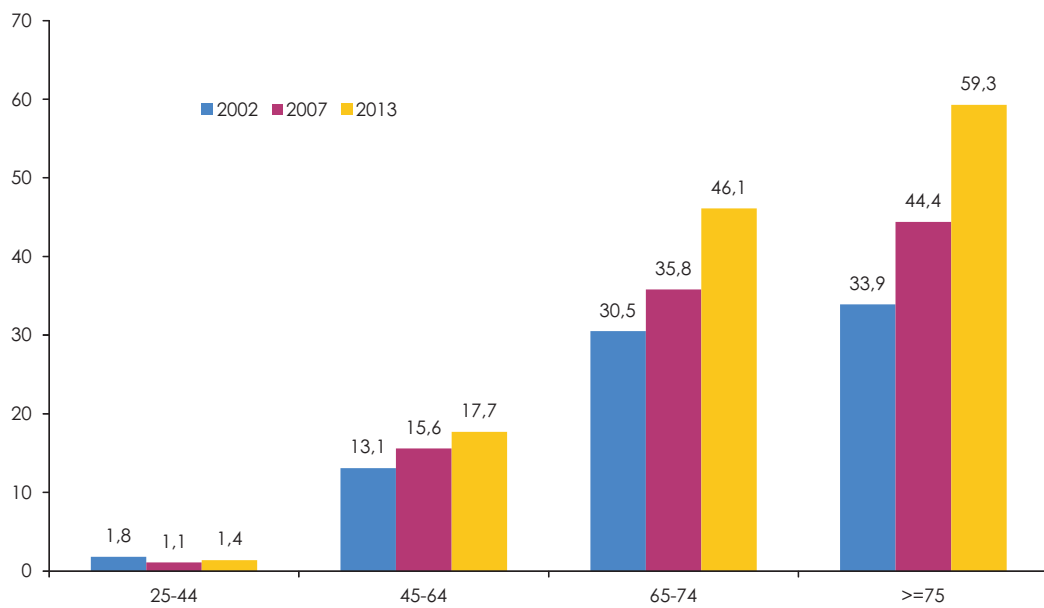
3.3.5 Hipertentsioa

Hipertentsioaren prebalentzia areagotu egiten da adinarekin, eta mundu-mailan heriotza gehien eragiten duen gaitzat jotzen da. Bizi-itzaropena igotzen den heinean, adinekoen populazio-multzoa ere handitu egiten da; populazio-multzo hori gero eta handiagoa eta garrantzitsuagoa da, eta hipertentsio arteriala multzo horretakoek izaten dute maizen.

EAEn hipertentsioa aitortua duten pertsonen proportzioa igo egin da aurreko urteekin alderatuta, bereziki adinekoen artean, zeinak gaitz hori maizen izaten dutenak baitira: 65-74 urtekoen artean % 46 (% 36 eta %31 izan zen 2007 eta 2002. urteetan) eta 75 urte eta gehiagokoaren artean % 60 (% 44 eta % 34 izan zen 2007 eta 2002. urteetan).

Hipertentsioa duen populazioaren prebalentzia altu horrek, zeina adinarekin areagotzen baita, tentsio arteriala hartzea prebentzio-jarduketara ohikoa izatea ekarri du, eta 65 urte edo gehiago dutenen artean populazioaren % 90era iristen da.

22. grafikoa. Hipertentsioa dutela esan duten pertsonen proportzioa. 2002, 2007, 2013 urteak.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

3.4 OSPITALEKO MORBILITATEA

Morbilitatea esaten zaio gaixotasun batek toki eta aldi jakin batean biztanleengan duen eraginari. Ospitalizazioa dakarten gaixotasunen portaera aztertzen duen iturri nagusia Ospitaleko Morbilitatea izeneko estatistika da⁽¹⁾. Nahiz eta ospitaleko morbiditateak ez dituen biztanleen osasun arazo guztiak islatzen, bai garrantzitsuenak, eta, beraz, hurbilagotik ezagutzeko aukera ematen dute.

Ospitale publikoetan eta pribatuetan alta hartu duten gaixoen kopuruari buruzko informazioa jasotzen du estatistika honek, diagnostiko nagusia⁽²⁾ kontuan hartuta; gaixoari lotutako ezaugarri demografikoak ere biltzen ditu (adina, sexua, bizilekua, etab.). Estatistika honen bidez patologien arabera adierazleak atera daitezke eta hauekin, besteak beste, ospitaleetako zerbitzuen erabilera-maila eta biztanleek gaur egun dituzten eta etorkizunean izan ditzaketen beharriak zein diren jakin.

Azken hamarkadako ospitaleko morbiditateak bi ezaugarri nagusi ditu: arreta jaso duten 65 urte eta gehiagoko pertsonen kopuruak pixkanaka gora egin du, biztanleak gero eta zaharragoak direlako eta prozedura kirurgiko berriak erabiltza ospitaleetako jarduerak gero eta anbulatoriazio handiagoa duelako, prozedura horiek sendatzeko denbora laburtu eta ospitalean egoteko denbora murrizten baitute.

3.4.1 Ospitaleko morbiditatea. 2012. urtea

EAEko ospitaleetako datuen arabera, 2012. urtean ospitaleratuta zeuden gaixoen artean 310.389 alta eman ziren; alden % 76,5 ospitale publikoetan eman ziren eta % 23,5 pribatuetan.

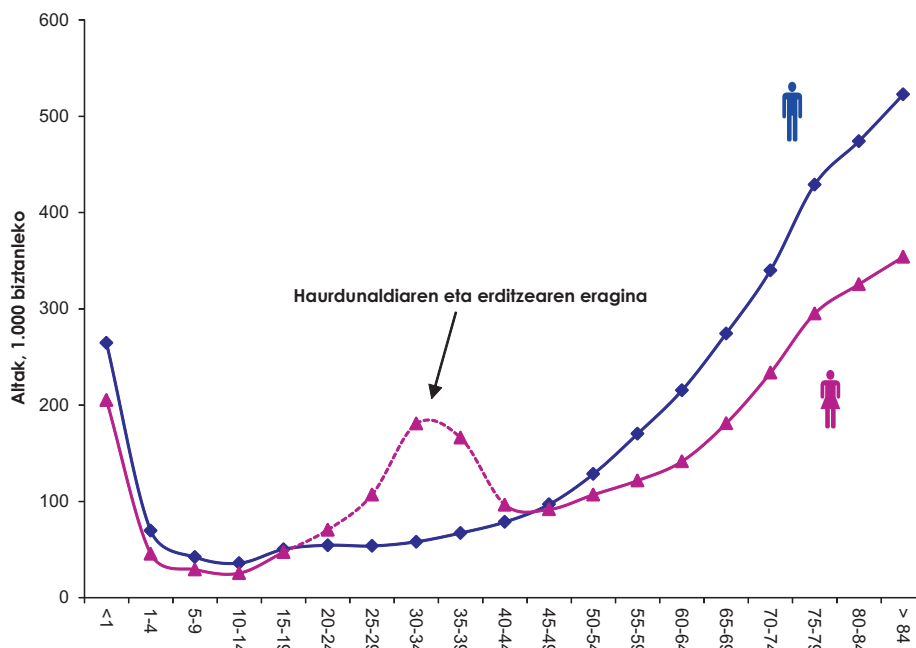
Ospitaleratutako pertsonen % 97,3 EAEn bizi zen (% 48,8 Bizkaian, % 33,2 Gipuzkoan eta % 15,3 Araban); % 2,6 beste probintzia batzuetan (Kantabria eta Burgos batez ere) eta % 0,1 atzerrian.

Gizonak % 48,4 izan ziren eta emakumeak % 51,6. Adina kontuan hartuta, 65 urteko eta gehiagoko pertsonen taldea izan da nagusi; azken urteotan talde hori gero eta ugariagoa izan da: 2000. urtean % 39,5 ziren eta 2012an % 44,4. Ospitaleratuta egoteko adin nagusia 79 urte izan ziren. 15-54 urteko taldea izan zen bigarren ugariena, nahiz eta 2012. urtean kopuru txikiagoa izan erditzeen kopurua murriztu zelako.

⁽¹⁾ Ospitaleko morbiditatearen estatistikaren informazio-iturria EAEko ospitaleetako Ospitale Altako Datuen Oinarrizko Multzo Txikiena da (DOMT). Bertan, ospitaleratzeen gertaera guztiak erregistratzen dira gaixoa ospitaleratu den une beretik alta eman arte. Ospitaleratua izateko diagnostiko nagusia eman eta altaren txostenean jasotzen denetik, gaixotasunak GNS-9-AK delakoaren arabera sailkatzen dira.

⁽²⁾ Gaixotasun ugari eta anitzak daudela kontuan hartuta, nazioan eta nazioartean alderaketak egiteko aukera ematen diguten osasun egoerari buruzko datuak harmonizatzeko asmoz, gaixotasunak GNS-9-AKren (Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena, Aldaketa Klinikoa) arabera sailkatzen dira.

23. grafikoa. Ospitaleetako pazienteak 1.000 biztanleko, adin-taldea eta sexua bereizita. 2012. urtea.

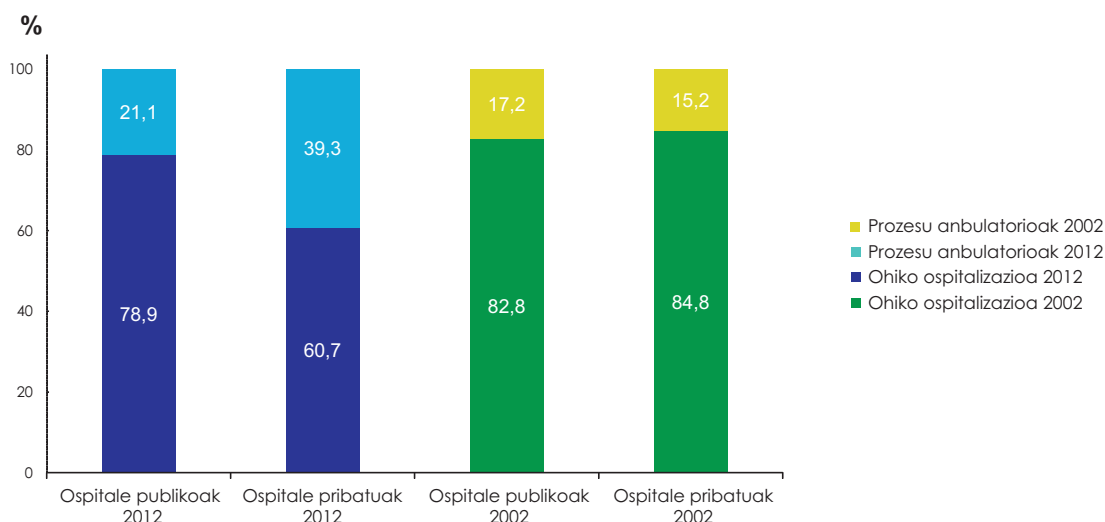


Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

Ospitaleko morbiditate-tasarik altuenak bizitzako muturreko urteetan eman dira, eta generoa kontuan hartuta balio altuenak gizonezkoek izan dituzte adin-tarte guztietan, emakumeen adin ugalkorrenetan izan ezik (15-44 urte). Adin-tarte horretan, hain zuzen, haurdunaldiak, erditzeak eta erditze ondokoak dira ospitaleetako jarduera gehienak.

Ospitaleko jardueraren anbulatorizazioa⁽³⁾ izan da azken hamarkadako joera nagusia. Azken datuen arabera, anbulatorioetan arreta jaso duten kasuak alta medikoen % 25 izan ziren 2012. urtean (% 17 2000. urtean) eta ia % 40raino igo zen kopuru hori ospitale pribatuetan.

24. grafikoa. Pazienet banaketa asistentzia motaren arabera. 2002 eta 2012 urteak.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako morbiditate-estatistika.

⁽³⁾ Ospitale pribatuetan ez da beti egon anbulatorioetako prozesu batzuk jasotzeko irizpide berdina Ospitaleetako Alten Erregistroan (DOMT), kimioterapia tratamenduarekin gertatu da hori batez ere (GNS-9-AK: V58.1 kimioterapia eta immunoterapia antineoplasikoa egiteko onarpena), beti ez delako jaso DOMTearen.

Ospitaleko morbiditatearen barruan arrazoi nagusia nerbio-sistemari eta zentzuen organoei lotutako gaixotasunetan eman zen, ospitaleko alta guztien % 12,3 izan baitziren; kasu gehienei (% 80) anbulatorioko prozesuen bidez eman zitzaizen arreta⁽⁴⁾, eta bereziki, begi-lausoari.

3. taula. Pazienten banaketa, diagnostiko-multzo handien arabera. 2012. urtea.

diagnostiko multzo handiak	Guztira Alten	Alten %
I. Infekzioak	4.266	1,4
II. Tumoreak	29.399	9,5
III. Endokrinoak	4.389	1,4
IV. Odola	3.362	1,1
V. Mentalak	5.011	1,6
VI. Nerbioak eta zentzumen-organak	38.191	12,3
VII. Zirkulaziokoak	36.480	11,8
VIII. Arnasketakoak	27.879	9,0
IX. Digestiboak	36.403	11,7
X. Genital eta gernukoak	18.540	6,0
XI. Erditzea	24.603	7,9
XII. Larruazala	4.672	1,5
XIII. Osteomuskularrak	28.697	9,2
XIV. Sortzetikoak	2.407	0,8
XV. Perinatalak	2.375	0,8
XVI. Gaizki definituak	12.955	4,2
XVII Traumatismoak	22.173	7,1
Beste kausa batzuk	8.587	2,8
Guztira	310.389	100,0

Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbiditatearen.

Begi-lausoaren patologia ebakuntza ugari egiten dira (20.000tik gora 2012. urtean), eta gaur egun ia gehienak modu anbulatorioan. Kirurgia handi anbulatorioaren (KHA) bidez egindako ebakuntzen herena gaitz honi lotuta egon ziren.

4. taula. Sarri ematen diren pazienteak, diagnostiko-multzo handien eta asistentzia motaren arabera. 2012. urtea.

Diagnostiko multzo handiak	Ohiko ospitalizazioa	Alten %	Diagnostiko multzo handiak	Prozesu anbulatorioak	Alten %
VII. Zirkulaziokoak	31.887	10,3	VI. Nerbioak eta zentzumen-organak	31.790	10,2
IX. Digestiboak	30.349	9,8	XIII. Osteomuskularrak	9.151	2,9
VIII. Arnasketakoak	24.850	8,0	II. Tumoreak	6.332	2,0
II. Tumoreak	23.067	7,4	IX. Digestiboak	6.054	2,0
XI. Erditzea	22.756	7,3	VII. Zirkulaziokoak	4.593	1,5
XVII Traumatismoak	19.754	6,4	X. Genital eta gernukoak	4.448	1,4
XIII. Osteomuskularrak	19.546	6,3	VIII. Arnasketakoak	3.029	1,0
X. Genital eta gernukoak	14.092	4,5	XVII Traumatismoak	2.419	0,8
XVI. Gaizki definituak	12.039	3,9	XI. Erditzea	1.847	0,6
VI. Nerbioak eta zentzumen-organak	6.401	2,1	XVI. Gaizki definituak	916	0,3

Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbiditatearen Estatistika.

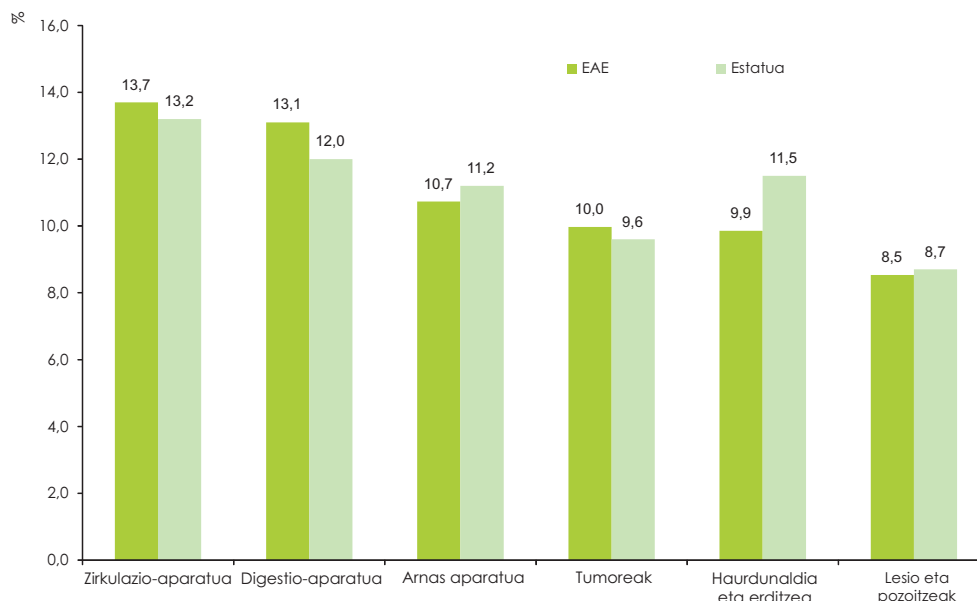
Bigarren eta hirugarren postuetan izan ziren zirkulazioari (% 11,8) eta digestioari (% 11,7) lotutako gaixotasunak, ia kopuru berean, eta ondoren, (30.000 alta baino pixka bat gutxiagorekin) tumoreak (% 9,5) eta gaixotasun osteomuskularrak (% 9,2). Ospitaleko alten erdia baino gehiago (% 55) bost gaixotasun-multzo handitan sartzen da.

EAE Estatuarekin alderatuz gero⁽⁵⁾, bietan gertatu da ospitaleratzeko arrazoi nagusiak zirkulazio-aparatuko eta digestio-aparatuko gaixotasunak izan direla; baina gehien agertu diren gainerako arrazoiak alderatzean ez da beste parekotasunik eman. EAEko erditzeen kopurua jaitsi denez haurdunaldien eta erditzeen multzoa bosgarren postuan geratu da; Estatuan, aldiz, hirugarren postuan egon da.

⁽⁴⁾ Bi multzo handitan sailkatu da asistentzia mota: Ohiko ospitaleratzea, zeinak hauek hartzen dituen barne: > 0 eguneko egonaldiko sarrera guztiak eta beste ospitale baterako lekualdatzeak, borondatezko altak edo heriotzak; eta prozesu anbulatorioak, non hauek sartzen diren: zero egonaldiko programatutako egonaldi guztiak, eta 0 egonaldiko eta beste ospitale batera lekualdatu ez diren larrialdiko ospitaleratzeak, borondatezko alta edo heriotza.

⁽⁵⁾ Gure datuak EINren ospitaleko morbiditatearen gaineko inkestarekin (OEI) alderatu dira ohiko ospitaleratzei dagokienez. Izan ere, OEI horretan soilik jasotzen dira gutxienez egun bateko egonaldia ekarri duten ospitaleko altak.

25. grafikoa. Pazienteak, maizen ematen diren gaixotasun-multzo handien arabera 2012. urtea.



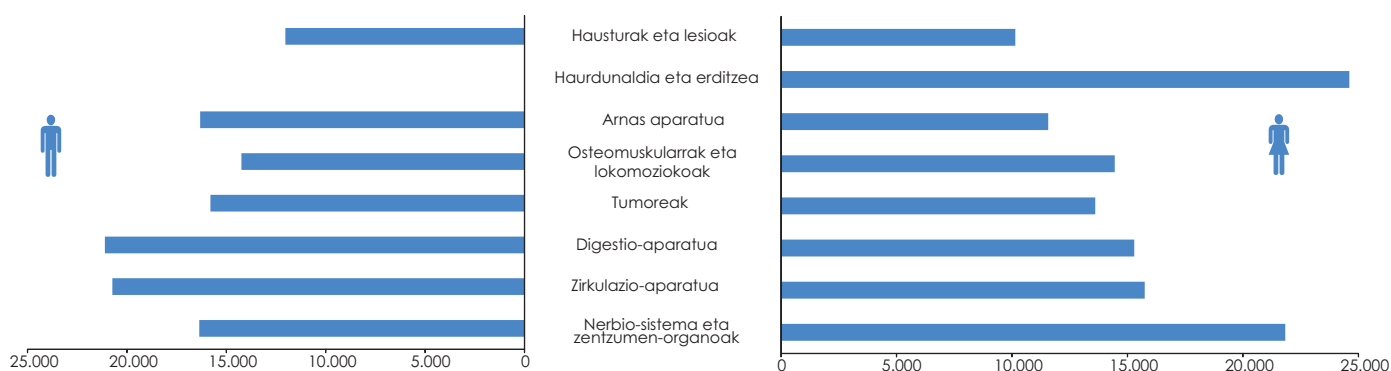
Iturria: Eustat. (Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika) eta EIN (Ospitaleko Morbilitatearen gaineko Inkesta).

Ospitaleko batez besteko egonaldia 5,8 egun izan zen 2012. urtean, hau da, aurreko urtean baino gutxiago (2011. urtean 6 egun). Egondia luzeenak honako kasuetan eman ziren: buru-nahasteak (14,4 egun), jaiotza-inguruko gaixotasunak (11,2 egun), gaixotasun infekziosoak (9 egun) eta tumoreak (7,9 egun).

3.4.2 Ospitaleko morbiditatea, maizen agertu diren genero, adin eta gaixotasunen arabera

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

26. grafikoa. Pazienteak, diagnostiko-multzo ohikoenen eta sexuaren arabera. 2012. urtea.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

Generoa bereizita, morbiditate-eredu desberdinak ikusten dira. Gizonak ospitaleratzeko gehien eman ziren arrazoiak digestio-aparatuko gaixotasunak (% 14) eta zirkulazio-aparatukoak (% 13,8) izan ziren; baina emakumeen artean gehien eman ziren arrazoiak lehenbizi haurdunaldi, erditze eta erditze ondoko arazoak (% 15,4) izan ziren eta gero nerbio-sistemako eta zentzu-organotako arazoak (% 13,6).

Generoarekin gertatu den bezalaxe, patologia eta gertaera jakin batzuen agerpena adinarekin daude zuzenean lotuta (adibidez: jaiotza-inguruko gaixotasunak, eta haurdunaldia eta erditzea); are gehiago, adinak aurrera egin ahala patologia eta gertakari horiek edukitzeko arriskua areagotu egiten da (begi-lausoak, bronkitis kronikoa).

Adin-tarteak aztertuz gero zera jakingo dugu: ospitaleratzeko arrisku handiena zein patologiak duten, ospitaleratzeen maiztasuna eta prebalentzia, eta ospitaleetan jaso duten tratamendu mota: ambulatorioa – ohiko ospitaleratzea.

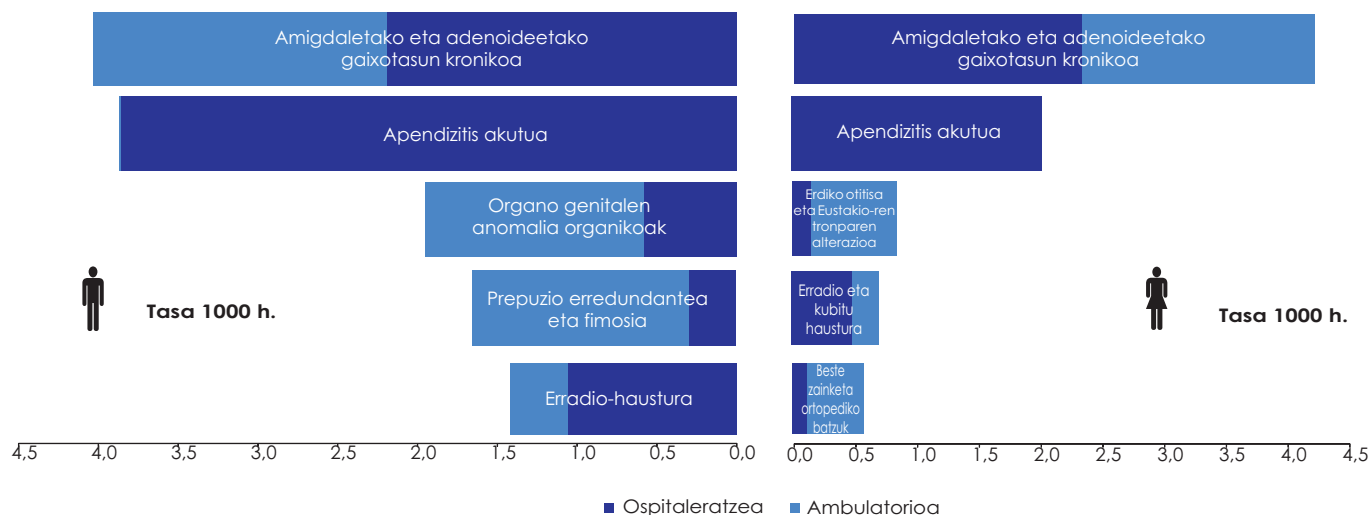
27. grafikoa. Pazienteak, 0-4 urteen artean maizen ematen diren patologien arabera. 2012. urtea.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

Pertsona gazteenen artean (0 - 4 urte) arnas aparatuko gaixotasunak dira nagusi (amigdalaren eta adenoideen gaixotasun kronikoa, bronkitisa eta bronkiolitis akutua), baita jaiotza-inguruko gaixotasunak ere (haurdunaldi laburtuari lotutako nahasteak eta jaiotzean pisu eskasa).

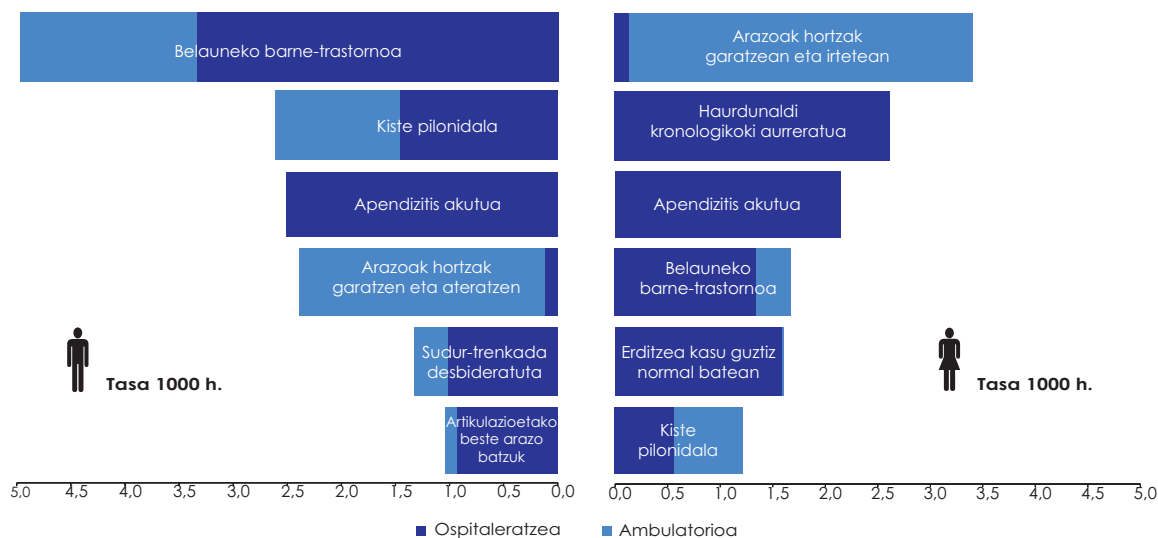
28. grafikoa. Pazienteak, 5-14 urteen artean maizen ematen diren patologien arabera. 2012. urtea.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

Pediatrian (5 - 14 urte) sartzen diren biztanleekin jarraituz honakoek izan dute garrantzi berezia: apendizitis akutua, erradioaren eta kubituen haustura eta sexu-organoetako anomaliak (azken honek, gainera, morbiditate-tasa handia izan du hurren artean).

29. grafikoa. Pazienteak, 15-24 urteen artean maizen ematen diren patologien arabera. 2012. urtea.

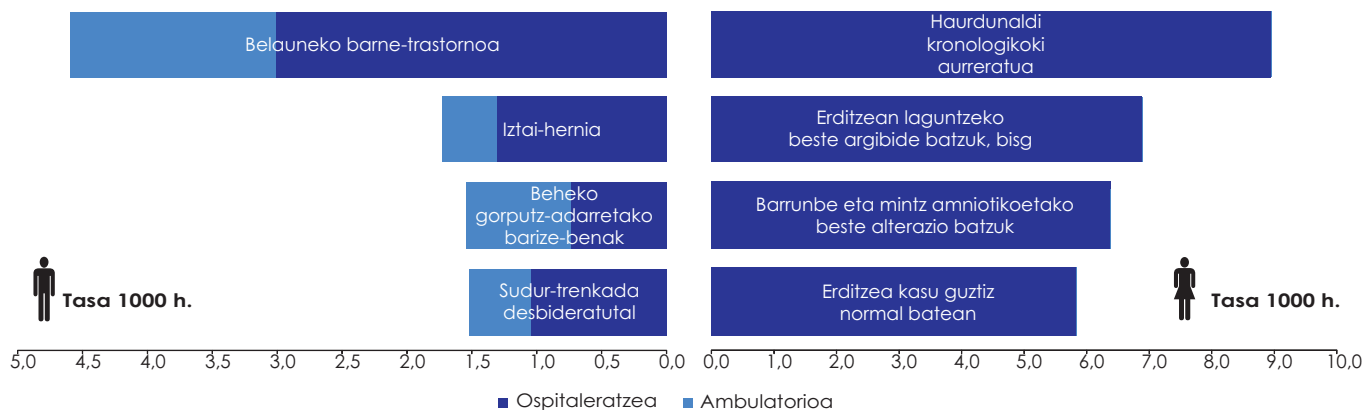


Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

Helduberrien artean (15 - 24 urte) genero-desberdintasunak handiagoak dira. Belauneko barne-nahastea (gaixotasun osteomuskularra) batez ere gizonen artean eman zen, eta hortz-erupzioa emakumeen artean. Azken horretarako tratamendua bereziki anbulatorioetan ematen da.

Gainera, emakumeen ugaltzeko adina hasten denean ospitaleratzeko arrazoi nagusienak obstetrikokoak (erditze normala eta haurdunaldi kronologikoki aurreratua) izaten hasten dira.

30. grafikoa. Pazienteak 25-44 urteen artean maizen ematen diren patologien arabera. 2012. urtea.

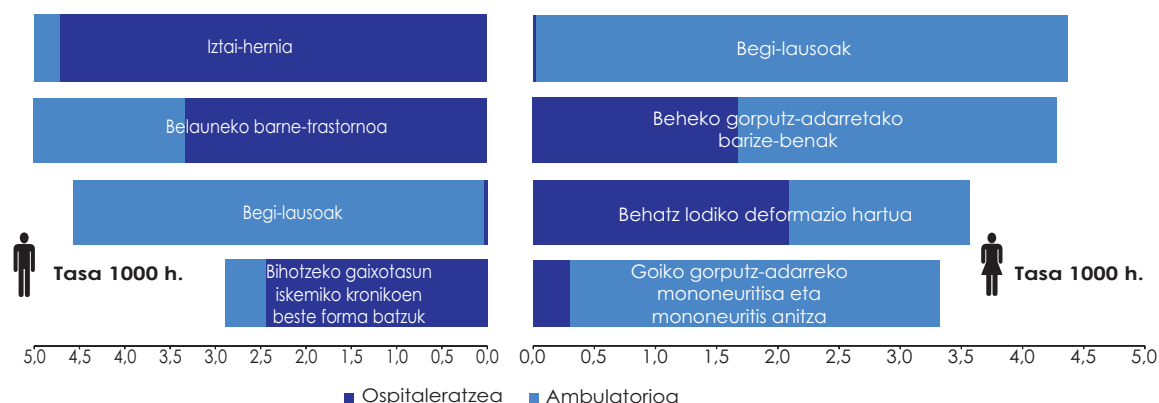


Fuente: Eustat. Estadística de Morbilidad Hospitalaria.

