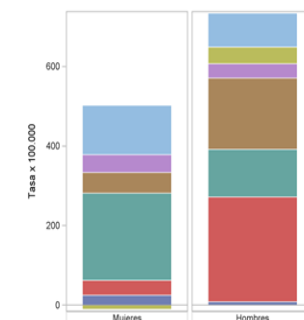
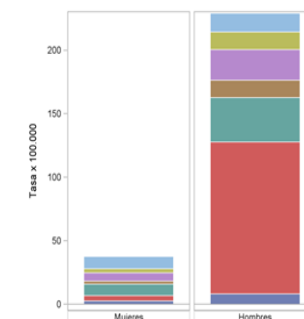
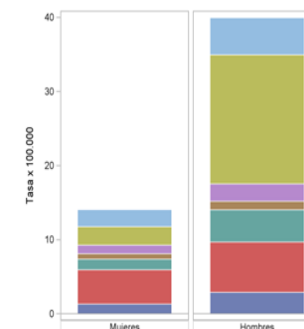




Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2009-2012



Osagin Txostenak 2017-2.

Biztaleriaren osasunaren gaineko ikerketa eta berrikuntza

Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza

Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza

Santiago Esnaola, Jose Antonio Martín, Montse Calvo, Covadonga Audicana, Estibaliz Elorriaga

Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza

Elena Aldasoro

Itzulpena:

IVAP. Herri Ardularitzaren Euskal Erakundea

Itzultzaile Zerbitzu Ofiziala (IZO).

Erabiltzeko baimena:

Argitalpen hau osorik edo zati batean erreproduzitzea onartzen da, merkataritza erabilera egiten ez bada, eta beti dokumentu honen aipua egiten bada.

Iradokitako aipua:

Esnaola S, Martín JA, Calvo M, Audicana C, Aldasoro E, Elorriaga, E. Desberdintasun-sozioekonomikoak hilkortasunean kausa guztiengatik eta kausa nagusiengatik EAEn, 2009-2012. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua, 2017.

Argitaraldia: 1.a 2017ko apirila

© Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa. Osasun Saila

Internet: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/hilkor_0912.pdf

Aurkibidea

1. Laburpena	1
1.1. Aurrekariak eta helburuak.....	1
1.2. Metodoak	1
1.3. Emaitzak	2
1.4. Konklusioak.....	4
2. Sarrera.....	5
2.1. Zer dira osasun-alorreko desberdintasun sozialak?.....	5
2.2. Osasun-alorreko desberdintasunak monitorizatzea.....	6
2.3. Helburuak.....	6
3. Emaitzak.....	7
3.1. 25 urteko eta gehiagoko biztanleariaren ezaugarri soziodemografikoak. EAE, 2006	7
3.2. Heriotza-kausa nagusiak. EAE, 2009-2012	9
3.3. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea hilkortasunean. EAE, 2009-2012	11
3.4. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea hilkortasunean, adinaren arabera. EAE, 2009-2012.....	12
3.5. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausengatik. EAE, 2009-2012	14
3.6. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausengatik, adin-taldearen arabera. EAE, 2009-2012.....	19
3.7. Hezkuntza-mailaren arabera hilkortasunean dauden desberdintasunei heriotza-kausak egiten dieten ekarpena, adina kontuan hartuta, EAE 2009-2012.....	27
4. Iruzkina eta konklusioak	28
5. Bibliografia.....	36
1. Eranskina Metodoak	39
2. Eranskina Taulak	41
3. Eranskina Irudiak	51

1. Laburpena

1.1. Aurrekariak eta helburuak

Osasun-alorreko desberdintasun sozialak murriztea Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) osasun-politiken lehentasunezko helburua da. Aurreko planei jarraikiz, 2013-2020 aldiko Osasun Planean osasun-alorreko desberdintasunen monitorizazioa sartu zen lehentasunezko ekintza gisa. Azterlanaren helburua honako hau izan zen: hezkuntza-mailaren arabera desberdintasunek EAEko 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren kausa guztien ondoriozko eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean 2009-2012 aldian —hots, krisialdi ekonomikoa hasi ondorengo urteetan— izan zuten magnitudea deskribatzea.

1.2. Metodoak

EAEko Heriotza Erregistroko datuak eta Biztanleria Erregistroarenak elkartuta, hilkortasunari buruzko zeharkako azterketa bat egin zen populazio osoa oinarritzat hartuta. Jarraipena egin zen aldia 2009ko urtarrilaren 1etik 2012ko abenduaren 31ra bitartekoa izan zen. Pertsona bakoitzarentzat jarraipeneko urte-kopuru zehatza kalkulatu zen. Hezkuntza-maila bakoitzerako hilkortasun-adinaren arabera tasa estandarizatuak kalkulatu ziren. Desberdintasun erlatiboko neurri gisa desberdintasun-indize erlatiboa (DIE) kalkulatu zen adinaren arabera egokituta, eta Poisson-en erregresio-eredua erabili zen. Desberdintasun absolutuak neurtzeko, maldaren desberdintasun-indizea (MDI) kalkulatu zen Poisson-en erregresio-eredu gehigarria erabiliz. Gainera, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna kalkulatu zen (heriotza-kopurua eta -proportzioa).

1.3. Emaizak

Desberdintasunak kausa guztien ondoriozko hilkortasunean

Kausa guztien ondoriozko hilkortasunak erakusten du hilkortasunaren gradientea oso nabarmena izan zela ikasketa-mailaren arabera, bi sexuetan, eta ikasketa-urteak gutxitu ahala, gora egin zuela hilkortasunak. Ikasketa-maila txikiagoa eta handiagoa duten pertsonak konparatuta, 100.000 emakume eta gizonezko hartuta, heriotza-tasen diferentzia izan zen, hurrenez hurren, 426 eta 664 heriotzakoa; hilkortasuna % 47 eta % 58 handiagoa, hurrenez hurren.

Emakumeetan eta gizonetan, hurrenez hurren, izandako heriotza guztien % 18 eta % 21 ikasketa-mailako desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien (egunean, 10 heriotza).

Desberdintasunak kausa guztien ondoriozko hilkortasunean, adinaren arabera

Ikasketa-maila txikieneko 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeen hilkortasuna ikasketa-maila handienekoena baino lau aldiz handiagoa izan zen; gizonetan, berriz, 5,4 aldiz handiagoa izan zen. Hilkortasunean ikusten ziren desberdintasun erlatiboak oso garrantzitsuak izan ziren, halaber, adin aurreratuagoetan, bereziki 45 urtetik 64 urtera bitarteko gizonetan.

25 urtetik 44 urtera bitarteko gizonetan izandako heriotzen % 51 hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien; adin horretako emakumeen kasuan, proportzioa % 34 izan zen. 45 urtetik 64 urtera bitarteko pertsonen artean, desberdintasunei egotz zegozkiekeen heriotzen proportzioa % 39 eta % 15 izan zen gizonen eta emakumeen kasuan, hurrenez hurren; 65 urteko eta gehiagoko pertsonen kasuan, aldiz, proportzioa handiagoa zen emakumeen kasuan gizonen kasuan baino (% 18 eta % 16, hurrenez hurren).

Desberdintasunak heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean

Bi sexuetan ikusi zen desberdintasun erlatibo oso garrantzitsuak zeudela heriotza-kausa handien talde nagusietan, baina desberdintasunen magnitudea eta kausa-taldearen rankinga desberdina izan zen emakumeen eta gizonen artean. Kausa espezifikoaren arabera, bi sexuetan, hilkortasunean izandako desberdintasun erlatibo handienak zituzten kausak istripuzko pozoidura, HIESa eta GIBa izan ziren. Emakumeetan, handienetik hasita, diabetesa eta zirrosia zeuden, hilkortasuna lau aldiz handiagoa izanik ikasketa gutxiago zituzten emakumeen kasuan ikasketa-maila handiena zuten emakumeen kasuan baino. Gainera, umetoki-lepoko minbizia, ondesteko minbizia, kardiopatia iskemikoa eta biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa nabarmendu ziren; horiek guztiek % 100etik hurbil zeuden edo % 100etik gorako gehiegizko hilkortasunak izan zituzten (hezkuntza-eskalaren muturren artean). Gizonetan, gainera, suizidioa eta zirrosia nabarmendu ziren, gehiegizko hilkortasunak % 200etik gorakoak izanik, eta biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa eta diabetesa, % 100etik gorako gehiegizkoekin.

Termino absolututan, argi dago hilkortasunean izandako desberdintasunak handiagoak izan zirela gizonen kasuan emakumeen kasuan baino. Emakumeetan, desberdintasun absolutu handienak gaixotasun kardiobaskularretan ikusten dira; gizonetakoetan, tumore gaiztoetan. Emakumeetan, desberdintasun handienak erakusten dituzten heriotza-kausa espezifikoak handienetik hasita, gaixotasun zerebrobaskularra, bihotzeko gaixotasun iskemikoa eta diabetesa izan ziren. Gizonetan, desberdintasun absolutu handienak izan zituzten kausak, handienetik hasita, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, birikako minbizia eta kardiopatia iskemikoa izan ziren.

Desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa oso garrantzitsua izan zen heriotza-kausa nagusiei dagokienez. Emakumeetan, gaixotasun infektzioen ondoriozko heriotzen erdiak baino gehiago ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakizkieke. Halaber, egotz daitezkeen heriotzen proportzioa oso garrantzitsua izan zen digestio-gaixotasunen (% 38), arnas gaixotasunen (% 22), gaixotasun kardiobaskularren (% 25) eta tumore gaiztoen kasuan (% 6). Gizonetan, kanpoko kausen ondoriozko heriotzen % 44 desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien, ondoren, handienetik hasita, honako hauek daude: arnas gaixotasunak (% 34), gaixotasun infektzioak (% 33), digestio-gaixotasunak (% 29), tumore gaiztoak (% 23) eta gaixotasun kardiobaskularrak (% 12).

Emakumeetan, zirkulazio-aparatuaren gaixotasunek hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren % 41 eragin zuten, ondoren, handienetik hasita honako hauek daude: arnas gaixotasunak (% 10), digestio-aparatuaren gaixotasunak (% 10) eta tumoreak (% 9). Gizonetan, hilkortasunean ikusten diren desberdintasunetan inpaktu handiena izan zuten kausak tumoreak izan ziren (% 40), eta, ondoren, honako hauek zeuden: arnas aparatuaren gaixotasunak (% 18), zirkulazio-aparatuaren gaixotasunak (% 16) eta kanpoko kausak (% 8).

Desberdintasunak heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean, adinaren arabera

25 urtetik 44 urtera bitarteko bi sexuetako pertsonetan, desberdintasun absolutuak oso garrantzitsuak izan ziren birikako minbiziaren, istripuzko pozoiduren eta suizidioaren kasuetan; desberdintasun erlatiboak oso handiak izan ziren istripuzko pozoiduren, HIESaren eta GIBaren eta zirrosiaren ondoriozko hilkortasunaren kasuan.

45 urtetik 64 urtera bitarteko emakumeetan, gaixotasun zerebrobaskularra izan zen desberdintasun absolutu eta desberdintasun erlatibo garrantzitsuenak izan zituen hilkortasun-kausa; gainera, kausa horren ondoriozko heriotzen % 40 hezkuntza-desberdintasunei egotz zegokiekeen. 45 urtetik 64 urtera bitarteko gizonetan, desberdintasun absolutu handienak zituzten heriotza-kausak birikako minbizia, zirrosia, kardiopatia iskemikoa, gaixotasun zerebrobaskularra eta koloneko minbizia izan ziren.

65 urteko eta gehiagoko emakumeetan, gaixotasun mental organikoek, gaixotasun zerebrobaskularrak, kardiopatia iskemikoak eta diabetesak erakutsi zituzten desberdintasun absolutu oso garrantzitsuak. Diabetesa izan zen desberdintasun erlatibo handienak izan zituen heriotza-kausa: ikasketa-maila txikiena zuten emakumeen hilkortasuna ikasketa-maila handiena zuten emakumeena baino 2,8 aldiz handiagoa izan zen.

65 urteko eta gehiagoko gizonetan, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa izan zen desberdintasun absolutu handienak zituen heriotza-kausa, eta, ondoren, handienetik hasita, birikako minbizia, gaixotasun mental organikoak, kardiopatia iskemikoa eta gaixotasun zerebrobaskularra izan ziren. Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren ondoriozko hilkortasunaren % 30 baino gehiago hezkuntza-desberdintasunei egotz zekiekeen.

1.4. Konklusioak

Desberdintasun sozioekonomikoek EAEko hilkortasunean garrantzi eta inpaktu handia dutenez, ezinbestekoa da politikak indartzea eta ekimen berriak abian jartzea desberdintasun sozialak murrizteko eta desberdintasun horiek osasunean duten eragina arintzeko. Beharrezkoa da aurrera egitea osasunean dauden desberdintasunen monitorizazioan eta EAEn osasun-ekitatea areagotzeko esku-hartzeek duten eraginkortasunari buruzko ikerketan.

2. Sarrera

Txosten honetan desberdintasunek, maila sozioekonomikoaren arabera, Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), 2009-2012 aldian, hilkortasunean duten magnitudea deskribatu da. Atal honetan osasunaren alorreko desberdintasun sozialak zehaztu dira eta desberdintasun horiek monitorizatzeko premia justifikatu da. Ondorengo kapituluetan heriotza-kausa nagusien emaitza xehatuak deskribatuko dira, sexuaren eta adin-taldearen arabera. 1. eranskinean zehatz-mehatz azaldu da erabilitako metodologia.

2.1. Zer dira osasun-alorreko desberdintasun sozialak?

Osasun-alorreko desberdintasun sozialak desabantaila-maila desberdinetako talde sozialen osasunean hautematen diren desberdintasun sistematikoak dira. Gizartean diren estratifikazio-ardatzetan barrena gertatzen dira desberdintasun horiek, eta pertsonak beren klase sozialaren, sexuaren, bizilekuaren, etniaren eta jaiolekuaren arabera, osasunarekin zerikusia duten aukerak eta baliabideak jasotzeko duten ahalmen desberdinaren isla dira: ondorioa da gizartean abantaila gutxiena dutenek osasun kaskarra ere badutela¹. Hainbat ikerketa zientifikok erakutsi dute osasun-alorreko desberdintasunak ikaragarri handiak direla, eta ohiz aipatzen diren gaixotzeko arrisku-faktore gehienek baino askoz ere eragin handiagoa dutela hilkortasun- eta erikortasun-tasa handiagoetan². Gainera, zientziak erakusten duenez, osasun-alorreko desberdintasunak murriz daitezke esku-hartze eta politika publiko egokiak, osasunekoak zein sozialak, abian ipiniz gero²; beraz, desberdintasunak gaindigarriak dira eta, horrexegatik, bidegabeak. Horregatik jotzen ditugu, halaber, sinonimotzat «osasun-alorreko desberdintasun sozialak» eta «osasun-alorreko ekitate eza».

Osasun-alorreko desberdintasun sozialen funtsezko ezaugarri bat honako hau da: gradualak dira, osasunean bada jatorri sozialeko gradiente bat, hain zuzen. Hala, oso salbuespen gutxiz, errealitateak erakusten digu osasuna okerragoa dela zenbat eta beherago egin eskala sozioekonomikoan. Beraz, osasun-alorreko desberdintasun sozialek eskala sozialaren oinarrian dauden lagunei –pobreetan pobrenei– ez ezik, gizarte osoari ere eragiten diote³.

2.2. Osasun-alorreko desberdintasunak monitorizatzea

Osasun-alorrean berdintasuna bultzatzeko politiken gobernantza egokiak osasun-alorreko desberdintasun sozialen ezaugarriak eta bilakaera ondo ezagutzea du oinarri. Osasun-alorreko desberdintasunak zaintzea eta haien jarraipena egitea, beraz, beharrezkoa da osasun-politikak bideratzeko eta ebaluatzeko, osasun-arazoei aintzat hartzeko, prebentziorako eta osasuna sustatzeko aparteko ahalegina behar duten populazio-taldeak identifikatzeko eta kontu-ematea errazteko^{4, 5}.

Berdintasunak osasun-alorrean hartu duen garrantziaren ondorioz, EAEren osasun-politiken helburu lehenetsi bihurtu da desberdintasun sozialak gutxitzea. Aurreko planak utzitako aztarnari jarraikiz, 2013-2020 Osasun Planak osasun-alorreko desberdintasun sozialak lehentasunezko zatikatu zituen⁶. Ekintza batzuk nabarmentzen ditu, besteak beste: osasun-alorreko desberdintasunak monitorizatzea eta osasuneko informazio-sistemak garatuz jasotzea, eta aldizka osasunaren gaineko estatistikak egitea maila sozioekonomikoa kontuan hartuta. Lan honetan hilkortasunean dauden desberdintasun sozialen monitorizazioari ekin zaio, maila sozioekonomikoari eta, zehazkiago, hezkuntza-mailari buruzko informazio indibiduala erabiliz. Era horretan, jarraitutasuna ematen zaie “Desberdintasun sozialak hilkortasunean” izeneko estatistika-eragiketaren esparruan aurretik argitaratu diren beste lan batzuei^{7, 8}.

2.3. Helburua

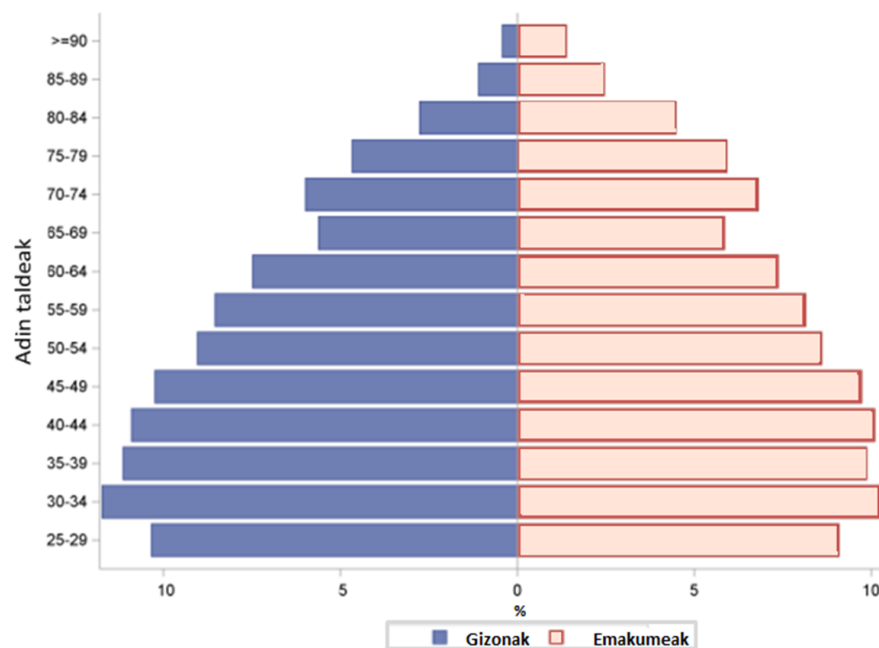
Dokumentu honetan hezkuntza-mailaren arabera osasun-alorreko desberdintasunak kausa guztien ondoriozko eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean dauden magnitudea deskribatzen da, EAEko 25 urteko eta gehiagoko biztanleria kontuan hartuta eta 2009-2012 aldian, eta heriotza-kausa nagusien ekarpena aztertu da (Ikus metodoen atala 1. Eranskinean).