25 eta 44 urte arteko tartean, hau da, emakumeen ugalkortasun-aldian haurdunaldiari, erditzeari eta erditze ondokoari lotutako arrazoiak dira maizen agertzen direnak (ospitaleko asistentzien % 35).

Emakume horien artean prebalentzia duten beste arrazoi batzuk honakoak izan ziren: barizeak eta utero-leiomioma. Gizonen artean, aldiz, belauneko barne-nahasteaz gainera sudur-trenkada eta iztai-hernia ere agertu dira.

31. grafikoa. Pazienteak 45-64 urteen artean maizen ematen diren patologien arabera. 2012. urtea.

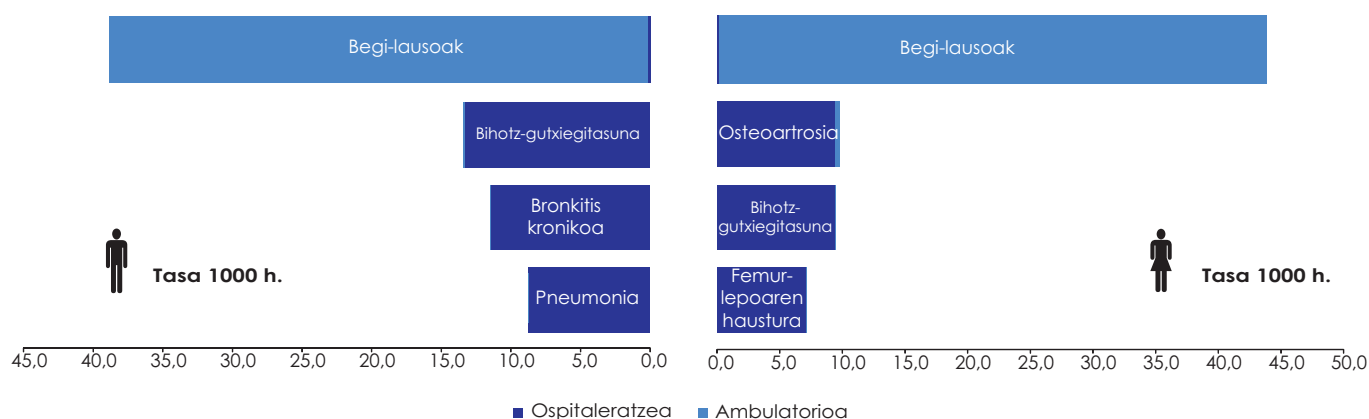


Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

45 eta 64 urte arteko helduen artean, ohiko patologiez gain (belauneko barne-nahastea, iztai-hernia eta barizeak) beste hauek ere eman dira: mononeuritisa (nerbio-sistemaren nahastea) eta behatz lodiaren deformazioa emakumeen artean; bihotzeko gaixotasun kronikoak gizoneen artean.

Neoplasiak ere sarri eman dira adin-tarte horretako pertsonen artean, haiek ospitaleratzeko hirugarren arrazoa izan baitzen. Emakumeek izan zituzten tumore gehienak bularrean eta uteroan agertu ziren; gizonek, aldiz, trakean, bronkioetan, birikan eta puxikan.

32. grafikoa. Pazienteak, 65 eta eta hortik gorako urteetan maizen ematen diren patologien arabera. 2012. urtea.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

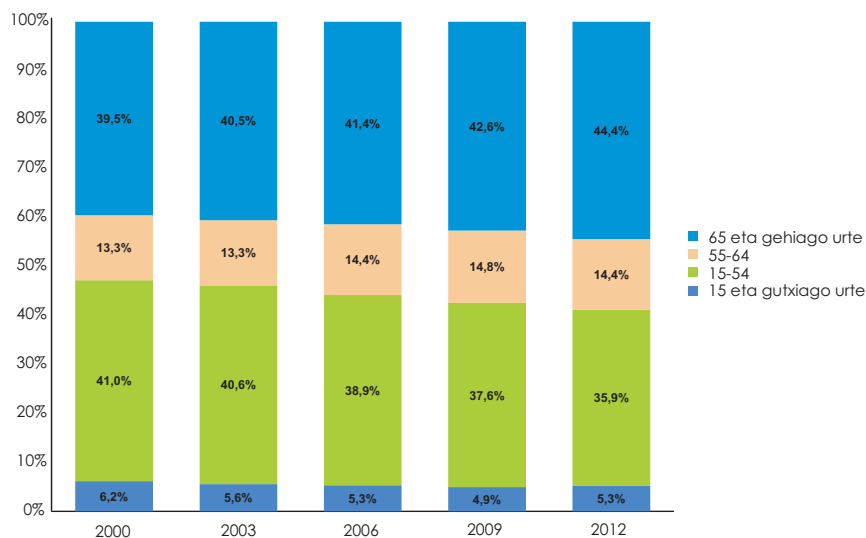
Arazo kronikoak adin-tarte guztietan eman diren arren, biztanleak zaharragoak diren adin-tarteetan sarriago agertu dira. Gizonek arnasari lotutako gaixotasun kronikoak (bronkitisak) eta gaixotasun kardiobaskularrak (bihotz-gutxiegitasuna) izan dituzte gehienbat, baina emakumeek gaixotasun osteoartikularrak.

Zahartzaroan adin horri berez dagokion patologia izan da gehien agertu dena: begilausoa. 65 urte eta gehiagoko biztanleen % 50ek gaixotasun hori duela zenbatetsi da.

3.4.3 65 urte eta gehiagoko biztanleen morbiditatea

Azken urteotan adineko pertsonen kopuruak gora egin du, biztanleak gero eta zaharragoak direlako; eta horrek osasun sisteman izan du eragin handiena. Kolektibo hau etengabe ari da hazten; izan ere, 2012. urtean alden % 44,4 izan ziren.

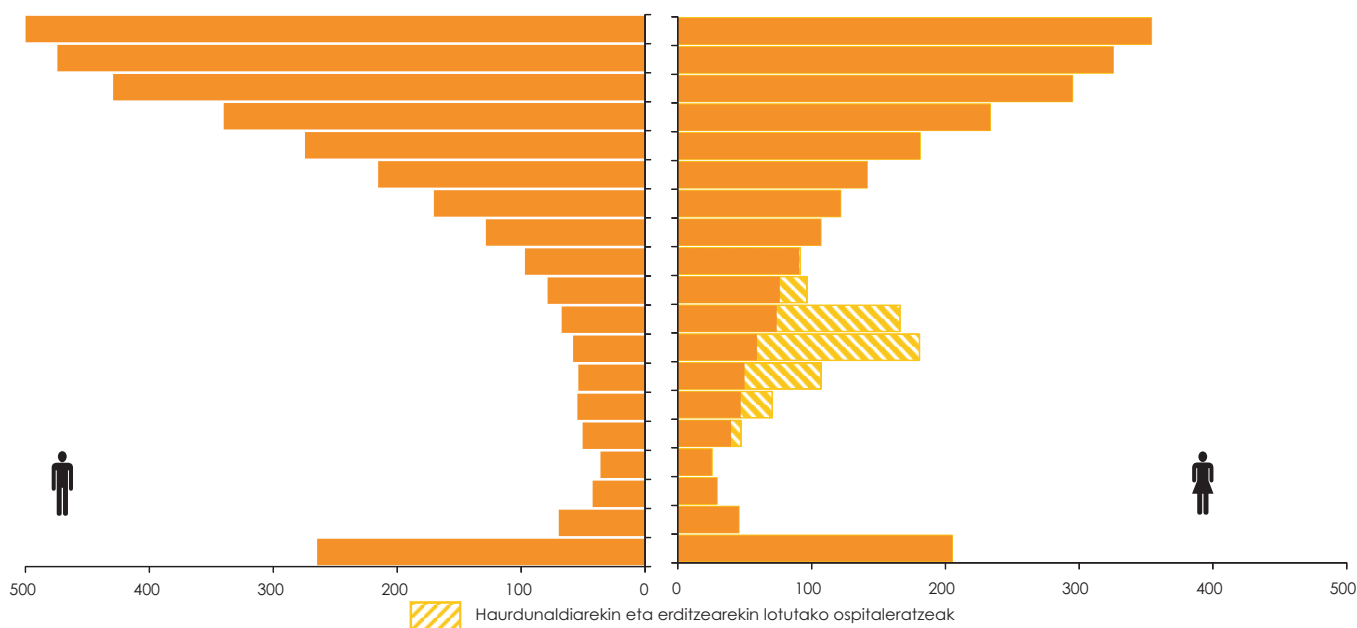
33. grafikoa. Pazienteak adin-taldearen arabera. 2000-2012 urteak.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

65 urte edo gehiagoko gaixoei gainerako biztanleek baino gehiago erabiltzen dute ospitaleko asistentzia. Zahartzeak berak dakartzan endekatze-aldaketen ondorioz daude horrenbeste alta ospitaleetan 65 urte eta gehiagoko biztanleen artean; eta biztanleak zaharragoak diren heinean tasa hori, gainera, gorantz doa.

34. grafikoa. Ospitaleetako alden tasa 1.000 biztanleko, sexua eta adina kontuan hartuta. 2012. urtea.

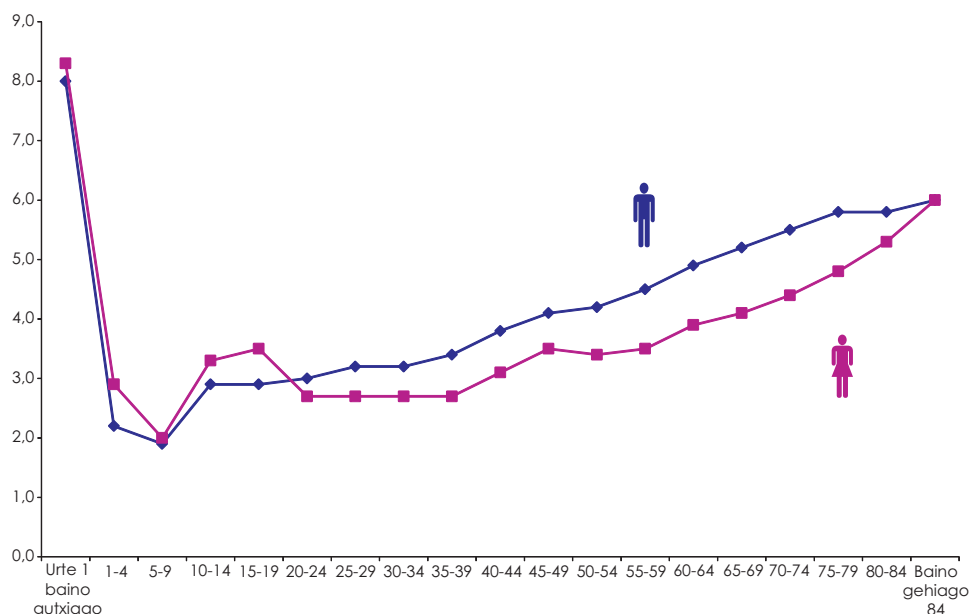


Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

65-79 urte arteko gizonen morbiditate-tasa⁽⁶⁾ 339 da, eta 80 urte eta gehiagoko biztanleen artean 493raino igotzen da. Emakumeen artean, aldiz, tasa txikiagoak eman dira: 233koa 65-79 urteko taldean eta 340koa 80 urte eta gehiago dituztenen artean.

⁽⁶⁾ Adinekoen (65 urte eta gehiago) ospitaleetako morbiditateari buruzko beste ikerketa batzuetan jasotakoari jarraituz, adin-talde bi bereizi ditugu: 65-79 urteko taldea eta 80 urte eta gehiagoko taldea.

35. grafikoa. Ospitaleetako batez besteko egonaldia, adin-taldea eta sexua. 2012. urtea.

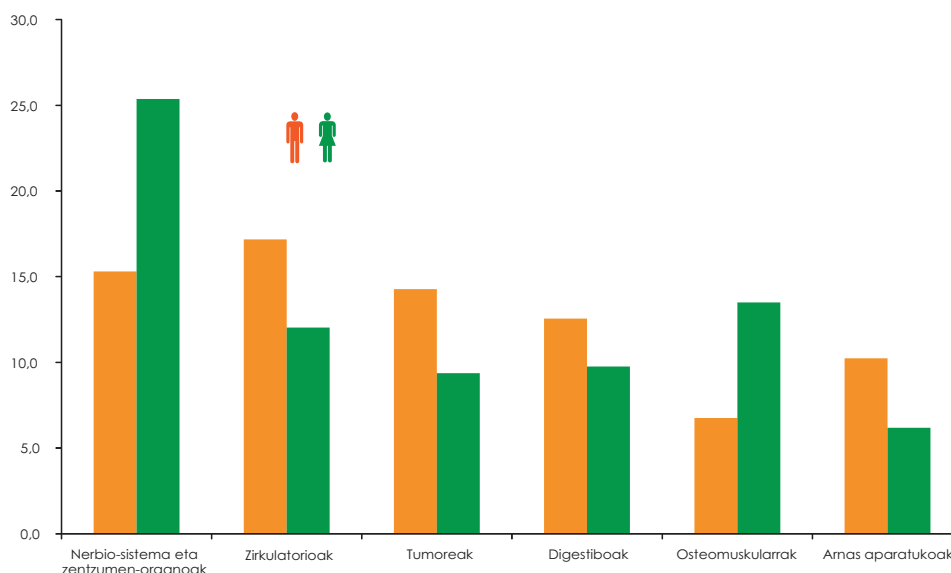


Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

Biztanle gehien dituen taldea izateaz gainera ospitaleetako morbiditate-tasa altuenak ditu eta ospitaleetako egonaldi gehien eta egonaldi luzeagoak ditu (batez ere ebakuntza osteomuskularrak eta kardiobaskularrak); adinak aurrera egin ahala horiek guztiak areagotu egiten dira gainera.

65 urtetik aurrera gaixotasun kardiobaskularrak edukitzeko arriskua gizonek nahiz emakumeek izaten dute, eta zaharragoak direnean (80 urte eta gehiago) arrisku hori areagotu egiten da, ospitaleratzeko arrazoi nagusia izateraino. Bi-hotz-gutxiegitasunak eragin du ospitaleetako hildako gehien.

36. grafikoa. Pazienteak diagnostiko-talde ugarienen eta sexuaren arabera 65-79 urte arteko pertsonen artean. 2012. urtea.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbilitatearen Estatistika.

65-79 urte arteko pertsonak gaixotzeko arrazoi nagusienak aztertzean sei patologia-multzotan sar daitezke ospitaleetako sarrera gehienak (% 68): nerbioen eta zentzu-organoen aparatua (% 20), zirkulazio-aparatuko gaixotasunak (% 15), tumoreak (% 12), digestio-aparatuko gaixotasunak (% 11) eta aparatua muskulu-eskeletikoa (% 10).

5. taula. Pazienteak ospitaleetako morbiditatearen arrazoi nagusien arabera, 65-79 urte arteko pertsonen artean. 2012. urtea.

Gizonak		Emakumeak	
Diagnostiko nagusia	Kasuak	Diagnostiko nagusia	Kasuak
Begi-lausoak	4.785	Begi-lausoak	7.063
Iztai-hernia	1.563	Osteoartrosia/antzeko gaixotasunak	1.965
Osteoartrosia/antzeko gaixotasunak	1.280	Behatz lodiko deformazio hartua	955
Bronkitis kronikoa	1.264	Kolelitiasia	837
Bihotz-gutxiegitasuna	1.124	Erretinako beste arazo batzuk	675
Bihotzeko gaixotasun iskemiko kronikoen beste forma batzuk	1.022	Bihotz-gutxiegitasuna	674
Prostatiko neoplasia gaiztoa	946	Disritmia kardiakoak	603
Disritmia kardiakoak	880	Zehaztutako zenbait prozeduretako konplikazioak	585
Maskuriko neoplasia gaiztoa	854	Genitaleetako prolapsioa	522
Gainerakoak	32.511	Gainerakoak	24.459
Guztira	46.229	Guztira	38.338

turria: Eustat. Ospitaleetako Morbiditatearen Estatistika.

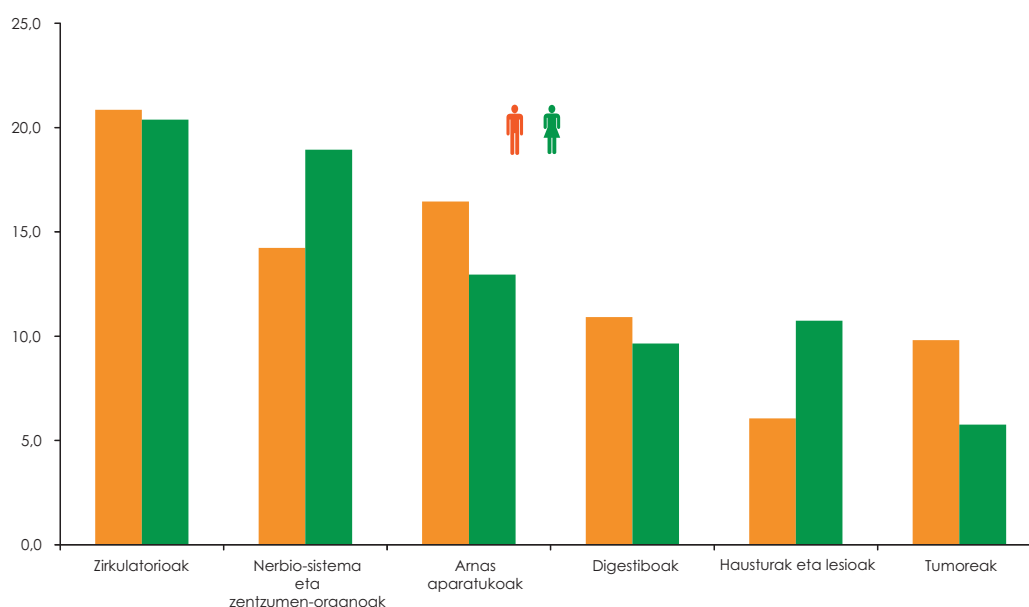
Begi-lausoa eta mononeuritisa (azken hori batez ere emakuneen artean) sarri agertu diira adintarte honetan eta, ondorioz, nerbio eta zentzu-organoen sistemako gaixotasunak izan dira ospitaleratzeke arrazoi nagusia.

Adinak gora egin ahala beste gaixotasun batzuk ere agertzen dira: osteoartrosia eta bihotzeko gaixotasunak (bihotz-gutxiegitasuna eta bihotzeko disritmiak).

Adin-tarte honetan tumoreek prebalentzia handiagoa izan dute gizonen artean (prostata eta maskuria), baita arnas aparatuko gaixotasunak ere (trakea, bronkioak eta birika); zuzenean daude lotuta, gainera, biztanle hauek ospitaleetan hiltzeko arrazoi nagusienekin.

Behatz lodiaren deformazioa, zahartzaro aurreko adinetan agertzen dena, eta kolelitiasia (besikula-harriak) sarriago agertu dira 65 urte eta gehiagoko emakumeen artean.

37. grafikoa. Pazienteak diagnostiko-talde ugarienen eta sexuaren arabera 80 urte eta gehiagoko pertsonen artean. 2012. urtea.



Iturria: Ospitaleetako Morbiditatearen Estatistika.

Adinak aurrera egin ahala (80 urte eta gehiago), ospitaleetako morbiditate-eredua aldatzen doa. Bi generoen kasuan zirkulazio-aparatuko gaixotasunak dira ospitaleratzeko arrazoi nagusia (alta guztien % 21), eta garrantzitsuenak dira bihotz-gutxiegitasuna eta garuneko arterien buxadura.

6. taula. Pazienteak ospitaleetako morbiditatearen arrazoi nagusien arabera, 80 urte eta gehiagoko pertsonen artean. 2012. urtea.

Gizonak		Emakumeak	
Diagnostiko nagusia	Kasuak	Diagnostiko nagusia	Kasuak
Begi-lausoak	2.335	Begi-lausoak	4.040
Bihotz-gutxiegitasuna	1.333	Bihotz-gutxiegitasuna	1.718
Bronkitis kronikoa	841	Femur-lepoaren haustura	1.410
Zehaztu gabeko organismoak eragindako pneumonia	795	Arnas aparatuko beste gaixotasun batzuk	865
Arnas aparatuko beste gaixotasun batzuk	573	Garuneko arterien buxadura	743
Uretrako eta gernubideetako beste alterazio batzuk	534	Disritmia kardiakoak	694
Sintoma orokorrak	532	Zehaztu gabeko organismoak eragindako pneumonia	687
Disritmia kardiakoak	515	Uretrako eta gernubideetako beste alterazio batzuk	669
Gainerakoak	22.761	Gainerakoak	24.459
Guztira	30.219	Guztira	38.338

turria: Eustat. Ospitaleetako morbiditatearen Estatistika.

Bihotz-gutxiegitasuna sarriago eman da 80 urte eta gehiagoko pertsonen artean, eta begi-lausoaren atzetik, ospitaleratzeko eta hiltzeko arrazoi nagusia izan da; garuneko arterien buxadura ere gertatu da sarriago, batez ere adin horretako emakumeen artean.

Arnas aparatuko gaixotasun gehiago izan da, patologia infekziosoekin gainera, bronkitis kronikoa eta pneumonia esaterako (azken honen ondorioz hil da pertsona gehien ospitaleetan).

Izter-lepoaren haustura ("aldaka" bezala ezagutzen denarena) oso lesio ohikoa da adin aurreratuko emakumeen artean; askotan ospitalera joan beharra dakar gainera, eta ospitaleko egonaldi luzeak eragiten ditu (batez beste 11 egun).

7. taula. Prozedura kirurgiko ohikoenak 65 urte eta gehiagoko pertsonen artean. 2012. urtea.

Prozedurak	GUZTIRA Maiztasuna	GIZONAK %	EMAKUMEAK %
Kristalinoko ebakuntzak	18.272	39,1	60,9
Egitura artikularra konpontzeko ebakuntzak eta egitura artikularren gaineko ebakuntza plastikoak Artikularra	5.405	35,2	64,8
Hernia-konponketa	3.198	75,4	24,6
Erretinako, koroideetako, gorputz beirakarako eta atzeko ganberako ebakuntzak	2.733	41,8	58,2
Hausturak eta lokadurak murriztea	2.494	19,6	80,4
Larruazaleko eta azalpeko ehunetako ebakuntzak	2.304	53,6	46,4
Beste inon sailkatu gabeko prozedurak eta interbentzioak	2.163	69,9	30,1
Behazun-xixkua eta behazun-bideko ebakuntzak	2.111	49,2	50,8
Bihotzeko eta perikardioko beste ebakuntza batzuk	1.973	62,6	37,4
Prostatatko eta semen-besikulako ebakuntzak	1.893	100,0	0,0
Gernu-maskuriko ebakuntzak	1.870	80,9	19,1
Beste hezur batzuetako ebakia, eszisia eta zatiketa	1.481	16,3	83,7
Giltzaduretako egituren ebakidura eta eszisia	1.381	43,2	56,8
Hodietako ebakuntzak	1.347	73,9	26,1
Hodietako ebakiak, eszisiak eta oklusioak	1.250	46,6	53,4
Nerbio kranialeetako eta periferikoetako ebakuntzak	1.115	33,0	67,0

Iturria: Eustat. Ospitaleetako Morbiditatearen Estatistika.

65 urte eta gehiagoko gaixoei egindako prozedura kirurgiko ohikoenak begi-lausoena eta artikulazioen egitura konpontzeko ebakuntzak izan dira (batez ere belaunean eta aldakan); azken hauek batez ere emakumeen artean eman dira eta egonaldi luzeagoak eragin dituzte (batez beste 8 egun). Gizonen artean, aldiz, gehien eman direnak herniaren konponketa eta apartu kardiobaskularreko (bihotza eta perikardioa) ebakuntzak izan dira.

4. OSASUN SISTEMA

4.1 PREBENTZIO-NEURRIAK

4.1.1 Gripeareen aurkako txertaketak

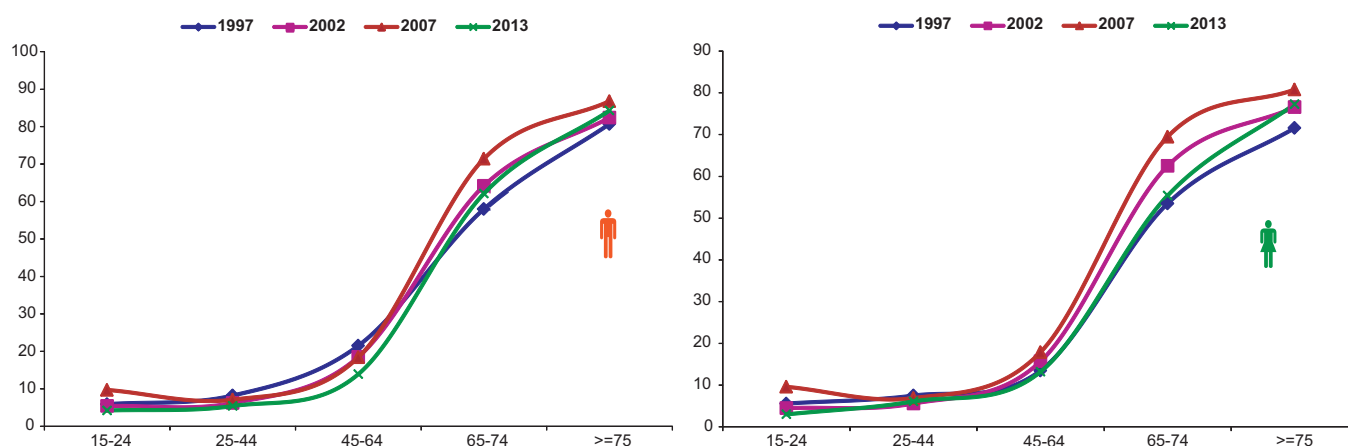
Gripea gaixotasun infekziosoa da eta edozein pertsona kutsa dezake. Oro har onbera da, baina arazo larriak sor ditzake biztanle-talde jakin batzuegan, gripea hartuz gero arazoak edukitzeko arrisku handiko pertsonak direlako edo horrelako pertsonekin kontaktuan egon eta kutsa daitezkeelako. Horregatik gomendatzen die Osasun Sailak immunizatzeko pertsona hauei: 65 urtetik gorakoak, bihotz-hodietako edo biriketako gaixo kronikoak, diabetikoak, haurdunak, 2 urtetik beherako haurrak eta osasun zentroetako langileak.

Urteak igaro ahala gero eta pertsona gehiagok hartzen ditu prebentzio-neurriak, 50 urterainoko pertsonak ere bai; hori gorabehera, 2013ko osasunaren gaineko azken inkestan jasotzen da gripeareen aurkako txertoa hartu duen pertsona kopurua, gizonena nahiz emakumeena, murriztu egin dela. 2007. urtean, 65-74 urte arteko gizonen % 71k eta emakumeen ia % 70k gripeareen aurkako txertoa jarri zuen; 2013. urtean, aldiz, kopuru horiek % 69 eta % 55 izan ziren hurrenez hurren.

Alabaina, Adierazi Beharreko Gaixotasunen (ABG) gaineko datuen arabera 2013. urtean gripe-kasu gehiago izan zen (2012. urtearekin alderatuta % 20 gehiago). Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) eta Europar Batasunak (EB) 65 urtetik gorako biztanleen % 75 immunizatzeko gomendatzen dute. Gaixotasunen Prebentzio eta Kontroleko Europako Zentroaren azken txostenean jasotzen da Holandak bakarrik lortu duela 65 urtetik gorako biztanleen % 75ek txertoa jartzea.

EAEn betetzen da EBk gomendatutako % 75eko txertaketa adin gehien dutenen artean, 75 urteko eta gehiagoko biztanleen artean, hain zuzen ere; adin-tarte horretako gizonen % 84k eta emakumeen % 77k jarri ohi du txertoa. Adituen ustez lehen arreta ematen duten langileak (familia-medikua eta erizainak) funtsezkoak dira gripeareen aurkako txertoa jarri behar dela gomendatzeko; baina biztanle gazteenen artean familia, inguruko pertsonak eta komunikabideak ere badira funtsezkoak.

1. grafikoa. Gripeareen txertoa jarri duten pertsonak, sexua eta adin-tartea kontuan hartuta (%). 1997-2002-2007-2013 urteak.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

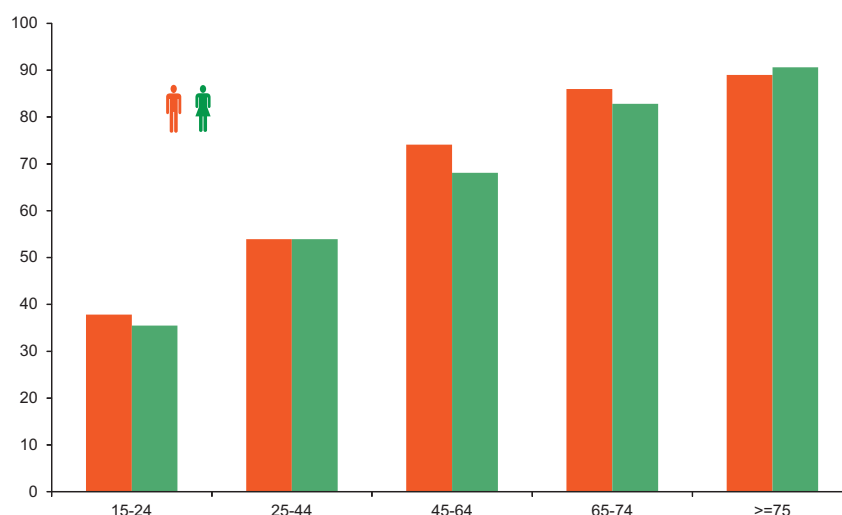
4.1.2 Tentsio arteriala

Hipertentsioa da kardiopatiak eta garun-hodietako istripuak sortzeko faktore nagusietako bat, eta oro har garaia baino lehenagoko heriotzak eta desgaitasuna eragiten dituen arrazoi garrantzitsuenak da. Ikertzaileen esanetan gaixotasun horrek urtean ia 9,4 milioi heriotza eragiten ditu mundu osoan, bihotzeko gaixotasunengatik. Giltzurrun-gutxiegitasuna eta itsutasuna izateko arriskua ere areagotzen du.

2013ko apirilaren 7ko Osasunaren Mundu Eguna ospatzeko Osasunaren Mundu Erakundeak (OME), “Neurtu tentsio arteriala, murriztu arriskua” leloarekin, hipertentsioari aurrea hartzeko eta kontrolatzeko ahaleginak areagotzeko deia egin zuen. Tentsio arteriala neurtzeko ohitura hartzen bada pertsonen zein tentsio duten jakin dezakete eta, horrela, kontrolpean edukitzeko neurriak har ditzakete. Beraz, horrela eginez gero, osasun arazo ugari aurrea hartu ahal zaie.

Pertsonen adinak aurrera egin ahala prebentzio-neurri hori sarriago ematen da, eta gaixotasunaren eta horretarako tratamenduaren ezagutzak ere handiagoak dira; EAEOn jaso da 65-74 urte arteko pertsonen % 86k neurtu zutela tentsioa, eta ehuneko hori are handiagoa da (% 90) 75 urte eta gehiagoko pertsonen artean.

2. grafikoa. Osasuneko profesional batek azken 12 hilabeteetan tentsio arteriala hartu dien pertsonen prebalentzia (%), sexuaren eta adinaren arabera. 2013. urtea.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEOn).

4.1.3 Mamografiak

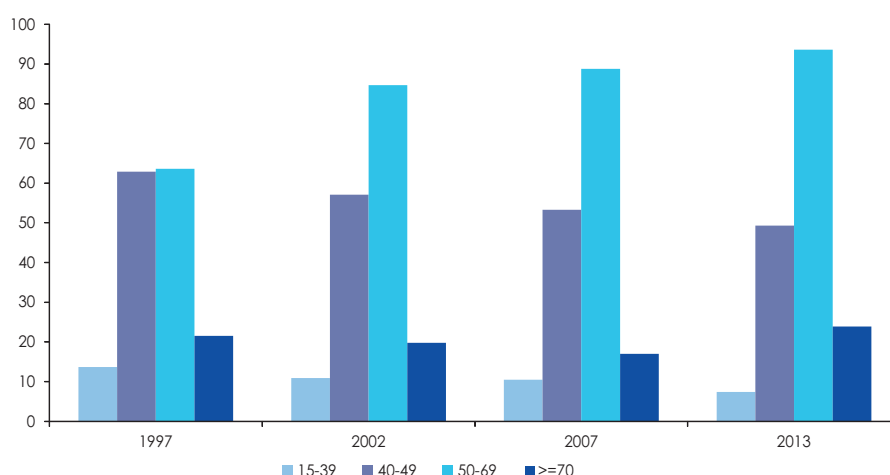
EAEEn. 1997. urteaz geroztik, Bularreko Minbizia Goiz Detektatzeko Programa (BMGDP) eskaintzen du Osakidetzak. Hasieran 50 eta 64 urte arteko emakume guztiei zegoen zuzenduta. 2006. urtean adin hori 69 urteraino luzatzea onartu zen, eta 2011. urtean 40-49 urteko emakumeak ere sartzea erabaki zen, baldin eta azken hauen lehen mailako senideek bularreko minbizia izan badute.

Heriotza-datuengatik da garrantzitsua programa hori. 2012. urtean bularreko tumore gaiztoa izan zen emakumeak hiltzeko zortzigarren arrazoia, baina lehenengoa 40-49 urte arteko emakumeen artean. Datuen arabera, gainera, 80-89 urtekoen artean ere gorakada izan da.

Ospitaleetako morbiditate-datuek erakutsi dute bularreko tumorea dela emakumeen artean sarrien agertzen dena, eta bereziki 50-54 eta 65-74 urteen artean. 2013ko Osasun Inkestaren arabera ehuneko 8 puntutik gora igo da EAEEn azken hiru urteetan mamografia bat egin duten emakumeen kopurua.

50-69 urte arteko emakumeen % 93,6k (BMGDParen oinarritzko taldea) mamografia bat egin du; 50 urtetik beherakoan artean ehunekoa jaitsi egin da, baina datu honek bat egiten du espezialista batzuek egindako gomendioarekin: arrisku gutxien duten biztanleen artean probak egitean hautapen-irizpideak ezarri behar direla, beharrezkoak direnak bakarrik egin daitezten.

3. grafikoa. Azken hiru urteetan mamografia egin duen emakumeen kopurua. 1997-2002-2007-2013. Urteak.



Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

4.1.4 Zitologiak

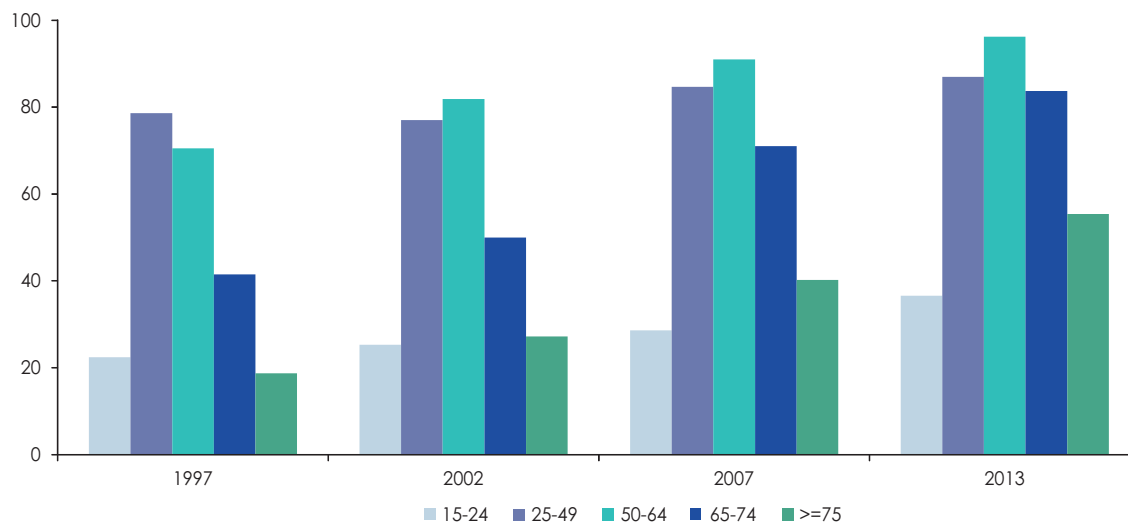
Cervix-eko minbizia (utero-lepoko minbizia bezala ere ezagutzen dena) neoplasia bat da, eta intzidentzia txikia du EAEn: 92 kasu berri izan ziren 2009an⁽¹⁾ (ugaltze-aparatuko minbizien artean hirugarrena, uterokoaren eta obulutegikoaren atzetik) eta 26 emakume hil ziren (heriotzen azken datuaren arabera 2012. urtean 29 emakume).

Giza papilomaren birusaren aurkako txertoei esker tumore mota horrek eragindako heriotzen kopuruak behera egingo duela aurreikusi da; izan ere, txerto horren helburua da birus horrek eragindako infekzioak murriztea eta cervix-eko minbizian izan ditzakeen ondorioak ere murriztea. Cervix-eko minbiziaren agerpena txikia izan arren kontuan hartu behar da emakume gazteei eragiten diela eta, beraz, goizegi datorren eta osasun aldetik saihesteko modukoa den morbiditatea eta heriotza dakartzala.

Jakina da lepoko zitologiaren bidez cervix-eko minbiziaren baheketa egiten bada heriotza kopurua murriztu egiten dela. Nazioarteko azterlanek horixe erakutsi dute: cervix-eko minbiziaren intzidentzia eta heriotza-tasak txikitzen eraginkorrak diren herrialdeek biztanleak oinarritzat dituen programa bat ezarri dute eta %80tik gorako estaldurak lortu dituzte. Hori dela eta, oinarri diren biztanleen baldintzak betetzen dituzten emakumeen (25 urtetik 65 urterainoko emakumeak) estaldura-tasak hobetzea izango da aurrerantzeko erronka.

⁽¹⁾Minbiziaren intzidentzia Euskal Autonomia Erkidegoan 2008-2009" txostena, Osasun Sailak egina (Erregistroetako eta osasun-informazioko zerbitzuak).

4. grafikoa. Azken bi urteetan zitologia egin duen emakume kopurua. 1997-2002-2007-2013 urteak.

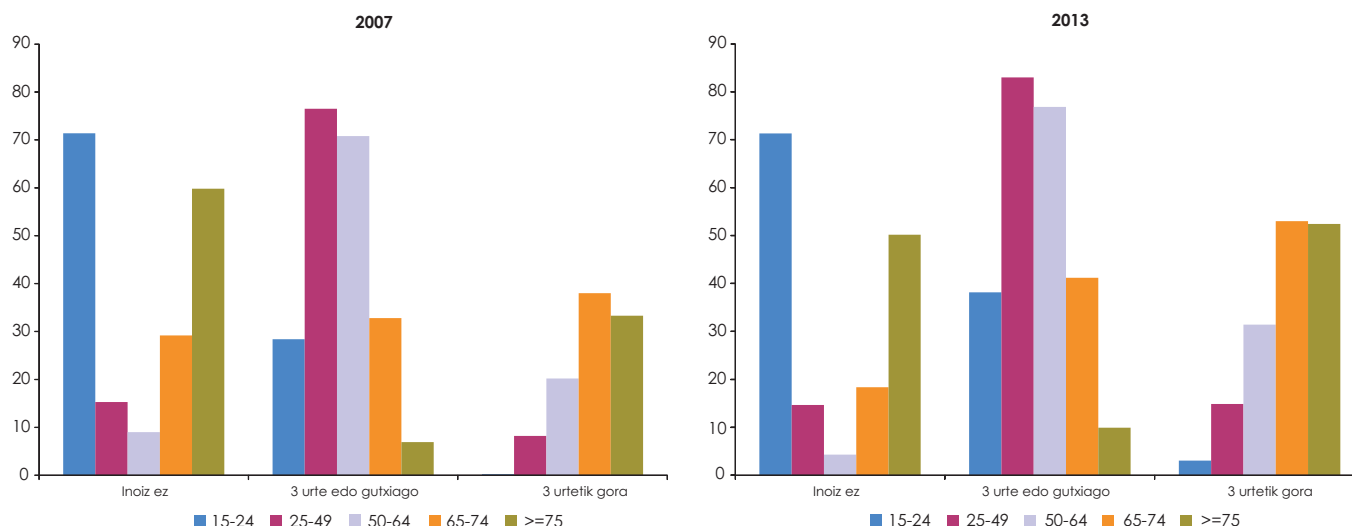


Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

2013ko Osasun Inkestako datu berrien arabera emakumeen % 79,7k egin zuten zitologia, hau da, 2007. urtean baino (% 73,4) emakume gehiagok. Gehikuntza hori oinarri diren biztanleen multzoan gertatu zen batez ere: 25-49 urteko emakumeen % 87 eta 50-64 urteko % 96.

Adin guztietan gehitu da zitologia egin duten emakumeen kopurua; baina maiztasun jakin batekin (aurreko hiru urteetan) egiten duten emakumeen kopurua murriztu egin da eta maiztasun txikiagoarekin (3 urtetik gorakoa) egiten dutenen kopurua gehitu egin da.

5. grafikoa. Emakumeen banaketa, ehunekoetan, adin-taldea eta zitologia egin zuten urtea kontuan hartuta. 2007 eta 2013 urteak.



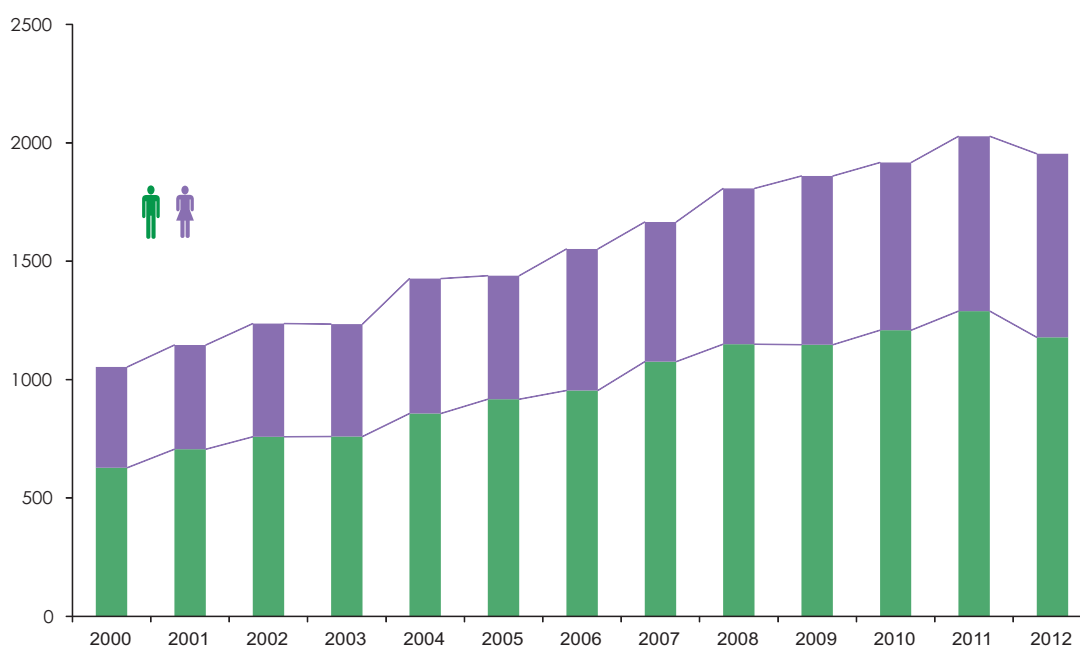
Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

4.1.5 Kolon edo ondesteko minbiziaren baheketa

Oro har biztanle guztien artean gehien agertzen den tumorea kolon edo ondesteko minbizia da; emakumeen artean bu-larreko minbiziaren atzetik bigarrena da eta gizonen artean birika eta prostatakoen atzetik hirugarrena. 2009. urtean kolon edo ondesteko minbiziaren⁽²⁾ 1.965 kasu berri erregistratu ziren Euskadin (1.242 gizon eta 723 emakume), hau da, 2008. urtearekin alderatuta (1.876 kasu: 1.230 gizon eta 646 emakume) ia % 5 gehitu zen kasu kopurua (1.230 gi-zonezko eta 646 emakumezko).

Koloneko minbizia diagnostikatuta ospitaleratu diren pertsonen kopurua asko gehitu da azken hamahiru urteetan (2000-2012); zehazki, 2012. urtean, maskurikoaren atzetik, gehien tratatu zen bigarren tumorea izan zen. Tumoreak intzi-dentzia handiagoa du gizonengan emakumeengan baino, eta adina arrisku-faktore garrantzitsua da 50 urtetik gora. Gainera, tumoreen ondorioz hildakoen artean koloneko tumorea izan da bigarren arrazoia.

6. grafikoa. Koloneko tumoreagatik alta hartu duten gaixoen bilakaera. 2000-2012 urteak.



Iturria: Eustat. Ospitaleetako morbiditatearen estatistika.

Testuinguru horretan, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak kolon edo ondesteko minbiziaren detekzio goiztiarra egiteko programa bat abiarazi zuen Euskadin 50 eta 69 urte arteko gizon eta emakumeei zuzenduta⁽³⁾, oinarritzat hartu bait-zuen arrazoi horren ondorioz hildakoen kopurua % 16-33 murriztu daitekeela, eta are gehiago, minbizi bilakatu aurreko polipoak kenduz gero aurrea hartu dakiokela. 2013ko Osasun Inkestako datuen arabera, oinarri ziren biztanleen % 80 inguruk (50-69 urte artekoak eta bi sexuetakoak) hartu dute parte programa horretan.

⁽²⁾ Kolon edo ondesteko minbiziak GNS 10eko kodeak (C18-C21) ditu: koloneko minbizia, ondeste-sigmoidea, ondestekoa eta uzki-uzki bidekoa. Osa-sun Sailak (Erregistroetako eta Osasun-informazioko Zerbitzuak) egin duen "Minbiziaren intzidentzia Euskal Autonomia Erkidegoan 2008-2009" ize-neko txosteneko datuak dira horiek.

⁽³⁾ Kolon edo ondesteko minbizia bahetzeko programa 2008ko maiatzean onartu zen, eta 2009. urtean jarri zen martxan.

4.2 BALIABIDEAK

4.2.1 Osasun zentroak

Ospitaleez kanpoko asistentziarako (ospitaleetatik kanpo ematen diren lehen mailako arreta eta arreta espezializatua barne) guztira 475 establezimenduko sarea izan da 2010. urtean, denak tamaina eta eduki ezberdinekoak.

Gehienak osasun zentroak izan dira (133 guztira 2010. 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 (111) ere badaude, funtzio 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.

50 zentro baino pixka bat gehiagorekin ditugu: lan-istripuetarako mutualitateak, asistentzia ematen dutenak langileek jardun profesionalaren ondorioz dituzten arriskueta, kontsultategiak, lehen mailako arretarako sarean sartzen direnak eta batzuetan espezialistaren bat (odontologoak batez ere) dutenak, eta osasun mentaleko zentroak, psikiatrikoekin batera osasun mentalaren sarean sartzen direnak.

Azkenik, premiazko arreta ematen duten 37 zentro daude: Herritarren Arretarako Guneak (HAG bezala ezagutzen direnak), osasun zentroetan daudenak, eta Larrialdiko Unitateak, zentrotik kanpoko premiazko asistentzia bideratzen dutenak: etxeko eta bide publikokoa, eta anbulatorioak edo funtzio aldetik ospitaleen menpe dauden espezialitateen zentroak (28), lehen mailako arretako diagnostikoak eta tratamendua emateko aukerak gainditzen dituzten prozesuak hartzen dituztenak.

1. taula. Ospitaleez kanpoko zentroak 2000-2010 urteak.

	2000	2004	2007	2008	2009	2010
Establezimenduak, guztira	435	450	467	472	472	475
Anbulatorioa	28	28	28	28	28	28
Kontsultategia	55	51	52	51	50	51
Osasun-zentroa	101	108	128	130	131	133
Larrialdietarako zerbitzuak	37	37	37	37	36	37
Zentro periferikoa (mediku-etxea)	118	119	112	112	112	111
Osasun mentaleko kontsultategia	47	50	50	50	51	50
Mutualitateko laguntza-zentroa	39	46	48	50	50	51
Bestelakoak	10	11	12	14	14	14

Iturria: Osasun Saila. Ospitaleez kanpoko Estatistika.

2008. urteaz geroztik, sare publikoko ospitaleez kanpoko zentroen kopurua egonkor mantendu da. Zentro-mota kontuan hartuta gorabehera batzuk egon dira, baina ez garrantzitsuak.

Bestalde, EAEn ospitaleetako arreta eman zuten 44 ospitale izan ziren 2011. urtean⁽⁴⁾: 18 ospitale publiko (11 akutuenak, 3 egonaldi ertain eta luzekoak eta 4 psikiatriko) eta 26 pribatu (18 akutuenak, 2 egonaldi ertain eta luzekoak eta 6 psikiatriko).

2. taula. Ospitaleak ohe kopuruaren arabera. 2011. urtea.

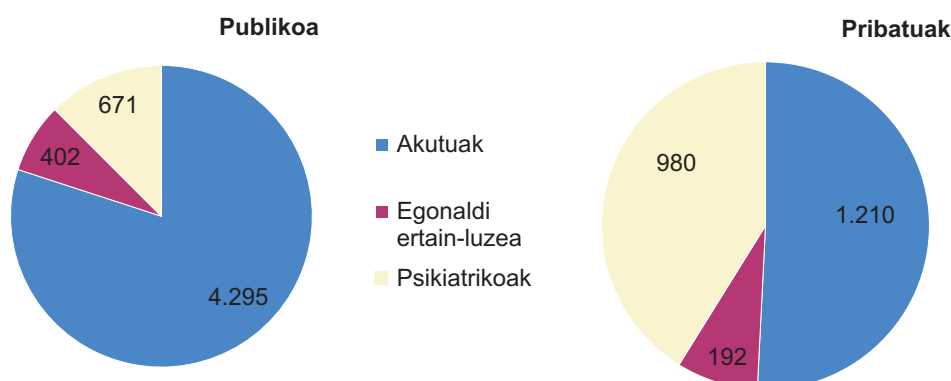
	Guztira	< 51	51 - 100	101 - 200	201 - 400	401 - 800	> 800
Guztira	44	10	10	14	4	4	2
Publikoa	18	.	2	8	3	3	2
Akutuak	11	.	1	4	1	3	2
Egonaldi ertain-luzea	3	.	1	1	1	.	.
Psikiatrikoak	4	.	.	3	1	.	.
Pribatuak							
Akutuak	18	8	6	4	.	.	.
Egonaldi ertain-luzea	2	.	.	2	.	.	.
Psikiatrikoak	6	2	2	.	1	1	.

Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

⁽⁴⁾ Ospitaleak sailkatzean bi mota bereiz ditzakegu: mendekotasun funtzionalaren arabera (zentroa kudeatzen duen pertsona fisikoa edo juridikoa), publikoak edo pribatuak izan daitezke, eta xedearen arabera (baliabide gehienak bideratzen diren asistentzia-jarduera), akutuenak, egonaldi ertain eta luzekoak eta psikiatrikoak.

Sektore publikoan pribatuan baino ospitale gutxiago dago, baina handiagoak dira: 8 ospitale publikotan 200 ohe baino gehiago daude (batez ere akutuen ospitaleetan).

7. grafikoa. Ohe kopurua, ospitaleen sailaren eta xedearen arabera. 2011. urtea.

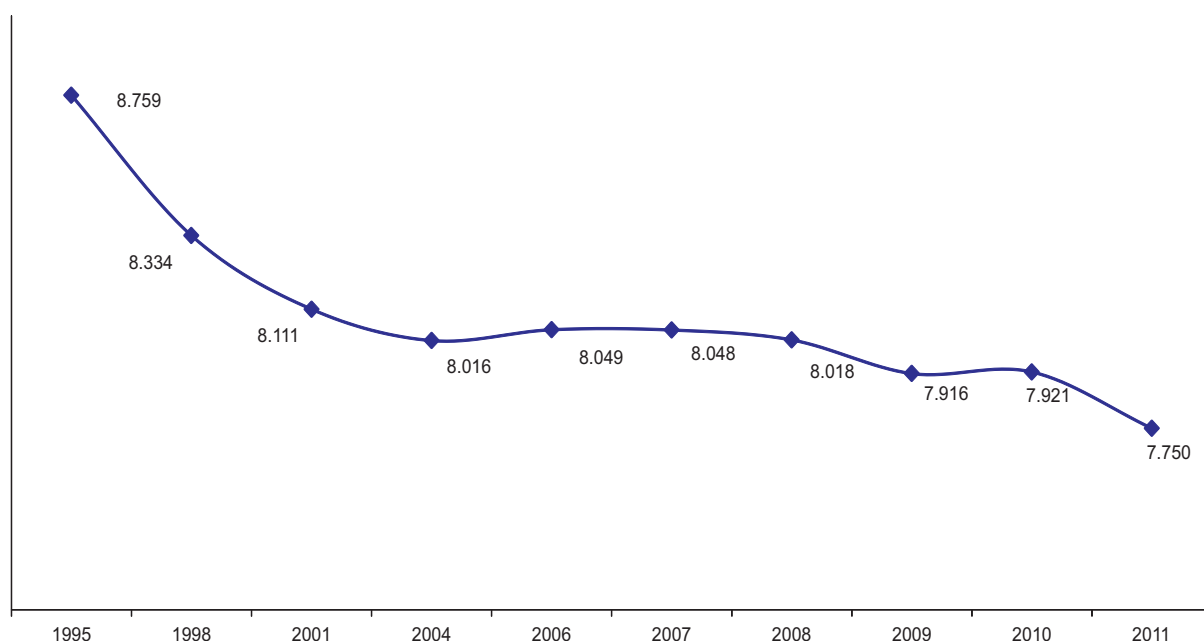


Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Ospitaleetan ohea da ospitale-zentroek dituzten baliabide materialak neurtzeko baliabide oinarritzkoena eta garrantzitsua, ospitaleratuta dauden gaixoei arreta emateko funtzioa kontuan hartuz betiere.

EAEko ospitaleetan, 2011. urtean, guztira 7.750 ohe egon dira: sektore publikoan % 69,3 eta pribatuan % 30,7. Sektore publikoan (Osakidetza) ohe gehienak (% 80) gaixo akutuen patologiak tratatzeko erabili dira, baina sektore pribatuan publikoan baino ohe gehiago dago zaintza psikiatrikoetarako.

8. grafikoa. Erabil daitezkeen oheak. 1995-2011 urteak.



Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Aztertutako aldian (1995-2011) EAEko ohe kopurua murriztu egin da, akutuen ospitale pribatuetan nahiz publikoetan. Beheranzko joera hori orokorra izan da ELGAko beste herrialde batzuetan ere, eta honako arrazoiengatik izan daiteke: medikuntzan garatutako teknologia berriei esker ospitaleratuta egoteko egun kopurua murriztu daiteke, eta ohiko ospitaleratzearekin batera beste aukera batzuk ere badaude, ebakuntza-prozedura ambulatorio gehiago dago eta etxeko ospitaleratzeak egiten dira.

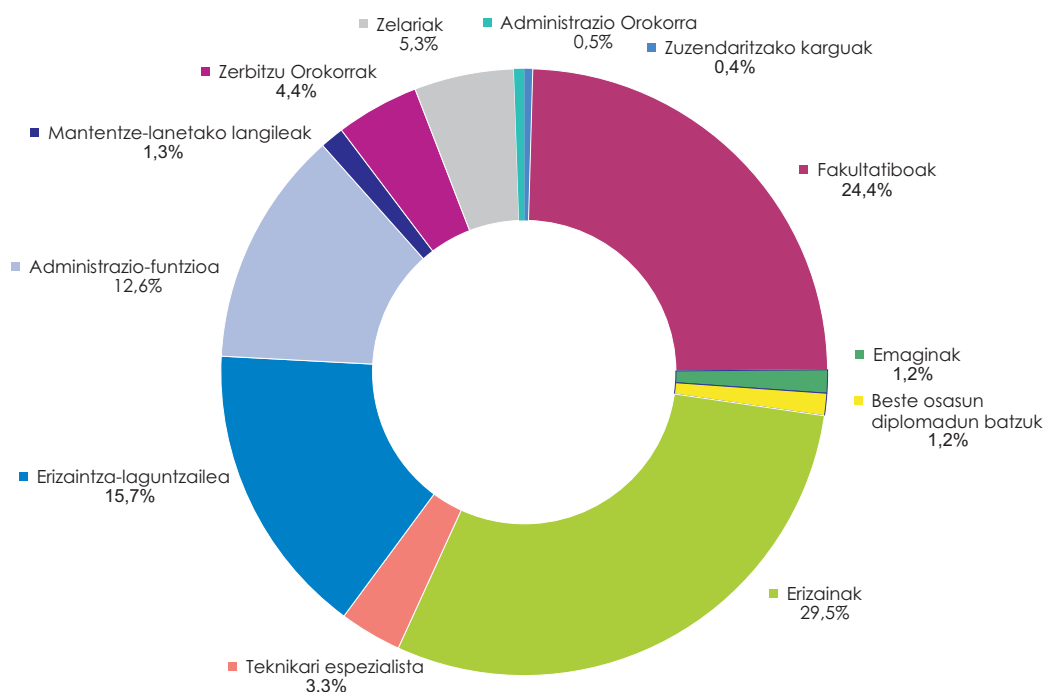
4.2.2 Giza baliabideak

Zerbitzuen sektoreko beste esparru batzuetan gertatzen den bezala, osasun sistema garatzeko elementurik garrantzitsuenetako bat giza baliabideak dira. Biztanle jakin batzuei osasun zerbitzuak ematen dizkieten pertsonen kopurua, ekoizpen-ahalmena eta ahalmen terapeutikoa zein diren jakin dezakegu horien bidez.

EAEko osasun sistema publikoaren (Osakidetza) estaldura unibertsalak hartzen ditu osasun zerbitzuetako giza baliabide gehienak. 2012. urtean, osasun sare publikoan guztira 25.814 pertsona izan ziren.

Lau langiletik hiru osasun laguntzako langileak izan dira (medikuak, erizainak, erizaintzako laguntzaileak, etab.) eta % 25 pertsonal ez-sanitarioa (administrazioa, zuzendaritza, mantentze-lanak, etab.). Osasun-laguntzako pertsonalaren barruan erizainak dira nagusi (% 29,5), gero medikuak (% 24,4) eta gero erizaintzako laguntzaileak (% 15,7).

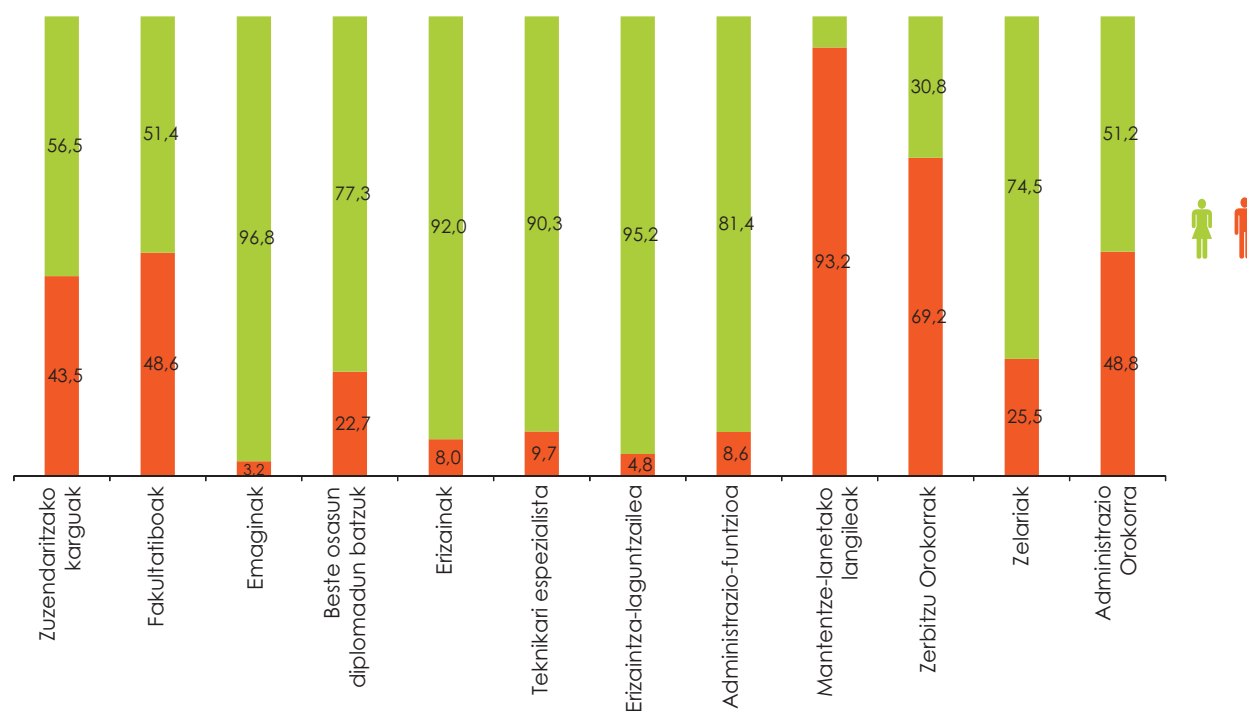
9. grafikoa. *Plantilla-banaketa talde profesionalen arabera 2012. urtea.*



Iturria: Osakidetza. 2012ko memoria.

Plantillan emakume kopuru handia dago, % 76, eta kategoria hauetan gehiengoa dira: emaginak, erizainak, teknikari espezialistak eta erizaintzako laguntzaileak.

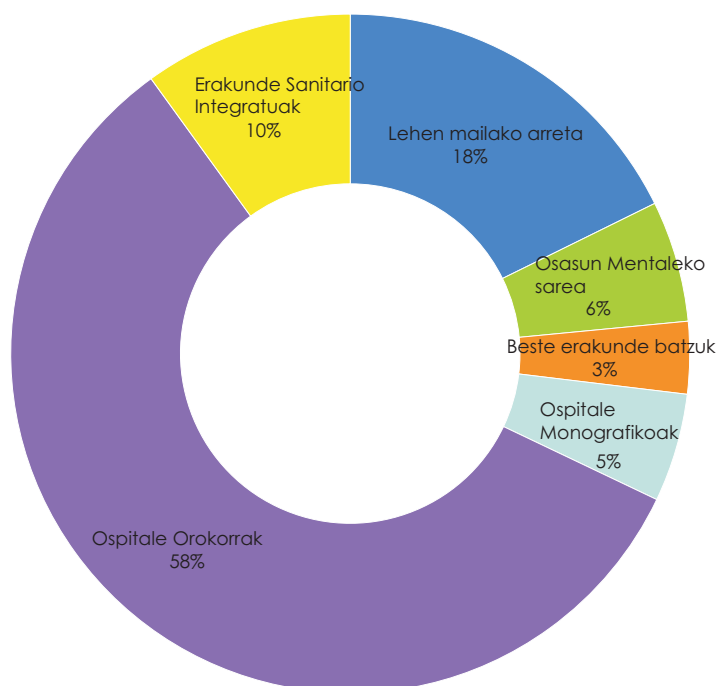
10. grafikoa. Langileen banaketa kolektibo profesionalen, sexuaren eta kategoriaren arabera. 2012. urtea.