3. Emaizak

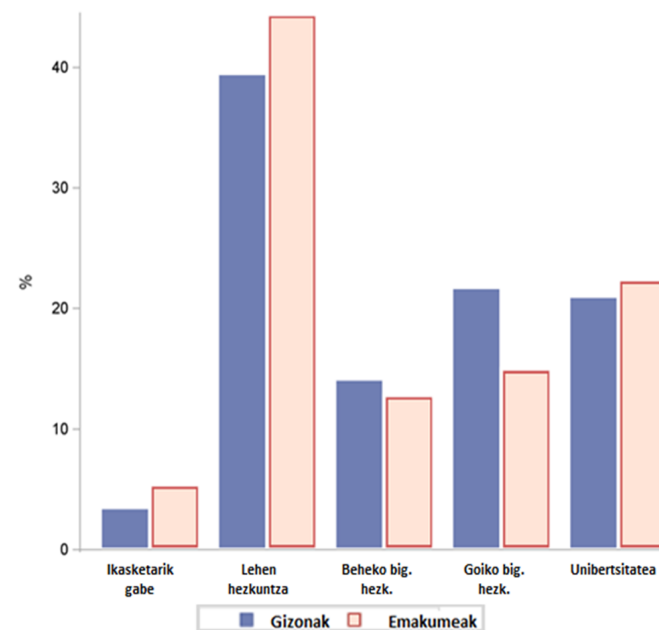
3.1. 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren ezaugarri soziodemografikoak. EAE, 2006

2006ko eroldaren arabera, emakumeen % 22k eta gizonen % 16k 65 urte edo gehiago zituzten; emakumeen % 7k eta gizonen % 11k 75 urte edo gehiago zituzten. Azterlan honen xede den 25 urteko eta gehiagoko biztanleria kontuan hartuta, ikusi da 65 urteko eta gehiagoko pertsonen proportzioa % 27 dela emakumeen kasuan eta % 21 gizonen kasuan.

- 2006an, 65 urteko eta gehiagoko pertsonen proportzioa emakumeen eta gizonen % 22 eta % 16 izatera iritsi zen, hurrenez hurren.
- Lehen mailako ikasketak zituzten, ikasketa formalik ez zuten eta unibertsitate-ikasketak zituzten pertsonen proportzioa handiagoa zen emakumeen artean gizonen artean baino.



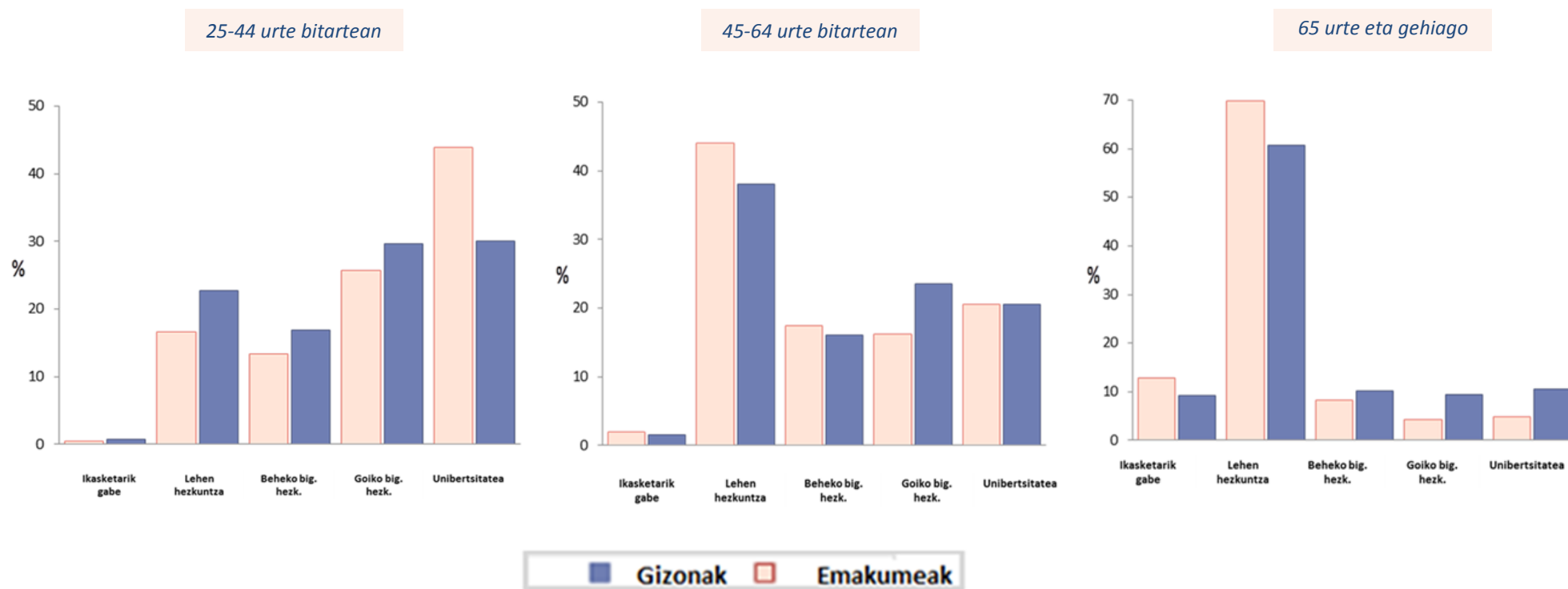
1. Irudia. 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren banaketa, adinaren eta sexuaren arabera. EAE, 2006



2. Irudia. 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren banaketa, ikasketa-mailaren eta sexuaren arabera. EAE, 2006

Ikasketa-mailaren banaketak erakutsi zuen desberdintasun batzuk zeudela emakumeen eta gizonen artean. Lehen mailako ikasketak zituzten, ikasketa formalik ez zuten eta unibertsitate-ikasketak zituzten pertsonen proportzioa handiagoa zen emakumeen artean gizonen artean baino. Aitzitik, bigarren hezkuntza egin zuten gizonen kopurua emakumeen kopurua baino handiagoa zen.

Ikasketa-mailari dagokionez, unibertsitate-hezkuntza zuten 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeen proportzioak nabarmen gaitzitu zuen % 40a; proportzio hori 45 urtetik 64 urtera bitarteko emakumeetan (% 21) eta 64 urtetik gorakoetan (% 5) ikusi dena baino bi eta bederatz aldiz handiagoa da, hurrenez hurren. 25 urtetik 44 urtera bitarteko gizonetan, unibertsitarioren proportzioa % 31 ingurukoa da; era berean, goi-mailako bigarren hezkuntza -tradizionalki lanbide-heziketako jarduerekin lotu dena- lortu duen taldea nagusitzen da.



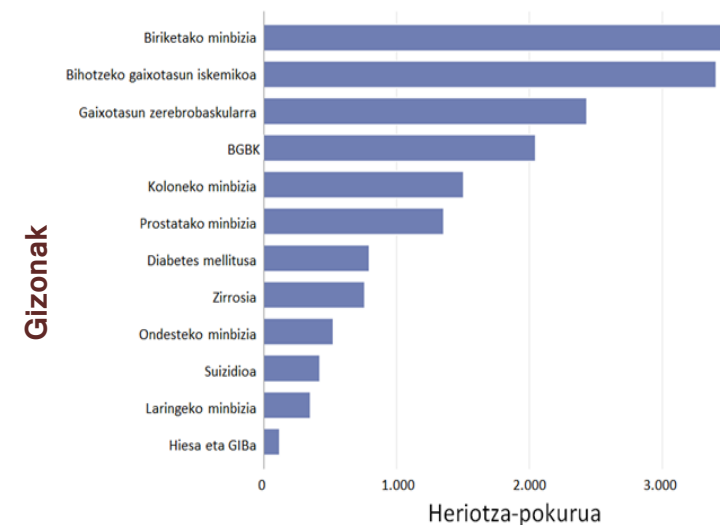
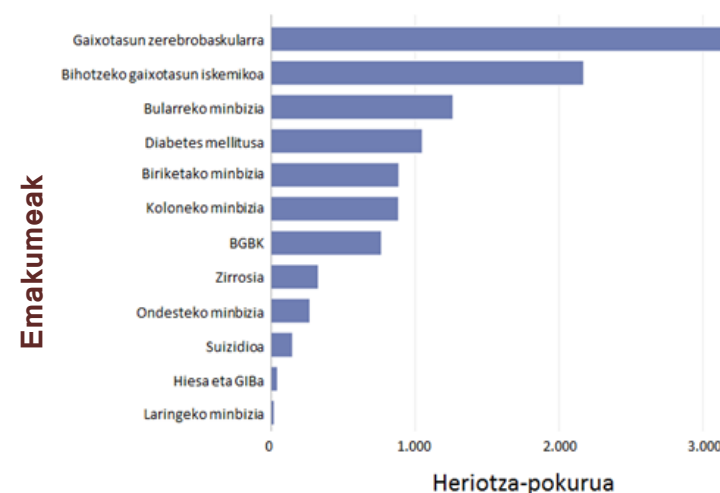
3. Irudia. 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren ikasketa-mailararen banaketa, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2006

3.2. Heriotza-kausa nagusiak. EAE, 2009-2012

- Gehien azaldu ziren heriotza-kausak gaixotasun kardiobaskularrei zegozkienak izan ziren emakumeen kasuan eta tumoreei zegozkienak gizonen kasuan.
- Kausa espezifikoen arabera, emakumeen artean heriotza gehien eragin zituen kausa gaixotasun zerebrobaskularra izan zen, ondoren kardiopatia iskemikoa eta bularreko minbizia zeuden; gizonen artean, aldiz, biriketako minbizia, kardiopatia iskemikoa eta gaixotasun zerebrobaskularra zeuden.
- 25 urtetik 44 urtera bitarteko biztanleen artean, gehien azaldu ziren kausak bularreko minbizia izan zen emakumeen artean eta suizidioa gizonen artean; 45 urtetik 64 urtera bitarteko pertsonen dagokienez, biriketako minbizia emakumeetan eta gizonetan; adinekoei dagokienez, gaixotasun zerebrobaskularra emakumeetan eta kardiopatia iskemikoa gizonetan.

2009-2012 urteetan, 36.636 eta 39.148 heriotza izan ziren 25 urteko eta gehiagoko emakumeen eta gizonen kasuan, hurrenez hurren. A1 Taulan (2. Eranskina) jarraipena egin zaien pertsonen heriotzen kopurua eta jarraipeneko urte-kopuruaren banaketa azaltzen da, sexuaren, ikasketa-mailaren eta adin-talde handien arabera.

Emakumeen heriotza-kausa nagusiak zirkulazio-sistemaren gaixotasunak izan ziren, ondoren tumore gaiztoak eta arnas aparatuen gaixotasunak zeuden (A2 Taula. 2. eranskina). Kausa espezifikoen arabera, emakumeen kasuan, lehen heriotza-kausa gaixotasun zerebrobaskularra izan zen (guztizko heriotzen % 8,6), ondoren, maiztasun-hurrenkeraren arabera, bihotzaren gaixotasun iskemikoa (% 5,9), bularreko minbizia (% 3,5), diabetesa (% 2,9), biriketako minbizia (% 2,4) eta koloneko minbizia (% 2,4) izan ziren. Nabarmendu behar da biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza kopurua eta koloneko minbiziaren ondoriozko heriotza kopurua berdinak direla. Gizonetan, hilkortasun handiena duen kategoria tumore gaiztoena izan zen, ondoren, zirkulazio-aparatuaren gaixotasunena eta arnas aparatuen gaixotasunena izan zen. Kausa espezifikoen arabera, biriketako minbizia (% 8,9) izan zen lehen heriotza-kausa, bihotzeko gaixotasun iskemikoaren aurretik (% 8,7). Gaixotasun horien ondoren, maiztasun-hurrenkeraren arabera, honako hauek zeuden: gaixotasun zerebrobaskularra (% 6,2), biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa (% 5,2), koloneko minbizia (% 3,8), eta prostatako minbizia eta gaixotasun mental organikoak (biak % 3,5). 4. irudian, txosten honetarako hautatutako kausen ondoriozko heriotza-kopurua azaltzen da, maiztasun-hurrenkeran.



4. Irudia. Heriotza-kausa espezifiko nagusien rankinga, sexuaren arabera. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausen garrantzi erlatiboa desberdina izan zen adinaren eta sexuaren arabera. 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeetan, 2009-2012 aldian, bularreko minbizia (guztizkoaren % 14,9) izan zen heriotza-kausa nagusia, ondoren suizidioa (% 8,0) eta birikako minbizia (% 6,9) zeuden; adin-tarte horretako gizonen artean, lehenengo hiru heriotza-kausak suizidioa (% 12,3), trafikoko lesioak (% 7,9) eta istripuzko pozoidurak (% 7,7) izan ziren.

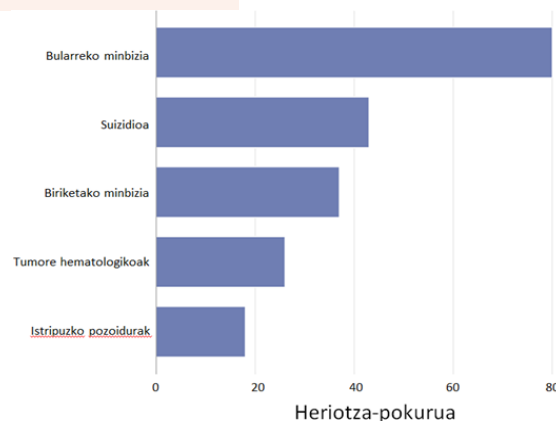
45 urtetik 64 urtera bitarteko pertsonen artean, birikako minbizia izan zen gehien azaldu zen kausa bi sexuetan (% 14,0 emakumeetan eta % 17,2 gizonetan). Aipatu behar da birikako minbiziak bularreko minbizia gainditu duela (% 11,6) heriotzaren lehenengo kausa izateari dagokionez; emakumeen artean gehien azaltzen den hirugarren kausa koloneko minbizia da (% 4,8), ondoren tumore hematologikoak (% 3,9) eta obulutegiko minbizia daude (% 3,8). Gizonetan, birikako minbiziaren ondoren, bihotzeko gaixotasun iskemikoa (% 10,2) eta zirroisia (% 5,1) daude lehenengo postuetan.

65 urteko eta gehiagoko emakumeen artean, lehen heriotza-kausa gaixotasun zerebrobaskularra izan zen (% 9,2), ondoren gaixotasun mental organikoak (% 8,5) eta kardiopatia iskemikoa daude (% 6,3); adineko gizonen artean, kausa nagusia kardiopatikoa iskemikoa izan zen (% 8,4), ondoren birikako minbizia (% 7,2) eta gaixotasun zerebrobaskularra (% 7,0).

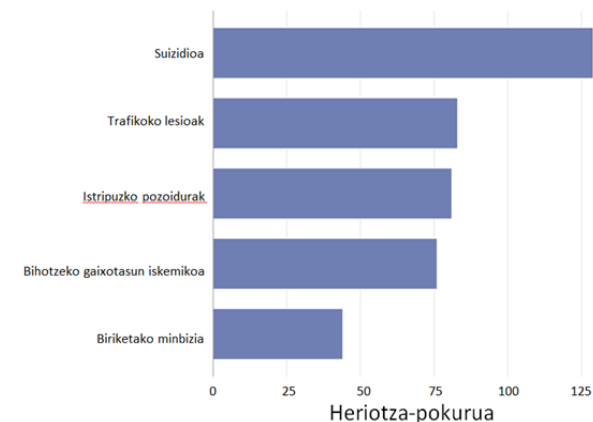
5. Irudia. Heriotza-kausa nagusien rankinga, adinaren eta sexuaren arabera. EAE, 2009-2012

Emakumeak

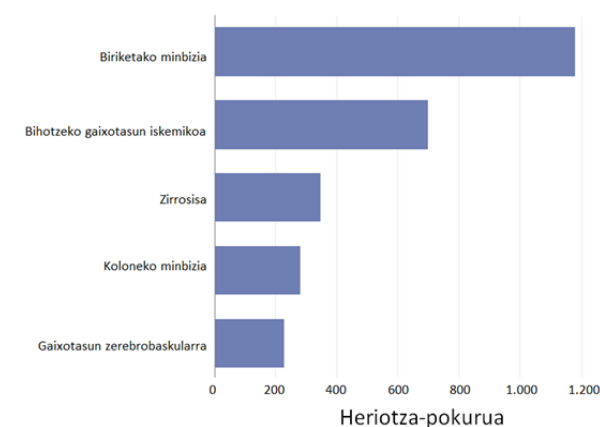
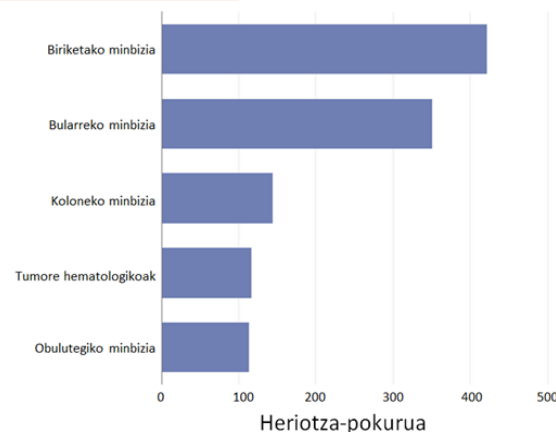
25-44 urte bitartean



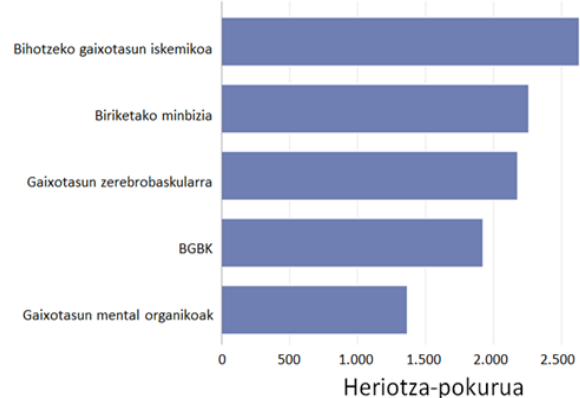
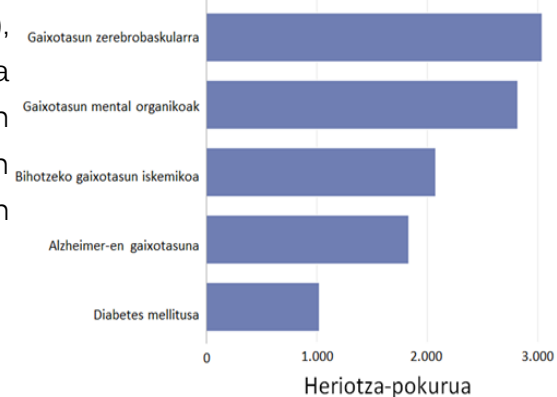
Gizonak



45-64 urte bitartean



65 urte eta gehiago

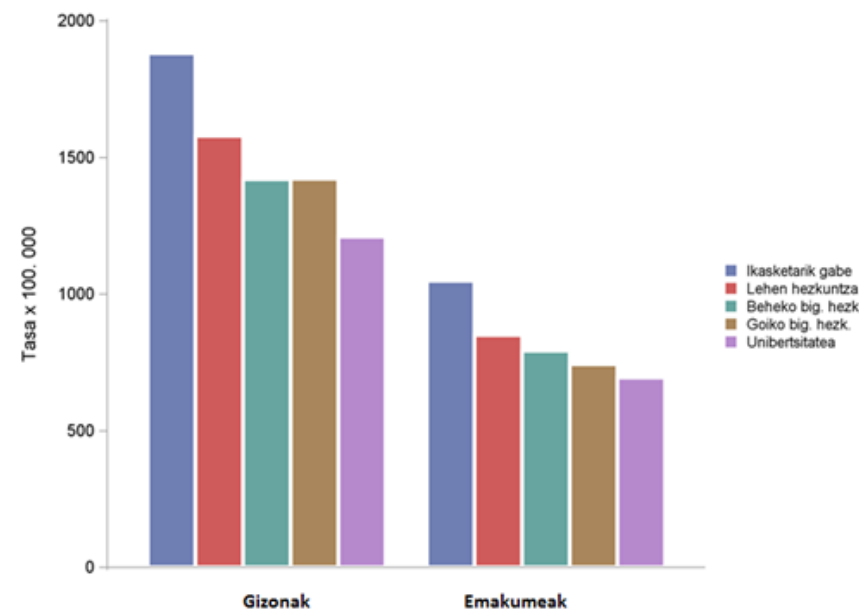


3.3. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea hilkortasunean, adinaren arabera. EAE, 2009-2012

- 2009-2012 aldia, kausa guztien ondoriozko hilkortasunak erakusten du hilkortasunaren gradiente oso nabarmena izan zela ikasketa-mailaren arabera, bi sexuetan, eta ikasketa-urteak gutxitu ahala, gora egin zuela hilkortasunak.
- Ikasketa-maila txikiagoa eta handiagoa duten pertsonak konparatuta, 100.000 emakume eta gizonezko hartuta, heriotza-tasen diferentzia izan zen, hurrenez hurren, 426 eta 664 heriotzakoa.
- Hezkuntza-maila txikiagoa duten gizonen hilkortasuna hezkuntza-maila handiagoa duten gizonena baino % 58 handiagoa izan zen; emakumeen kasuan, % 47 handiagoa izan zen.
- Emakumeetan eta gizonetan, hurrenez hurren, izandako heriotza guztien % 18 eta % 21 ikasketa-mailako desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien (egunean, 10 heriotza).