Iturria: Osakidetza. 2012ko memoria.

Erakunde-mota kontuan hartuta, sare publikoko langile gehienek ospitaleetan egiten dute lan (% 60tik gora), % 18k lehen mailako arreta emateko zentroetan (osasun zentroak, kontsultategiak) eta % 10ek Erakunde Sanitario Integratuaren batean (ESI).

11. grafikoa. Langileen banaketa erakunde-motaren arabera (%). 2012. urtea.



Iturria: Osakidetza. 2012ko memoria.

ESla antolatze modalitate berria da; Osakidetzak sortu du, eta aldatu egiten du lehendik zegoen antolaketa: lehen mailako arreta (osasun zentroak, kontsultategiak) eta espezializatua (espezialitateen zentroak -anbulatorioak- eta ospitaleak), laguntza-erakunde desberdinak erakunde asistentzial integratu bakarrean batzeko asmoz (eskualdeko ospitalea eta horren erreferentziatzko osasun zentroak).

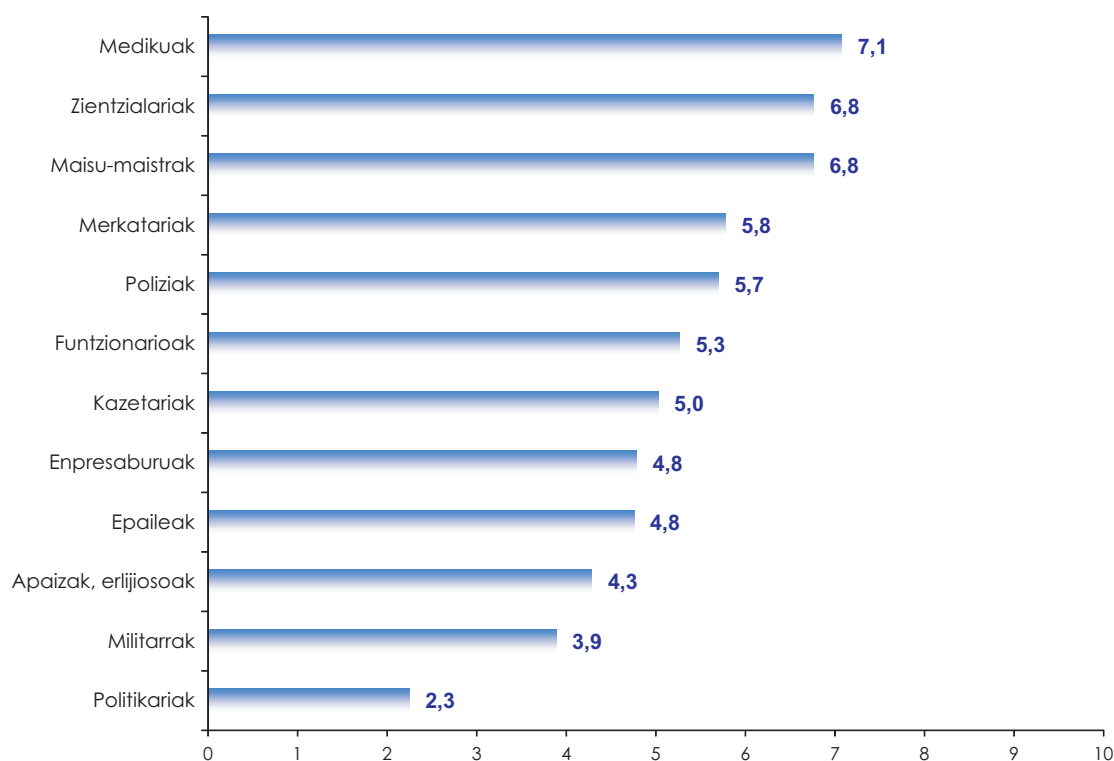
Osasun Sailak eta Osakidetzak Osakidetza osoan zabaldu nahi dute ESla eratzeko prozesua; horrela, lehen mailako arreta ematen duten eskualde guztiek erakunde bakarra osatuko dute erreferentziatzko ospitaleekin batera. Beraz, datoen urteetan gero eta ESI gehiago egongo da eta horietarako langile kopurua ere gehituko da.

Eustaten Biztanleria jardueraren arabera sailkatzeko Inkestan (BJA) jaso da 2011-2013 urteetan osasun esparruko langileen kopurua gehitu egin dela. Datu berrien arabera osasun jardueretako batez besteko okupazioa 53.100 pertsonakoa izan da 2013. urtean; hau da, 2012. urtearekin alderatuta kopuru hori % 0,76 gehitu da, aurreko urteetan kopuru txikiagoak eman baitziren (% 2,7koa 2012an eta % 2,4koa 2011n).

EJSN-2009k osasun esparruan jardueren arabera sailkatzeko hartu dituen irizpideak kontuan hartuta: 2013an lanean zeuden pertsonen % 71k ospitaleei lotutako jardueretan lan egin zuten, % 23k kontsulta medikoetan eta odontologikoetan (ospitaleez kanpoko esparruan beraz) eta % 6k osasuneko beste jardura batzuetan. Generoa bereiziz, langileen % 75 emakumea zen; orduan berriz berresten da osasun esparruan parte-hartze handia dutela.

Biztanleek osasun esparruko langileei buruz duten pertzepzioari dagokionez, Kapital Sozialari buruzko Inkestak⁽⁵⁾ erakundeengan eta profesionalengan daukagun konfiantza aztertzen du, besteak beste; bada, bertan jasotzen da lanbide desberdinak aztertuta medikuek lortu dutela puntuaziorik altuena.

12. grafikoa. Konfiantza lanbideetan (batez bestekoa). 2012. urtea.



Iturria: Eustat. 2012ko Kapital Sozialari buruzko Inkesta.

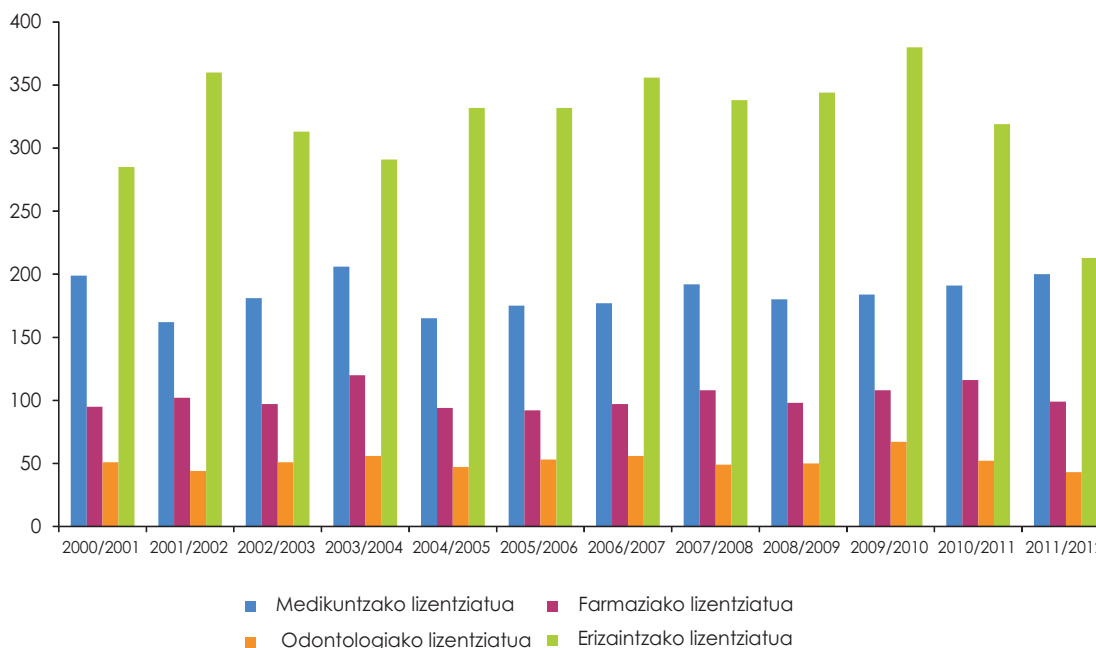
⁽⁵⁾ Iturria: Eustat. Kapital Sozialaren gaineko Inkestaren (KSI) xedea EAEko herritarren gizarte-aberastasuna ezagutzea da, honako alderdi hauek kontuan hartuta: sare sozialak; konfiantza eta elkarrekikotasuna; parte-hartzea eta elkarlana; informazioa eta komunikazioa; kohesioa; eta gizarteratzea, zoriontasuna eta osasuna. Galde-sortan inkesta betetzen duen pertsonari eskatzen zaio lanbide desberdinen gaineko konfiantza balioesteko 0-10 arteko eskalan.

4.2.3 Osasun zientzietan prestakuntza duten langileak

Guztira 769 ikaslek amaitu dituzte 2011-2012 ikasturtean osasun-zientzien ikasketak EAEko unibertsitatean; hau da, aurreko urtearekin alderatuta ikasle kopurua % 17 murriztu da, eta titulazioen artean banaketa desberdina izan dute.

Unibertsitateko tituluen artean medikuntza nabarmendu behar da, bertan bakarrik gehitu zelako lizentzia amaitu zuten ikasleen kopurua (ia % 5). Erizaintzan kontrakoa gertatu da: aurreko urteekin alderatuta ikasle kopuruan beherakada handia izan du (-% 37 izan du 2010/2011 ikasturtearekin alderatuta).

13. grafikoa. EAEko osasun zientzietako lehen eta bigarren mailako ikasketak amaitu zituzten ikasleak. 2000/2001/2011/2012 urteak.



Iturria: Eustat. Unibertsitateari buruzko estatistika.

Unibertsitateko ikasketa-motak aztertuta, 2011-2012 ikasturtean titulua lortu zuten ikasleen % 38 erizaintzako diploma-dunak izan ziren; % 36 medikuntzakoak, % 18 farmaziakoak eta % 8 odontologiakoak. Osasun zientzietako ikasketetan feminizazio-tasa handia dago (% 79), ikasketa-mota guztietan emakumeak dira nagusi: erizaintzan (% 85,4 emakumeak dira), odontologian (% 79), medikuntzan (% 76) eta farmazian (% 72).

4.3 OSASUN BALIABIDEEN ERABILERA

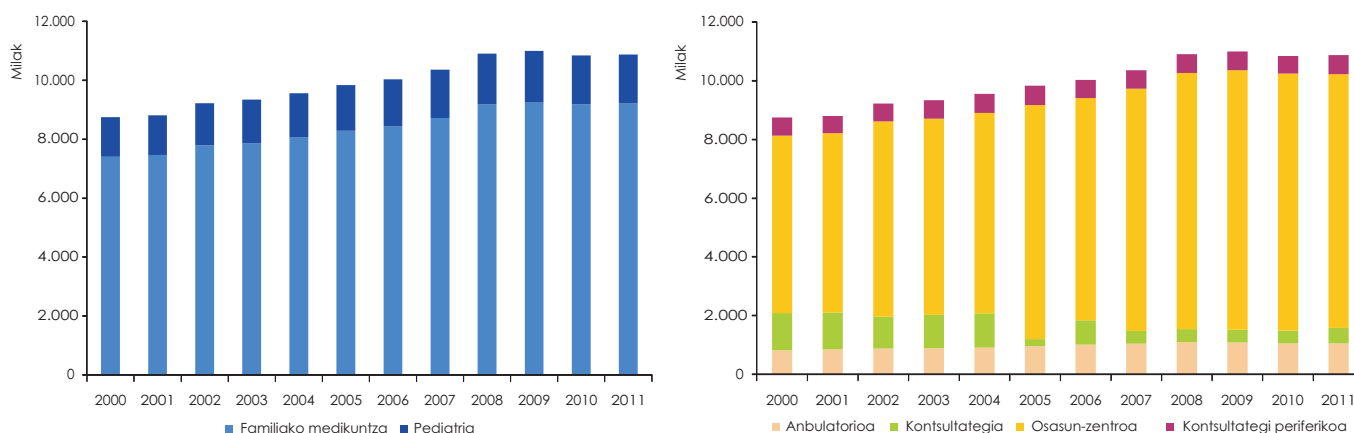
Gure osasun sisteman, osasun laguntza nahi duten herritarrek aseguru pribatua ere aukera dezakete; baina, oro har, EAEko osasun sistema publikoak (Osakidetzak) hartzen du osasun zerbitzuen eskari handiena.

Zerbitzu publikoen eskariak gorako bilakaera izan du asistentzia-eremu guztietan, eta batez ere prozedura anbulatorioekin lotuta daudenetan (ospitaleratu beharrik gabeko kirurgia). Asistentzia mota hori ez da berdina erabili sektore publikoan edo pribatuan; gaixo akutuentzako patologietan emandako lehen mailako arretari eta arreta espezializatuari lotutako oinarritzko osasun zerbitzu gehienak sektore publikokoak izan dira, baina sektore pribatuan ospitaleez kanpoko arreta espezializatua anbulatorioetan eta prozesuen ospitaleratze oso laburra edo luzea eman dira gehienbat (gaixotasun kronikoak).

4.3.1 Arreta mediko anbulatorioa. Mediku-kontsultak

Osasun Inkestaren arabera, biztanle gehienek (% 92) asistentzia-sare publikora jotzen dute lehen mailako arreta hartzera. Ospitaleez Kanpoko Estatistikan jasotako datuek erakusten dute 2006. urteaz gero urtean medikuntza orokorrari eta pediatriari lotutako 10 milioi kontsulta baino gehiago egin direla ospitaleez kanpoko sare publikoan; Osasun Zentroek hartu dute, gainera, osasun-eskari gehiena (bisiten % 80 inguru).

14. grafikoa. Medikuntza orokorreko eta pediatriako kontsultak, eta horien banaketa zentro-motaren arabera. 2000-2011 urteak.



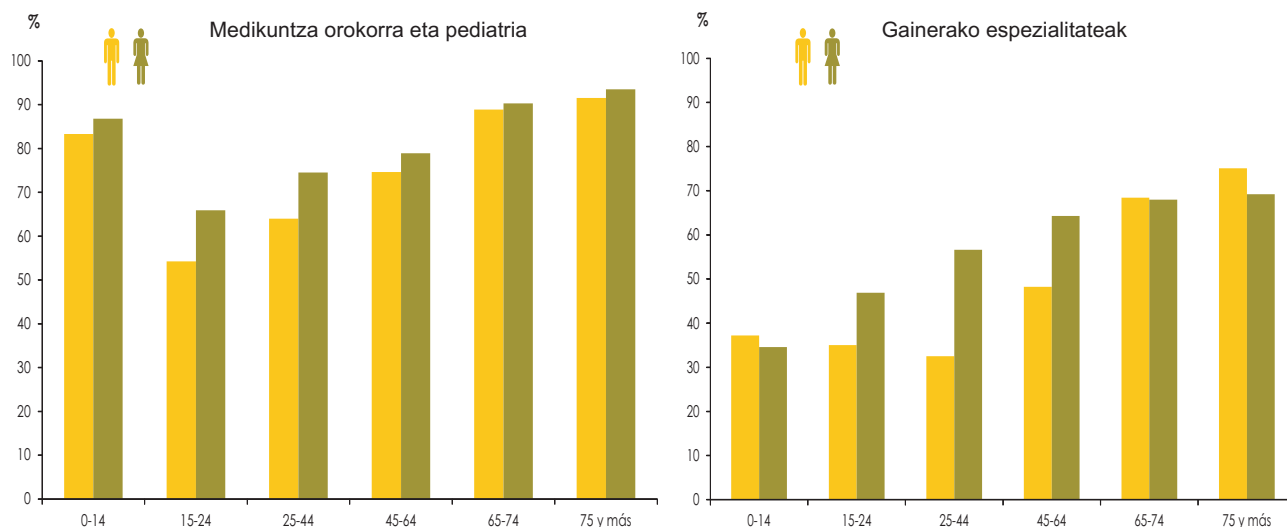
Iturria: Osasun Saila. Ospitaleez kanpoko Estatistika.

Osasunaren gainera azken inkestaren arabera (2013), emakumeak gizonak baino sarriago doaz medikuarenera: emakumeen % 87k esan zuten azken 12 hilabeteetan medikuari kontsultaren bat egin ziotela (gizonak % 78).

Adinak kontuan hartuta, adingabeak dira medikuarenera sarrien joaten direnak, besteak beste, pediatriako biztanleek al-dizka kontrolak egin behar dituztelako (hazkundeari, garapenari eta txertoei lotuta); heldutasunaren amaierako eta zahartzaroaren hasierako biztanleak ere sarri joaten dira medikuarenera. EAEOn arabera, 65 urteko eta gehiagoko pertsonen % 90etik gora joan dira urtean zehar medikuarenera.

Halaber, emakumeak gizonak baino sarriago joaten dira medikuarenera, baina gainera behin eta berriz joaten dira: emakumeen % 43 urtean hiru-bederatzi aldiz joan zen medikuarenera, eta soilik gizonen % 36.

15. grafikoa. Azken 12 hilabeteetan medikuntza orokorreko edo pediatriako kontsultaren bat eta espezialistarako kontsulta bat egin duten pertsonen proportzioa, sexua eta adina kontuan hartuta. 2013. urtea.

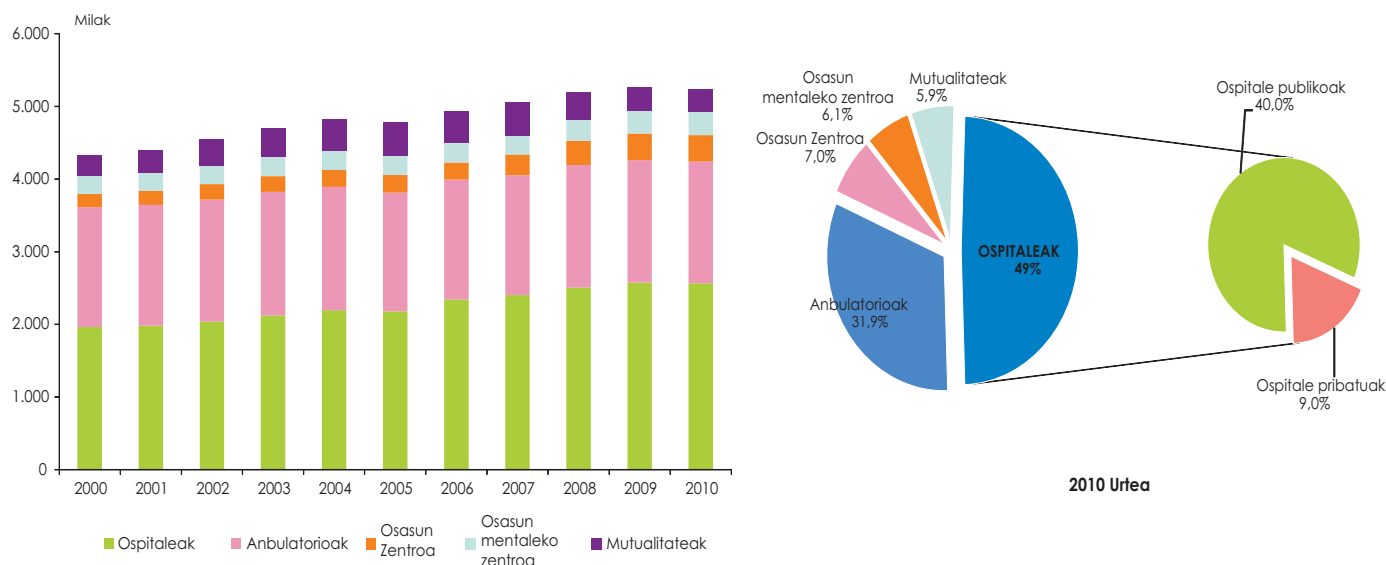


Iturria: Osasun Saila. Osasun Inkesta (EAEI).

Espezialistarenera joateko maiztasunak, aldiz, behera egin du (emakumeak % 58 eta gizonak % 44). Adin txikieneko taldeak dira espezialistarenera gutxien joaten direnak; adin gehienekoen taldeen artean, ordea, kontrakoa gertatu da (0-14 urte artekoen % 36 eta 75 urte eta gehiagokoen % 71 joan dira).

Generoa bereizita arreta espezializatuan dago alderik handiena, bereziki tarteko adin-taldeetan (25-44 urte), azken hauen artean emakumeen % 50ek baino gehiagok eskatu baitute espezialista baten kontsulta –kontuan izan behar da adin-tarte hori emakumeen ugalkortasunari lotuta dagoela–.

16. grafikoa. Arreta espezializatuko kontsultategiak, eta horien banaketa zentro-motaren arabera. 2010. urtea.



Iturria: Osasun Saila. Ospitaleez kanpoko Estatistika eta Ospitale Estatistika.

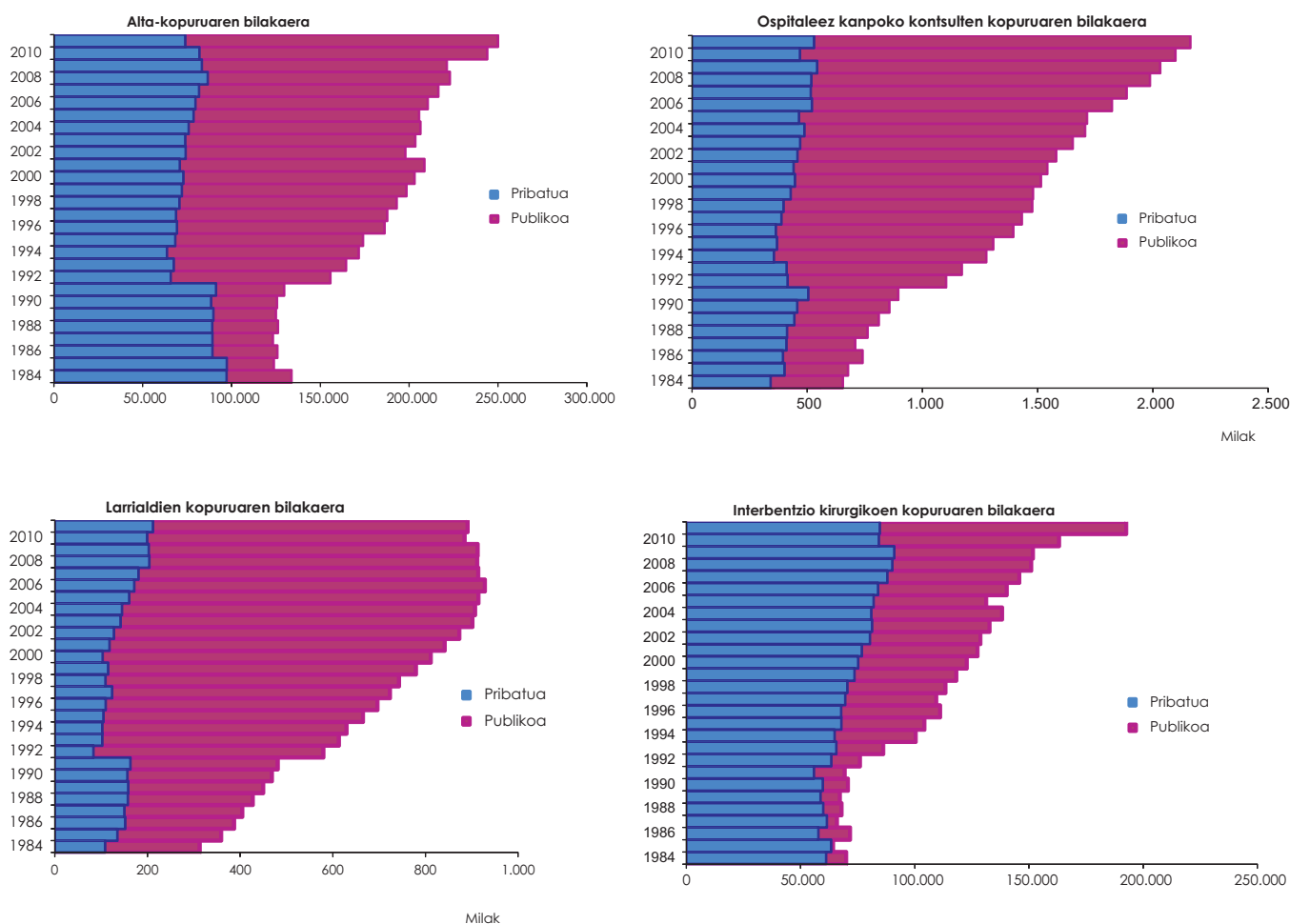
Arreta espezializatuko mediku-kontsultak lehen mailako arretako kontsulten ia erdia dira (5 milioi kontsulta inguru) eta ia % 50i ospitalean ematen zaie arreta. 2013ko Osasun Inkestan jasotzen da laguntza mediko espezializatuaren bila sektore pribatura doazen pertsonen proportzioa (% 17) lehen mailako arretako proportzioa (% 4) baino handiagoa dela.

2011. urtean EAEko 382.610 pertsonak izan zuten osasun aseguru, Aseguru Libreko Erakundeen gaineko Estatistikak (ALE)⁽⁶⁾ emandako datuen arabera, eta horietako gehienek (% 90) osasun laguntza orokorreko estaldura ematen dien aseguru medikoa kontratatuta duten arren, lehen mailako arreta eta ospitaleko arreta zerbitzuak estaliz, osasun laguntza espezializatua eskatzen dute gehienbat.

4.3.2 Ospitaleko arreta

Ospitaleko jarduerak azken hiru hamarkadetan izan duen bilakaera aztertu da eta ikusi da osasun zerbitzuen kontsumoa etengabe gehitu dela laguntza eremu guztietan (ospitaleratzea, kanpoko kontsultak, jarduera kirurgikoa); horrez gain, zerbitzu horiek emateko gehienetan sektore publikoa aukeratu da.

17. grafikoa. Ospitaleetako asistentzia eremu nagusien bilakaera. 1984-2011 urteak.

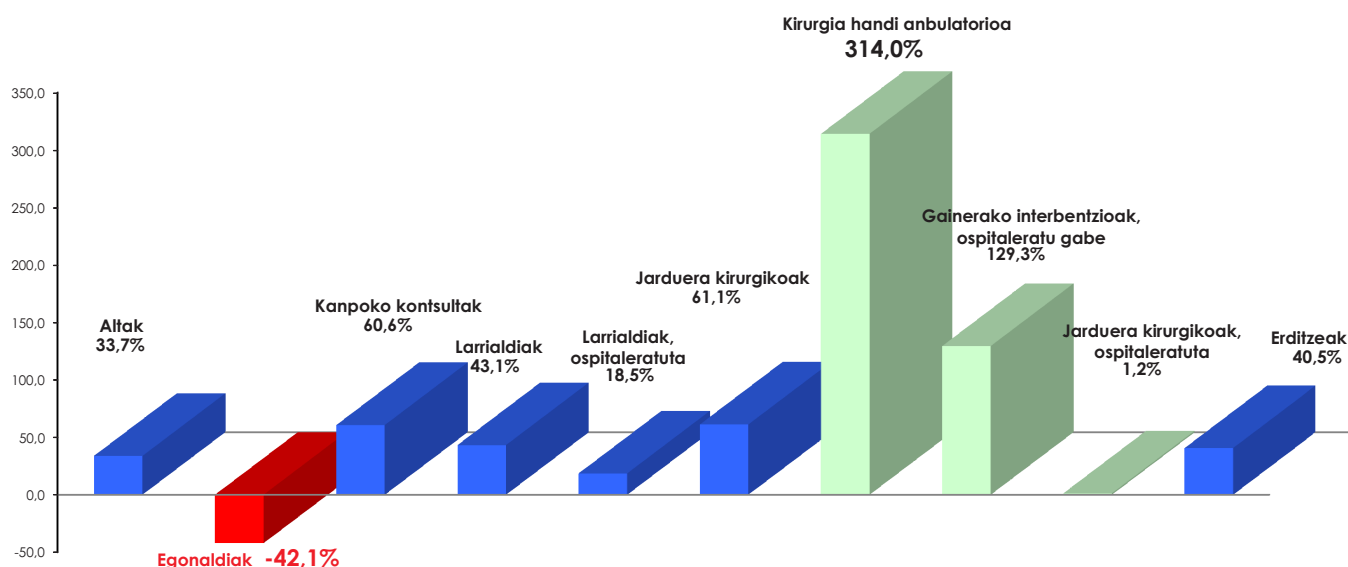


Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Jarduera anbulatorioari lotutako laguntza eremuek izan dute gehikuntzarik handiena, eta batez ere, jarduera kirurgikoak (kirurgia handi anbulatorioa eta ospitaleratzerik behar izan ez duten gainerako ebakuntzak); laburtu egin da gaixoa ospitaleratuta egoteko denbora, beraz, argi ikusten da ospitaleko jarduera pixkanaka anbulatorioetara doala.

⁽⁶⁾ Iturria: Eustat. Aseguru Libreko Erakundeen gaineko Estatistikaren xedeak dira, batetik, osasun estaldura pribatua EAEko zenbat biztanlek duten jakitea eta, bestetik, sektorearen urteko ebaluazioa egitea.

18. grafikoa. Ospitaleetako adierazle nagusien hazkunde tasak 1995-2011 urteak.



Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Ospitaleko adierazleen arabera azken hamalau urteetan (1975-2011): ospitaleko sarrerak gehitu egin dira biztanleko, ospitaleko egonaldiak murriztu dira, arreta jaso duten pertsonen kopurua gehitu da oheak kontuan hartuta (errotazio-indizea), eta jarduera kirurgikoak gora egin du. Azken igoera horren eragilea izan da anbulatorioetako ebakuntzen kopurua gehitu izana.

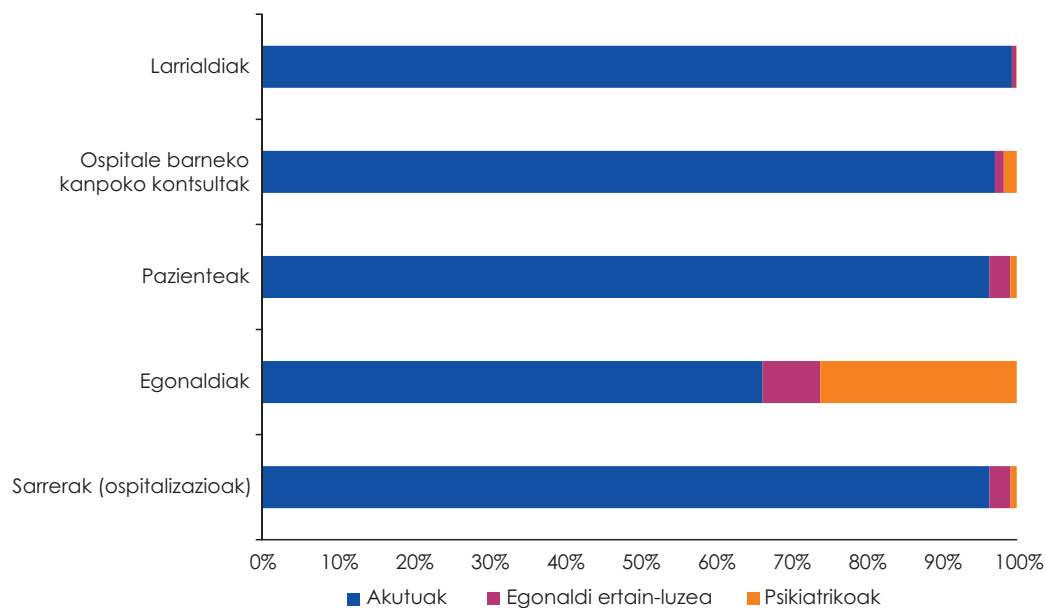
3. taula. Ospitaleetako jardueraren adierazle nagusien bilakaera. 1998-2011. urteak.

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ospitaleratzea										
Batez besteko egonaldia (egunak)	9,3	8,8	8,9	8,6	8,2	8,2	7,8	7,7	6,9	6,8
Altak, 1.000 biztanleko	125,1	128,5	128,9	133,2	137,2	140,2	144,3	140,8	149,0	148,6
Okupazio-indizea	80,6	80,7	81,9	83,3	81,3	82,8	82,2	80,8	78,1	77,6
Errotazio-indizea	31,6	33,6	33,5	35,2	36,0	37,0	38,6	38,5	41,1	41,8
Jarduera kirurgikoa										
Ospitaleratuta (%)	65,3	57,6	53,5	52,5	51,4	50,4	49,8	49,8	47,0	42,8
Kirurgia handi anbulatorioarekin (%)	13,5	17,3	19,2	20,4	23,0	24,3	25,4	27,5	27,7	26,5
Gainerako interbentzio anbulatorioak (%)	21,2	25,1	27,3	27,1	25,6	25,4	24,8	22,7	25,3	30,7
Jarduera kirurgikoak 1.000 biztanleko	88,2	95,2	100,2	104,4	105,6	109,3	111,9	111,7	113,4	127,4
Jarduera obstetrikoa										
Erditzeak	6.266	17.232	18.137	19.789	20.233	20.874	21.472	20.884	21.188	21.480
Zesareak (%)	18,0	14,6	15,8	15,3	15,3	14,8	14,3	14,4	14,8	14,8

Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Azken hamarkadan pixkanaka gehitu egin dira ospitaleratu gabeko kirurgien kopurua (OGK) edo kirurgia handi anbulatorioen kopurua (KHA). Anestesia lokalarekin egindako gainerako ebakuntza txiki anbulatorioak kontuan hartuz gero, kirurgia anbulatorioa (ospitaleko jarduera kirurgikoaren % 57,2 izan dena 2011. urtean) ospitaleratzea ekar dezakeen kirurgia baino gehiagotan eman da.

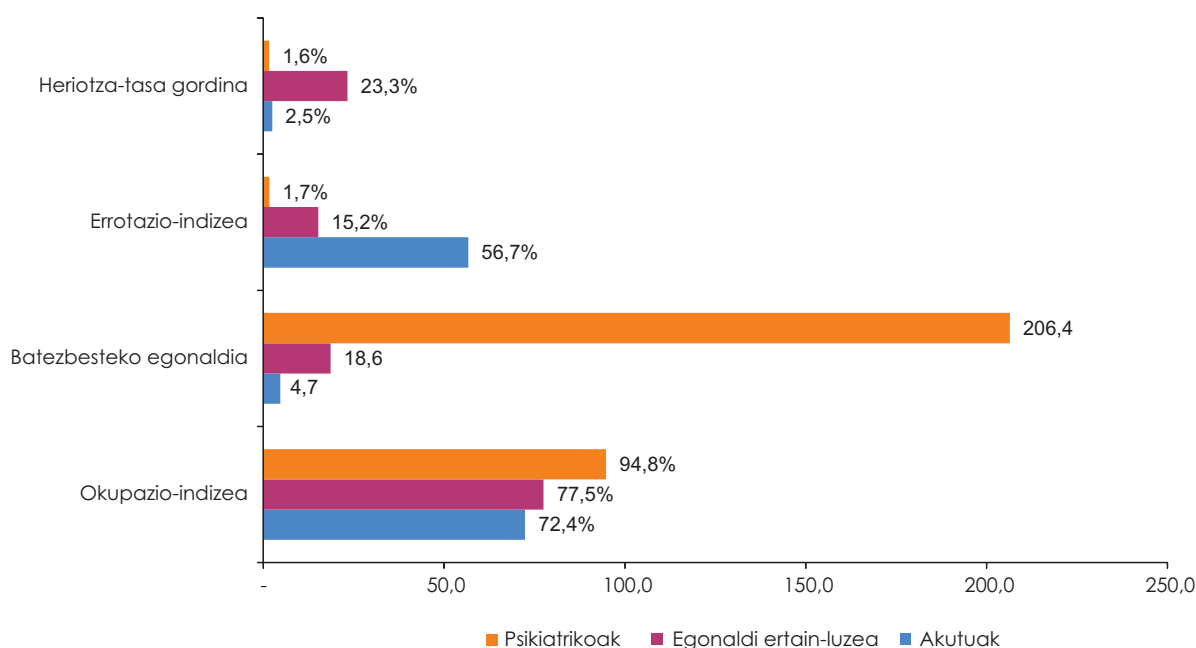
19. grafikoa. Ospitaleko jarduera, ospitalearen xedearen arabera (%). 2011. urtea.



Iturria Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Emandako zaintza mota kontuan hartuta (gaixo akutuentzako arreta, egonaldi ertaina/luzea edo psikiatrikoak), gaixo akutuen ospitaleetan eman da ospitaleko laguntza jarduera gehien (ospitaleratzea eta anbulatorioetako arreta). Ospitale horietan ematen da ospitaleratzea dakarten sarrera guztien, kanpoko kontsulten eta larrialdien % 95 baino gehiago; baina ospitaleetako egonaldiak laburtu egin dira eta psikiatrikoak indarra hartzen hasi dira (egonaldi guztien % 26 dira).

20. grafikoa. Funtzionamenduaren adierazleak, ospitalearen xedea aintzat hartuta. 2011. urtea.



Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Asistentziaren xedearen arabera, jardueraren eta funtzionamenduaren oinarritzko indizeetan alde handiak eman dira (bereziki batez besteko egonaldian eta errotazioan).

4. taula. Ospitaleetako jardueraren adierazle nagusiak, ospitalearekiko duen mendekotasuna aintzat hartuta. 2011. urtea.

	Publikoa	%	Pribatua	%	Guztira
Akutuak					
Alta-kopurua	240.638	77,1	71.529	22,9	312.167
Egonaldien kopurua	1.238.840	85,1	216.097	14,9	1.454.937
Batezbesteko egonaldia	5,1		3,0		4,7
Okupazio-indizea	79,0		48,9		72,4
Errotazio-indizea	56,0		59,1		56,7
Heriotza-tasa gordina	2,8		1,2		2,5
Egonaldi ertain-luzea					
Alta-kopurua	7.663	85,1	1.344	14,9	9.007
Egonaldien kopurua	124.015	61,8	43.947	38,2	167.962
Batezbesteko egonaldia	16,2		32,7		18,6
Okupazio-indizea	84,5		62,7		77,5
Errotazio-indizea	19,1		7,0		15,2
Heriotza-tasa gordina	21,8		32,4		23,3
Psikiatrikoak					
Alta-kopurua	1.690	61,1	1.077	38,9	2.767
Egonaldien kopurua	233.962	41,0	337.117	59,0	571.079
Batezbesteko egonaldia	138,4		313,0		206,4
Okupazio-indizea	95,5		94,2		94,8
Errotazio-indizea	2,5		1,1		1,7
Heriotza-tasa gordina	0,8		2,9		1,6

Iturria: Osasun Saila. Ospitale Estatistika.

Ospitale publikoek parte hartze handia izan dute gaixo akutuen prozesuen tratamenduan; ospitaleratu beharra izan duten kasuen % 77 ospitale publikoetan egin da eta batez beste 5,1 eguneko egonaldia izan dute. Pribatueta, aldiz, ospitaleratze laburragoak (3 egun) behar izan dituzten prozedura kirurgikoak izan dira nagusi.

Zaintza psikiatrikoak (nahaste mental kronikoak) behar dituzten gaixoei ospitale pribatueta eman zaie gehienbat arreta hori, egonaldi luzeko ospitaleratzerako unitateetan; hauetan, ospitaleratzearen batez bestekoa 313 egunekoa izan da (138 egun publikoetan).

Egonaldi ertaina eta luzea behar duten zaintza emateko ospitaleetan ospitaleratuta dauden gaixoei askotan gaixotasun kronikoak izan dituzte eta, ondorioz, egonaldi luzeagoak egin dituzte. Ospitale pribatueta egonaldi luzeagoak egin dira, batez beste 33 egun egon dira gaixoei ospitaleratuta (16 egun ospitale publikoetan) eta heriotza-indizea % 32 izan da.

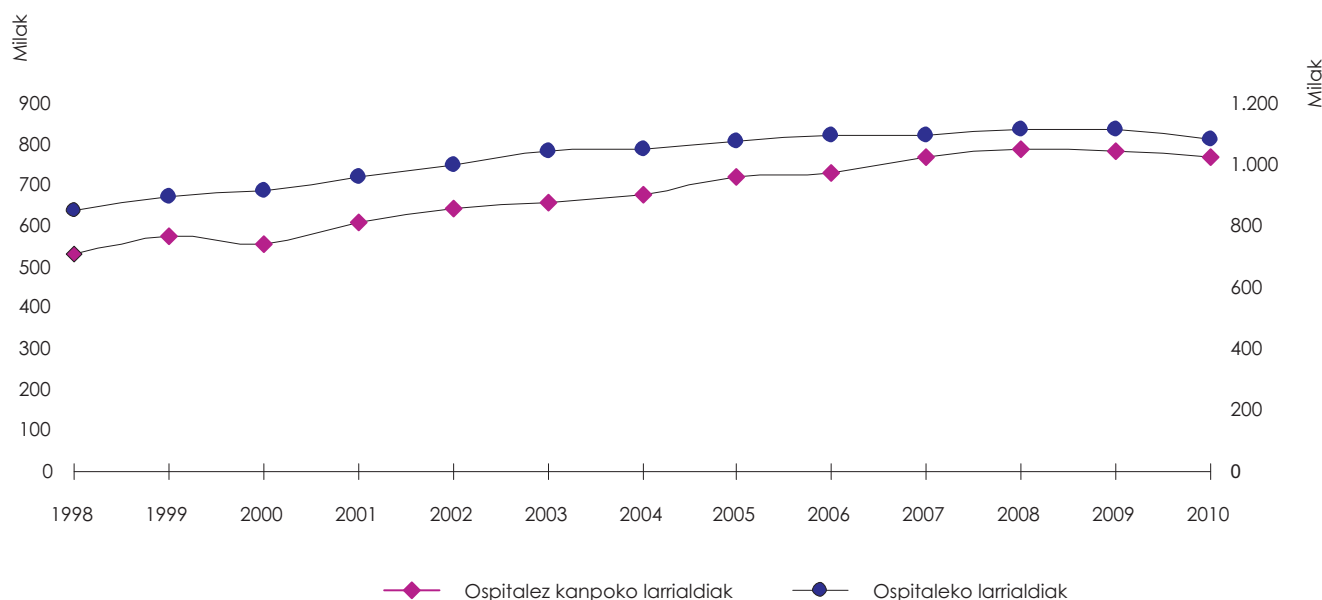
4.3.3 Larrialdietako arreta

Osasun sistema publikoan (Osakidetza) larrialdietan laguntzeko aukera nagusi bi daude: ospitalez kanpokoa, osasun zentroetan dauden Etengabeko Arretako Guneetan eta Larrialdiko Unitateetan –larrialdiko laguntza zentroetik kanpo bideratzen dutenak: etxean eta bide publikoan–, eta ospitalekoa, Larrialdi Zerbitzuak dituena. Larrialdiko jarduera, oro har, etengabe hazten joan da; baina 2009. urteaz geroztik datuen arabera arreta jaso duen larrialdi kopurua mantendu egin da.

Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuei (OLZ) buruz egindako azterlanetan azaltzen da orain arte larrialdi kopuruak izan duen gorakadaren eragileak izan direla, besteak beste: aldaketa soziokulturalak, demografikoak eta morbiditateari lotutakoak, osasun sistema antolatze arazoak (lehen mailako arreta), eta larrialdiko zerbitzuen erabilera ezegokia (premiazoak ez ziren kasuetan erabiliz).

Ospitaleez kanpoko larrialdiko zerbitzuen helburua (771.000 arreta 2010ean) ospitaleetako larrialdiak arintzea da, baina hala ere, ez dira Larrialdi Zerbitzuetan arreta jaso dutenak baino gehiago (milioi bat larrialdi).

21. grafikoa. Ospitaleetan eta ospitaleetatik kanpo arreta jaso duten larrialdien bilakaera. 1998-2010 urteak.



Iturria: Osasun Saila. Ospitaleez kanpoko Estatistika Publikoa eta Ospitale Estatistika.

2013ko Osasun Inkestaren arabera, gizonen % 13k eta emakumeen % 14k erabili dituzte larrialdi zerbitzuak (inkesta bete aurreko sei hilabeteetan), eta ehuneko horiek (pixka bat) txikiagoak izan dira 2007. urtearekin alderatuta (% 14 gizonak eta % 14,6 emakumeak). Adin gehien eta gutxien duten pertsonen erabili dituzte gehien zerbitzu horiek.

5. taula. Larrialdi zerbitzuetako jarduera gaixo akutuen ospitaleetan. 1998-2011 urteak.

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Akutuen ospitaleak, guztira										
Larrialdi-kopurua	845.761	908.492	995.652	1.046.548	1.093.756	1.087.348	1.109.073	1.108.843	1.076.417	1.095.469
Larrialdi-presioa	46,9	48,1	50,4	49,4	48,6	49,0	48,3	48,9	47,1	46,7
Ospitaleratzea izandako larrialdiak	14,0	14,0	13,3	12,9	12,5	13,0	13,0	13,0	13,2	12,1
Larrialdiak, 1.000 biztanleko	405,5	436,9	471,1	492,6	516,3	511,6	514,6	511,9	495,7	503,0
Akutuen ospitale publikoak										
Larrialdi-kopurua	736.707	805.438	868.465	902.158	922.849	907.347	905.370	906.479	877.795	884.301
Larrialdi guztien gaineko %	87,1	88,7	87,2	86,2	84,4	83,4	81,6	81,7	79,1	79,7
Larrialdi-presioa	57,4	58,5	61,8	60,8	61,1	62,0	61,1	61,4	57,8	55,4
Ospitaleratzea izandako larrialdiak	14,3	14,1	13,7	13,5	13,5	14,3	14,5	14,4	14,7	13,6
Akutuen ospitale pribatuak										
Larrialdi-kopurua	109.054	103.054	127.187	144.390	170.907	180.001	203.703	202.364	198.622	211.168
Larrialdi guztien gaineko %	12,9	11,3	12,8	13,8	15,6	16,6	18,4	18,2	17,9	19,0
Larrialdi-presioa	18,8	19,8	19,9	18,6	15,6	15,0	15,9	16,3	15,3	17,5
Ospitaleratzea izandako larrialdiak	11,7	13,7	10,9	9,2	7,1	6,6	6,6	6,6	6,7	5,9

Iturria: Osasun Saila. Ospitaleez kanpoko Estatistika Publikoa eta Ospitale Estatistika.

Ospitaleetako larrialdien % 80ri ospitale publikoetan eman zitzaizen arreta. Ospitale publikoetan larrialdietako arretak pisu handia izan du; izan ere, sarreren % 55,4 premiaz egindakoak izan dira. Baina ehuneko hori aurreko urteetako (% 57,8koa 2010ean eta % 61ekoa 2008an eta 2009an) baino txikiagoa izan da. Ospitale pribatuetan bestelako datuak ematen dira: sarrera gehienak programatuak izan dira eta premiaz egindakoak % 17,5 bakarrik izan dira.

4.4 OSASUNEAN EGINDAKO GASTUA

EAEko Osasunaren Kontua egiteko ELGAren System of Health Accounts-SHA 1.0 izeneko metodologia erabiltzen da; horren bidez, hain zuzen, osasunean egindako gastua kalkulatu eta nazioarteko datuekin aldera daiteke. Metodologia horrek hiru sailkapen erabiltzen ditu osasuneko gastua kalkulatzeko: funtzionala, hornitzaileena eta finantzatzaileena. SHAk osasunaren gasturako emandako definizioak osasun jardueren hurbilketa funtzionala hartzen du oinarri moduan batez ere, eta oinarritzko funtzioak eta zeharkako funtzioak bereizten ditu. Oinarritzko funtzioak dira, batetik, banakoen osasun ondasunak eta zerbitzuak eta, bestetik, taldeen osasun zerbitzuak. Mendeko pertsonen eguneroko oinarritzko jarduerak egiten laguntzeko arretarako gastua sartzen da oinarritzko funtzioen barruan. Bestalde, zeharkako funtzioak dira, besteak beste: kapital-eraketa gordina (inbertsioa), osasun arloko langileen heziketa eta prestakuntza, ikerketa eta garapen jarduerak.

SHAn azaldu bezala, osasuneko gastu osoaren bidez, oinarritzko funtzioei lotuta dauden osasun ondasunetako eta zerbitzu etako unitate egoiliarren erabilerak neur daitezke, baita jarduera nagusia osasun arreta duten (zeharkako funtzioa) erakunde etako kapital-eraketa gordina ere.

EAEko Osasunaren Kontuak datu homogeneoak ematen ditu 2000-2012 urteetarako. 2012. urtean, osasunean 5.663 milioi euroko gastua egin zen guztira, hau da, BPGd-ren % 8,8. Azken urteetan, gainera, ehuneko hori mantendu da. BPGd-aren bilakaeraren arabera aldatu da, izan ere, osasunera bideratutako zenbatekoa: 2010. urtean 5.768 milioi euroko gastua egin zen, 2009an baino % 2,3 handiagoa; 2011. urtean gastua % 0,1 bakarrik gehitu zen, 5.774 milioi eurora helduz; eta 2012. urtean % 1,9 murriztu zen, 2011rekin alderatuta, osasunera bideratutako zenbatekoa^(*).

6. taula. EAEko Osasun Gastuaren datu nagusiak. 2000-2012(a).

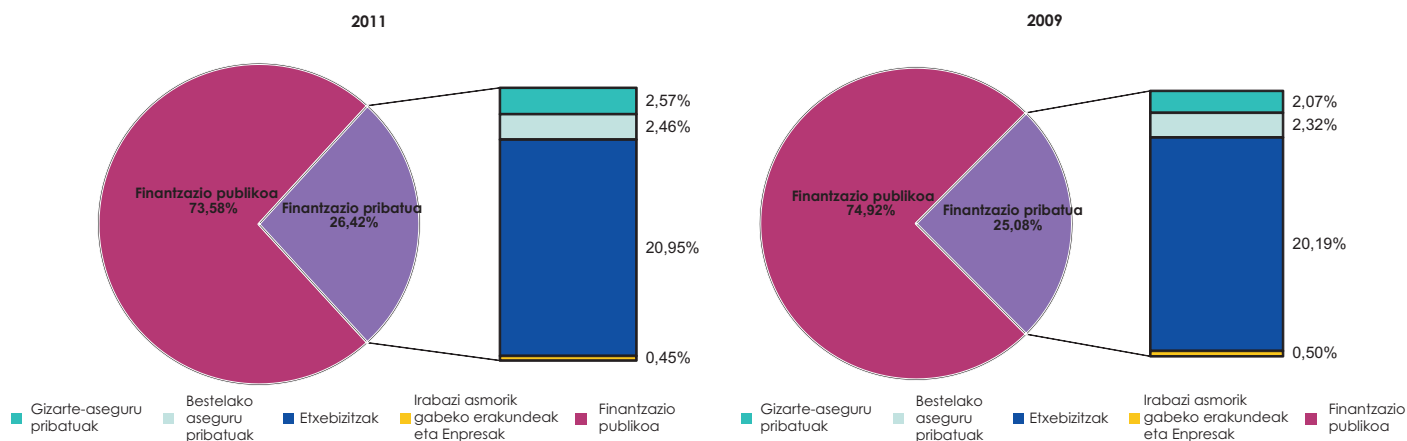
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012(a)	(*) AT 2011/2010	(*) AT 2012(a)/2011	(**) UBATM 2005-2012
Osasun-gastua (milaka eurotan)												
Gastuak, guztira	2.694.954	3.994.669	4.303.344	4.743.779	5.244.239	5.636.111	5.768.253	5.774.603	5.662.970	0,1	-1,9	5,1
Finantzazio publikoa	1.956.481	2.889.805	3.115.888	3.475.698	3.900.495	4.230.867	4.276.976	4.258.789	4.143.089	-0,4	-2,7	5,3
Finantzazio pribatua	738.473	1.104.864	1.187.456	1.268.081	1.343.744	1.405.244	1.491.277	1.515.814	1.519.881	1,6	0,3	4,7
Adierazleak												
Biztanleko gastua, guztira (eurotan)	1.296	1.893	2.027	2.217	2.433	2.602	2.656	2.652	2.578	-0,2	-2,8	4,5
Gastu guztia BPGren gainean %	6,5	7,0	7,0	7,2	7,8	8,8	8,9	8,8	8,8	-0,1	0,0	1,73
Gastu publikoaren gaineko osasun gastua %	14,6	15,6	15,7	16,0	16,3	16,3	15,9	16,1	:	0,2	:	:
Gastu guztiaren gaineko gastu publikoa %	72,6	72,3	72,4	73,3	74,4	75,1	74,1	73,8	73,2	-0,4	-0,6	0,82
Erreferentziako datuak												
BPG (2010eko oinarria)	41.319.247	56.884.948	61.353.909	65.962.032	67.478.054	63.988.786	65.120.174	65.684.285	64.706.357	0,9	-1,5	7,8
Biztanleria (01-uztaila)	2.079.219	2.109.890	2.123.184	2.139.370	2.155.349	2.165.991	2.171.536	2.177.812	2.196.416	0,3	0,9	0,9
(a) Aurrerapena												
(:) ez dago eskuragarri												
(*) AT: Aldakuntza-tasa (%)												
(**) UBATM: Urteko batez besteko aldaketa tasa metatua (%)												

Iturria: Eustat. Osasunaren Kontua.

Finantzaketari dagokionez, osasunean egindako gastu osoaren % 73,8 finantzaketa publiko bidez egin da: 2011. urtean guztira 4.259 milioi euro. 2000. urtetik 2009.era gero eta handiagoa izan da osasuneko gastuari egindako ekarpen publikoaren ehunekoa; aztertutako aldi horretan, hain zuzen, % 2,5 hazi zen ekarpena, eta 2009an gastu osoaren % 75,1 izan zen. 2010. urtean finantzaketa publikoa 0,9 puntu murriztu zen eta 2011n 0,4 puntu, % 73,8an geratuz. Alabaina, finantzaketa pribatua 2010 eta 2011 urteetan gehitu egin da; 2011. urtean 1.516 milioi euroraino heldu zen. Finantzatzaile pribatu gisa sailkatzen diren erakunde-sektoreen artean Familienak du pisu handiena; baina 2009-2011 urteen artean igoera handiena izan duena gizarte-aseguru pribatuena izan da.

^(*) 2011koa da datuen azterketarik zehatzena, behin betiko datuen azken urtea izan delako hori

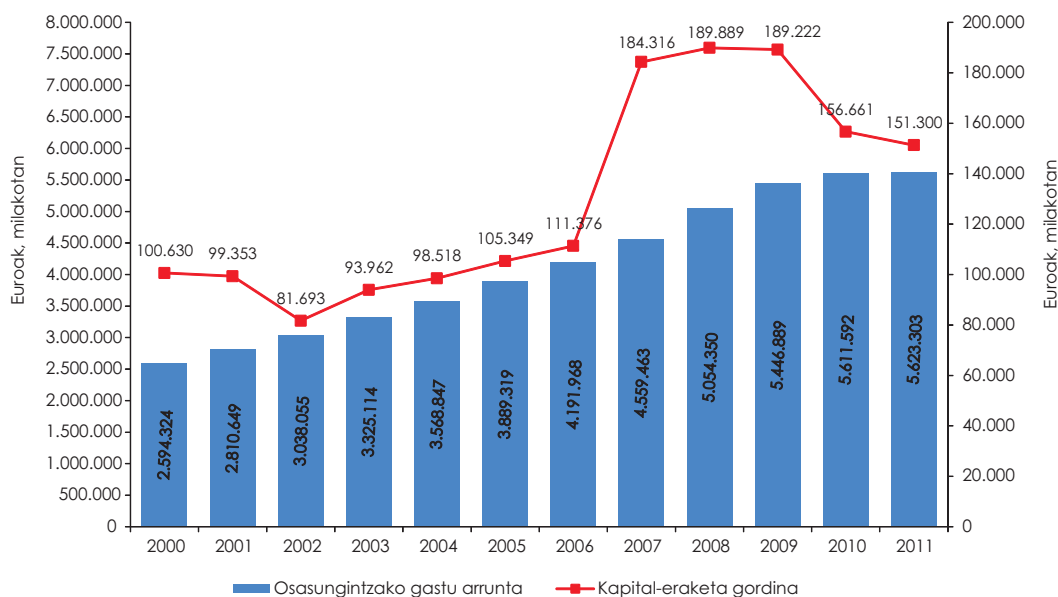
22. grafikoa. Osasuneko gastu arrunta, finantzatzen duen sektorea kontuan hartuta (%). 2009 eta 2011 urteak.



Iturria: Eustat. Osasunaren Kontua.

Herri administrazioen ahalegin-adierazlea, hau da, EAEko herri administrazioen gastu osoarekin alderatuta osasunean egindako gastu publikoa % 16,1 izan zen 2011. urtean, 2010ean baino ehuneko 0,2 puntu gehiago. 2000-2011 urteetan igoera ehuneko 1,5 puntukoa izan da.

23. grafikoa. Osasuneko gastu arrunta eta kapital-eraketa gordina. 2000-2012 urteak (mila eurotan).



Iturria: Eustat. Osasunaren Kontua.

Gastua funtzioen arabera aztertuz gero ikusten da 2011. urtean osasunean egindako gastu osoaren % 97,4 arrunta izan zela eta gainerako % 2,6 kapital-eraketa gordinekoa; 2000-2011 urteen artean ehuneko horiek nahiko konstante mantendu dira, 2007, 2008 eta 2009 urteetan izan ezik, azken hauetan kapital-eraketa gordina gastu osoaren % 4tik hurbil geratu baitzen.

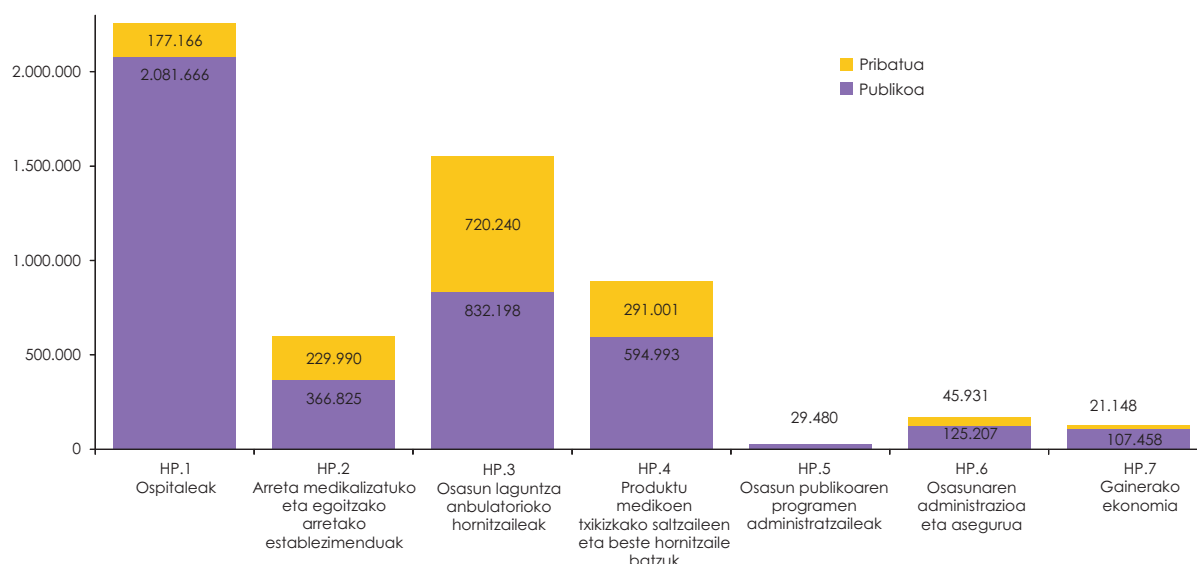
7. taula. Osasunean egindako gastua funtzioen arabera. 2009-2012 (a) urteak. (Mila eurotan).

FUNTZIOA	milaka eurotan				Osasun gastu guztiaren gaineko %				Urteko aldakuntza-tasa (%)		
	2009	2010	2011	2012(a)	2009	2010	2011	2012(a)	2010/2009	2011/2010	2012(a)/2011
HC.1 Sendatzeko osasun-laguntza	2.909.899	2.986.412	3.007.122	2.964.914	51,6	51,8	52,1	52,4	2,6	0,7	-1,4
HC.2 Errehabilitatzeko osasun-laguntza	96.615	91.017	104.474	105.923	1,7	1,6	1,8	1,9	-5,8	14,8	1,4
HC.3 Egonaldi ertaineko eta luzeko osasun-laguntza	834.029	879.847	913.030	910.753	14,8	15,3	15,8	16,1	5,5	3,8	-0,2
HC.4 Osasun-zerbitzu osagarriak	344.169	371.420	374.941	372.471	6,1	6,4	6,5	6,6	7,9	0,9	-0,7
HC.1 - HC.4 Banakako osasun zerbitzuak	4.184.712	4.328.696	4.399.567	4.354.061	74,2	75,0	76,2	76,9	3,4	1,6	-1,0
HC.5 Kanpoko pazienteei emandako osasun-produktuak	986.777	1.011.666	966.432	932.652	17,5	17,5	16,7	16,5	2,5	-4,5	-3,5
BANAKAKO OSASUN GASTUA	5.171.489	5.340.362	5.365.999	5.286.713	91,8	92,6	92,9	93,4	3,3	0,5	-1,5
HC.6 Prebentzio eta osasun publikoko zerbitzuak	98.877	87.865	82.333	80.816	1,8	1,5	1,4	1,4	-11,1	-6,3	-1,8
HC.7 Osasun administrazioa eta aseguruak	176.523	183.365	174.971	176.847	3,1	3,2	3,0	3,1	3,9	-4,6	1,1
OSASUN GASTU ARRUNTA GUZTIRA	5.446.889	5.611.592	5.623.303	5.544.376	96,6	97,3	97,4	97,9	3,0	0,2	-1,4
HC.R.1 Kapital-eraketa gordina	189.222	156.661	151.300	118.594	3,4	2,7	2,6	2,1	-17,2	-3,4	-21,6
OSASUN GASTUA GUZTIRA	5.636.111	5.768.253	5.774.603	5.662.970	100,0	100,0	100,0	100,0	2,3	0,1	-1,9

Iturria: Eustat. Osasunaren Kontua.