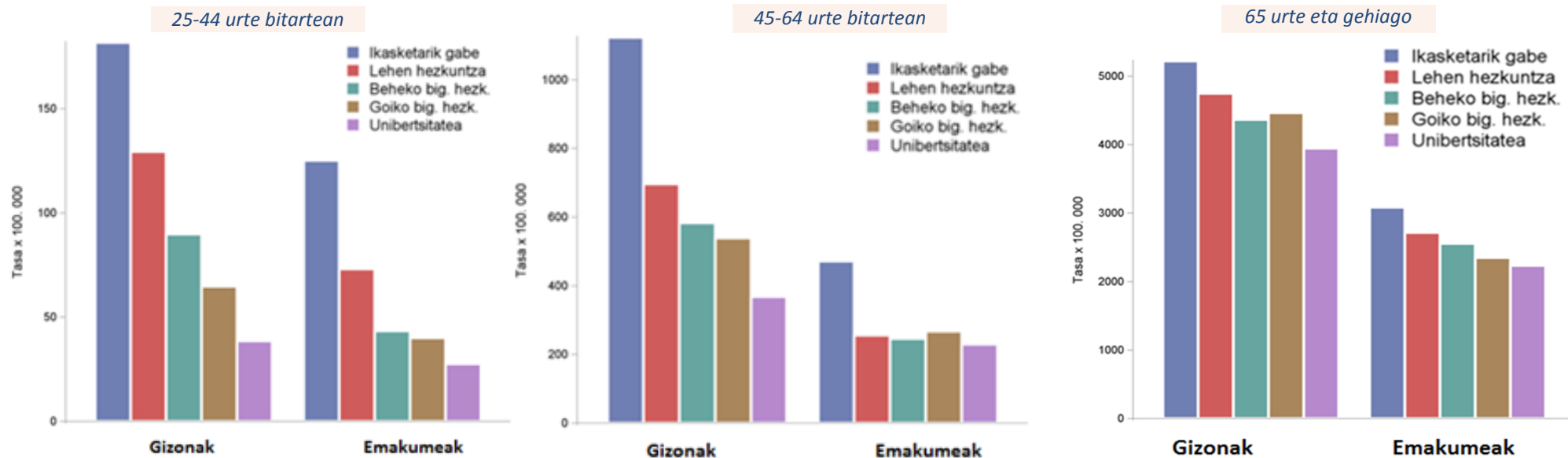
25 urteko eta gehiagoko bi sexuetako pertsonen kasuan, harreman gradualak izan zen kausa guztien ondoriozko hilkortasunaren eta ikasketa-mailaren artean; horrenbestez, hilkortasunak gora egiten zuen hezkuntza-maila jaisten zen heinean (6. irudia). Ikasketa-mailaren arabera, hilkortasunean dauden desberdintasunak handiagoak izan ziren gizonen kasuan emakumeen kasuan baino. Termino erlatibotan, eta desberdintasun-indize erlatiboaren balioen arabera, hezkuntza-maila txikiagoa zuten gizonen hilkortasuna ikasketa-maila handiena zutenena baino % 58 handiagoa izan zen 2009-2012 aldia, (% 95eko KT: 51 , 64); emakumeen kasuan, % 47 handiagoa izan zen (% 95eko KT: 39 , 56). Emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunetan dauden aldeak handiagoak dira desberdintasun absolutuak aintzat hartzen badira, desberdintasun horiek baitute garrantzi handiena osasun publikoaren ikuspegitik begiratuta. Hezkuntza-maila txikiagoa eta handiagoa zuten gizonetan hilkortasun-tasen aldea 664 heriotzakoa izan zen 100.000 pertsonako (% 95eko KT: 620 , 708); aitzitik, emakumeen kasuan, aldea 426 heriotzakoa izan zen (% 95eko KT: 381 , 471) (1. taula, 13. orria).

Ikasketa-mailaren arabera, desberdintasunek inpaktu handia izan zuten hilkortasunean bi sexuetan, nahiz eta magnitudea handiagoa izan zen gizonen kasuan emakumeen kasuan baino (6. irudia). 2009-2012 aldia, 25 urteko eta gehiagoko gizonezko guztiek unibertsitate-ikasketak zituen biztanleriaren hilkortasun-esperientzia izan balute, 8.109 heriotza saihestu edo atzeratuko ziren, hau da, heriotza guztien % 21. Emakumeen artean, 6.627 heriotza saihestuko ziren (heriotza guztien % 18) (2. taula, 13. orria). Bi sexuak kontuan hartzen badira, emaitza horiek honako honen baliokide dira: 10 heriotza egunean.



6. Irudia. Kausa guztien ondoriozko hilkortasun-tasak (adinaren arabera estandarizatuta), ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2009-2012

3.4. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea hilkortasunean, adinaren arabera. EAE, 2009-2012.



7. Irudia. Kausa guztien ondoriozko hilkortasun-tasak (ikasketa-mailaren arabera estandarizatuta), adin-talde handiak eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2002-2012

- Ikasketa-maila txikieneko 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeen hilkortasuna ikasketa-maila handienekoa baino lau aldiz handiagoa izan zen; gizonetan, berriz, 5,4 aldiz handiagoa izan zen.
- Hilkortasunean desberdintasun erlatiboak jaitsi diren arren, oraindik ere oso garrantzitsuak dira, bereziki 45 urtetik 64 urtera bitarteko gizonen artean.
- 25 urtetik 44 urtera bitarteko gizonetan izandako heriotzen % 51 hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkieke; adin horretako emakumeen kasuan, proportzioa % 34 da.
- Entre 45 urtetik 64 urtera bitarteko pertsonen artean, desberdintasunei egotz zegozkiekeen heriotzen proportzioa % 39 eta % 15 izan zen gizonen eta emakumeen kasuan, hurrenez hurren; 65 urteko eta gehiagoko pertsonen kasuan, aldiz, proportzioa handiagoa zen emakumeen kasuan gizonen kasuan baino (% 18 eta % 16, hurrenez hurren).

Kausa guztien ondoriozko hilkortasunean dauden desberdintasunen magnitudea desberdina izan zen adinaren arabera. Hezkuntza-maila txikiagoa duten emakume gazteen artean, ikasketa-maila handiagoa zutenen artean baino lau aldiz handiagoa izan zen hilkortasuna; aitzitik, adin horretako gizonen artean 5,4 aldiz handiagoa izan zen (1. taula, 7. irudia). Adinak aurrera egin ahala, hilkortasunean ikusten diren desberdintasun erlatibo horiek murriztu egiten dira, baina oso garrantzitsuak izaten jarraitzen dute, batez ere 45 urtetik 64 urtera bitarteko gizonetan; izan ere, gizonen kasuan, hilkortasunaren arrazoia hezkuntza-mailaren muturren artean 2,37 izan zen (% 95eko KT: 2,16 , 2,60); emakumeen kasuan, aldiz, dagokion balioa 1,34 izan zen (% 95eko KT: 1,16 , 1,54). Adierazi behar da 65 urteko eta gehiagoko pertsonen artean, desberdintasun erlatiboen magnitudea antzekoa dela emakumeetan eta gizonetan, hilkortasuna handiagoa izanik hezkuntza-maila txikiagoa duten pertsonen artean hezkuntza-maila handiagoa duten pertsonena baino (% 30).

Adin aurreratuagoa duten pertsonen hilkortasuna handiagoa izateak eragiten du desberdintasun absolutuen magnitudeak gora egitea adinarekin (1. taula). Alabaina, eredia desberdina izan zen sexuaren arabera: emakumeen kasuan, maldaren desberdintasun-indizean estatistikoki ez zegoen balio nabarmenik 65 urtetik beherako pertsonetan eta balio horiek asko igo ziren 65 urteko eta gehiagoko pertsonen artean; gizonen kasuan, 45 urtetik 64 urtera bitarteko adin-taldean, desberdintasun absolutuak lau aldiz handiagoak izan ziren gazteenen artean baino. Era berean, desberdintasun horiek handiagoak izan ziren gizonen kasuan emakumeen kasuan baino. Emakumeen eta gizonen arteko desberdintasun handienak 45 urtetik 64 urtera bitarteko pertsonen artean izan ziren; izan ere, adin-talde horretan, tasetan izan zen desberdintasuna hezkuntza-mailaren muturrekoen artean 631 izan zen (% 95eko KT: 354 , 908) gizonen kasuan eta 151 (% 95eko KT: -115 , 417) emakumeen kasuan.

1. Taula. Desberdintasun absolutuak eta erlatiboak kausa guztien ondoriozko hilkortasunean, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2009-2012

Adin-taldeak	Emakumeak		Gizonak	
		(% 95eko K.T ^c)		(% 95eko K.T)
25 urte eta gehiago				
MDI ^a	426	(381 , 471)	664	(620 , 708)
DIE ^b	1,47	(1,39 - 1,56)	1,58	(1,51 - 1,64)
25-44 urte bitartean				
MDI	81	(-60 , 223)	147	(37 , 257)
DIE	3,78	(2,76 - 5,17)	5,40	(4,29 - 6,80)
45-64 urte bitartean				
MDI	151	(-115 , 417)	631	(354 , 908)
DIE	1,34	(1,16 - 1,54)	2,37	(2,16 - 2,60)
65 urte eta gehiago				
MDI	2.848	(1.624 , 4.072)	2.658	(1.667 , 3.648)
DIE	1,32	(1,26 - 1,39)	1,30	(1,24 - 1,36)

^a Maldaren desberdintasun-indizea (adinaren arabera estandarizatuta), heriotza-kopurua gisa adierazita 100.000 pertsonako.

^b Desberdintasun-indize erlatiboa (adinaren arabera estandarizatuta).

^c K.T.: Konfiantza-tartea.

Hilkortasunean ikusten diren desberdintasunen inpaktua ere oso desberdina izan zen adin-taldearen arabera (2. taula). Termino erlatibotan, inpaktua askoz ere handiagoa izan zen gazteenen artean oso adinekoen artean baino. 25 urtetik 44 urtera bitarteko gizonetan heriotzen % 51 saihestu ahal izan ziren (534 guztizko 1.046 heriotzatik); emakumeen kasuan, % 34 saihestu ahal izan ziren (181 537tik). 45 urtetik 64 urtera bitarteko pertsonen artean, desberdintasunei egotz zegozkiekeen heriotzen proportzioa % 39 eta % 15 izan zen gizonen eta emakumeen kasuan, hurrenez hurren; 65 urteko eta gehiagoko pertsonen kasuan, aldiz, desberdintasunei egotz zegozkiekeen heriotzen proportzioa handiagoa izan zen emakumeen kasuan gizonen kasuan baino (% 18 eta % 16, hurrenez hurren).

2. Taula. Aztertu diren eta hezkuntza-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakizkiekeen kausa guztien ondoriozko heriotzen kopurua, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2009-2012

Adin-taldeak	Emakumeak			Gizonak		
	Guztira	Heriotza eqozgarriak	%	Guztira	Heriotza eqozgarriak	%
25 urte eta gehiago	36.636	6.627	18,1	39.148	8.109	20,7
25-44 urte bitartean	537	181	33,7	1.046	534	51,0
45-64 urte bitartean	3.007	458	15,2	6.856	2.692	39,3
65 urte eta gehiago	33.092	5.988	18,1	31.246	4.883	15,6

3.5. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausengatik. EAE, 2009-2012

Oro har, heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunak gradiente garbia izaten jarraitu zuen hezkuntza-mailaren arabera, hilkortasuna handiagoa izanik hezkuntza-maila jaitsi ahala. Nolanahi ere, emakumeen artean kontrako eredua ikusi zen kausa batzuetan, esate baterako birikako minbiziaren eta bularreko minbiziaren kasuan (Ikus 3. Eranskina). Desberdintasunen garrantziari dagokionez, heriotza-kausen rankinga desberdina da desberdintasun absolutuak hartzen badira edo erlatiboak hartzen badira, eta sexuaren eta adinaren arabera (8. eta 9. irudiak).

Desberdintasun erlatiboak

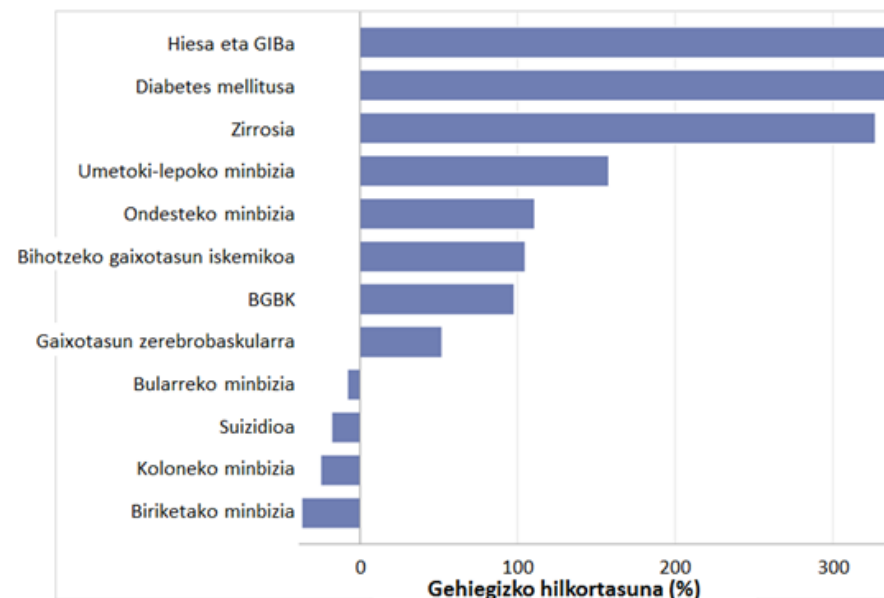
- Bi sexuetan ikusi zen desberdintasun erlatibo oso garrantzitsuak zeudela heriotza-kausa handien talde nagusietan, baina desberdintasunen magnitudea eta kausa-taldeen rankinga desberdina izan zen emakumeen eta gizonen artean.
- Kausa espezifikoaren arabera, bi sexuetan, hilkortasunean izandako desberdintasun erlatibo handienak zituzten kausak istripuzko pozoidura, HIESa eta GIBa izan ziren.
- Emakumeetan, handienetik hasita, diabetesa eta zirrosia zeuden, hilkortasuna lau aldiz handiagoa izanik ikasketa gutxiago zituzten emakumeen kasuan ikasketa-maila handiena zuten emakumeen kasuan baino. Gainera, umetoki-lepoko minbizia, ondesteko minbizia, kardiopatia iskemikoa eta biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa nabarmendu ziren; horiek guztiek % 100etik hurbil zeuden edo % 100etik gorako gehiegizko hilkortasunak izan zituzten (hezkuntza-eskalaren muturren artean).
- Gizonetan, gainera, suizidioa eta zirrosia nabarmendu ziren, gehiegizko hilkortasunak % 200etik gorakoak izanik, eta biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa eta diabetesa, % 100etik gorako gehiegizkoekin.

Kausen talde handiak aintzat hartzen badira, ikusten da emakumeen artean, desberdintasun erlatibo handienak gaixotasun infekziosoetan daudela: ikasketa-maila txikiagoa duten emakumeen hilkortasuna ikasketa-maila handiagoa dutenena baino 2,86 aldiz handiagoa izan zen (% 95eko KT: 1,83 , 4,47); horrek esan nahi du % 186ko gehiegizko hilkortasuna izan zela. Handienetik hasita, ondoren digestio-aparatuko gaixotasunak (gehiagizko hilkortasuna; % 96), arnas aparatuko gaixotasunak (% 78), zirkulazio-aparatuko gaixotasunak (% 67) eta kanpoko kausak (% 38) zeuden. Gizonen artean, desberdintasun erlatibo handienak kanpoko kausetan izan ziren (% 238), ondoren, handienetik hasita, gaixotasun infekziosoak (% 200%), arnas gaixotasunak (% 139), digestio-gaixotasunak (% 121), tumore gaiztoak (% 47) eta gaixotasun kardiobaskularrak (% 31) daude (A3 Taula. 2. eranskina).

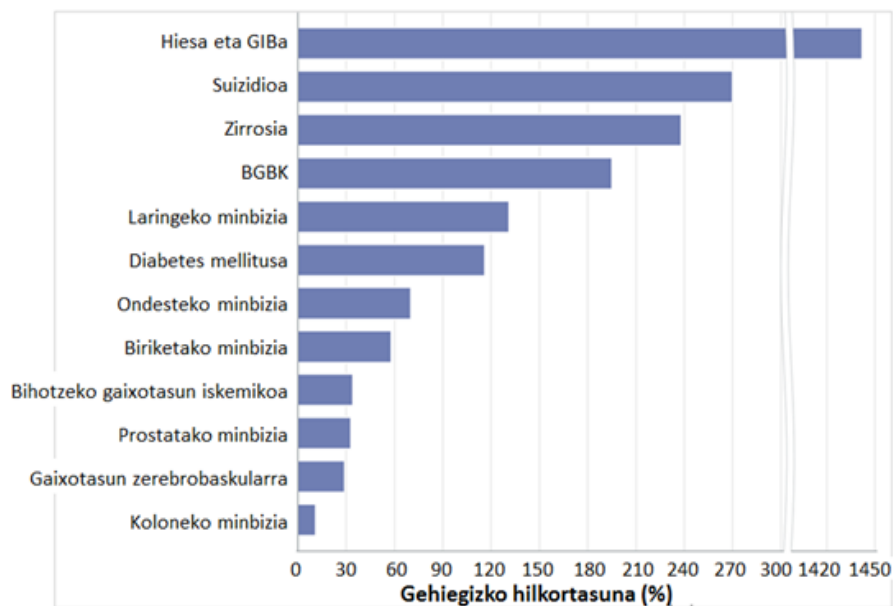
Heriotza-kausa espezifikoen arabera, bi sexuetan, hautatutako kausen artean dauden desberdintasun erlatibo handienak istripuzko pozoiduren ondoriozko hilkortasunean (ez da bildu irudian) eta HIESaren eta GIBaren ondoriozko hilkortasunean ikusi ziren (8. irudia. 3. taula 2. Eranskinean). Emakumeetan, handienetik hasita, honako hauek zeuden ondoren: diabetesa, zirrosia, umetoki-lepoko minbizia, ondesteko minbizia, kardiopatia iskemikoa eta biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa; horiek guztiek % 100etik hurbil dauden edo % 100etik gorako gehiegizko hilkortasunak izan zituzten (hezkuntza-eskalaren muturren artean). Gauzak horrela, adierazi behar da diabetesaren ondoriozko hilkortasuna 4,35 aldiz handiagoa izan zela ikasketa-maila txikiagoa zuten emakumeen artean (% 95eko KT: 2,95 , 6,41) ikasketa-maila handiena zuten emakumeen artean baino, hau da, % 335 handiagoa, edo zirrosiaren kasuan % 327 handiagoa izan zelarik. Desberdintasun erlatibo oso garrantzitsuak dituzten beste kausa batzuk urdaileko minbizia, tumore hematologikoak, gaixotasun zerebrobaskularra, gaixotasun mental organikoak eta istripuzko erortzeak dira. Bularreko minbiziaren eta koloneko minbiziaren kasuan, kontrako gradienteak ekarri zuen ikasketa-maila txikiagoa zuten emakumeetan hilkortasuna % 37 eta % 25 txikiagoa izatea, hurrenez hurren, ikasketa-maila handiagoa zuten emakumeen hilkortasunarekin alderatuta.