Gastu osoa funtzioen arabera banatzean % 76,2 banakoen osasun zerbitzuena izan da. Funtzio horien artean sendatzeko osasun laguntzak izan du pisu handiena, 2010. urtearekin alderatuta % 0,7 gehitu baita. Bigarren funtzio garrantzitsuena kanpoko gaixoei emandako osasun produktuena da: gastu osoaren % 16,7 hartu zuen funtzio horrek, hau da, 2010ean baino % 4,5 gutxiago. 2010. urtearekin alderatuta zenbateko txikiagoa izan duten beste funtzio batzuk ere bada: prebentzio eta osasun publikoko zerbitzuak (% 6,3), osasunaren administrazioa eta aseguruak (-% 4,6) eta kapital-eraketa gordina (-% 3,4).

24. grafikoa. Osasun gastu arrunta, hornitzaileen eta finantzaketa motaren arabera (milaka eurotan). 2011. urtea.



Iturria: Eustat. Osasunaren Kontua.

Gastuaren hornitzaileen arabeko egitura aurreko aldietako antzekoa izan da; gastu arruntaren % 40,2 ospitaleetan egin zen, 2.259 milioi euroraino helduz; ondoren, bigarren garrantzitsuena osasun laguntza anbulatorioko hornitzaileena izan zen, 1.552 milioi euroraino, % 27,6. Arreta medikalizatuko eta egoitzako arretako establezimenduak, mendekotasunari lotutako zerbitzu soziosanitarioak hartzen dituztenak, gastu arruntaren % 10,6 izan ziren; beraz, 2010arekin alderatuta multzo honek izan zuen igoerarik handiena, % 5,2. Bestalde, produktu medikoen txikizkako saltzaileen eta beste hornitzaile batzuen gastua % 4,7 murriztu zen 2010. urtearekin alderatuta: 930 milioitik 886 milioira igaro zen gastua 2011n, hau da, gastu arrunt osoaren % 15,8 izan zen.

5. NAZIOARTEKO ALDERAKETA

5.1 OSASUNA: IKUSPEGI KONPARATUA

Nazioarteko konparazioak oso garrantzitsuak dira esparru guztietan, baita osasunaren esparruan ere, EAEk beste herrialde batzuekin alderatua zein toki duen erakusten digutelako. Gero eta gehiago eskatzen da beste herrialde batzuekiko konparazioa eta, halaber, gero eta errazagoa da lan hori egitea nazioarteko datu gehiago daudelako – Eurostat (Europako Estatistika Bulegoa), Eco-Salud (ELGA) eta OME–.

Eurostatek lan handia egiten du definizioak homologatzen eta informazioa biltzen. Baina hala ere gerta daiteke lortutako ezberdintasun batzuen oinarria ezaugarri metodologikoak izatea eta, berez, ezberdintasunak ez izatea. Hori gorabehera, azterketa konparatu bat interesgarria eta erabilgarria izango da eta osasunaren errealitatea ezagutzen lagunduko du.

EB-28 testuinguru moduan hartuta eta Eurostaten datuak erabilia egindako azterketa konparatuan EAEren kokaleku erlatibora aterata da, eta horretarako honako adierazleak aplikatu dira ⁽¹⁾: egoera soziodemografikoa, biztanleen osasun egoera, giza-baliabideak, hornidura eta osasuneko gastua.

Abiapuntua biztanleak dira (horien bilakaera eta osaketa). EB-28 batez beste %0,3 hazi da urtean 2004-2013 aldian; EAE %0,4 hazi da, beraz, EB-28 baino gorago geratu da eta biztanle kopurua pixka bat gehitu duten herrialdeen artean egon da. Balio altuenak Ziprek eta Luxemburgek izan dituzte, %2ko hazkundearekin; Baltikoko Herrialdeek (Lituania eta Letonia), ordea, proportzioz biztanle gehiago galdu zuten, -%1,5etik hurbil geratu diren beherakadekin. [\(1 eta 2 grafikoa\)](#).

Biztanleak adinaren arabera bereiziz gero gaur egungo eta etorkizuneko osasun laguntzaren eredua ezar daiteke. 14 urtez azpikoak (arreta pediatrikoa) eta 65 urte eta gehiagokoak (kronifikazioa eta errehabilitazioa) lehentasunezko arreta duten taldeak dira. Ildo horretan, EB-28n haurrak %15,6 dira; EAEn gutxiago dira (%13,8) eta Alemanian are gutxiago (%13,1) [\(3. grafikoa\)](#). Irlanda, aldiz, biztanle pediatriko gehien (%22) duen Batasuneko herrialdea da. 65 urte eta gehiagoko biztanleak EAEn %20,2 dira, hau da, EB-28ko batezbestekotik gorako kopurua du eta, horrela, adineko biztanleen kopuru handiena duten herrialdeen parean geratu da. Izan ere, parean ditu Alemania (%20,7) eta Italia (%21,2) [\(4. grafikoa\)](#).

Herrialde edo eskualde baten ongizate-maila neurtzeko gehien erabiltzen den adierazlea bizi-itxaropena da; bada, adierazle horrek bizi-itxaropen luzeena duten Europako herrialdeen artean sartzen du EAE. 2011. urtean, EAEko gizonak (78,9 urte) eta emakumeak (85,4 urte) Batasuneko balioak (77,4 eta 83,1 urte) gainditu zituzten [\(5. grafikoa\)](#). Gizonen dagokienez Suediak du bizi-itxaropen luzeena (79,9 urte); EAEko gizonak zazpigarren postuan daude eta oso hurbil geratu zaizkio Frantziako (78,7) eta Erresuma Batuko (79) balioak.

Batasuneko herrialde guztietan dute emakumeak gizonak baino bizi-itxaropen luzeagoa; EAEko emakumeak Europakoek baino bizitza luzeagoa dute, Espainiakoekin (85,6 urte) eta Frantziakoekin (85,7 urte) batera. Denetan egin dute hoberantz balioek, urtero adierazle horrek izaten duen hobekuntzaren ildotik.

EAEko heriotza-tasa -estandarizatua, adinaren arabera sailkatutako biztanleen egituraren ondorioak murrizteko- [\(6. grafikoa\)](#) 859 pertsonakoa izan da 100.000 biztanleko. Tasa hori EB-28ko batezbestekotik (1.026) behera geratu da eta Europako txikienetakoa izan da, Frantziarekin (870), Suitzarekin (873) eta Espainiarekin (890) batera. Generoak bereizita, gizonen heriotza-tasa (1.229) emakumeena (650) baino altuagoa izan da; eta gauza bera gertatzen da EB-28ko herrialde guztietan. Bi kasuetan, bai gizonen bai emakumeen Batasuneko balioak (1.276 eta 838) baino heriotza-tasa txikiagoak izan dituzte. EAEko emakumeak nabarmentzen dira, gainera, balio txikienarekin.

⁽¹⁾ Adierazleen helburua egoera bat islatzea da, kasu honetan Osasuna. Era berean, osasuna zein gradutan edo mailatan ematen den neurtu behar du adierazleak, gero erabilgarria izan dadin denboran zehar emandako aldaketak ebaluatzeko eta espazioan konparazioak egite.

Zirkulazioko gaixotasunek eta tumoreek eragin dituzte heriotza gehien EAEn eta EB-28n ([7 eta 8 grafikoak](#)) eta, konparazioa eginez gero, EAEn tumoreak dira eragile nagusiak eta zirkulazioko gaixotasunak EB-28n. Generoa bereizita, zirkulazioko gaixotasunen ondorioz hildako emakumeen kopurua antzekoa izan da EAEn eta European.

Osasun esparruko giza-baliabideen erabilgarritasuna eta osaketa aztertzean ikusten da osasun sistemak zein ahalmen produktibo eta terapeutiko eta laguntzeko zein ahalmen dituen. Hala ere, giza-baliabideen gaineko informaziorik onena medikuei buruzko datuak dira, eta horri lotuta daude jarraian emandako azalpenak.

Ez dago adostuta biztanle bakoitzeko osasuneko zenbat agente eduki behar diren eta oraindik baieztatu gabe dago zenbat eta dentsitate-maila altuagoa izan egoera hobea izango dela. EAEn lizentziadun 570 mediku egon ziren 100.000 biztanleko 2011. urtean; horrela, biztanle-oinarria kontuan hartuta mediku gehien duen herrialdeen artean dago, Italiarekin (626) eta Alemaniarekin (549) batera ([9 eta 10 grafikoak](#)).

Dena den, EAEn 2011. urtean 100.000 biztanle bakoitzeko medikuntzan graduatutako langileen kopurua (9,2) Europako txikienetako bat izan zen eta nahiko urrun geratu zitzaizkion balio altuenak: Danimarka (16,8), Irlanda (16,1) eta Herbehereak (14,6) ([11 eta 12 grafikoak](#)).

EAEk osasunaren gainean dagoen gero eta eskari handiagoa medikuntzaren eraginkortasun handiagoarekin orekatu nahi du, inguruko ekonomiak egiten ari diren bezalaxe. Hau da, egonaldia laburtu eta behar den ohe kopurua gutxitu nahi du; bestalde, anbulatorioetako kirurgia kopurua eta etxeko ospitaleratzeak gehitu nahi ditu, ohiko ospitaleratzeetarako beste aukera bat gisa. Batasuneko herrialde gehienetan dago ohe kopurua murrizteko joera; baina, herrialdearen arabera, murrizketa handiagoa edo txikiagoa izan da. Kasu nabarmenenak Baltikoko herrialdeetan (Letonia eta Lituania) eman dira.

Euskadin 253 ospitale-ohe (akutuentzat) egon ziren 2011. urtean 100.000 biztanleko; datu horrekin, bada, hornidura mota hori duten Europako herrialdeen artean batezbesteko txikiena izan du, eta bere azpitik geratu dira Frantzia (343), Herbehereak (334) eta Alemania (531) ([13 eta 14 grafikoak](#)). Hala ere, aurretik izan ditu Espainia (239) eta Erresuma Batua (237).

Baliabideen produktibitateari lotuta gehien erabili diren adierazleak hauek izan dira: ospitaleetako oheen erabilera, batez besteko egonaldia eta okupazio maila. Batez besteko egonaldia askotan eraginkortasunaren adierazle moduan erabili da, epe laburragoak kasu bakoitzeko kostua murriztuko lukeelako; dena den, kontu handiz hartu behar da, batez besteko egonaldia murrizteagatik berriz hartzeko ratioa gehituko balitz gaixotasun-kasu bakoitzaren kostua handitu egingo litzateke eta.

EAEn 6,5 egunekoa izan zen batez besteko egonaldia 2011. urtean. Datu hori EB-28ko txikienetako bat izan da, soilik geratu dira aurretik Herbehereak (5,3 egun) eta Frantzia (5,6 egun). 2000. urtea erreferentzia modura hartuta, ospitaleratuta dauden gaixoen batez besteko egonaldia murrizteko joera orokorra izan da Batasuneko herrialdeetan ([15 eta 16 grafikoak](#)).

Okupazioaren portzentajeak ospitaleen edukiera neurtzen du, bada portzentaje hori %72 izan zen EAEko akutuen ospitaleetan 2011. urtean. Adu batzuek onargarritzat jotzen dute portzentaje hori. Indize horren balioa Espainiaren eta Frantziaren balioetatik (biak %75ekoak) behera egon zen, baita Alemaniaren baliotik (%79) ere ([17 eta 18 grafikoak](#)).

Ospitaleko asistentziari dagokionez, ospitaleetako alten adierazleak (betiere 100.000 biztanleko) balio txikiak izan dituzten herrialdeen artean sartu du EAE (11.123), Espainiarekin (10.115) eta Herbeherekin (11.923) batera. EAEko emakumeen kasuan, gainera, nabarmenagoa izan da (10.996) ([19. grafikoa](#)); gizonen kasuan, aldiz, (11.257 alta) hurbilago egon dira Italia eta Erresuma Batua. EB-28ko herrialde gehienetan eta EAEn zirkulazio-sistemako eta digestio-aparatuko gaixotasunen multzoa izan dira ospitaleratzeak arrazoi nagusienak ([20 eta 21 grafikoak](#)).

Osasunean egindako gastu osoa, EAEko BPGd-aren portzentajearen arabera, % 8,8 izan zen 2011n, eta nazioarteko datuekin konparatuz, inguruko gainerako herrialdeen gastutik behera dago (Frantzia, Erresuma Batua, Espainia eta Alemania). Adierazle honek gainerako herrialdeen antzeko bilakaera izan du; 2009. urtean izan da ehuneko hori altuena eta harrezkero mantendu edo txikitu egin da ([22 eta 23 grafikoak](#)).

Biztanleen arabera osasun gastuaren adierazleak, besteekin alderatuta, EAEn du daturik onena. 2011. urtean biztanle bakoitzeko osasunean egin zen gastua, erosteko ahalmenaren parekotasunean, 3.695 izan zen EAEn; horrela, Erresuma Batuen (3.405), Finlandiaren (3.374) eta Espainiaren (3.072) gainetik egon zen. Taularen beste aldean daude, dena den, Norvegia 5.669rekin eta Suitza 5.643rekin. Antzeko egoera eman zen aurreko ekitaldietan ([24. grafikoa](#)).

Gainera, garrantzitsua da azpimarratzea biztanleen osasuna faktore genetikoaren, ekonomikoaren, sozialen eta kulturalen azken emaitza dela. Horregatik, hasierakoak gaitzitu ostean, gastu handiagoak ez du zertan ekarri behar arreta jasotzen duten biztanleek osasuntsuago egotea.

Eurostaten osasunaren gaineko adierazleen zerrendatik soilik hartu dira alderatzeko onenak direnak. Datuak sailkatzeko eta biltzeko prozesuetan egon dira arazo handienak: datuen iturrietan denbora-tarte desberdina, informazioak ez (se-reak etenda eta sartu berri diren herrialdeak) eta osasun eredu desberdinak garapen ekonomikoari lotuta maila desberdinak dituzten sozietateetan.

Horrez gain, Eurostatek gero eta sarriago nahi du eskaini "estatua" baino lurralde-unitate txikiagoen informazioa. Unitate horiei "units" deitzen die eta administrazio-eskualdeen eta autonomia-erkidegoen parekoak dira. Era berean, gero eta gehiago agertzen dira lurralde-bereizketa hori duen informazioaren gaineko adierazleak.

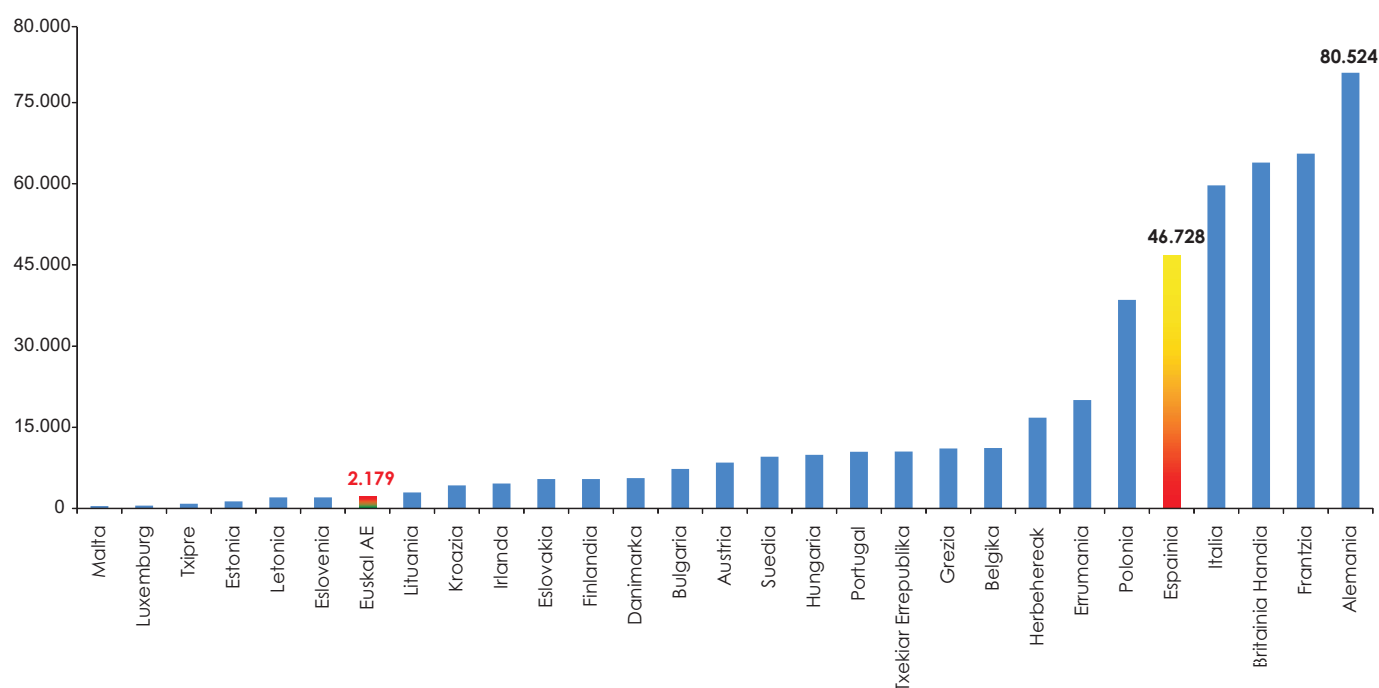
5.2 ADIERAZLEAK ETA GRAFIKOAK

Eremua	Adierazlea	Edukia
Testuinguru soziodemografikoa	1.- EB-28ko biztanleak eta haien bilakaera. (1. grafikoa).	Lurralde-eremu jakin batean bizi den biztanle kopuruari buruzko informazioa ematen du.
	2.- Biztanleen batez besteko aldaketa, urtean (%). (2. grafikoa).	Biztanle-kopuruaren hazkunde erritmoa da (gehitu/murritztu) urteko batez bestekoa kontuan hartuta.
Osasun egoera	3.- 15 urtetik beherako biztanleen proportzioa (%). 2012. urtea. (3. grafikoa).	0 eta 14 urte (biak barne) arteko biztanleak hartzen dira umetzat.
	4.- 65 urteko eta gehiagoko biztanleen proportzioa (%). 2013. urtea. (4. grafikoa).	65 urteko eta gehiagoko biztanleak hartzen dira adinekotzat.
	5.- Gizonen eta emakumeen bizi-itxaropena jaiotzean (%). 2011. urtea. (5. grafikoa).	Bizi-itxaropena jaiotzean: jaioberri bat batez beste bizi izango den urte kopurua neurtzen du, urte edo aldi horretan adin-tarte bakoitzean dagoen heriotza-tasa kontuan hartuta betiere.
	6.- Heriotza-tasa estandarizatuak, generoaren arabera. 2011. urtea. (6. grafikoa).	Heriotza kopuruari buruzko datuak herrialde bakoitzeko heriotza ziurtagiriak jasotzen dituzten administrazio iturrietatik bildu dira. Europan gaur egun dagoen biztanle kopuru estandarra hartzen da kontuan, biztanleen egituraren ondorioak ahalik eta txikiak izateko eta konparazio hobea egiteko denbora jakin batean eta herrialdeen artean.
	7.- Heriotza-tasak, eragileen arabera (100.000 biztanle). EAE eta EB-28. 2011. urtea. (7 eta 8 grafikoa).	Definitu diren arrazoiek azpian dauden beste arrazoi batzuekin dute lotura, hau da, gaixotasuna zuzenean eragin duen elementu erigarria ageriarazi duten gaixotasun edo lesioekin, eta zorigaiztoko lesioa eragin duen istripu edo antzekoarekin.

Eremua	Adierazlea	Edukia
SOsasun sistema	8.- Mediku lizentziadunak 100.00 biztanleko eta horien bilakaera. (9 eta 10 grafikoak).	Medikuntzan aritzeko lizentzia duen mediku kopurua. Elkargokide den mediku kopuruarekin bateratu daiteke datu hau.
	9.- Medikuntzan graduatutako pertsonak 100.000 biztanleko eta horien bilakaera. (11 eta 12 grafikoak).	Medikuntza Fakultatean edo antzekoren batean 100.000 biztanleko graduatu den ikasle kopurua sartzen da. Baina ez da sartzen farmazian, odontologian eta/edo estomatologian, osasun publikoan eta epidemiologian graduatutako pertsona kopurua.
	10.- Ospitaleko ohe kopurua (akutuenak) 100.000 biztanleko. (13 eta 14 grafikoak).	“Gaixo akutuen ospitaleetako oheak edo sendatzeko zerbitzuak ematekoak. Ospitale orokorretako eta/edo akutuen ospitaleetako oheak barne.
	11.- Akutuen ospitaleetako batez besteko egonaldia eta bilakaera. (15 eta 16 grafikoak).	Egonalditzat hartzen da, gaixo bati gaua igarotzeko utzitako ohean ematen duen egun kopurua. Altxatzen da ospitalean dagoen gaixoa handik modu formalean joatea, ospitaleratuta egon ostean.
	12.- Akutuen ospitaleetako okupazioaren portzentajea eta bilakaera. (17 eta 18 grafikoak).	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.
	13.- Ospitaleetako gaixoen tasa (100.000 biztanle), generoaren arabera. 2011. urtea. (19. grafikoa).	Ospitaleko gaixo kopurua da ospitale-jarduera neurtzeko unitatea. Ospitaleko altak dira akutuen eta egonaldi ertain/luzeko ospitale publiko eta pribatuetan, urte batean zehar, daudenak (gaixoa ospitaleratzeko denetik alta hartzen duen arte izandako ospitale-aldia), ospitaleratutako (gutxienez gau bat edo 24 ordu baino gehiago) gaixoenak. Informazio hau generoaren arabera ematen da.
	14.- Zirkulazio-sistemagatik eta digestio-aparatuagatik ospitaleratutako gaixoen tasa. (100.000 biztanle) 2000- 2011 urteak. (20 eta 21 grafikoak).	Gaixotasunak hainbat direnez nolabaiteko agregazio mailarekin multzokatu dira; zirkulazio-aparatuko edo digestio-aparatuko gaixotasunak dira gehien agertzen direnak.

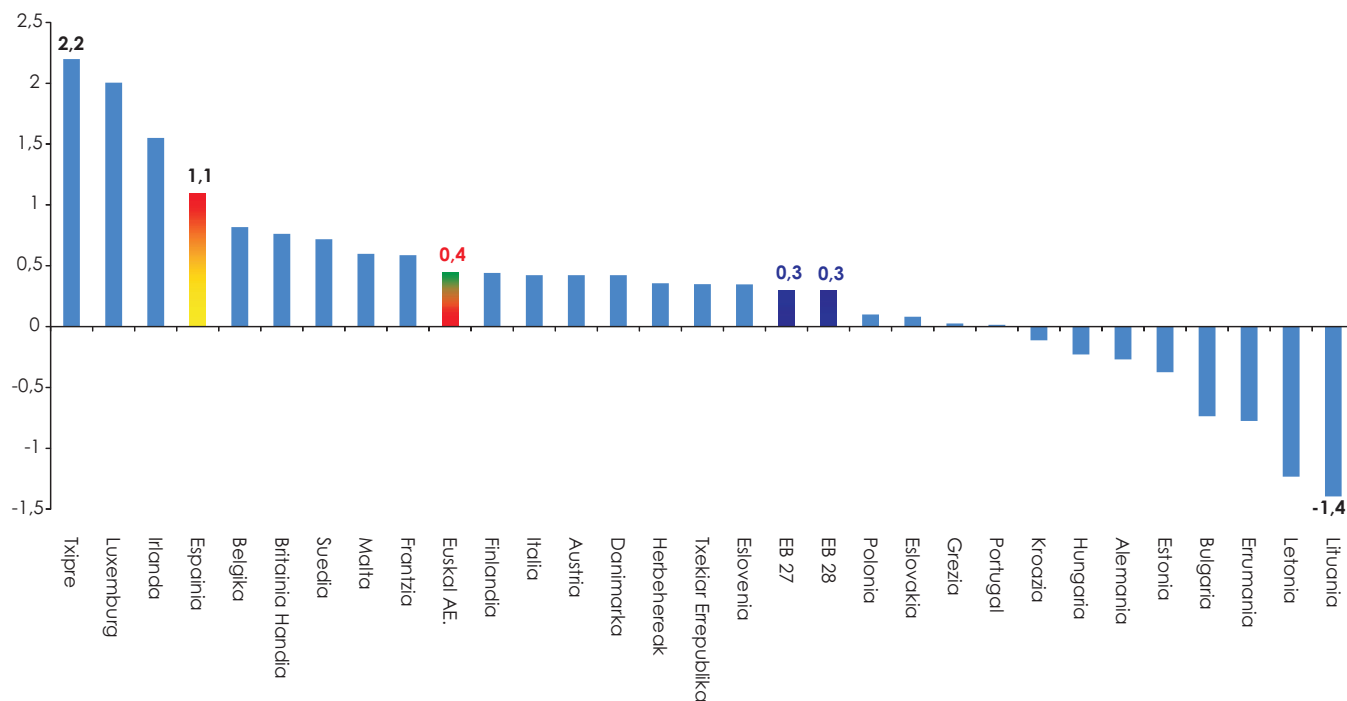
Eremua	Adierazlea	Edukia
Osasuneko gradua	15.- Osasunean egindako gastu guztia (%BPGd) eta horren bilakaera. (22 eta 23 grafikoak).	Ahalegin-adierazlea da eta horren bidez zera adierazten da: herrialde baten aberastasunaren zein zati (BPGd) bideratzen den osasunera, hau da, sendatzeko osasun zerbitzuetan, errehabilitazio eta prebentzio zerbitzuetan, farmaziako produktuetan eta abarretan egindako gastu publikoaren eta pribatuaren batura eta zerbitzu eta produktu horiek hornitzen dituzten industrien inbertsioa.
	16.- Osasunean egindako gastu guztia, biztanle bakoitzeko eta BPGd-eko gastu guztia kontuan hartuta (EAP, US\$). 2011. urtea. (24. grafikoak).	Intentsitateari -biztanle bakoitzeko gastua- eta ahaleginari -BPGdarekiko gastua- lotutako oinarritzko adierazleak Erosteke Ahalmenaren Parekotasunaren (EAP) arabera neurtzen dira; horrela, gastua nazioartean konpara daiteke. Euroak EAPetara pasatzeko bihurgailuak erabiltzen dira, ELGak Espainiarako argitaratzen dituenak hain zuzen
	17.- Gastu publikoa BPGd-ren arabera 2011. urtea. (25. grafikoak).	Herri administrazioek osasunean egindako ahalegina adierazten du.

1. grafikoa. Herrialde bakoitzeko biztanle kopurua (milaka). 2013. urtea.



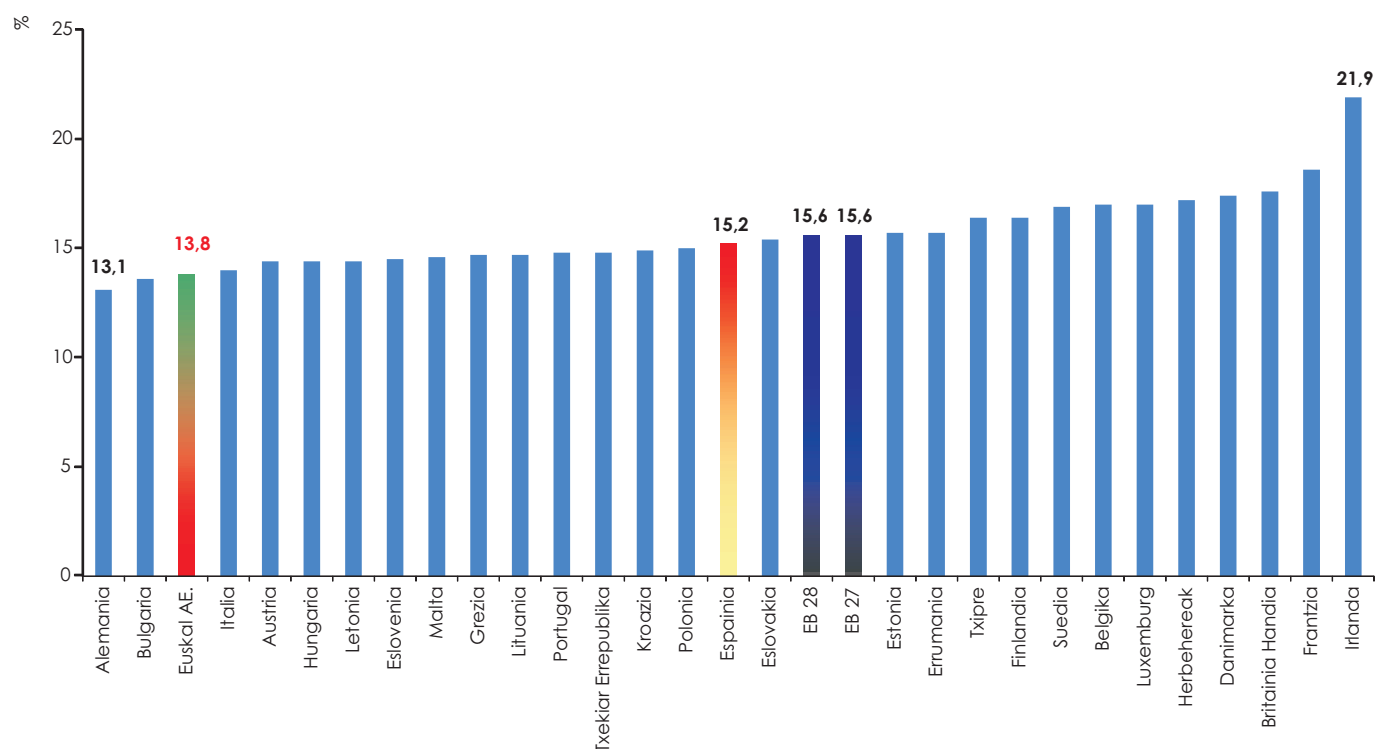
Iturria: Eustat y Eurostat.

2. grafikoa. Biztanleen batez besteko aldaketa, urtean (%). 2004-2013 urteak.



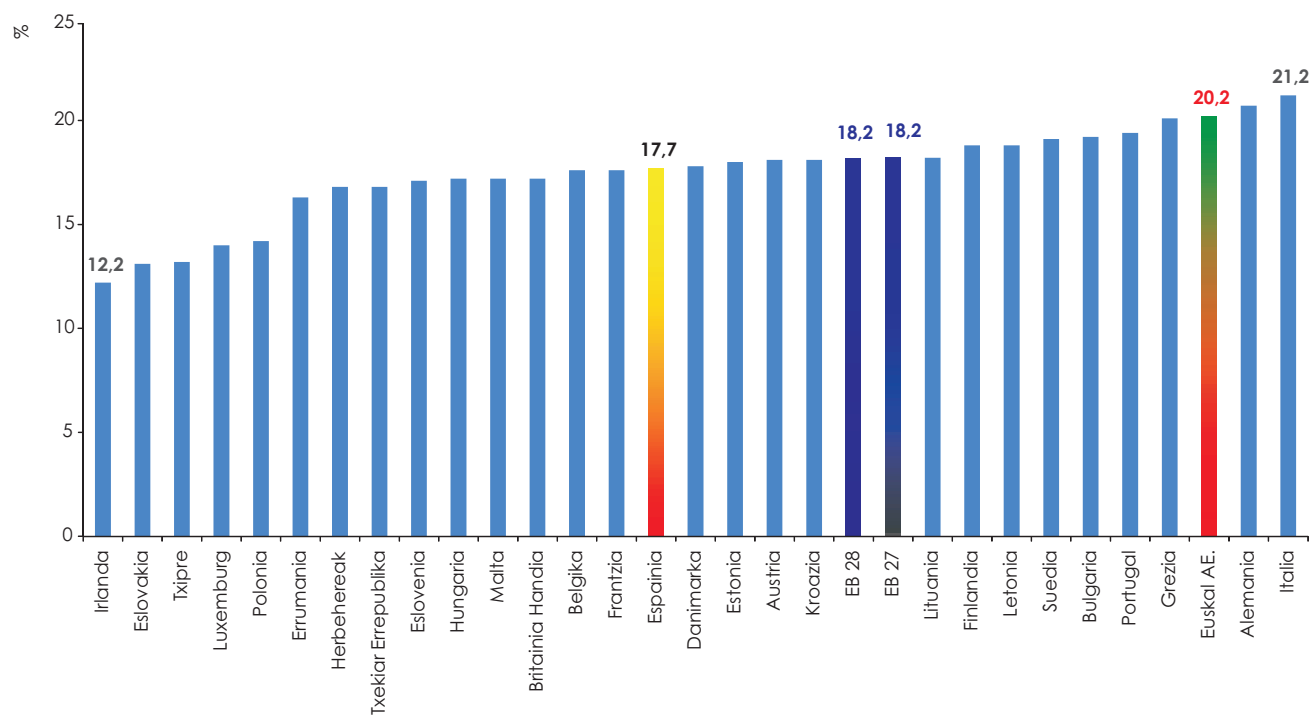
Iturria: Eustat y Eurostat.

3. grafikoa. 15 urtetik beherako biztanleen kopurua (%). 2013. urtea.



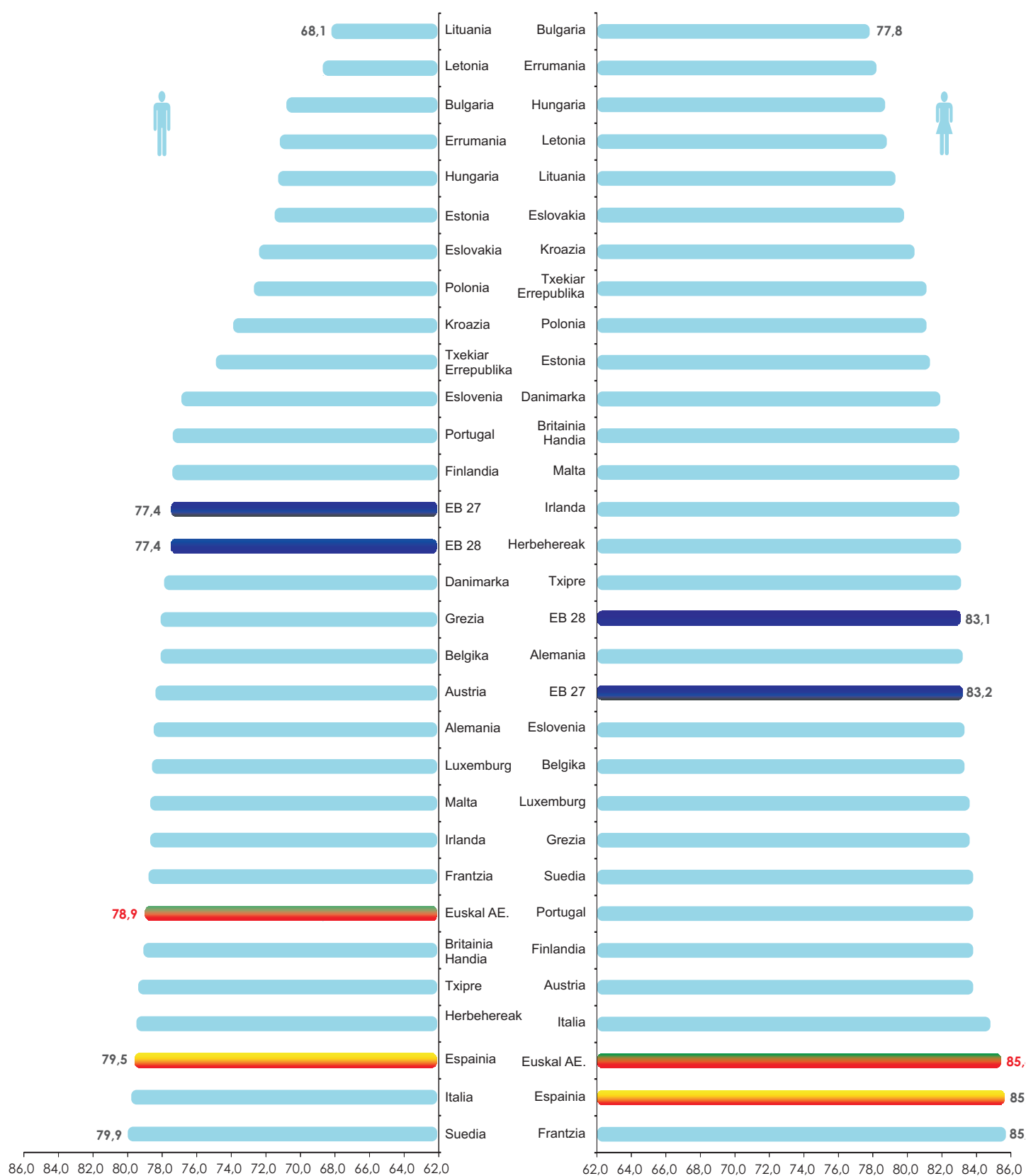
Iturria: Eustat y Eurostat.

4. grafikoa. 65 urteko eta gehiagoko biztanleen proportzioa (%). 2013. urtea.



Iturria: Eustat y Eurostat..

5. grafikoa. Gizonen eta emakumeen bizi-itxaropena jaiotzean (%). 2011. urtea.



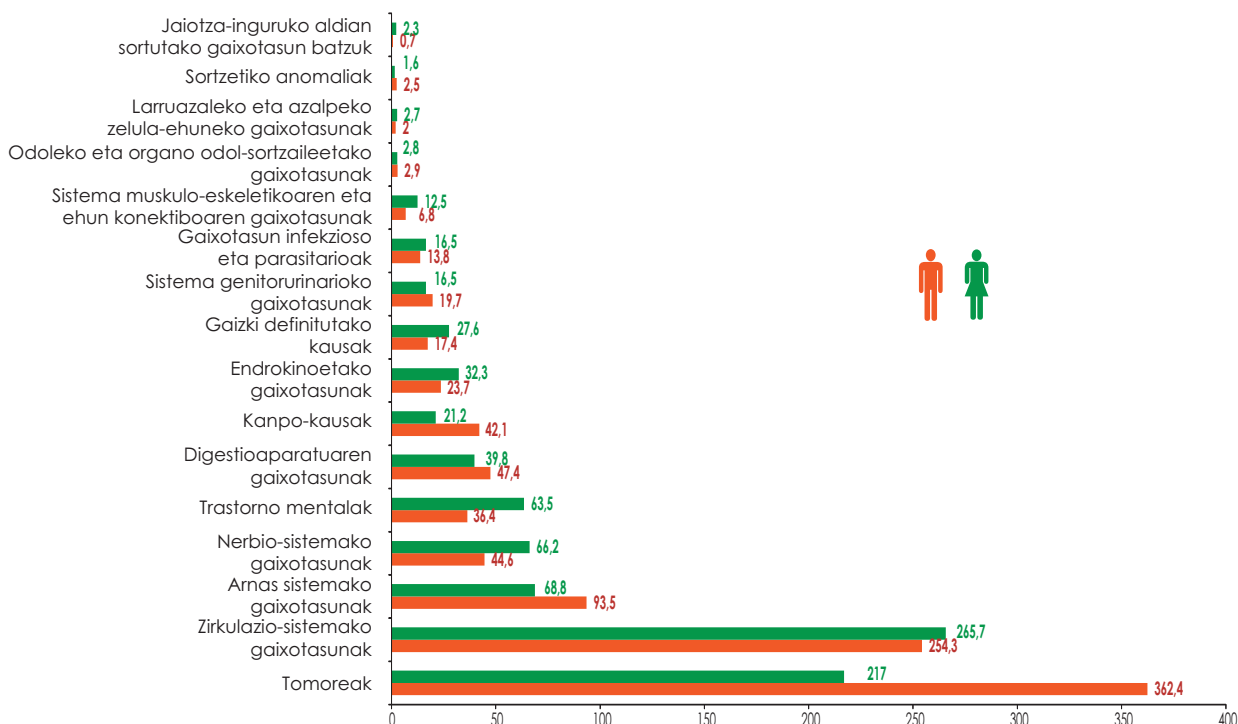
Iturria: Eustat y Eurostat..

6. grafikoa. Heriotza-tasa estandariztua (%). 2011. urtea.



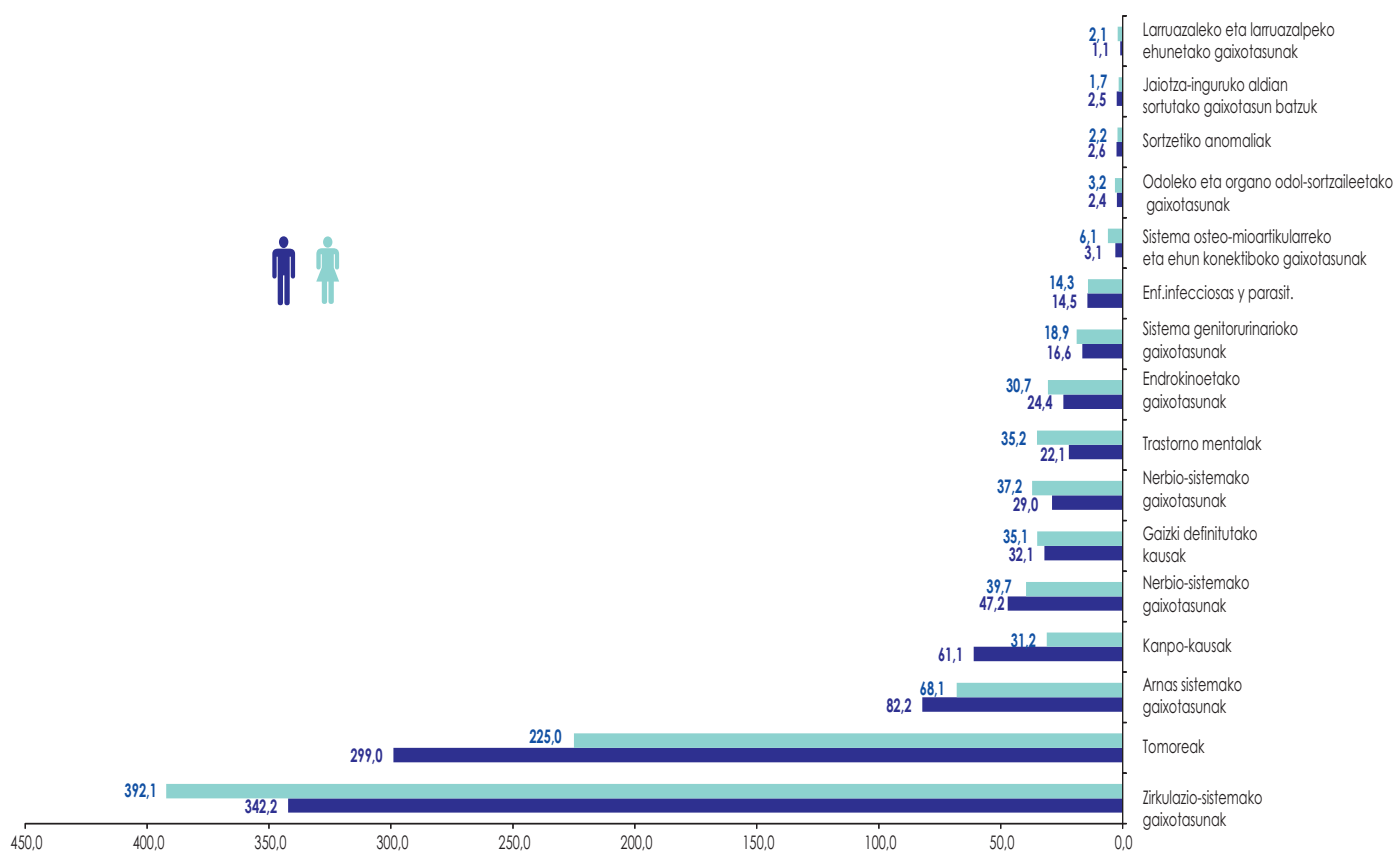
Iturria: Eustat y Eurostat.

7. grafikoa. Heriotza-tasak, eragileen arabera (100.000 biztanle). EAE. 2011. urtea.



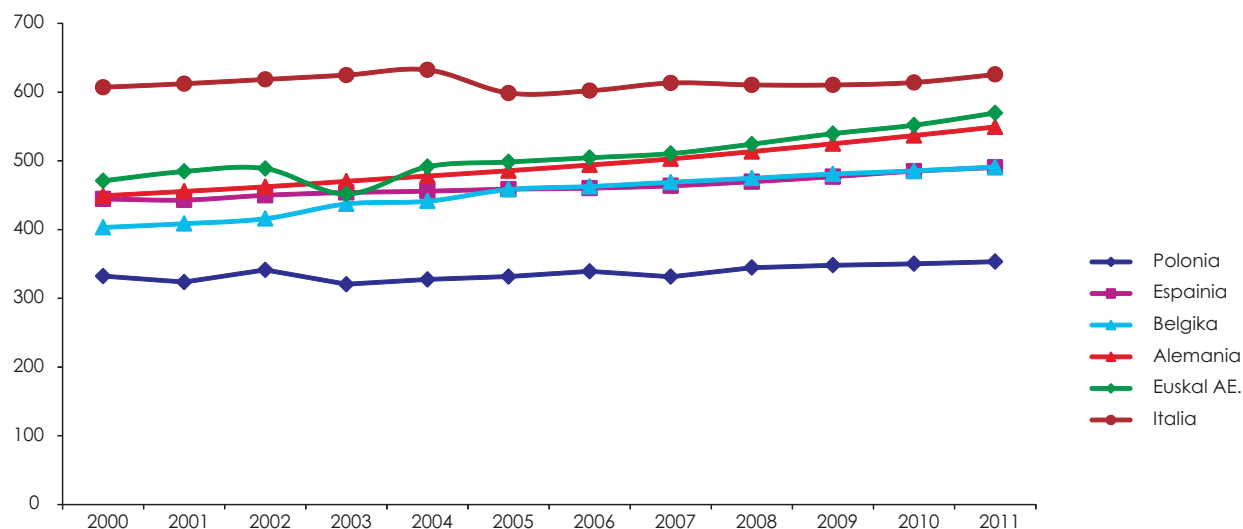
Iturria: Eustat.

8. grafikoa. Heriotza-tasak, eragileen arabera (100.000 biztanle). EB-28. 2011. urtea.



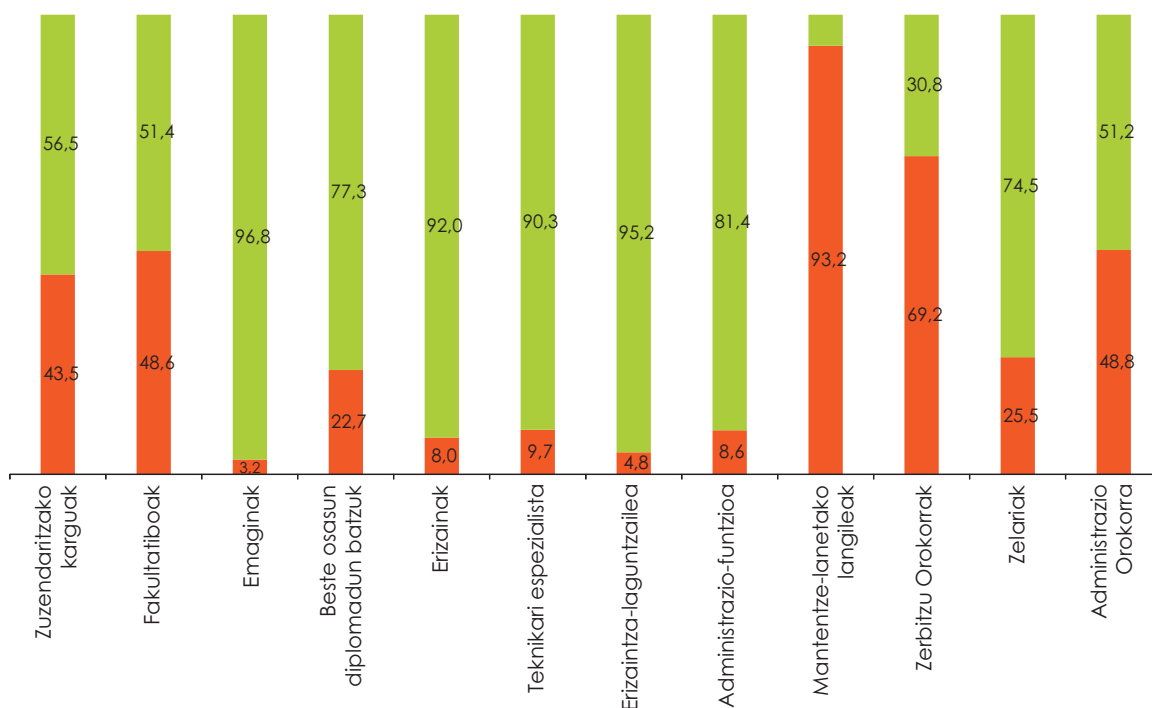
Iturria: Eurostat.

9. grafikoa. Praktika medikorako mediku lizentziatuen bilakaera 100.000 biztanleko 2000-2011 urteak.



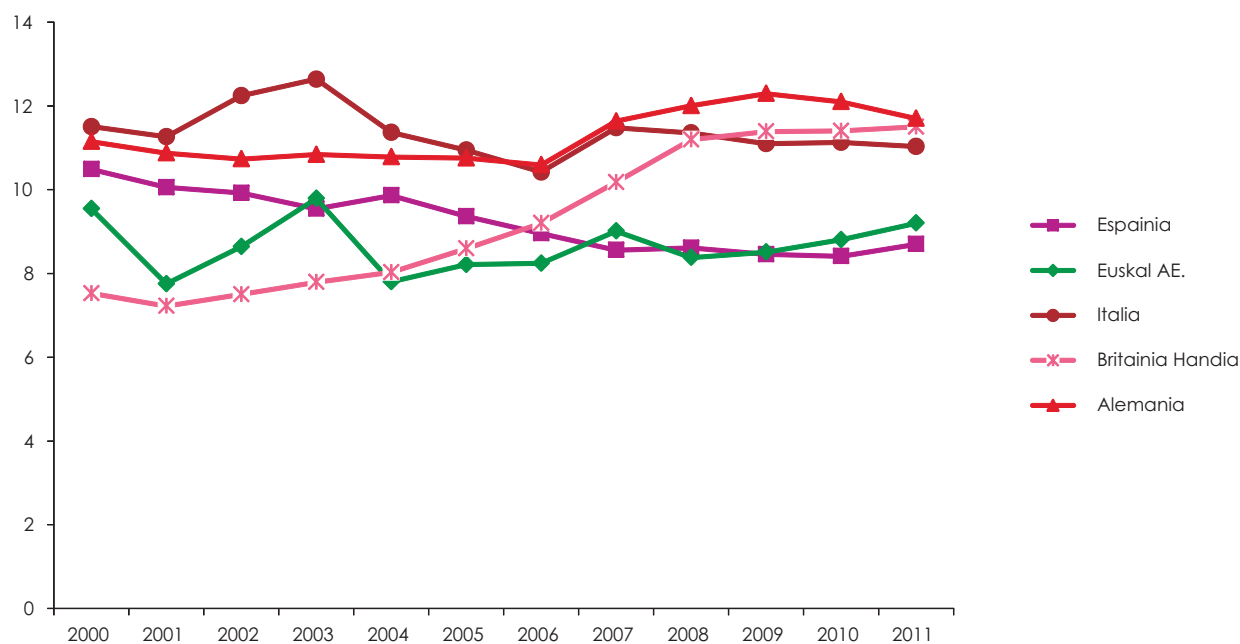
Fuente: Eustat y Eurostat.

10. grafikoa. Praktika medikorako mediku lizentziatuak 100.000 biztanleko 2011. urtea.



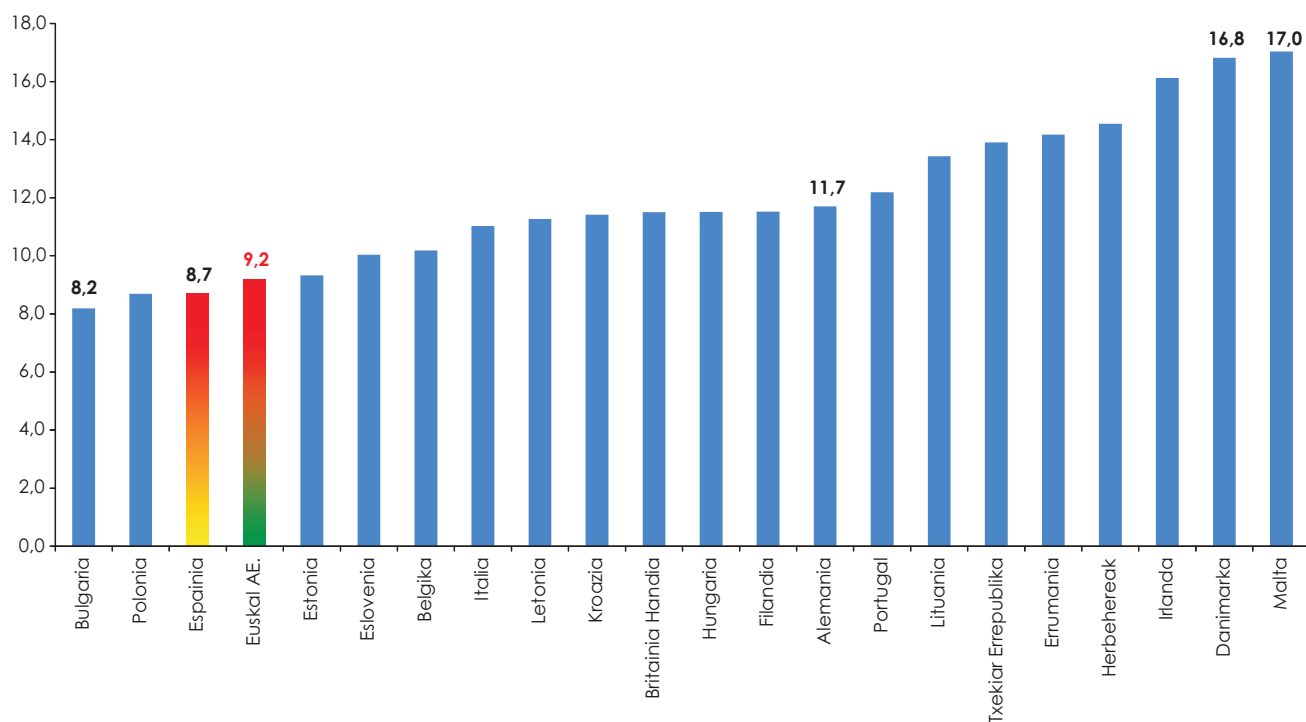
Iturria: Eustat y Eurostat.

11. grafikoa. Medikuntza graduatutako biztanleen bilakaera, 100.000 biztanleko. 2000-2011 urteak.



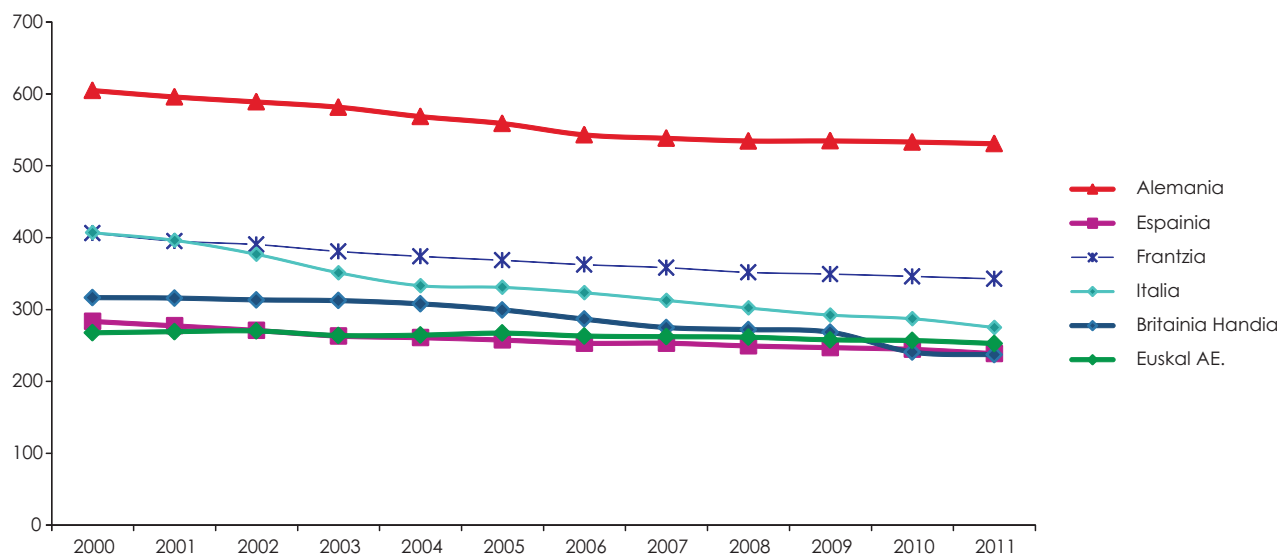
Iturria: Eustat y Eurostat.

12. grafikoa. Medikuntza graduatutako biztanleak. 2011. urtea.



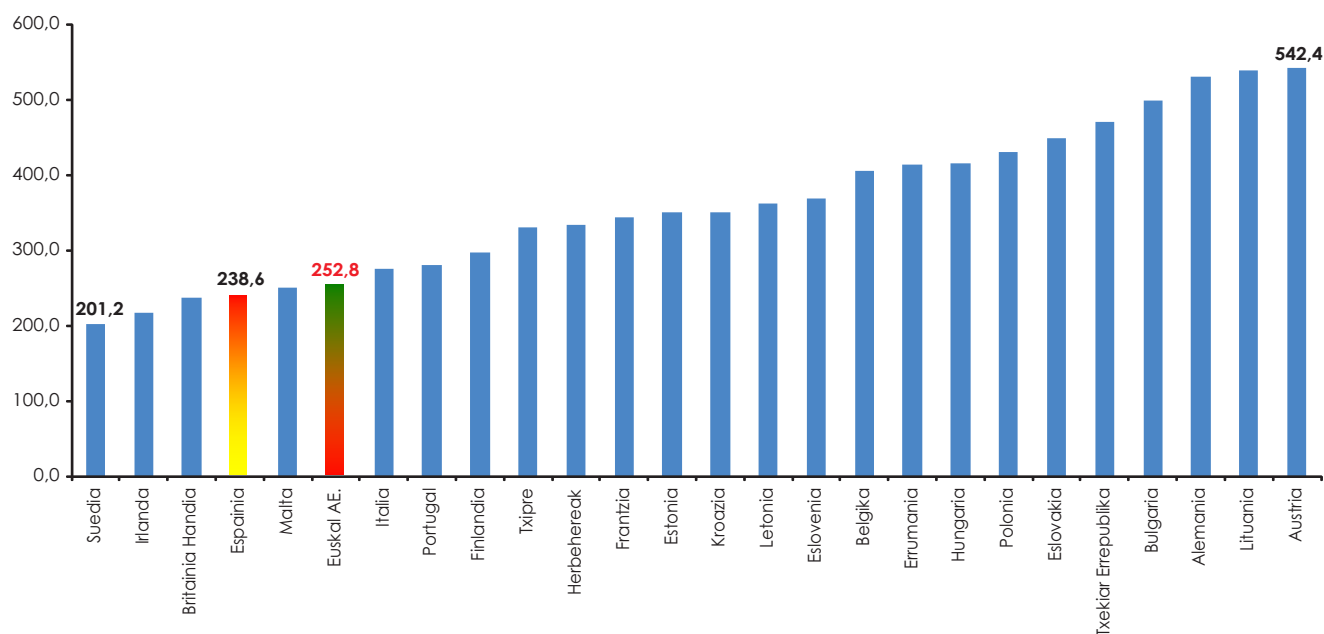
Iturria: Eustat y Eurostat.

13. grafikoa. Ospitaleetako ohe kopuruaren (akutuenak) bilakaera, 100.000 biztanleko. 2000-2011 urteak.



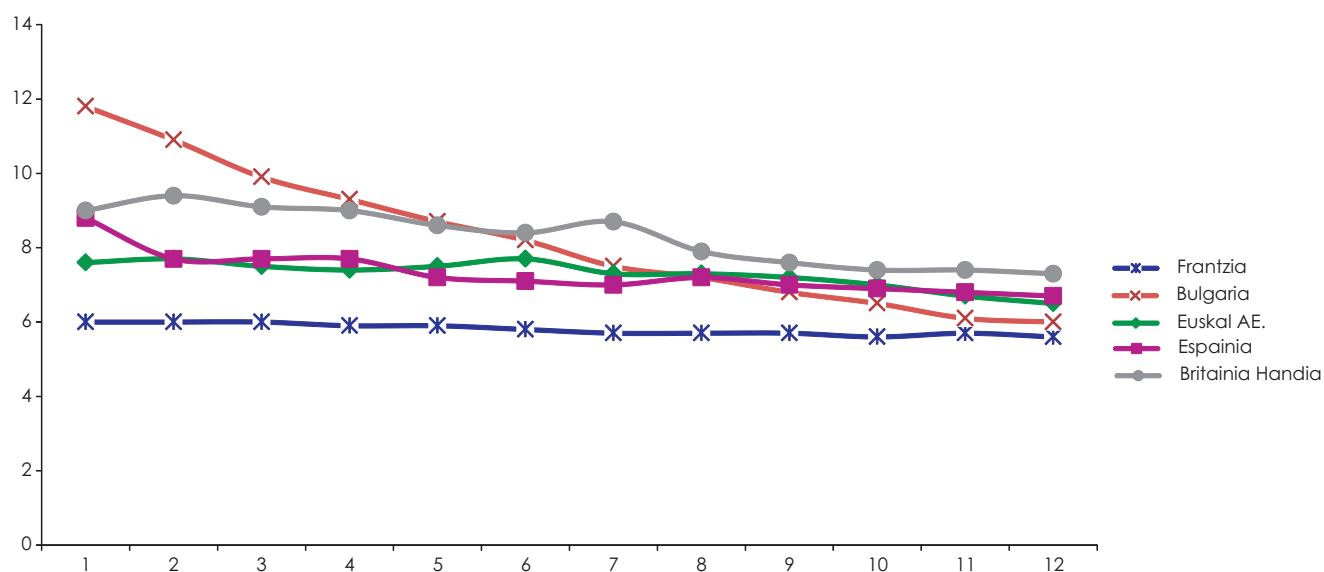
Iturria: Eustat y Eurostat.

14. grafikoa. Ospitaleetako ohe kopurua (akutuenak), 100.000 biztanleko. 2011. urtea.