Gizonetan, hautatutako kausen artetik, istripuzko pozoidurak (ez da irudian sartuta) eta HIESa eta GIBa izan ziren desberdintasun erlatibo handienak izan zituzten kausak. Handienetik hasita, suizidioa, zirrosia, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, laringeko minbizia eta diabetesa daude ondoren, gehiegizko hilkortasuna % 100etik gorakoa izanik. Desberdintasun erlatibo oso nabarmenak izan zituzten beste kausa batzuk honako hauek izan ziren: tumore gaiztoen artean ondesteko minbizia eta prostatako minbizia; gaixotasun kardiobaskularren artean, kardiopatia iskemikoa eta istripu zerebrobaskularrak; beste kausa batzuen artean, gaixotasun mental organikoak eta trafiko-lesioak (8. irudia. A3 taula 2. Eranskinean).

Emakumeak



Gizonak



8. irudia. Desberdintasun erlatiboak^a kausa espezifikoen ondoriozko hilkortasunean sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2009-2012

^aDesberdintasun-indize erlatiboaren bidez neurtuta. Ikus Eranskin 1 Metodoak

Desberdintasun absolutuak

- Termino absolututan, argi dago hilkortasunean izandako desberdintasunak handiagoak izan zirela gizonen kasuan emakumeen kasuan baino. Emakumeetan, desberdintasun absolutu handienak gaixotasun kardiobaskularretan ikusten dira; gizonezkoetan, tumore gaiztoetan
- Emakumeetan, desberdintasun handienak erakusten dituzten heriotza-kausa espezifikoak handienetik hasita, gaixotasun zerebrobaskularra, bihotzeko gaixotasun iskemikoa eta diabetesa izan ziren.
- Gizonetan, desberdintasun absolutu handienak izan zituzten kausak, handienetik hasita, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, birikako minbizia eta kardiopatia iskemikoa izan ziren .

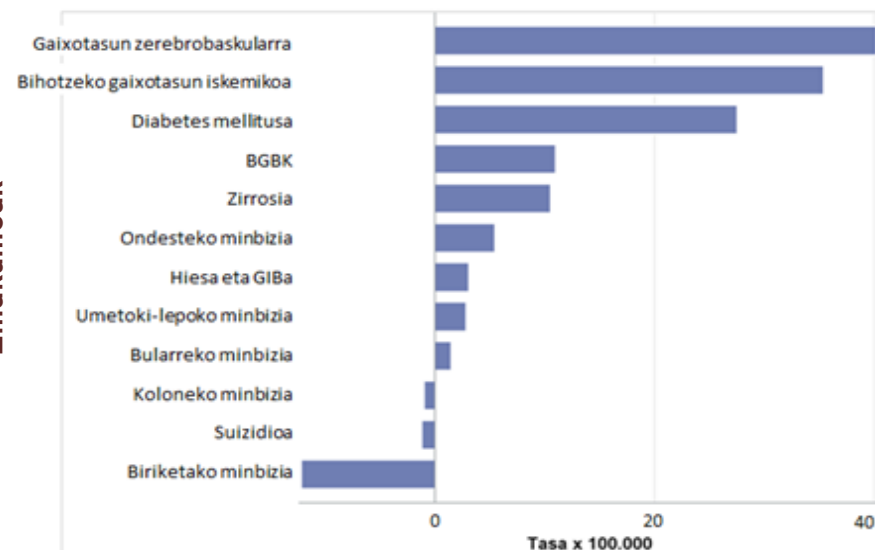
Oro har, argi dago heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasun absolutuen magnitudea handiagoa izan zela gizonen artean emakumeen artean baino. Emakumeetan, desberdintasun handienak zirkulazio-aparatuko gaixotasunetan ikusi ziren (MDI: 157 heriotza 100.000 pertsonako), ondoren, handienetik hasita, honako hauek zeuden: tumore gaiztoak (44 100.000 pertsonako), arnas gaixotasunak (43 100.000 pertsonako), digestio-gaixotasunak (29 100.000 pertsonako) eta gaixotasun infekziosoak (15 100.000 pertsonako) (A4 Taula. 2. Eranskina). Gizonen rankinga eta emakumeena desberdina izan zen. Gizonen kasuan, tumore gaiztoek izan zituzten desberdintasun absolutu handienak (226 100.000 pertsonako), eta, ondoren, handienetik hasita, honako hauek zeuden: gaixotasun kardiobaskularrak (122 100.000 pertsonako), arnas gaixotasunak (109 100.000 pertsonako), kanpoko kausak (54 100.000 pertsonako) eta gaixotasun infekziosoak (16 100.000 pertsonako) (A4 Taula. 2. Eranskina). Nabarmendu behar da gaixotasun kardiobaskularren kasuan, desberdintasun absolutuak handiagoak izan zirela emakumeetan gizonetan baino.

Argi dago kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean dauden desberdintasun absolutuen magnitudea handiagoa izan zela gizonen artean emakumeen artean baino. Bi sexuetan, kausen rankinga desberdina da hilkortasunari dagokionez desberdintasun erlatiboetarako arestian deskribatu dugunarekin alderatzen badugu.

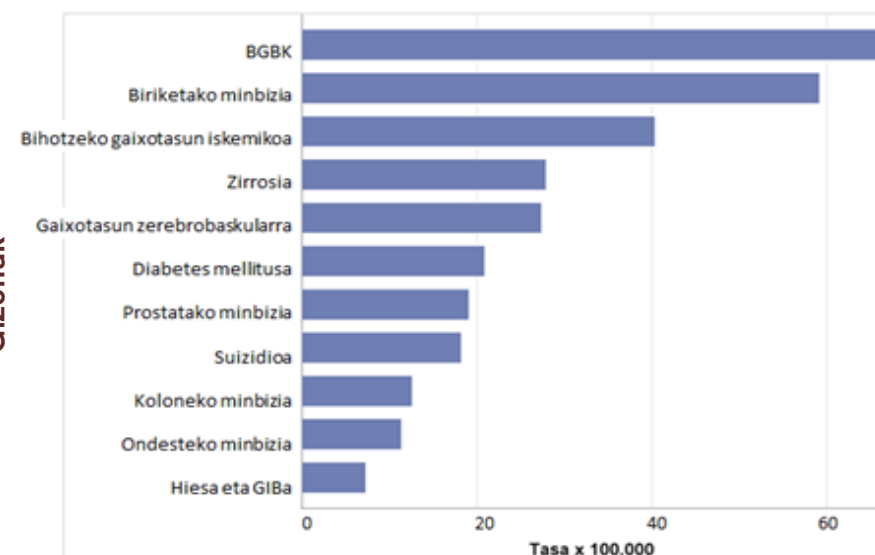
Emakumeetan, desberdintasun absolutu handienak erakusten dituzten heriotza-kausak honako hauek izan ziren, handienetik hasita: gaixotasun zerebrobaskularra (40,2 100.000 pertsonako), bihotzeko gaixotasun iskemikoa (35 100.000), eta diabetesa (28 100.000). Ondoren, handienetik hasita, honako hauek zeuden: biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, zirrosia, ondesteko minbizia, HIESa eta GIBa eta umetoki-lepoko minbizia. Birikako minbiziaren kasuan MDIaren balioa negatiboa izateak erakusten du ikasketa-maila handiena zuten emakumeen hilkortasuna handiagoa izan zela ikasketa-maila txikiagoa zuten emakumeen artean baino, bi taldeen artean 12ko aldea baitzen 100.000 pertsonako (9. irudia).

Gizonetan, desberdintasun absolutu handienak izan zituzten kausak, handienetik hasita, honako hauek izan ziren: biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa (66 100.000 pertsonako), birikako minbizia, kardiopatia iskemikoa eta zirrosia. Beste kausa batzuek, hala nola gaixotasun zerebrobaskularrak, diabetesak, prostatako minbiziak eta suizidioak, 20tik hurbil dauden edo 20tik gorakoak diren desberdintasunak izan zituzten 100.000 pertsonako; aitzitik, koloneko minbiziaren, ondesteko minbiziaren eta HIESaren eta GIBaren ondoriozkoak 10etik hurbilekoak izan ziren 100.000 pertsonako (A4 Taula. 2. eranskina).

Emakumeak



Gizonak



9. Irudia. Desberdintasun absolutuak kausa espezifikoan ondoriozko hilkortasunean sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2009-2012

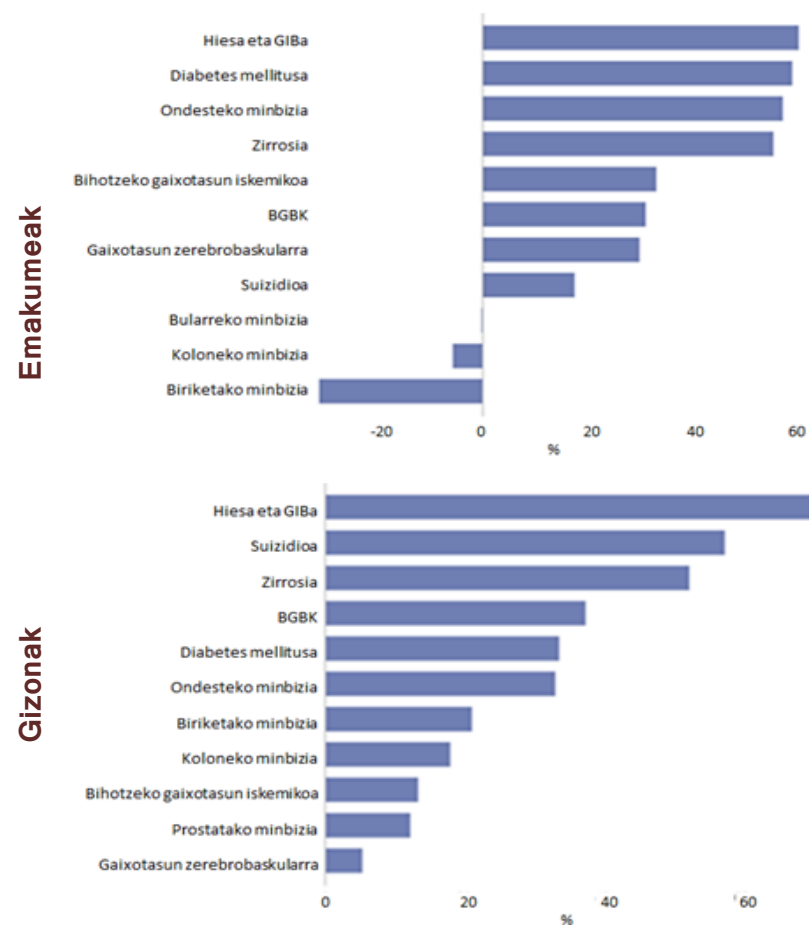
^a Maldaren desberdintasun-indizea bidez neurtuta, adinaren eta 100.000 pertsonako estandarizatuak. Ikus Erankin 1 Metodoak.

Hezkuntza-mailaren arabera desberdintasunek hilkortasunean duten inpaktua

- Desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa oso garrantzitsua izan zen heriotza-kausa nagusiei dagokienez.
- Emakumeetan, gaixotasun infekziosoen ondoriozko heriotzen erdiak baino gehiago ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakizkieke. Halaber, egotz daitezkeen heriotzen proportzioa oso garrantzitsua izan zen digestio-gaixotasunen (% 38), arnas gaixotasunen (% 22), gaixotasun kardiobaskularren (% 25) eta tumore gaiztoen kasuan (% 6).
- Gizonetan, kanpoko kausen ondoriozko heriotzen % 44 desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien, ondoren, handienetik hasita, honako hauek daude: arnas gaixotasunak (% 34), gaixotasun infekziosoak (% 33), digestio-gaixotasunak (% 29), tumore gaiztoak (% 23) eta gaixotasun kardiobaskularrak (% 12).

Emakumeetan, gaixotasun infekziosoen ondoriozko hilkortasunaren erdiak baino gehiago (% 56) ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz zekizkiekeen. Egotz daitezkeen hilkortasunaren proportzioa ere oso garrantzitsua da digestio-aparatuko (% 38), zirkulazio-aparatuko (% 25) eta arnas aparatuko gaixotasunen kasuan (% 22) eta, garrantzi txikiagoa dute tumoreen kasuan (% 6). Kanpoko kausen kasuan kontrakoa gertatzen da, egotz daitezkeen hilkortasuna oso txikia baita. Gizonetan, desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa oso garrantzitsua izan zen hautatutako kausa-talde handi guztietarako. Proportzio handiena kanpoko kausetan ikusi zen (% 44), eta ondoren, arnas aparatuko gaixotasunetan (% 34), gaixotasun infekziosoetan (% 33), digestio-aparatuko gaixotasunetan (% 29), tumoreetan (% 23) eta zirkulazio-aparatuko gaixotasunetan (% 12) ikusi zen (A5 Taula. 2. eranskina).

Heriotza-kausa espezifikoek dagokienez, emakumeen kasuan, HIESaren eta GIBaren ondoriozko heriotzen % 59 hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien. Desberdintasunen inpaktu erlatiboa ere oso nabarmena izan zen diabetesaren, ondesteko minbiziaren, zirrosiaren, kardiopatia iskemikoaren, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren eta gaixotasun zerebroaskularren ondoriozko hilkortasunean. Aitzitik, birikako minbiziaren ondoriozko hilkortasuna igoko litzateke baldin eta emakume guztiek emakume unibertsitarioen hilkortasun bera izango balute. Gizonetan, desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa % 50etik hurbil egon zen edo % 50etik gorakoa izan zen HIESaren eta GIBaren, suizidioaren, zirrosiaren eta laringeko minbiziaren kasuan, eta % 20tik gorakoa biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren, diabetesaren, ondesteko minbiziaren eta birikako minbiziaren kasuan (10. irudia).



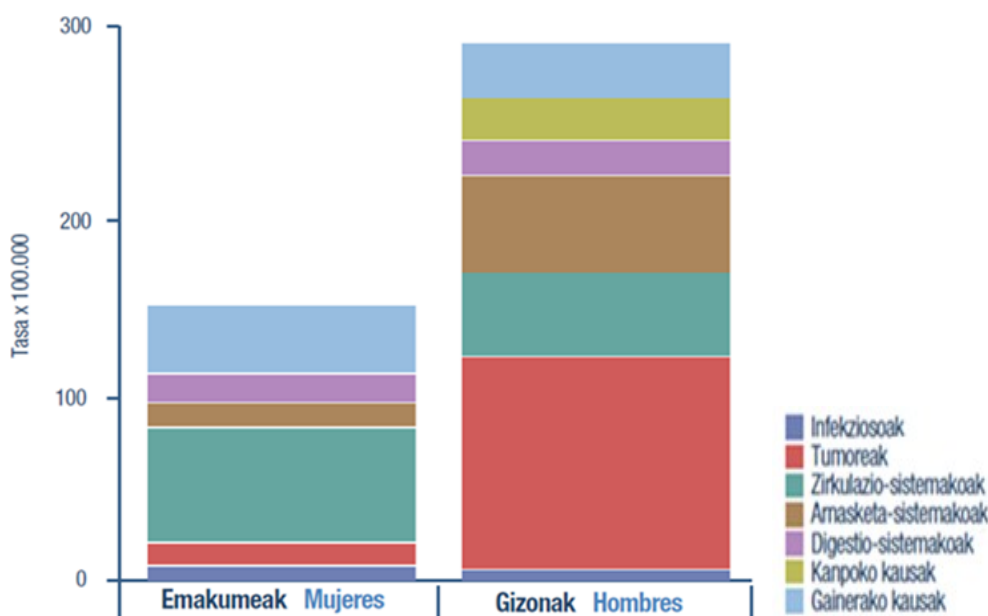
10. Irudia. Kausa espezifikoaren ondoriozko hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2009-2012

Hezkuntza-mailaren arabera hilkortasunean ikusten diren desberdintasunei heriotza-kausek egiten dieten ekarpena

- Emakumeetan, zirkulazio-aparatuaren gaixotasunek hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren % 41 eragin zuten, ondoren, handienetik hasita honako hauek daude: arnas gaixotasunak (% 10), digestio-aparatuaren gaixotasunak (% 10) eta tumoreak (% 9).
- Gizonetan, hilkortasunean ikusten diren desberdintasunetan inpaktu handiena izan zuten kausak tumoreak izan ziren (% 40), eta, ondoren, honako hauek zeuden: arnas aparatuaren gaixotasunak (% 18), zirkulazio-aparatuaren gaixotasunak (% 16) eta kanpoko kausak (% 8).

Hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunari heriotza-kausek egiten dioten ekarpena aztertzearen ondorioz, desberdintasunak murrizteko politikak bideratzeko gako batzuk lortu dira. 2009-2012 aldian, emakumeetan, zirkulazio-aparatuaren gaixotasunek hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren % 41 eragin zuten, ondoren, handienetik hasita, honako hauek daude: arnas gaixotasunak (% 10), digestio-aparatuaren gaixotasunak (% 10) eta tumoreak (% 9) (11. irudia. 3. taula).

Gizonetan, hilkortasunean ikusten diren desberdintasunetan inpaktu handiena izan zuten kausak tumoreak izan ziren (% 40), eta, ondoren, honako hauek zeuden: arnas aparatuaren gaixotasunak (% 18), zirkulazio-aparatuaren gaixotasunak (% 16) eta kanpoko kausak (% 8).



11. Irudia. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna, heriotza-kausen eta sexuaren arabera. EAE, 2009-2012

3. Taula. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna, heriotza-kausen eta sexuaren arabera. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Emakumeak		Gizonak	
	Tasa ^a	%	Tasa	%
Infekzioak	8	5,4	6	2,1
Kanpoko kausak	-1	-0,5	23	7,7
Tumoreak	13	8,8	117	39,6
Zirkulatorioak	63	41,4	46	15,7
Arnasketa-sistemakoak	15	10,1	54	18,1
Digestiboak	15	9,8	19	6,5
Gainerako kausak	38	25,0	30	10,2
Kausa guztiak	151	100,0	296	100,0

^a Tasa 100.000 pertsonako

3.6. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausengatik, adin-taldeen arabera. EAE, 2009-2012

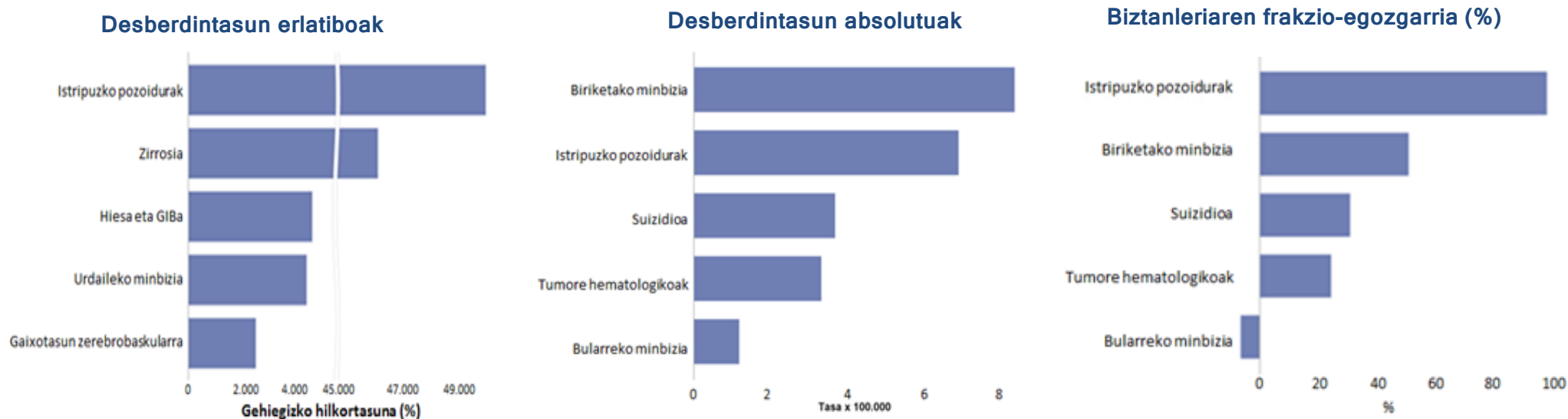
Hilkortasunean ikusten diren desberdintasunen magnitudea nahiz desberdintasun handiena duten heriotza-kausak desberdinak izan ziren adinaren eta sexuaren arabera.

25-44 adin-tartea.

- Bi sexuetan, birikako minbiziaren, istripuzko pozoiduren eta suizidioaren kasuan, desberdintasun absolutuak oso garrantzitsuak izan ziren. Emakumeetan, halaber, tumore hematologikoak nabarmendu behar dira; gizonetan, aldiz, trafiko-lesioak eta kardiopatia iskemikoa.
- Bi sexuetan, desberdintasun erlatiboak oso garrantzitsuak izan ziren istripuzko pozoiduren, HIESaren eta GIBaren eta zirrosiaren ondoriozko hilkortasunaren kasuan. Gainera, emakumeetan, desberdintasun erlatiboak nabarmendu ziren urdaileko minbiziaren eta gaixotasun kardiobaskularraren kasuan; gizonetan, birikako minbiziaren eta kardiopatia iskemikoaren kasuan.
- Bi sexuetan, desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna oso garrantzitsua izan zen istripuzko pozoiduren, birikako minbiziaren eta suizidioaren kasuetan. Halaber, egotz daitezkeen heriotzen proportzioa nabarmena izan zen emakumeetan zirrosiaren eta tumore hematologikoen kasuan; gizonetan, trafiko-lesioen eta kardiopatia iskemikoaren kasuan.

Emakumeak

25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeetan, desberdintasun absolutu handienak zituzten kausak birikako minbizia, istripuzko pozoidurak eta suizidioa izan ziren (12. irudia). Adierazi behar da adin-talde gazteen honetan, emakume guztien kasurako ikusi den ez bezala, ikusten dela birikako minbiziaren ondoriozko hilkortasuna handiagoa dela ikasketa-maila txikiagoa duten emakumeen artean. Desberdintasun erlatibo handienak dituzten kausak istripuzko pozoidurak, zirrosia eta HIESa eta GIBa dira. Emakume unibertsitarioen artean (erreferentziazko kategoria), kausa horietarako heriotza kopurua txikia denez, kalkuluak ez dira oso zehatzak (A6 Taula. 2. eranskina). Nolanahi ere, emaitzek erakusten dute desberdintasun erlatiboak oso garrantzitsuak izan zirela. Era berean, 2009-2012 aldian nabarmenak izan ziren urdaileko minbiziaren, gaixotasun zerebrobaskularren, kardiopatia iskemikoaren eta birikako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasun erlatiboak. Hezkuntza-desberdintasunek hilkortasunean duten inpaktuari dagokionez, istripuzko pozoiduren ondoriozko heriotza gehienak desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien. Era berean, birikako minbiziaren eta suizidioaren kasuan, oso nabarmena izan zen egotz zitezkeen heriotzen proportzioa.

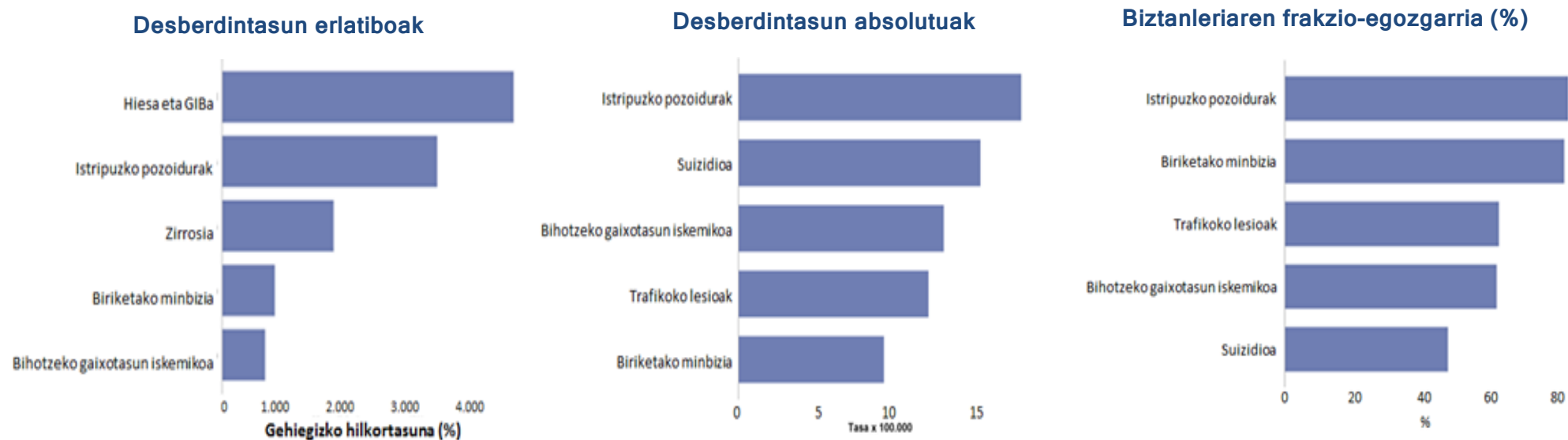


12. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunak hilkortasunean, heriotza-kausa nagusien arabera, 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeetan. EAE, 2009-2012

25-44 adin-tartea.

Gizonak

25 urtetik 44 urtera bitarteko gizonetan, desberdintasun absolutu handienak zituzten kausak istripuzko pozoidurak, suizidioa eta kardiopatia iskemikoa izan ziren, ondoren, trafiko-lesioak eta birikako minbizia zeuden (13. irudia). Termino erlatiboetan, desberdintasunak handiagoak izan ziren honako kasu hauetan ere: HIESa eta GIBa, istripuzko pozoidurak, zirrosiak, birikako minbizia eta kardiopatia iskemikoa. Adin horretako emakumeetan gertatzen den bezala, desberdintasun erlatibo horien magnitudea oso handia izan zen (A6 taula. 2. eranskina). Emakumeen kasuan gertatzen zenaren antzera, istripuzko pozoiduren ondoriozko hilkortasunean dauden desberdintasun gehienak desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien. Nabarmendu behar da, gainera, desberdintasunei egotz zekizkiekeen heriotzen proportzioa oso handia izan zela (% 48tik % 82ra bitartekoa) birikako minbiziaren, trafiko-lesioen, kardiopatia iskemikoaren eta suizidioaren kasuan.

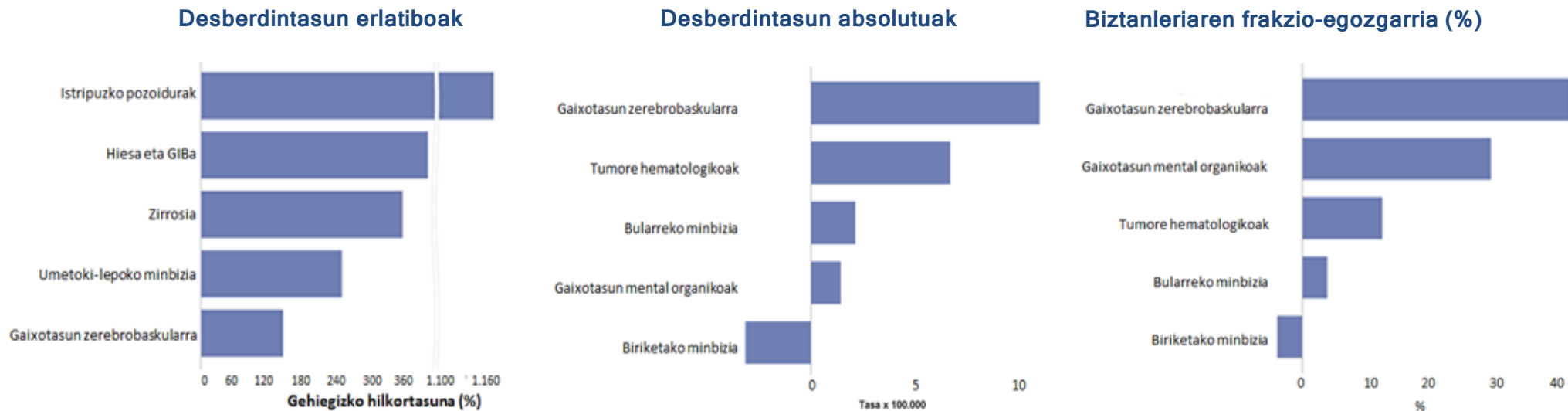


13. Irudia. Ikasketa-mailaren araberako desberdintasunak hilkortasunean, heriotza-kausa nagusien arabera, 25 urtetik 44 urtera bitarteko gizonetan. EAE, 2009-2012

Emakumeak

Emakumeetan, gaixotasun zerebrobaskularra izan zen desberdintasun absolutu eta desberdintasun erlatibo garrantzitsuenak izan zituen hilkortasun-kausa; gainera, kausa horien ondoriozko heriotzen % 40 hezkuntza-desberdintasunei egotz zegoekieken. Nabarmendu behar diren desberdintasun erlatiboak dituzten beste kausa batzuk istripuzko pozoidurak, HIESa eta GIBa, zirrosia eta umetoki-lepoko minbizia izan ziren.

Istripuzko pozoidurak dira desberdintasun erlatibo handienak dituzten heriotza-kausak. Emakumeetan, handienetik hasita, honako hauek daude: HIESa eta GIBa, zirrosia, umetoki-lepoko minbizia eta gaixotasun zerebrobaskularra; kausa horietan guztietan, ikusten da ikasketa-maila txikiagoa duten emakumeen hilkortasuna eta ikasketa-maila handiagoa duten emakumeen hilkortasuna alderatuz gero, gehiegizko hilkortasunak % 100 gainditu zuela (14. irudia). Desberdintasun absolutuei dagokionez, emaitzek iradokitzen dute gaixotasun zerebrobaskularren eta tumore hematologikoen kasuan, desberdintasunak esanguratsuak izan zirela estatistikoki. Azken heriotza-kausa horri dagokionez, desberdintasunari egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa % 40tik gorakoa izan zen (A7 taula. 2. eranskina).



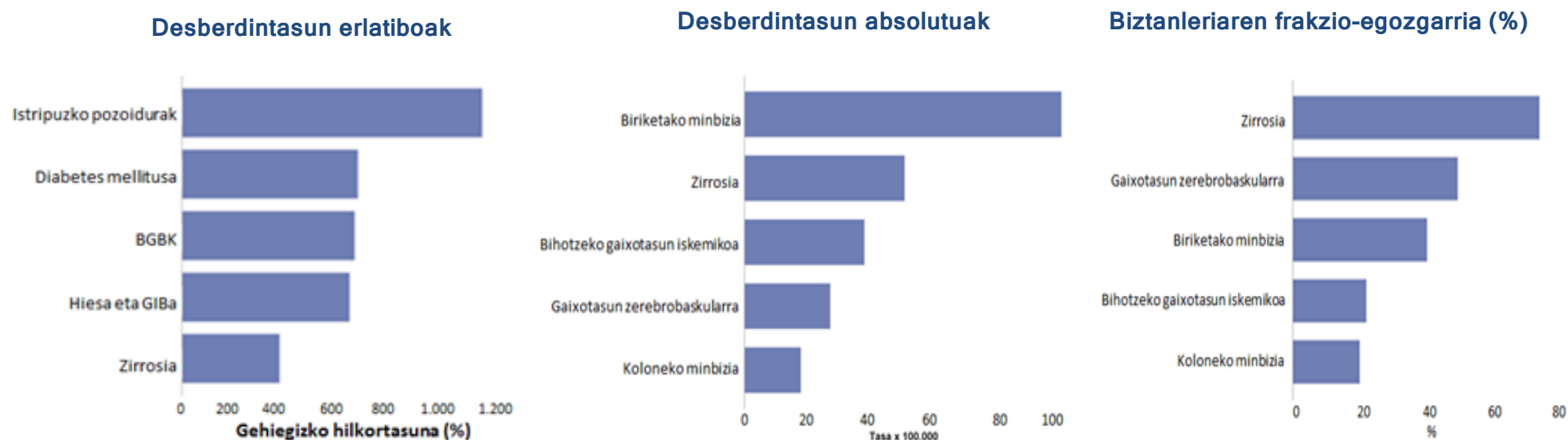
14. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunak hilkortasunean, heriotza-kausa nagusien arabera, 45 urtetik 64 urtera bitarteko emakumeetan. EAE, 2009-2012

45-64 adin-tartea.

Gizonak

Gizonetan, birikako minbizia, zirrosia, kardiopatia iskemikoa, gaixotasun zerebrobaskularra eta koloneko minbizia izan ziren desberdintasun absolutu handienak izan zituzten heriotza-kausak. Kausa horietan guztietan, egotz zitekeen biztanleria-frakzioa % 20tik % 80ra bitartekoa izan zen; istripuzko pozoidurez gain, ikusi zen diabetesak, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoak, HIESak eta GIBak eta zirrosiak garrantzi handiko desberdintasun erlatiboak zituztela.

45 urtetik 64 urtera bitarteko gizonetan, istripuzko pozoidurez gain, ikusten da diabetesak, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoak, HIESak eta GIBak eta zirrosiak garrantzi handiko desberdintasun erlatiboak izan zituztela, gehiegizko hilkortasuna % 300etik gorakoa izanik (15. irudia). Termino absolutuetan, desberdintasun handienak, handienetik hasita, honako kasu hauetan ikusi ziren: birikako minbizia, zirrosia, kardiopatia iskemikoa, gaixotasun zerebrobaskularra eta koloneko minbizia. Gaixotasun horietan guztietan, desberdintasun absolutuen magnitudea oso nabarmena izan zen. Heriotza-kausa horiek berak erakutsi zuten egotz zitekeen biztanleria-frakzio erlatiboa oso handia zela: hezkuntza-desberdintasunei egotz ziezazkiekeen heriotzen proportzioa % 80koa izan zen zirrosirako (gehieneko balioa) eta % 20koa koloneko minbizirako (gutxieneko balioa) (A7 taula. 2. eranskina).

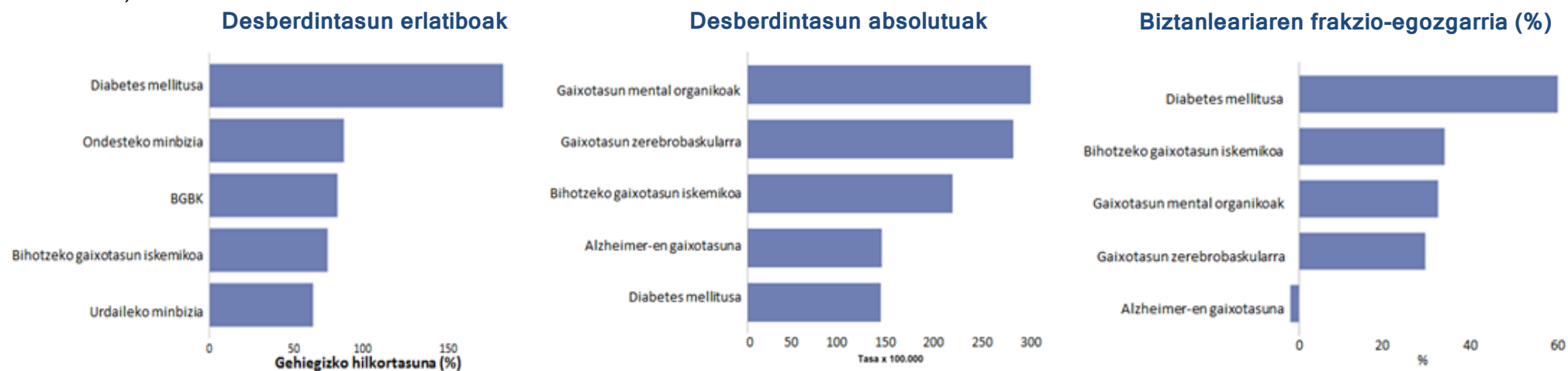


15. Irudia. Ikasketa-mailaren araberako desberdintasunak hilkortasunean, heriotza-kausa nagusien arabera, 45 urtetik 64 urtera bitarteko gizonetan. EAE, 2009-2012

Emakumeak

Emakumeetan, gaixotasun mental organikoek, gaixotasun zerebrobaskularrak, kardiopatia iskemikoak eta diabetesak erakutsi zituzten desberdintasun absolutu oso garrantzitsuak. Diabetesa izan zen desberdintasun erlatibo handienak izan zituen heriotza-kausa: ikasketa-maila txikiena zuten emakumeen hilkortasuna ikasketa-maila handiena zuten emakumeena baino 2,8 aldiz handiagoa izan zen.

65 urteko eta gehiagoko emakumeetan, gaixotasun mental organikoek, gaixotasun zerebrobaskularrak, kardiopatia iskemikoak Alzheimer-en gaixotasunak eta diabetesak erakutsi zituzten desberdintasun absolutu handienak, 100 heriotza izan baitziren 100.000 pertsonako. Termino erlatibotik, diabetesa izan zen desberdintasun handienak izan zituen heriotza-kausa: ikasketa-maila txikiena zuten emakumeen hilkortasuna ikasketa-maila handiena zuten emakumeena baino 2,8 aldiz handiagoa izan zen. % 50etik gorako gehiegizko hilkortasuna izan zuten beste heriotza-kausa batzuk ondesteko minbizia, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, kardiopatia iskemikoa eta urdaileko minbizia izan ziren (16. irudia). Desberdintasunei egotz zekizkiekeen heriotzen proportzioa % 80tik gorakoa izan zen diabetesaren kasuan; proportzio hori % 30etik % 40era bitartekoa izan zen kasu hauetan: kardiopatia iskemikoa, gaixotasun mental organikoak eta gaixotasun zerebrobaskularra (A8 taula. 2. eranskina).



16. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunak hilkortasunean, heriotza-kausa nagusien arabera, 65 urteko eta gehiagoko emakumeetan. EAE, 2009-2012

65 urte eta gehiago.

Gizonak

Gizonetan, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa izan zen desberdintasun absolutu handienak zituen heriotza-kausa, eta, ondoren, handienetik hasita, birikako minbizia, gaixotasun mental organikoak, kardiopatia iskemikoa eta gaixotasun zerebrobaskularra izan ziren. Era berean, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren ondoriozko hilkortasunaren % 30 baino gehiago hezkuntza-desberdintasunez egotz zekiekeen.

Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa izan zen desberdintasun absolutu handienak zituen heriotzaren kausa, 200 heriotza baino gehiago 100.000 pertsonako. Halaber, desberdintasunak oso nabarmenak izan ziren kardiopatia iskemikoaren, gaixotasun mental organikoen, gaixotasun zerebrobaskularren eta birikako minbiziaren kasuetan. Deigarria da HIESa eta GIBa desberdintasun erlatibo handienak dituen heriotza-kausa izatea: ikasketa-maila txikia duten gizonen hilkortasuna 7,5 aldiz handiagoa izan zen (% 95eko KT: 2,8 , 19,7) ikasketa-maila handiagoa dutenena baino. Handienetik hasita, kausa horren ondoren suizidioa, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, urdaileko minbizia eta diabetesa daude. Desberdintasunek hilkortasunean duten inpaktuari dagokionez, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren ondoriozko hilkortasunaren % 30 baino gehiago desberdintasunez egotz dakieke; egotz daitezkeen heriotzen proportzioa ere oso nabarmena izan zen gaixotasun mental organikoen, birikako minbiziaren eta kardiopatia iskemikoaren kasuan (17. irudia. 2. eranskineko A8 taula).