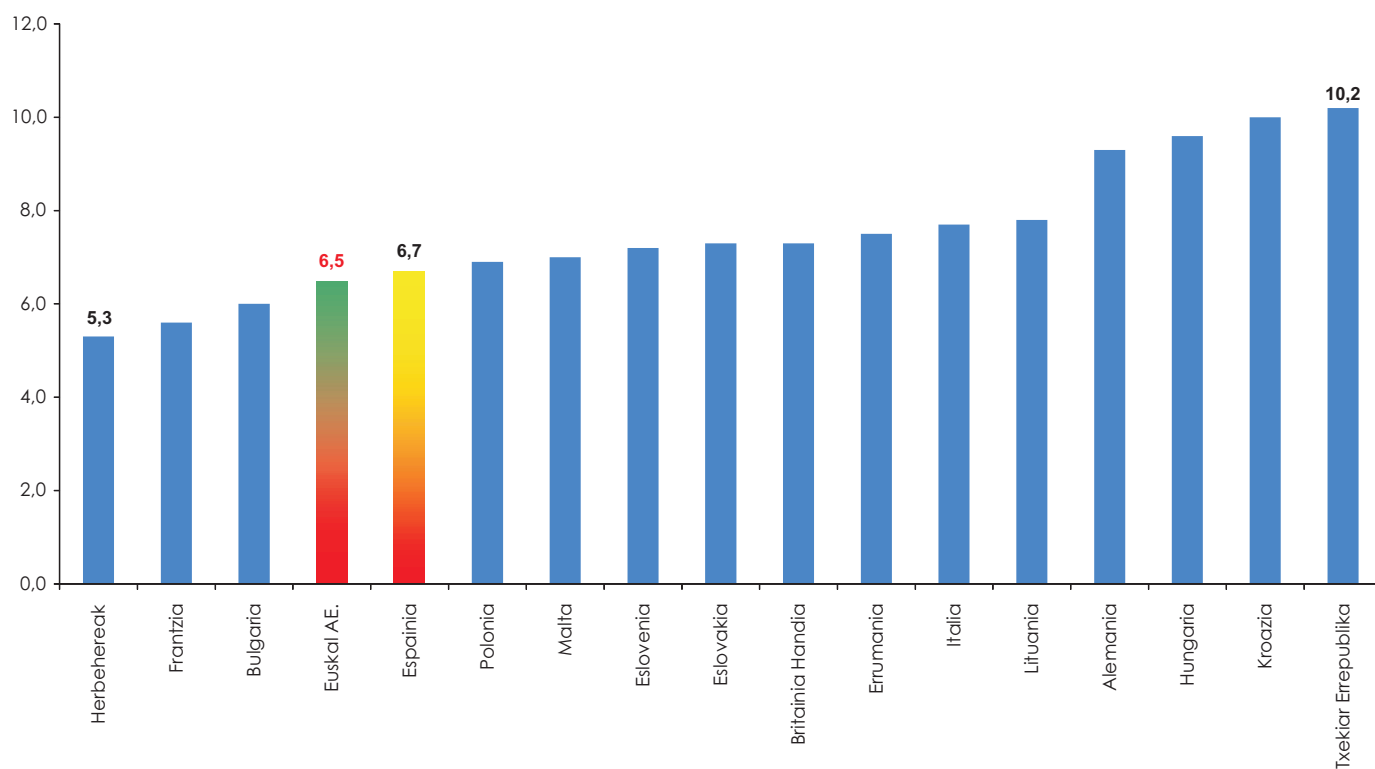
Iturria: Eustat y Eurostat.

15. grafikoa. Ospitaleetako batez besteko egonaldien bilakaera. 2000-2011 urteak.



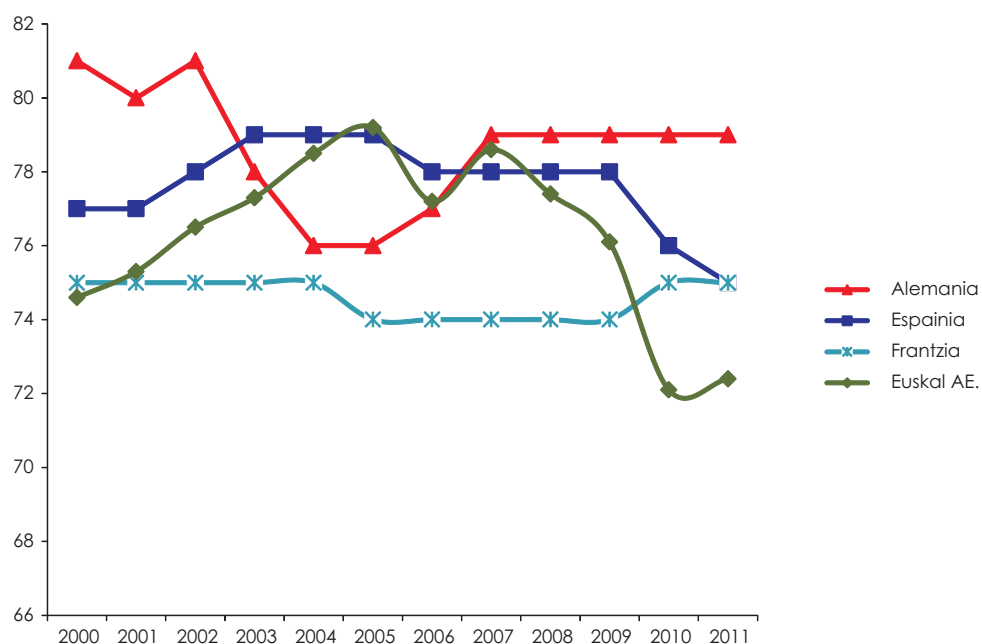
Iturria: Eustat y Eurostat

16. grafikoa. Akutuen ospitaleetako batez besteko egonaldia. 2011. urtea.



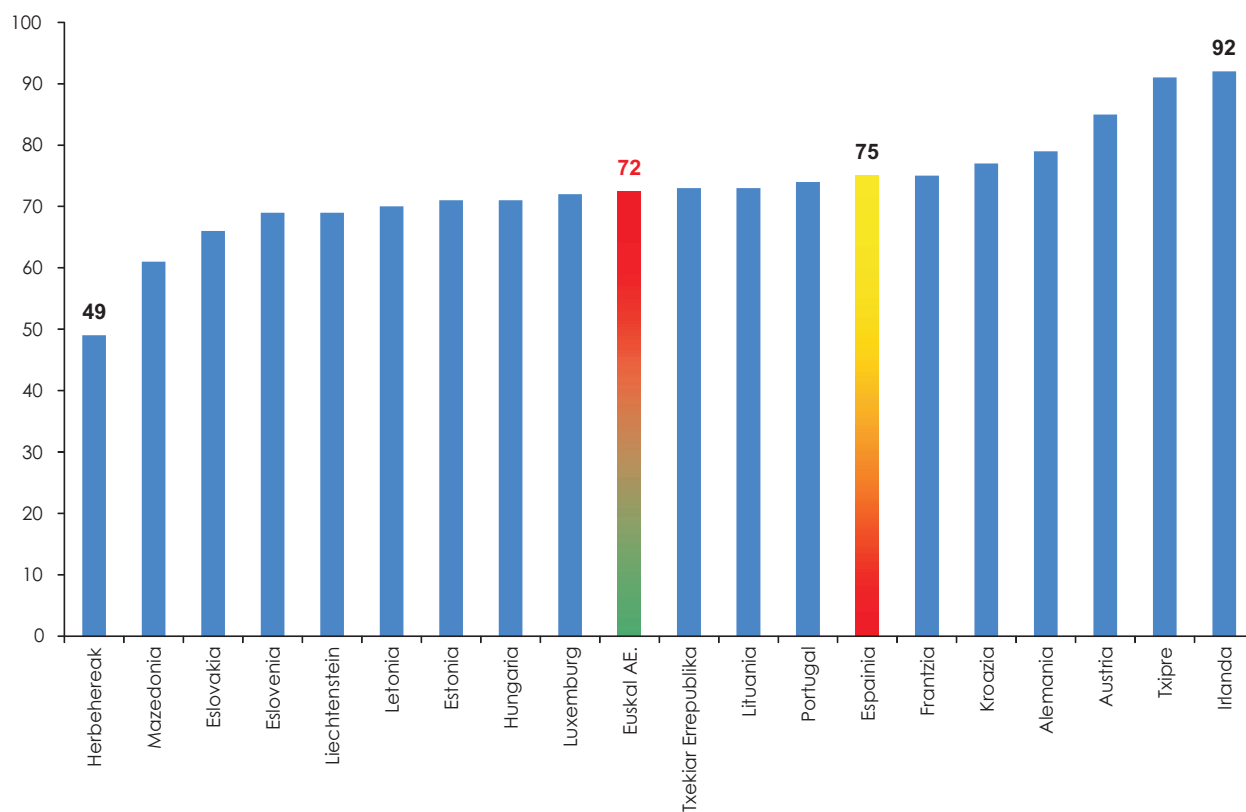
Iturria: Eustat y Eurostat

17. grafikoa. Gaixo akutuen ospitaleetako okupazioaren portzentajea. 2000-2011 urteak.



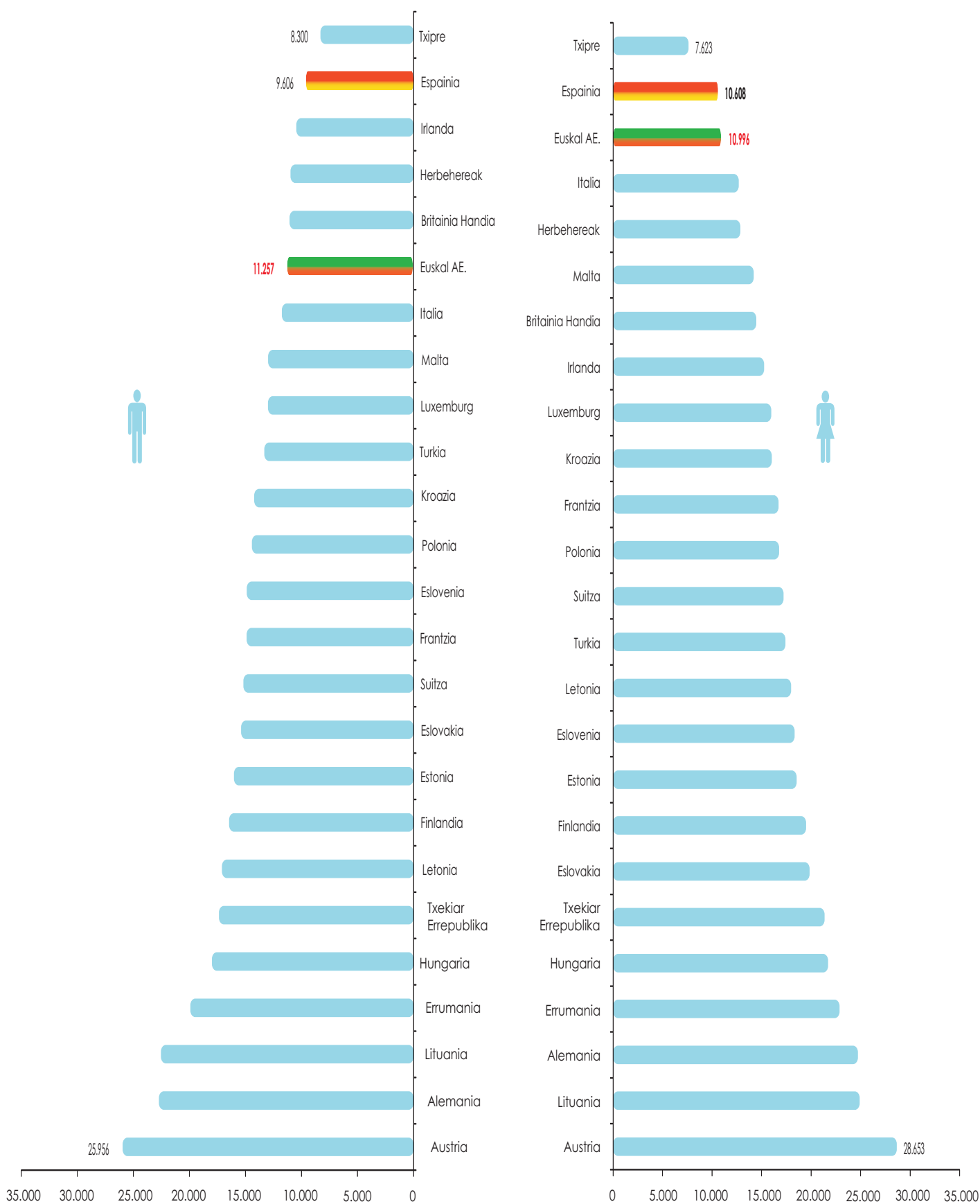
Iturria: Eustat y Eurostat.

18. grafikoa. Gaixo akutuen ospitaleetako okupazioaren portzentajea. 2011. urtea.



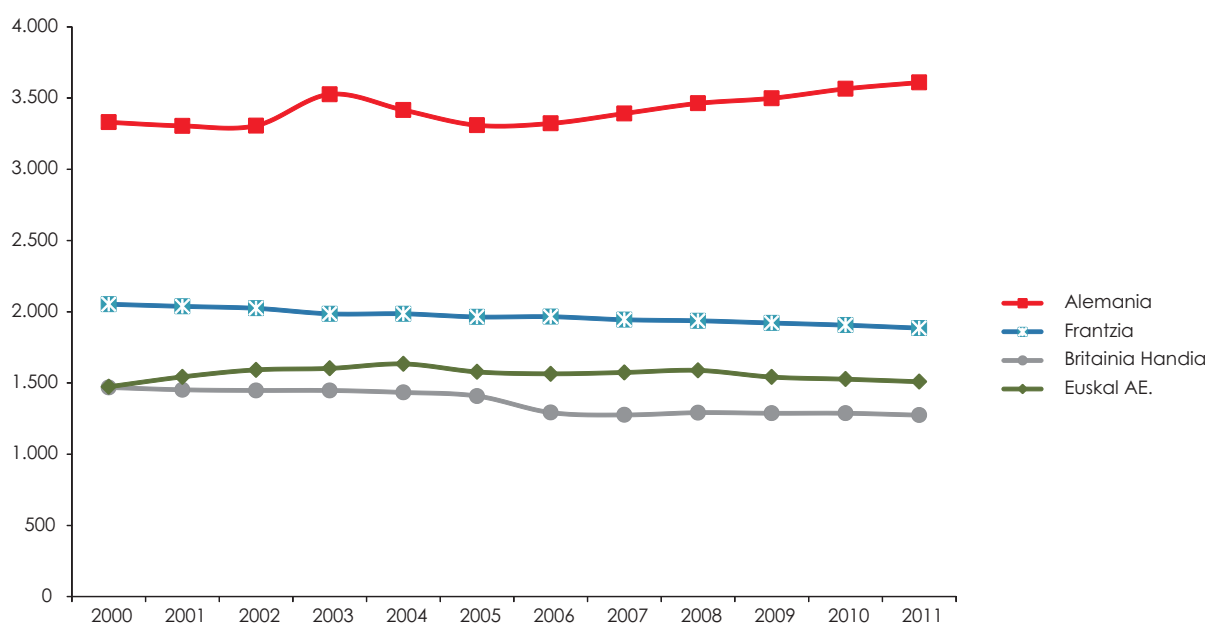
Iturria: Eustat y Eurostat.

19. grafikoa. Ospitaleetako gaixoen tasa (100.000 biztanleko), generoaren arabera. 2011. urtea.



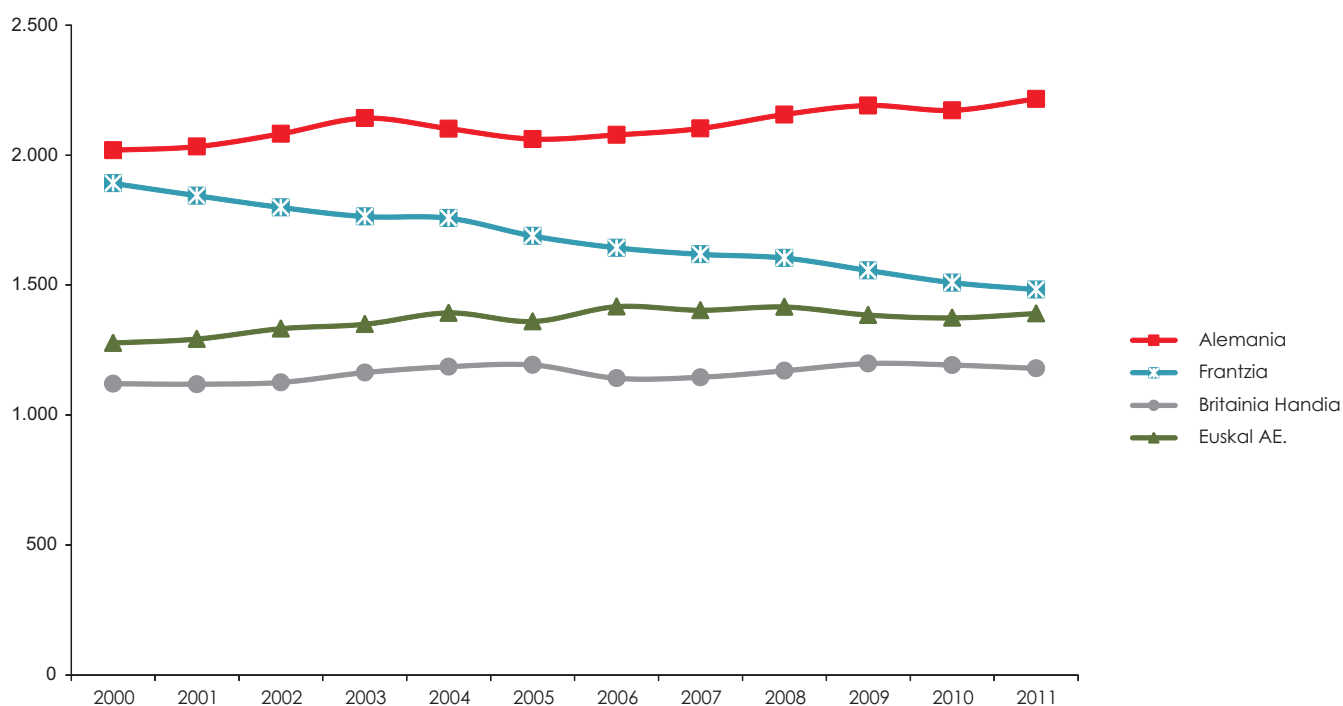
Iturria: Eustat y Eurostat.

20. grafikoa. Zirkulazio-sistemari lotuta ospitaleratutako gaixoen tasa (100.000 biztanleko). 2000-2011 urteak.



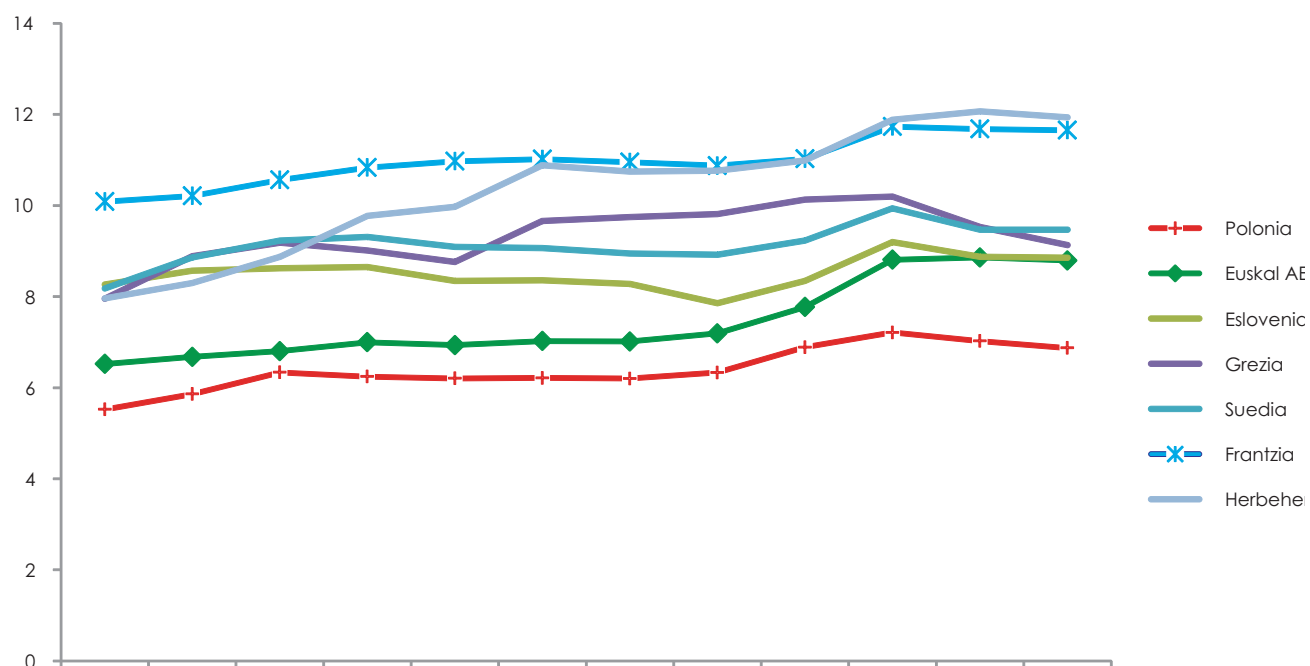
Iturria: Eustat y Eurostat.

21. grafikoa. Digestio-aparatuari lotuta ospitaleratutako gaixoen tasa (100.000 biztanleko). 2000-2011 urteak.



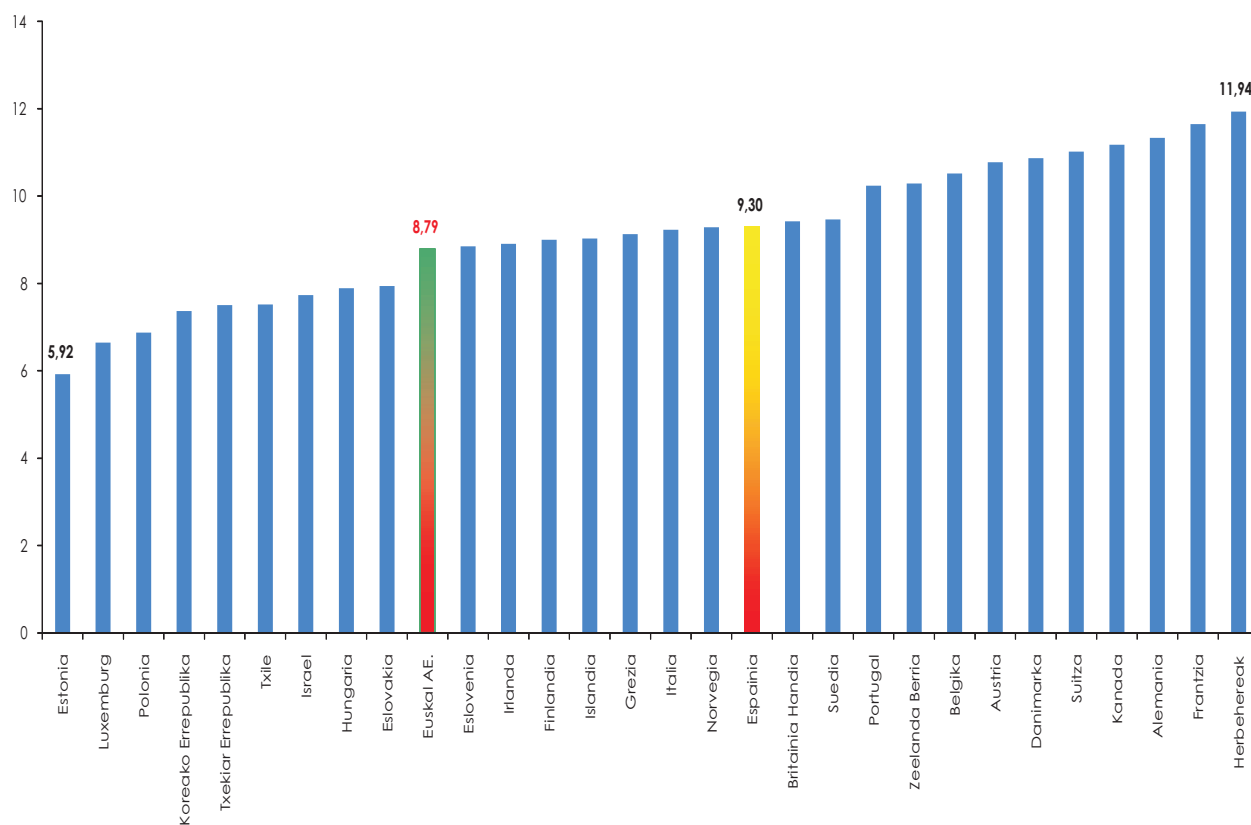
Iturria: Eustat y Eurostat.

22. grafikoa. Osasunean egindako gastu guztiaren bilakaera (BPGd-aren %). 2000-2011 urteak.



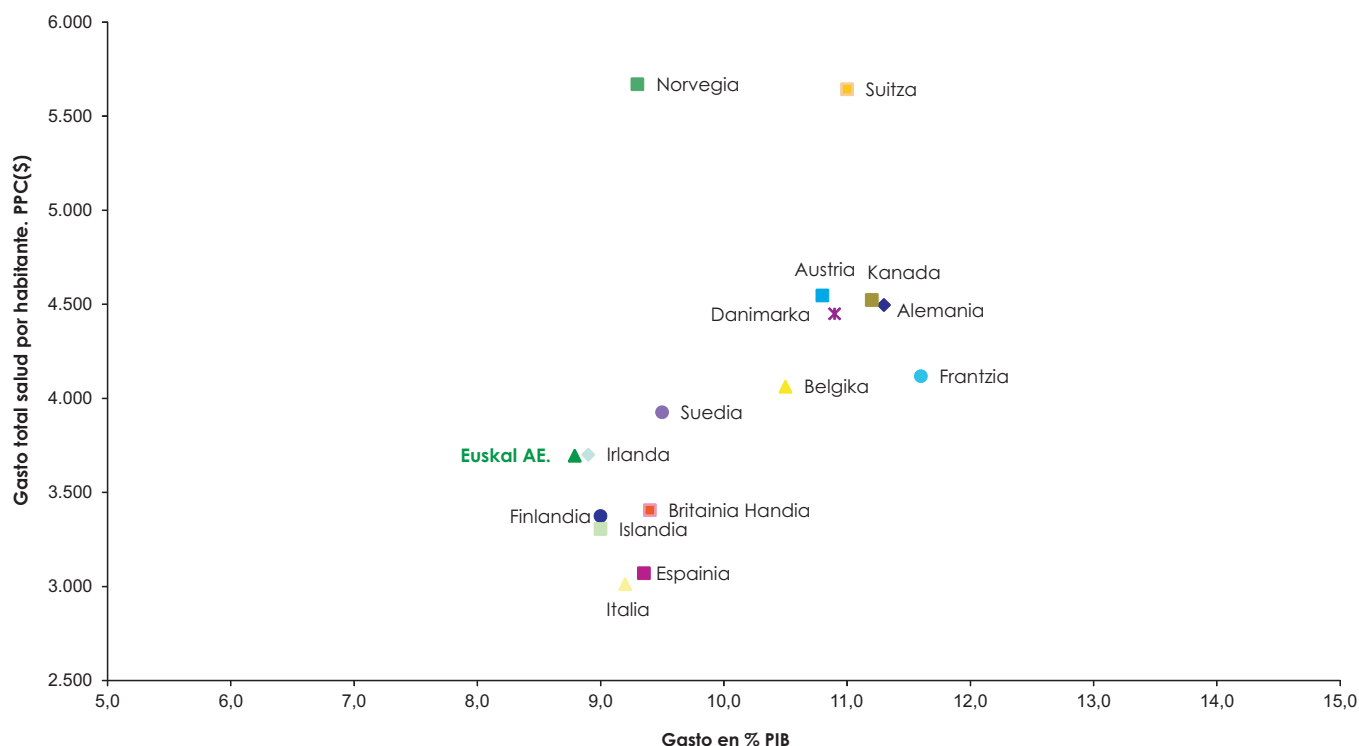
Iturria: Eustat y OECD Health data 2013

23. grafikoa. Osasunean egindako gastua, guztira (% BPGd). 2011. urtea.



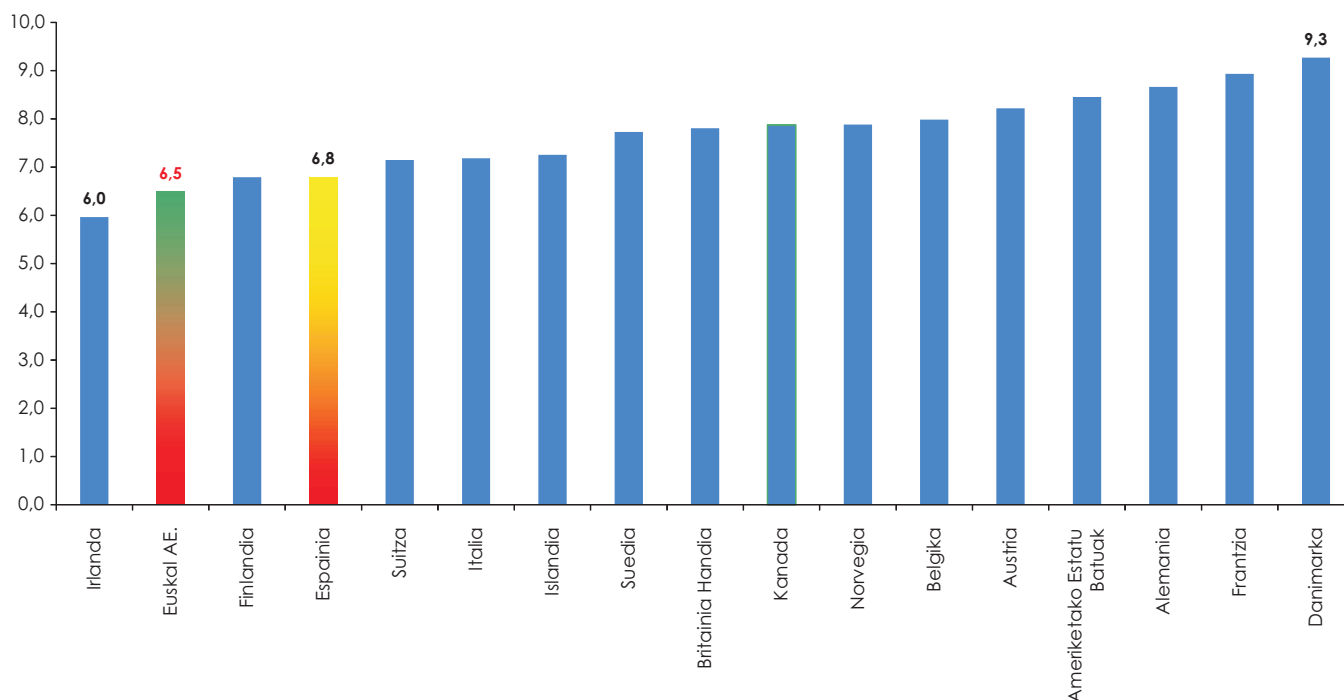
Iturria: Eustat y OECD Health data 2013.

24. grafikoa. Osasunean egindako gastu guztia, biztanle bakoitzeko eta BPGd-eko gastu guztia kontuan hartuta (EAP, US\$). 2011. urtea.



Iturria: Eustat y OECD Health data 2013.

25. grafikoa. Gastu publikoa BPGd-aren arabera. 2011. urtea.



Iturria: Eustat y OECD Health data 2013.

Erakunde Autonomiaduna
Organismo Autónomo del



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO



Eustat

EUSKAL ESTATISTIKA ERAKUNDEA
INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA

www.eustat.es