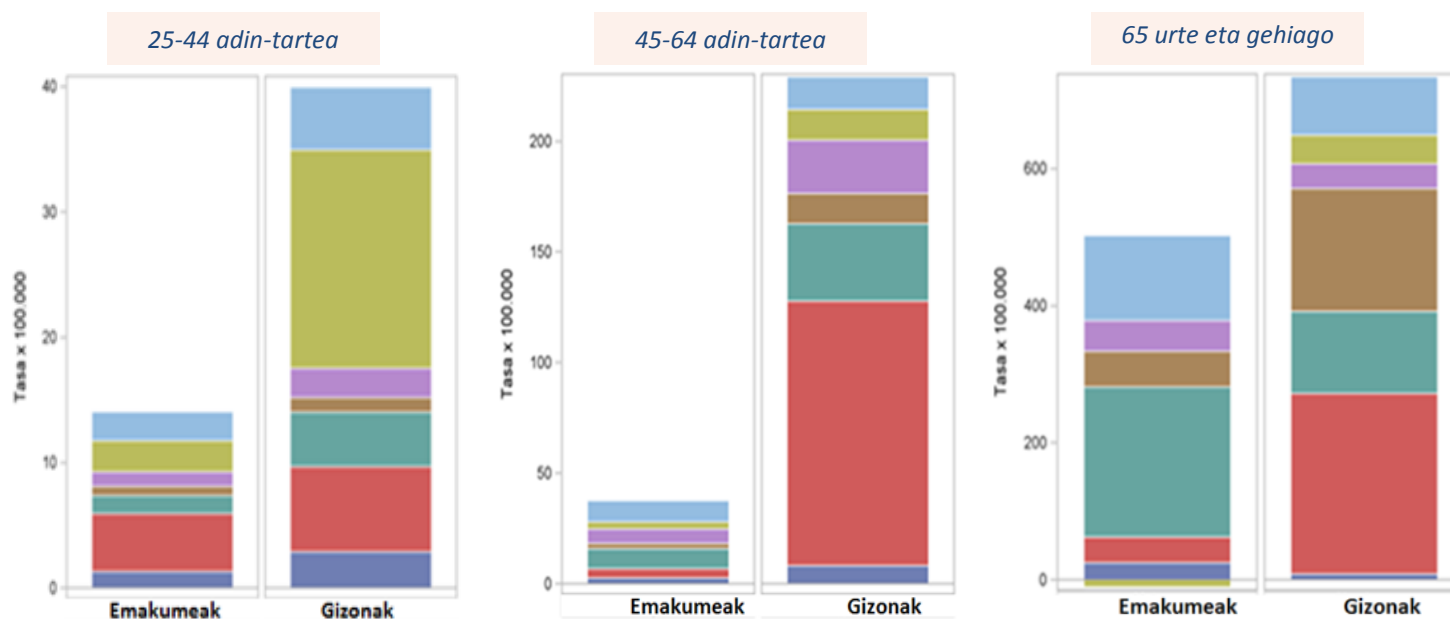
17. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunak hilkortasunean, heriotza-kausa nagusien arabera, 65 urteko eta gehiagoko gizonetan. EAE, 2009-2012

3.7. Hezkuntza-mailaren arabera hilkortasunean dauden desberdintasunei heriotza-kausek egiten dieten ekarpena, adina kontuan hartuta, EAE 2009-2012

- 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeetan, egotz daitekeen hilkortasunaren herena tumore gaiztoek eragiten dute; adin horretako gizonetan, aldiz, kanpoko kausek eragin zituzten egotz daitezkeen heriotzen % 44.
- 45 urtetik gorako emakumeetan, zirkulazio-gaixotasunak dira egotz daitezkeen hilkortasun-kausa nagusiak, eta haien garrantzia igo egiten da adinak aurrera egin ahala; 45 urtetik gorako gizonetan, aldiz, tumore gaiztoak dira egotz daitekeen hilkortasun-kausa nagusia, baina gaixotasun horien garrantzia txikiagoa da adin handiena dutenen artean, adin-tarte horretan arnas gaixotasunak nagusitzen baitira.



Desberdintasunei egotz dakiekeen heriotzaren kausek egiten duten ekarpena desberdina da adinaren eta sexuaren arabera. 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeetan, egotz daitekeen hilkortasunaren heren bat tumore gaiztoengatik da, eta bigarren lekuan kanpoko kausak zeuden (% 18); adin horretako gizonetan, ordea, kanpoko kausak izan ziren egotz daitekeen hilkortasunaren kausa nagusia (% 44), eta ondoren tumoreak zeuden (% 17). Emakumeen adina zenbat eta handiagoa izan, orduan eta nabarmenagoa da zirkulazio-aparatuko gaixotasunek egiten duten ekarpena, desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren % 24 eta % 44 baita 45 urtetik 64 urtera bitarteko eta 65 urteko eta gehiagoko emakumeen artean, hurrenez hurren; adin ertaineko eta adineko gizonen dagokienez, tumoreak dira egotz daitekeen hilkortasunaren kausa nagusia (% 52 eta % 36, hurrenez hurren), ondoren zirkulazio-gaixotasunak nagusitzen dira 45 urtetik 64 urtera bitartekoetan, eta arnas gaixotasunak 65 urteko eta gehiagokoetan (A9 taula. 2. eranskina).



18. Irudia. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna, heriotza-kausen arabera, adin-talde handiak eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2009-2012

4. Iruzkina eta konklusioak

Aurkikuntza nagusiak

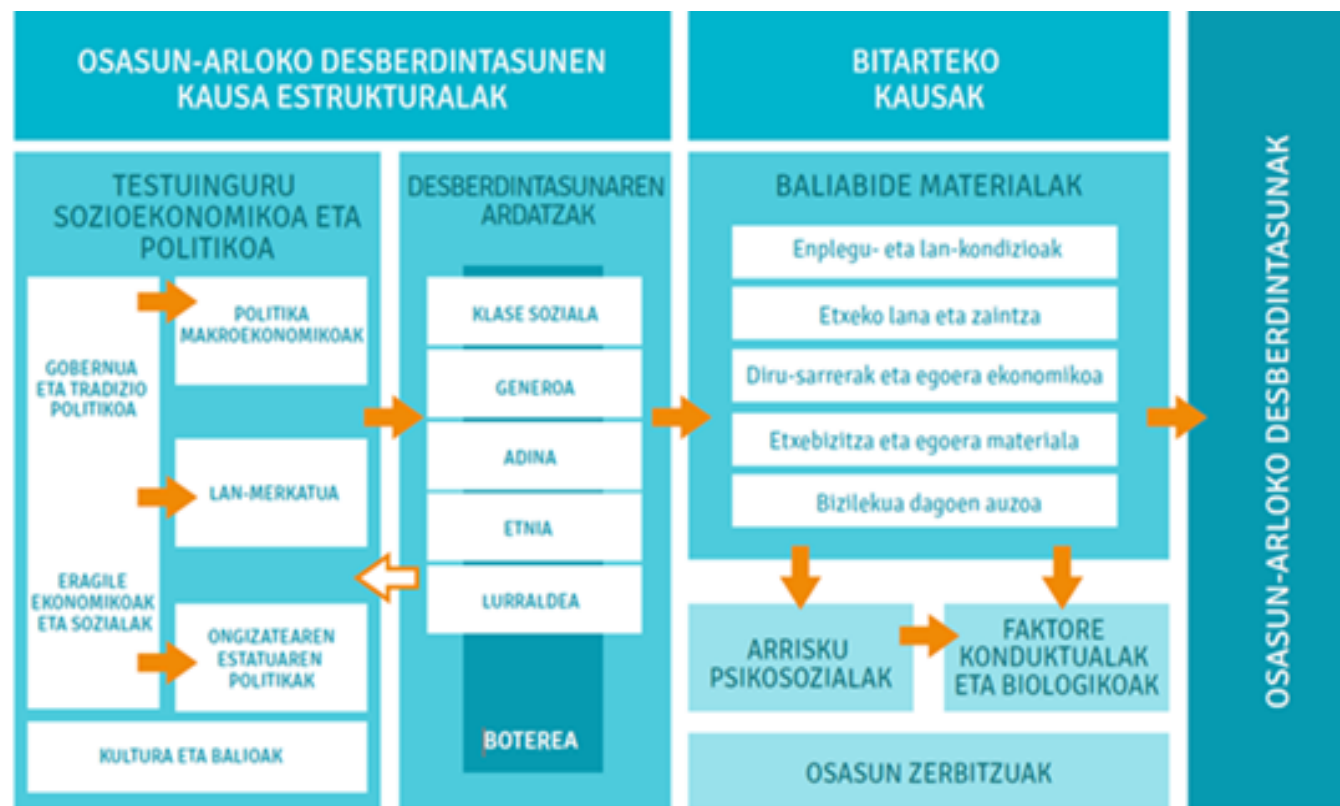
- Kausa guztien ondoriozko eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunak gradiente nabaria izaten jarraitu zuen hezkuntza-mailaren arabera, hilkortasuna handiagoa izanik hezkuntza-maila jaitsi ahala.
- Hilkortasunean dauden desberdintasunen magnitudea oso nabarmena izan zen bi sexuetan. Termino absolututan, kausa guztien ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunen magnitudea tumore gaiztoen ondoriozko hilkortasun-tasaren garrantzitik hurbil zegoen gizonetan; emakumeei dagokienez, aldiz, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen garrantzitik hurbil zegoen. Gainera, biztanleria guztiak unibertsitate-prestakuntza duen biztanleriaren hilkortasuna izango balu, 10 heriotza saihestuko lirateke egunero, hau da, heriotza guztien bosten bat; hori dela-eta, arrisku-faktore nagusi bati, hau da, tabakoaren kontsumoari egotz dakiokeen hilkortasuna gainditzen du.
- Pertsona gazteen artean hilkortasunean zegoen hezkuntza-hesia bereziki nabarmena izan zen. Ikasketa formalik ez duten 25 urtetik 44 urtera bitarteko pertsonen hilkortasunak laukoiztu (emakumeetan) eta boskoiztu (gizonetan) egin zuen ikasketa-maila handiena duten pertsonena. Hilkortasuneko desberdintasunak oso nabarmenak izan ziren, halaber, adin aurreratuagoetan bi sexuetan, termino erlatibotan nahiz absolututan.
- Gaixotasun kardiobaskularrek lagundu zuten batez ere hilkortasunean ikusten ziren desberdintasunak izaten emakumeen artean; aitzitik, gizonen artean tumore gaiztoak izan ziren kausa nagusiak. Emakumeetan, desberdintasun absolutu handienak erakusten dituzten heriotza-kausa espezifikoak izan ziren, handienetik hasita, gaixotasun kardiobaskularra, kardiopatia iskemikoa eta diabetesa; gizonetan, berriz, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa, biriketako minbizia eta kardiopatia iskemikoa izan ziren.
- Desberdintasun erlatibo handienak, bi sexuetan, istripuzko pozoiduretan, eta GIBan eta HIESan ikusi ziren. Handienetik hasita, ondoren, diabetesa, zirrosia eta umetoki-lepoko minbizia izan ziren; gizonetan, aldiz, suizidioa, zirrosia eta biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa izan ziren.
- Desberdintasunei egotz dakiekeen heriotzaren kausek egiten duten ekarpena desberdina da adinaren eta sexuaren arabera. 25 urtetik 44 urtera bitarteko emakumeetan tumoreak nabarmendu ziren; adin horretatik aurrera, aitzitik, gaixotasun kardiobaskularrek hartu zuten lehenengo tokia. Gizon gazteen artean, kanpoko kausak izan ziren hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren erdia eragin zutenak; 45 urteko eta gehiagoko gizonetan, aldiz, tumore gaiztoek eragin dute egotz daitekeen hilkortasunaren erdia inguru.

Emaitzen interpretazioa

EAEko hilkortasunean ikusten diren hezkuntza-desberdintasunen eredua eta magnitudea sexuaren eta adin-taldearen arabera Espainiako Estatu osoan ikusten direnen antzekoak dira⁹. Espainiako Estatu osoa Madrilgo Autonomia Erkidegoarekin, EAEekin eta Bartzelonako hiriarekin alderatzen zuen azterlanaren arabera, EAEn Espainian baino desberdintasun gutxiago daude gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko hilkortasunean emakumeen artean; aitzitik, kanpoko kausen ondoriozko hilkortasunean desberdintasunak Madrilgo Erkidegokoak baino handiagoak dira gizonetan¹⁰.

Oraindik ez da argitaratu 2008ko krisialdi ekonomikoaren ondorengo urteetan EAEko hilkortasunean ikusten diren hezkuntza-desberdintasunak Europako beste herrialde batzuetakoekin alderatzea ahalbidetzen duen azterlanik. Krisialdiaren aurreko aldietako azterlanetan ikus daiteke EAEko kausa guztien ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunak, Europa Hegoaldeko beste herri batzuetan (Espainia, Madrilgo Erkidegoa, Bartzelonako hiria eta Italiako herri batzuk) gertatzen den bezala Europako beste herrialde batzuetakoak baino txikiagoak direla^{2, 11, 12}. Kausa guztien ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunei dagokienez, Europa iparraldearen eta hegoaldearen artean dauden desberdintasun horiek oso lotuta daude emakumeen kasuan minbiziaren ondoriozko desberdintasun erlatiborik ez izatearekin eta gizonen kasuan minbiziaren eta gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunak txikiak izatearekin. Europa hegoaldeko herrialdeetan hilkortasunean ikusten diren desberdintasun erlatiboak gutxiago izatea azal daiteke herrialde horietan iparraldeko herrialdeetan baino beranduago izan dutelako modernizazio sozioekonomikoko prozesua, eta horren ondorioz, hezkuntza-mailak herrialde horietan Europa iparraldeko herrialdeetan baino garrantzi gutxiago duelako estratifikazio sozialeko alderdi gisa, eta atzerapena eragingo lukeelako gaixotasun kronikoen gainetik (gaixotasun kardiobaskularrak eta minbizia) nagusitzen diren gaixotasun infekziosoen trantsizio epidemiologikoan¹³. Hala eta guztiz ere, beste heriotza-kausak erakusten dute desberdintasunen garrantzia Europako beste herrialde batzuetako desberdintasunen magnitudearen antzekoa dela edo garrantzi handiagoa dutela, esate baterako, gaixotasun infekziosoak bi sexuetan eta kanpoko kausak gizonetan.

Oro har, osasun-alorreko desberdintasun sozialen jatorria, eta zehazkiago, hilkortasunean ikusten diren desberdintasun sozioekonomikoen jatorria egiturazko alderdiekin (gobernua eta tradizio politikoa, politika makroekonomikoak, lan-merkatuak eta abar, estratifikazio soziala) eta osasun-alorreko desberdintasunen tarteko alderdiak izenekoekin (enplegu- eta lan-baldintzak, ugalketa-lana eta zaintza-lana, diru-sarrerak eta egoera ekonomikoa, eta inguruneetakoak, jokabideak, osasun-sistema) lotuta dago ^{2,14} (19. irudia).



Iturria: Espainiako Osasun-alorreko Desberdintasunak gutxitzeko Batzordea, 2010⁷

19. Irudia. Osasun-alorreko desberdintasun sozialen determinatzaileen esparru kontzeptuala. Espainiako Osasun-alorreko Desberdintasunak gutxitzeko Batzordea

Bereziki, gaixotasun kardiobaskularrei dagokienez, hainbat jarrerarekin lotutako arrisku-faktore proximalen banaketa sozialean jartzen da arreta. Jokabide horiek tabakoaren kontsumoa, inaktibitate fisikoa, alkoholaren kontsumoa edo dieta dira¹⁵. Hala eta guztiz ere, arrisku-faktore horiek azaltzeko potentziala txiki samarra da EAEn⁵. Horregatik, ezinbestekoa da beste faktore batzuk ere kontuan hartzea gure erkidegoan ikusten diren desberdintasunen magnitudea azaltzeko, esate baterako, enplegu-baldintzak (enplegu-kolokatasuna) eta lan-baldintzak (laneko estresa)¹⁶, gabezia materiala (hilabete amaierara iristeko zailtasunen bitartez adierazten dena) edo airearen kutsadura^{17, 18}, gure erkidegoan ikusten diren desberdintasunen magnitudea azaltzeko.

Biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunak sexuaren eta adinaren arabera bereizteko eredia tabakismoaren epidemiak EAEn izan duen bilakaerarekin lotuta dago. Epidemia horren etapari dagokionez, gure erkidegoa, Europa hegoaldeko beste herrialde batzuk bezalaxe, Europa iparraldeko herrialdeak baino etapa atzeratuago batean dago¹⁹, eta horrek azaltzen du biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasuna handiagoa izatea gizarte-egoera hobea daukaten emakumeen artean, baita gizonetan eta emakume gazteenetan ikusten den kontrako eredia ere. Tabakoaren kontsumoaz gain, biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunen eredia aztertzen denean kontuan hartu behar da, halaber, lan-ingurunean dagoen kartzinogenoen^{20, 21} esposizio diferentziala eta airearen kutsadurarekiko esposizio diferentziala²².

Gizonetan, prostatako minbiziari buruz egindako aurkikuntza nabarmendu behar da; izan ere, aurkikuntza horren bitartez jakin zen hilkortasuna handiagoa zela gizarte-egoera ahuleko taldeetan; hori kontraesanean dago 1996-2001 aldian ikusitakoarekin, orduan hezkuntza-desberdintasunek ez baitzuten eraginik hilkortasunean²³. Ezinbestekoa da aztertzea prostatako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean EAEn ikusten diren hezkuntza-desberdintasunak intzidentzian dauden desberdintasunekin (horrek esan nahiko luke desberdintasunak daudela arrisku-faktoreetan eta lehen mailako prebentzioan) lotuta ote dauden eta/edo biziraupenarekin lotuta ote dauden (osasun-arretan ikusten diren desberdintasunekin lotuta dagoena).

Emakumeetan, baheketa-programei lotutako minbiziaren kokapenetatik, umetoki-lepoko minbiziaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunak nabarmenak dira. Gizarte-egoera ahuleko emakumeek zerbixeko minbiziaren baheketa-programetan²⁴ eta txertaketa-programetan gutxiago parte hartzen dutenez, ezinbestekoa izango da emakume horiek prebentziozko bi programa horietan gehiago parte hartzen dutela bermatzea²⁵. Koloneko minbizian ez bezala, ondesteko minbiziaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasun erlatiboak nabarmenak dira bi sexuetan. Arrisku-faktore jakin batzuen prebalentzian (inaktibitate fisikoa, tabakoaren kontsumoa, haragian aberatsa den dieta)²⁶ edo baheketa-programetan izandako partaidetzan²⁷ ikusten diren desberdintasunek partzialki soilik azalduko lukete desberdintasun horien eredia.

Diabetesaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren hezkuntza-desberdintasunak oso nabarmenak izan ziren bi sexuetan eta handiagoak emakumeetan gizonetan baino, bai termino absolututan, bai erlatibotan. Obesitatearen prebalentzian ikusten diren desberdintasun sozioekonomikoek, emakumeetan askoz ere handiagoak direnek²⁸, partzialki azalduko lukete diabetesaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunen eredia. Osasun-arretari dagokionez, nahiz eta diabetesa prebenitzeko eta kontuan hartzeko ahaleginak ekitatiboak diren EAEn, kontrol metaboliko okerra egitea eta konplikazioak maizago ikusten dira gizarte-egoera ahuleko emakumeen artean²⁹. Obesitatearen eta osasun-arretaren eragina, gainera, kontuan hartu behar dira desberdintasun sozioekonomikoen esparruan, bizitza-aukeretan eta bizitzako zirkunstantzia materialetan; harreman hori testuinguru sozioekonomikoaren eta politikoaren ondorioz sortzen da^{15, 30}.

Gibeleko zirrosiak, digestio-aparatuko gaixotasun guztiek bezalaxe, erakutsi zuen desberdintasun oso nabarmenak zeudela bi sexuetan, bai termino erlatibotan, bai absolututan, baina desberdintasun horiek handiagoak izan ziren gizonetan emakumeetan baino. Gibealeko zirrosiaren ondoriozko hilkortasuna oso lotuta dago alkoholaren gehiegizko kontsumoarekin. Dena den, alkoholaren gehiegizko kontsumoak hilkortasunaren kontrako ereduari jarraitzen dio EAEn, kontsumoa handiagoa baita gizarte-egoera ahuleko taldeetan²⁹. Paradoxa hori azal daiteke, beste hainbat faktoreren artean, talde sozioekonomiko ahulenetako pertsonen kalteberatasuna handiagoa delako, alkohol-kontsumoaren eta ohitura dietetikoaren arteko elkarreraginaren ondorioz, baita kontsumo-giroaren segurtasuna dagoelako eta familiaren laguntza edo lan-arloko laguntza dagoelako ere alkohol-kontsumoarekin lotutako arazoei aurre egiteko³¹.

Gaixotasun infekziosoen ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasun erlatibo handiek zerikusia dute GIBaren eta HIESaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasun erlatiboek 25 urtetik 44 urteko pertsonetan duten magnitude handiarekin. Hala eta guztiz ere, GIBaren eta HIESaren ondoriozko hilkortasunean azken urte hauetan ikusi den murrizketak eragiten du kausa horien ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasun absolutuak txiki samarrak izatea³².

Suizidioaren ondoriozko hilkortasunak (lehenengo heriotza-kausa gizon gazteenen artean) erakutsi zuen desberdintasun erlatibo handiak zeudela gizonetan eta bereziki gizon gazteenetan; hilkortasunean ikusten ziren desberdintasun absolutuak garrantzitsuak izan ziren horien artean ere. Desberdintasun horiek azaltzen dituzten faktoreek gizon ahulenei gehien eragiten dieten faktoreak biltzen dituzte, hala nola drogak bide parenteraletik kontsumitzea³³, langabezia, enplegu-kolokatasuna, maskulinitatearekin lotutako alderdiak (familiaburu izatearen rola galtzea, berdintasun-eskaerak eta abar) eta faktore psikologiko indibidualak³⁴. Halaber, deigarria da istripuzko pozoiduren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasun erlatiboaren magnitudea hain handia izatea bi sexuetako gazteenen artean, eta kausa horien ondorioz ikusten diren desberdintasun absolutuak gizonetan; hori guztia arriskuko substantziak gero eta gehiago kontsumitzearekin lotuta egon daiteke³⁵, baita maila sozioekonomiko ahulenean dauden pertsonen gaindosiaren prebentzioari buruz duten ezagutza txikiagoa izatearekin ere³⁶. Adierazi behar da heriotzaren kanpoko kausa guztiek desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren erdia eta bostena eragin zutela gizonetan eta emakumeetan, hurrenez hurren.

Indarrak eta mugatzeak

Azterlan honen indarguneen artean nabarmendu behar da azterlan hau biztanleria-erregistroarekin lotutako datuetan oinarritzen dela, eta horri esker EAEn bizi diren biztanle guztiak sartu ahal izan direla. Gainera, hemen erabili den luzerako diseinuak aukera ematen du zeharkako datuetan oinarrituta baino doitasun handiagoko zenbatespenak lortzeko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunei dagokionez.

Lotu gabeko heriotzen proportzioa txiki samarra izan zen; hori dela eta onar daiteke hilkortasunean ikusten diren desberdintasunei buruzko zenbatespenetan izan dezaketen eragina txikia izango dela. Beste mugatze bat izan daiteke jarraipenak iraun duen bitartean gerta zitekeen ikasketa-mailak eragindako informazio-galera diferentziala, bereziki bizilekuz aldatu diren pertsonen lotua. EAetik kanporako emigrazioa handiagoa balitz ikasketa-maila txikieneko biztanleen artean, hilkortasun handiago dutelarik, azterlan honen emaitzek agian gutxietsi egingo zituzten hilkortasunean ikusten diren desberdintasunak. Horrez gain, lortutako ikasketa-maila erabili da aldagai sozioekonomiko moduan, eta horrek ere gutxiets litzake desberdintasunak, benetan burututako ikasketak aintzat hartu izan balira lortuko liratekeen emaitzekiko. Azkenik, gizarte baten aldaketa ekonomiko eta estrukturalak denborarekin aldarazi lezake ikasketa-mailaren eta heriotzaren beste kausa sozioekonomikoen arteko lotura; hori oztopo bat izango litzateke ikerketa honen emaitzak ikuspegi kausal batetik interpretatzeko, ez ordea desberdintasunen magnitudearen eta haien bilakaeraren ebaluazio deskriptibo bat egiteko³⁷.

Desberdintasunei buruzko neurri absolutuak eta erlatiboak erabiltzeak, hau da, hezkuntza-kategorien mailari buruzko informazioa ematen duten neurriak erabiltzeak, ahalbidetu du hilkortasunean ikusten diren hezkuntza-desberdintasunen magnitudea eta inpaktua hobeto balioestea³⁸.

Inplikazio praktikoak

Azterlan honek agerian utzi du osasun-alorreko desberdintasun sozialak murrizteko politikak garatzen jarraitu behar dela EAEn. Duela gutxi erakutsi da maila sozioekonomikoak inpaktua duela erka daitekeen hilkortasunean eta, inpaktu hori, kasu askotan, ohiko arrisku-faktoreen inpaktua baino handiagoa dela (adibidez, tabakoaren kontsumoa, jarduera fisikoa, obesitatea, diabetesa eta abar)³⁹. Horrek indartu egiten du honako ebidentzia hau: osasun-alorreko desberdintasun sozialak murrizteko ez da nahikoa ohiko arriskuei aurre egitea, horrez gain ezinbestekoa da desberdintasun sozialak murrizteko politikak garatzea eta osasun-alorreko desberdintasun sozialen “funtsezko kausak” deiturikoei aurre egitea⁴⁰. Gainera, arrisku-faktore indibidualetara bideratutako esku-hartzeak (adibidez, prebentziozko aholku indibiduala), “uretan behera” delakoek, egoera hoberenean dauden pertsonen egiten diete mesede; aitzitik, “uretan gora” deritzen politikek (enpleguaren hobekuntza, errentaren birbanaketa, haurren babesa eta abar) izaten dute inpaktu positiboa osasun-alorreko ekitatean⁴¹.

Osasun-alorreko desberdintasun sozialak murrizteko gauzatu behar diren politikei buruz nazioarteko eta estatuko erakundeek gomendioek nabarmendu dute zeinen beharrezkoa den osasun-sistemaren berdintasuna sendotzea, bizitza osoan jardutea (haurtzaroan hasiera segurua bermatuz eta helduen eta adineko pertsonen bizi- eta lan-baldintzak hobetuta), babes sozialeko sistema indartzea eta xede gisa osasun-arretaren berdintasuna ipintzen duten eta gizarte-kohesioa eta elkarrekiko erantzukizuna areagotzen duten sektorearteko politikak abian ipintzea^{4,5,7}. Ildo horretan, EAEko 2013-2020 Osasun Plan berrian jasotako politikek lehen xedetzat ezarri dute EAEko biztanleen osasun-alorreko desberdintasun sozialak eta sexualak murriztea, biztanleriaren estrategiak edo banako estrategiak aplikatuta¹¹. Azterlan honetatik ateratzen diren ondorioek egiturazko faktoreak eta bizi-baldintzak nahiz lan-baldintzak kontuan hartzen dituzten esku-hartzeak “osasuna politika guztietan” estrategiaren bitartez bideratzeko balio izango dute. Halaber, osasun-alorreko ekintza komunitarioa garatzeko eta osasun-sistemaren ekitatea indartzeko gakoak ematen dira.

Azterlan honetan deskribatzen diren emaitzak azken krisialdi ekonomikoa hasi ondoren lortu ziren, krisialdi horren ondoren gora egin baitzuten langabeziak eta desberdintasun sozialek. Gainera, litekeena da krisialdi horretan aplikatu ziren austeritate-politikek areagotu izana hilkortasunean ikusten diren eta txosten honetan deskribatu diren desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea⁴². Lehen esandako politika horiek botere publikoen lehentasun izatearen beharra eta EAEko heriotza-tasan aurkitutako desberdintasunak zaintzen jarraitzeko ahaleginari eustearen beharra azpimarratzen dute argudio horiek.

Konklusioak

EAEEn hilkortasunean ikusten diren desberdintasun sozioekonomikoak oso nabarmenak dira. Desberdintasun horiek biztanleengan duten inpaktua oso magnitude handikoa da eta desberdina da sexuaren, adinaren eta heriotza-kausen arabera. EAEko biztanleriaren osasuna hobetzeko eta osasun-alorrean ekitatea lortzeko ezinbestekoa da politikak indartzea eta ekimen berriak abian jartzea desberdintasun sozialak murrizteko eta desberdintasun horiek osasunean duten eragina arintzeko.

Azterlan honen emaitzek gakoak eskaintzen dituzte osasun-alorreko ekitatea hobetzeko ahaleginak bideratzeko. Beharrezkoa da aurrera egitea osasunean dauden desberdintasunen monitorizazioan eta EAEEn osasun-ekitatea areagotzeko esku-hartzeek duten eraginkortasunari buruzko ikerketan.

Bibliografia

1. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2, Denmark, 2006.
2. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Graham H. Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy* 2004; 33:115–131.
4. Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *J Health Popul Nutr* 2003;21(3):181-192
5. Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012;380(9846):1011-29.
6. Departamento de Salud. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de Salud para Euskadi, Plan de Salud 2013-2020. Borrador 3.0. Vitoria-Gasteiz; 2013
7. Departamento de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005.
8. Esnaola S, Martín U, Bacigalupe A. Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2014.
9. Reques L, Giráldez-García C, Miqueleiz E, Belza MJ, Regidor E. Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Dec;68(12):1151-60.
10. Regidor E, Reques L, Belza MJ, Kunst AE, Mackenbach JP, de la Fuente L. Education and mortality in Spain: a national study supports local findings. *Int J Public Health*. 2016 Jan;61(1):139-45.
11. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008 Jun 5;358(23):2468-81.
12. Mackenbach JP, Kulhánová I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G et al., Deboosere P, Esnaola S, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Hoffmann R, Eikemo TA, Östergren O, Lundberg O; Eurothine and EURO-GBD-SE consortiums.. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Mar;69(3):207-17.
13. Kulhánová I, Bacigalupe A, Eikemo TA, Borrell C, Regidor E, Esnaola S, Mackenbach JP; Eurothine consortium. Why does Spain have smaller inequalities in mortality? An exploration of potential explanations. *Eur J Public Health*. 2014 Jun;24(3):370-7.
14. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
15. Lynch, JW, Davey Smith G, Harper S, Bainbridge K. Explaining the social gradient in coronary heart disease: comparing relative and absolute risk approaches. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60: 436–441.

16. Theorell T, Hammarstrom A, Aronsson G, Traskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015; 15, 738. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>.
17. Franklin BA, Brook R, Arden Pope C 3rd. Air pollution and cardiovascular disease. *Curr Probl Cardiol*. 2015 May;40(5):207-38.
18. Koulova A, Frishman WH. Air pollution exposure as a risk factor for cardiovascular disease morbidity and mortality. *Cardiol Rev*. 2014 Jan-Feb;22(1):30-6.
19. Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Borrell C. Two decades of inequalities in smoking prevalence, initiation and cessation in a southern European region: 1986-2007. *Eur J Public Health*. 2013 Aug;23(4):552-8.
20. De Matteis S, Consonni D, Lubin JH, Tucker M, Peters S, Vermeulen RCh, Kromhout H, Bertazzi PA, Caporaso NE, Pesatori AC, Wacholder S, Landi MT. Impact of occupational carcinogens on lung cancer risk in a general population. *Int J Epidemiol*. 2012 Jun;41(3):711-21.
21. Andersen A, Barlow L, Engeland A, Kjaerheim K, Lynge E, Pukkala E. Work-related cancer in the Nordic countries. *Scand J Work Environ Health*. 1999;25 Suppl 2:1-116.
22. Raaschou-Nielsen O, Andersen ZJ, Beelen R, Samoli E, Stafoggia M, Weinmayr G, et al. Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Lancet Oncol*. 2013 Aug;14(9):813-22.
23. Osasun Saila. Departamento de Sanidad. Desberdintasun sozialak hilkortasunean: hilkortasuna eta maila sozioekonomikoa EAEn, 1996-2001. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005.
24. Esnaola S, Elorriaga E, Aldasoro E, Bacigalupe A, de Diego M, Sarriugarte G, Portillo I. Evolución de la participación y las desigualdades sociales en los cribados de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en la CAPV, 1992-2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2015.
25. Malagón T, Drolet M, Boily MC, Laprise JF, Brisson M. Changing inequalities in cervical cancer: modeling the impact of vaccine uptake, vaccine herd effects, and cervical cancer screening in the post-vaccination era. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015 Jan;24(1):276-85.
26. Goy J, Rosenberg MW, King WD. Health risk behaviors: examining social inequalities in bladder and colorectal cancers. *Ann Epidemiol*. 2008 Feb;18(2):156-62.
27. Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, Esnaola S, Mendizabal N, Portillo I, Idigoras I, Millán E, Arana-Arri E. Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health*. 2015 Oct 5;15:1021.
28. Esnaola S, de Diego M, Elorriaga E, Martín U, Bacigalupe A, Calvo M, Aldasoro E, Pardillo B. Datu garrantzitsuak 2013ko Euskal Osasun Inkesta. Vitoria-Gasteiz. Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua 2013 / Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2013.
29. Amaia Bacigalupe, Santiago Esnaola, Iñaki Fraile, Josu Ibarra, Javier Urraca, Sheila Sánchez, Eduardo Millán. Desigualdades sociales en la atención a la diabetes tipo 2 en la Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2017.
30. Vandenheede H, Deboosere P, Espelt A, Bopp M, Borrell C, Costa G, Eikemo TA, Gnavi R, Hoffmann R, Kulhanova I, Kulik M, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Rodriguez-Sanz M, Rychtarikova J, Mackenbach JP. Educational inequalities in diabetes mortality across Europe in the 2000s: the interaction with gender. *Int J Public Health*. 2015 May;60(4):401-10.

31. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, Looman CW, Leinsalu M, Mäkelä P, Martikainen P, Menvielle G, Rodríguez-Sanz M, Rychtaříková J, de Gelder R. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med.* 2015 Dec 1;12(12):e1001909.
32. Audicana C. Hilkortasuna Euskal Autonomia Erkidegoan 2015. Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2015. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Registros e Información Sanitaria. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud, 2017.
33. Orti RM, Domingo A, Muñoz A, et al. Mortality trends in a cohort of opiates addicts, Catalonia, Spain. *Int J Epidemiol* 1996;25:545-553.
34. Wyllie C, Platt S, Brownlie J, Chandler A, Connolly S, Evans R et al. Men, suicide and society. Samaritans, editor. Surrey (UK); 2012. Disponible en: <http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/Men and Suicide Research Report 210912.pdf>.
35. SIIS Centro de Documentación y Estudios. Desigualdades Socioeconómicas, Consumo De Drogas Y Territorio En España. Donostia-San Sebastián: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2015.
36. Sarasa-Renedo A, Espelt A, Folch C, Vecino C, Majó X, Castellano Y, Casabona J, Brugal MT; Redan Study Group.. Overdose prevention in injecting opioid users: the role of substance abuse treatment and training programs. *Gac Sanit.* 2014 Mar-Apr;28(2):146-54.
37. Chen JT, Beckfield J, Waterman PD, Krieger N. Can Changes in the Distributions of and Associations Between Education and Income Bias Temporal Comparisons of Health Disparities? An Exploration With Causal Graphs and Simulations. *Am J Epidemiol.* 2013 Apr 7.[Epub ahead of print]
38. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med.* 1997 Mar;44(6):757-71.
39. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F, d'Errico A, Barros H, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Clavel-Chapelon F, Costa G, Delpierre C, Fraga S, Goldberg M, Giles GG, Krogh V, Kelly-Irving M, Layte R, Lasserre AM, Marmot MG, Preisig M, Shipley MJ, Vollenweider P, Zins M, Kawachi I, Steptoe A, Mackenbach JP, Vineis P, Kivimäki M; LIFEPAth consortium.. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet.* 2017 Mar 25;389(10075):1229-1237.
40. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.* 2010;51 Suppl:S28-40.
41. Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? *Lancet.* 2017 Mar 25;389(10075):1172-1174. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30191-5.
42. Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013

1. Erankina. Metodoak

Diseinua eta aztertutako biztanleria

Azterlan hau hilkortasunari buruzko zeharkako azterlana da, biztanleak oinarritzat hartuta eta bizi-erregistroen (Heriotzen Estatistika - Hilkortasun-erregistroa) eta Biztanleria Erregistroaren arteko loturatik abiatuta egin dena. Aztertu den biztanleria 2009-2012 aldian EAEn bizi zen 25 urteko eta gehiagoko biztanleria izan da. 2006ko biztanleria-eroldaren banako erregistroak eta 2009-2012 aldiko hilkortasun-eroldarenak elkartu ziren. Jarraipena egin zen aldia 2009ko urtarrilaren 1etik 2012ko abenduaren 31ra bitartekoa izan zen. Jarraipeneko pertsonen urte-kopuru zehatza kalkulatzeko jarraipena egiten hasi zen datari, heriotza-data (hildakoen kasuan) edo jarraipeneko amaiera-data kendu egin zitzaion. Heriotza-kopurua elkartu ez ziren heriotzen proportzioaren alderantzizkoaren arabera haztatu zen sexuaren, adin-taldearen eta heriotzaren kausaren arabera. Elkartu ez ziren heriotzen guztizkoa % 2,8 eta % 2,7 izan zen emakumeentzat eta gizonentzat, hurrenez hurren.

Informazio-iturriak eta ikertketa-aldagaiak

Heriotzei buruzko datuak Euskal Estatistikako Erakundeak (Eustat) Estatistikako Institutu Nazionalarekin lankidetzan egindako EAEko Heriotzen Estatistikatik lortu ziren. Heriotzen Buletin Estatistikoaren datuez gain, Estatistika horrek Osasun Saileko Hilkortasun Erregistroaren taldeak egindako heriotzen oinarritzko kausaren kodeketa bildu zuen. Heriotza bakoitzari dagokionez, sexuari eta adinari (bost urteko taldetan) buruzko informazioa eta heriotzaren oinarritzko kausa gehitu ziren. Eranskin honetan txertatu den taulan aztertutako heriotza-kausei buruzko kodeak biltzen dira. Lortutako ikasketa-mailari buruzko datuak EAEko Biztanleen Erregistrotik lortu ziren eta bost taldetan sailkatu zen: hezkuntza ez-formala edo lehen hezkuntza baino gutxiago, lehen hezkuntza, behe-mailako bigarren hezkuntza, goi-mailako bigarren hezkuntza eta hezkuntza unibertsitarioa.

Aztertzeiko hautatutako heriotza-kausak

Heriotza-kausak	GNS ¹ -10 kodea
1. Infekzio-gaixotasunak	A00-B99, R75
1.1 Hiesa eta GIBa	B20-B24, R75
2. Tumore gaiztoak	C00-D48
2.1 Urdailako minbizia	C16
2.2 Koloneko minbizia	C18
2.3 Ondesteko minbizia	C19-C21
2.4 Pankreako minbizia	C25
2.5 Laringeko minbizia	C32
2.6 Biriketako minbizia	C33-C34
2.7 Bularreko minbizia	C50
2.8 Umetoki-lepoko minbizia	C53
2.9 Umetoki-gorputzeko minbizia	C54
2.10 Obulutegiko minbizia	C56
2.11 Prostatako minbizia	C61
2.12 Maskuriko minbizia	C67
2.13 Tumore hematologikoak	C81-C9
3. Diabetes mellitusa	E10-E14
4. Gaixotasun mental organikoak	F00-F09
5. Alzheimer-en gaixotasuna	G30
6. Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	I00-I99
6.1 Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	I20-I25
6.2 Gaixotasun zerebrobaskularra	I60-I69
7. Arnasketa-sistemako gaixotasunak	J0-J99
7.1 BGBK ²	J40-J44, J47
8. Digestio-sistemako gaixotasunak	K00-K93
8.1 Zirrosia	K70, K72.1, K73, K74, K76(.1.9)
9. Kanpoko kausak	V00-Y89, F11-F12, F14-F16, F19
9.1 Trafikoko lesioak	V02-V04(.1.9), V09(.2.3),
	V12-V14(.3.4.5.9), V19(.4.5.6.9),
	V20-V28(.3.4.5.9), V29-V79(.4.5.6.7.8.9),
	V80(.3.4.5), V81-V82(.1),
	V83-V86(.0.1.2.3.4.5.6.7.8), V89(.2.9)
9.2 Istripuzko erortzeak	W00-W19
9.3 Istripuzko pozoldurak	X41-X45
9.4 Suizidioa	F11-F12, F14-F16, F19
10. Gainerako kausak	X60-X84
	-

¹Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena .

²Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa .

Azterketa estatistikoa

Hiru adin-talde handien (25-44, 46-64, eta 65 urte eta gehiago) eta adin guztien (25 urte eta gehiago) azterketak egin ziren, emakumeak eta gizonak bereizita. Hilkortasun-adinaren arabera estandarizatutako tasak kalkulatu ziren, zuzeneko metodoa erabiliz, Eurostatek proposatutako 2013ko Europako biztanleria estandarra erreferentziazat hartuta. Desberdintasun erlatiboak neurtzeko desberdintasun-indize erlatiboa (DIE) eta bere konfiantza-tartea (% 95) kalkulatu zen, adinaren arabera doiturik, Poisson-en erregresio-eredua erabilita. Mendeko aldagaia hilkortasun-tasen logaritmoa izan zen. Aldagai independente gisa, adinaz gain (aldagai kategorikoa), ikasketa-maila erabili zen aldagai kuantitatibo gisa, hezkuntza-kategorien mailan biztanleriaren metatze-banaketaren batez besteko balioekin bat datozen bost baliorekin (0tik 1era). Gauzak horrela, desberdintasun-indize erlatiboa hezkuntza-mailaren tartearen muturren arteko hilkortasun-tasen arrazoitzat hartzen da, eta kategoria bakoitzaren tamaina kontuan hartzen du. Desberdintasun absolutuak neurtzeko maldaren desberdintasun-indizea (MDI) kalkulatu zen. Indize horrek, desberdintasun-indize erlatiboak bezala, hezkuntza-mailaren tartean muturren artean hilkortasun-tasetan dagoen aldea adierazten du. Maldaren desberdintasun-indizea eta % 95eko konfiantza-tartea kalkulatzeko, Poisson-en erregresio-eredu gehigarria erabili zen eta adin-talde bakoitzari aplikatu zitzaion; lortu ziren balioak haztatu egin ziren 2013ko Europako biztanleria estandarraren pisuak erabiliz.

2. Eranskina Taulak

Taula	Izenburua	Orria
A1	Heriotza-kopurua eta jarraipeneko pertsonen urte-kopurua, ikasketa-mailaren, sexuaren eta adin-talde handien arabera. EAE, 2009-2012	42
A2	Heriotzen kopurua eta portzentajezko banaketa, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012	43
A3	Hilkortasunean gertatzen diren desberdintasun erlatiboak, ikasketa-mailaren arabera, heriotza-kausa eta sexua kontuan hartuta, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012	44
A4	Hilkortasunean gertatzen diren desberdintasun absolutuak, ikasketa-mailaren arabera, heriotza-kausa eta sexua kontuan hartuta, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012	45
A5	Ikusitako eta ikasketa-mailen desberdintasunei egotzitako heriotzak, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012	46
A6	Desberdintasun absolutuak eta erlatiboak, eta ikasketa-mailen desberdintasunek hilkortasunean eragindako inpaktua, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25-44 urte bitartean. EAE, 2009-2012	47
A7	Desberdintasun absolutuak eta erlatiboak, eta ikasketa-mailen desberdintasunek hilkortasunean eragindako inpaktua, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 45-64 urte bitartean. EAE, 2009-2012	48
A8	Desberdintasun absolutuak eta erlatiboak, eta ikasketa-mailen desberdintasunek hilkortasunean eragindako inpaktua, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 65 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012	49
A9	Ikasketa-mailen desberdintasunengatik gertatzen den hilkortasun-tasa, heriotza-kausaren, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2009-2012	50

A1 taula

Heriotza-kopurua eta jarraipeneko pertsonen urte-kopurua, ikasketa-mailaren, sexuaren eta adin-talde handien arabera. EAE, 2009-2012

	Emakumezkoak				Gizonezkoak			
	Heriotzak		Pertsonako urte		Heriotzak		Pertsonako urte	
	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)
25 urte eta gehiagoko adinekoak								
Guztira	36.636	100,0	3.492.780	100,0	39.148	100,0	3.247.156	100,0
Ikasketarik gabe	6.558	17,9	159.143	4,6	4.340	11,1	95.524	2,9
Lehen hezkuntza	24.501	66,9	1.451.034	41,5	23.832	60,9	1.199.282	36,9
Beheko big. hezk.	2.375	6,5	465.181	13,3	3.723	9,5	490.265	15,1
Goiko big. hezk.	1.454	4	564.219	16,2	3.862	9,9	741.360	22,8
Unibertsitatea	1.748	4,8	853.204	24,4	3.392	8,7	720.726	22,2
25-44 urteen arteko adinekoak								
Guztira	537	100,0	1.254.280	100,0	1.047	100,0	1.319.724	100,0
Ikasketarik gabe	10	1,8	6.809	0,5	20	1,9	9.703	0,7
Lehen hezkuntza	176	32,9	207.686	16,6	435	41,6	299.382	22,7
Beheko big. hezk.	68	12,6	166.574	13,3	180	17,2	222.834	16,9
Goiko big. hezk.	133	24,9	322.248	25,7	262	25,1	390.974	29,6
Unibertsitatea	150	27,9	550.963	43,9	150	14,3	396.831	30,1
45-64 urteen arteko adinekoak								
Guztira	3.007	100,0	1.235.264	100,0	6.856	100,0	1.199.105	100,0
Ikasketarik gabe	119	3,9	23.942	1,9	237	3,5	18.812	1,6
Lehen hezkuntza	1.445	48,1	543.895	44,0	3.319	48,4	457.379	38,1
Beheko big. hezk.	537	17,9	214.907	17,4	1.159	16,9	193.273	16,1
Goiko big. hezk.	445	14,8	199.518	16,2	1.349	19,7	282.539	23,6
Unibertsitatea	461	15,3	253.002	20,5	792	11,6	247.102	20,6
65 urte eta gehiagoko adinekoak								
Guztira	33.092	100,0	1.003.235	100,0	31.247	100,0	728.326	100,0
Ikasketarik gabe	6.430	19,4	128.391	12,8	4.083	13,1	67.008	9,2
Lehen hezkuntza	22.880	69,1	699.452	69,7	20.078	64,3	442.520	60,8
Beheko big. hezk.	1.770	5,3	83.700	8,3	2.385	7,6	74.158	10,2
Goiko big. hezk.	875	2,6	42.453	4,2	2.251	7,2	67.847	9,3
Unibertsitatea	1.137	3,4	49.239	4,9	2.450	7,8	76.793	10,5

A2 taula

Heriotzen kopurua eta portzentajezko banaketa, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Heriotzak			
	Emakumezkoak		Gizonezkoak	
	kop.	(%)	kop.	(%)
Heriotza-kausa guztiak	36.636	100,0	39.148	100,0
Infekzio-gaixotasunak	635	1,7	590	1,5
Hiesa eta GIBa	44	0,1	118	0,3
Tumore gaiztoak	8.861	24,2	14.653	37,4
Biriketako minbizia	887	2,4	3.483	8,9
Laringeko minbizia	21	0,1	349	0,9
Koloneko minbizia	886	2,4	1.504	3,8
Ondesteko minbizia	270	0,7	521	1,3
Bularreko minbizia	1.264	3,5	-	-
Urdaileko minbizia	555	1,5	843	2,2
Prostatoko minbizia	-	-	1.354	3,5
Pankreako minbizia	611	1,7	651	1,7
Tumore hematologikoak	778	2,1	853	2,2
Maskuriko minbizia	206	0,6	794	2,0
Umetoki-lepoko minbizia	98	0,3	-	-
Obulutegiko minbizia	386	1,1	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	206	0,6	-	-
Trastorno mental organikoak	2.828	7,7	1.379	3,5
Alzheimer-en gaixotasuna	1.839	5,0	705	1,8
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	11.531	31,5	10.459	26,7
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	2.171	5,9	3.404	8,7
Gaixotasun zerebrobaskularra	3.165	8,6	2.431	6,2
Diabetes mellitusa	1.051	2,9	792	2,0
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	3.094	8,4	3.891	9,9
BGBK ^a	766	2,1	2.045	5,2
Digestio-sistemako gaixotasunak	1.699	4,6	1.919	4,9
Zirrosia	328	0,9	759	1,9
Kanpoko kausak	825	2,3	1.561	4,0
Suizidioa	148	0,4	422	1,1
Trafikoko lesioak	46	0,1	195	0,5
Istripuzko erortzeak	167	0,5	261	0,7
Istripuzko intoxikazioa	36	0,1	138	0,4
Gainerako kausak	4.273	11,7	3.199	8,2

^a Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

A3 taula

Hilkortasunean gertatzen diren desberdintasun erlatiboak, ikasketa-mailaren arabera, heriotza-kausa eta sexua kontuan hartuta, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Emakumezkoak		Gizonezkoak	
	DIE ^a	(% 95eko KI ^b)	DIE	(% 95eko KI)
Heriotza-kausak guztiak	1,47	(1,39 , 1,56)	1,58	(1,51 , 1,64)
Infekzio-gaixotasunak	2,86	(1,83 , 4,47)	3,00	(2,08 , 4,33)
Hiesa eta GIBa	4,40	(1,17 , 16,55)	15,42	(6,91 , 34,43)
Tumore gaiztoak	1,06	(0,95 , 1,17)	1,47	(1,37 , 1,57)
Biriketako minbizia	0,63	(0,47 , 0,84)	1,58	(1,37 , 1,81)
Laringeko minbizia	^c	-	1,58	(1,37 - 1,81)
Koloneko minbizia	0,75	(0,54 , 1,04)	1,11	(0,90 , 1,37)
Ondesteko minbizia	2,11	(1,10 , 4,06)	1,70	(1,17 , 2,46)
Bularreko minbizia	0,92	(0,71 , 1,20)	-	-
Urdaileko minbizia	2,52	(1,59 , 4,01)	1,98	(1,48 , 2,67)
Prostatiko minbizia	-	-	1,33	(1,05 , 1,67)
Pankreako minbizia	0,98	(0,66 , 1,46)	1,03	(0,76 , 1,40)
Tumore hematologikoak	1,60	(1,10 , 2,32)	1,16	(0,88 , 1,53)
Maskuriko minbizia	1,43	(0,68 , 3,01)	1,21	(0,90 , 1,62)
Umetoki-lepoko minbizia	2,58	(0,98 , 6,78)	-	-
Obulutegiko minbizia	0,75	(0,47 , 1,20)	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	1,10	(0,55 , 2,20)	-	-
Trastorno mental organikoak	1,63	(1,32 , 2,01)	1,57	(1,23 , 1,99)
Alzheimer-en gaixotasuna	1,16	(0,90 , 1,49)	1,18	(0,86 , 1,62)
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	1,67	(1,51 , 1,86)	1,31	(1,20 , 1,42)
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	2,05	(1,61 , 2,62)	1,34	(1,16 , 1,54)
Gaixotasun zerebrobaskularra	1,52	(1,25 , 1,85)	1,29	(1,09 , 1,53)
Diabetes mellitusa	4,35	(2,95 , 6,41)	2,16	(1,56 , 2,99)
Amasketa-sistemako gaixotasunak	1,78	(1,46 , 2,18)	2,39	(2,06 , 2,78)
BGBK ^d	1,98	(1,32 , 2,99)	2,95	(2,38 , 3,66)
Digestio-sistemako gaixotasunak	1,96	(1,50 , 2,56)	2,21	(1,81 , 2,69)
Zirrosia	4,27	(2,37 , 7,70)	3,38	(2,47 , 4,62)
Kanpoko kausak	1,38	(0,98 , 1,95)	3,38	(2,73 , 4,19)
Suizidioa	0,82	(0,40 , 1,68)	3,70	(2,47 , 5,55)
Trafikoko lesioak	2,11	(0,54 , 8,30)	2,47	(1,40 , 4,36)
Istripuzko erortzeak	9,23	(4,25 , 20,09)	1,31	(0,79 , 2,16)
Istripuzko intoxikazioa	34,92	(7,54 , 161,7)	21,36	(10,19 , 44,77)
Gainerako kausak	-	-	-	-

^a Desberdintasun-indize erlatiboa. Begiratu 1. Eranskina Metodoak

^b Konfiantza-tartea

^c Estimatu gabe, heriotza kopuru txikia dela eta

^d Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

A4 taula

A4 Taula. Hilkortasunean gertatzen diren desberdintasun absolutuak, ikasketa-mailaren arabekoak, heriotza-kausa eta sexua kontuan hartuta, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Emakumezkoak		Gizonezkoak	
	MDI ^a	(% 95eko KT ^b)	MDI	(% 95eko KT)
Heriotza-kausa guztiak	426,1	(381,1 , 471,2)	664,0	(619,5 , 708,4)
Infekzio-gaixotasunak	15,3	(13,3 , 17,3)	16,2	(9,5 , 22,9)
Hiesa eta GIBa	3,1	(1,6 , 4,6)	7,3	(2,4 , 12,3)
Tumore gaiztoak	43,8	(29,1 , 58,4)	226,4	(205,1 , 247,8)
Biriketako minbizia	-12,2	(-19,5 , -4,8)	59,2	(49,88 , 68,47)
Laringeko minbizia	^c	-	7,35	(5,2 , 9,5)
Koloneko minbizia	-1,0	(-4,1 , 2,2)	12,6	(8,8 , 16,4)
Ondesteko minbizia	5,5	(3,8 , 7,1)	11,4	(9,1 , 13,7)
Bularreko minbizia	1,5	(-3,5 , 6,4)	-	-
Urdaileko minbizia	12,9	(10,4 , 15,3)	22,5	(19,4 , 25,6)
Prostatiko minbizia	-	-	19,1	(17,1 , 21,1)
Pankreako minbizia	1,3	(-0,3 , 2,8)	3,2	(-0,4 , 6,8)
Tumore hematologikoak	13,0	(10,1 , 16,0)	7,7	(4,6 , 10,8)
Maskuriko minbizia	1,8	(0,7 , 2,8)	7,6	(5,0 , 10,3)
Umetoki-lepoko minbizia	2,5	(0,1 , 5,0)	-	-
Obulutegiko minbizia	2,9	(1,3 , 4,4)	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	-1,9	(-4,6 , 0,9)	-	-
Trastorno mental organikoak	37,3	(36,4 , 38,1)	26,7	(26,1 , 27,4)
Alzheimer-en gaixotasuna	11,1	(10,4 , 11,7)	6,0	(4,3 , 7,6)
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	156,6	(147,1 , 166,1)	121,5	(107,2 , 135,9)
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	35,4	(31,4 , 39,3)	40,4	(32,6 , 48,1)
Gaixotasun zerebrobaskularra	40,2	(37,4 , 43,0)	27,4	(23,4 , 31,4)
Diabetes mellitusa	27,5	(25,6 , 29,4)	20,9	(19,3 , 22,6)
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	42,7	(37,6 , 47,9)	109,1	(101,6 , 116,6)
BGBK ^d	11,0	(8,2 , 13,8)	66,2	(62,1 , 70,3)
Digestio-sistemako gaixotasunak	29,1	(26,1 , 32,0)	47,7	(38,0 , 57,5)
Zirrosia	10,5	(8,2 , 12,9)	27,9	(23,6 , 32,3)
Kanpoko kausak	6,2	(2,0 , 10,4)	54,0	(47,4 , 60,6)
Suizidioa	-1,2	(-3,7 , 1,3)	18,2	(14,7 , 21,8)
Trafikoko lesioak	0,8	(-1,1 , 2,7)	5,5	(2,8 , 8,1)
Istripuzko erortzeak	-1,3	(-1,8 , -0,9)	2,7	(0,7 , 4,8)
Istripuzko intoxikazioa	3,1	(1,8 , 4,3)	9,6	(7,4 , 11,9)
Gainerako kausak	-	-	-	-

a Maldaren desberdintasun-indizea. Begiratu 1. Eranskina Metodoak

b Konfiantza-tartea

c Estimatu gabe, heriotza kopuru txikia dela eta

d Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

A5 taula

Ikusitako eta ikasketa-mailen desberdintasunei egotzitako heriotzak, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Emakumezkoak			Gizonezkoak		
	Heriotza kop.		BFE ^a (%)	Heriotza kop.		BFE (%)
	Behatuak	Egozgarriak		Behatuak	Egozgarriak	
Heriotza-kausa guztiak	36.636	6.627	18,1	39.148	8.109	20,7
Infekzio-gaixotasunak	635	353	55,5	590	195	33,1
Hiesa eta GIBa	44	26	59,1	118	83	70,4
Tumore gaiztoak	8.861	532	6,0	14.653	3.360	22,9
Biriketako minbizia	887	-272	-30,6	3.483	738	21,2
Laringeko minbizia	21	^b	^b	349	164	47,0
Koloneko minbizia	886	-50	-5,7	1.504	272	18,1
Ondesteko minbizia	270	151	56,1	521	173	33,2
Bularreko minbizia	1.264	-4	-0,3	-	-	-
Urdaileko minbizia	555	187	33,7	843	324	38,4
Prostatoko minbizia	-	-	-	1.354	167	12,3
Pankreako minbizia	611	34	5,6	651	136	21,0
Tumore hematologikoak	778	373	48,0	853	139	16,3
Maskuriko minbizia	206	-52	-25,4	794	70	8,9
Umetoki-lepoko minbizia	98	53	54,3	-	-	-
Obulutegiko minbizia	386	-125	-32,4	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	206	-31	-15,0	-	-	-
Trastorno mental organikoak	2.828	893	31,6	1.379	401	29,1
Alzheimer-en gaixotasuna	1.839	-37	-2,0	705	-66	-9,4
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	11.531	2.844	24,7	10.459	1.244	11,9
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	2.171	705	32,5	3.404	457	13,4
Gaixotasun zerebrobaskularra	3.165	928	29,3	2.431	131	5,4
Diabetes mellitusa	1.051	608	57,8	792	267	33,8
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	3.094	691	22,3	3.891	1.302	33,5
BGBK ^c	766	234	30,5	2.045	768	37,6
Digestio-sistemako gaixotasunak	1.699	639	37,6	1.919	557	29,0
Zirrosia	328	178	54,3	759	399	52,5
Kanpoko kausak	825	-55	-6,6	1.561	684	43,8
Suizidioa	148	26	17,2	422	243	57,6
Trafikoko lesioak	46	-13	-27,8	195	50	25,4
Istripuzko erortzeak	167	-104	-62,0	261	40	15,5
Istripuzko intoxikazioa	36	15	42,5	138	109	79,2
Gainerako kausak	4.273	160	3,7	3.199	166	5,2

^a Biztanleriaren frakzio-egozgarria. Begiratu 1.

Eranskina Metodoak

^b Estimatu gabe, heriotza kopuru txikia dela eta

^c Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

Tabla A6

Desberdintasun absolutuak eta erlatiboak, eta ikasketa-mailen desberdintasunek hilkortasunean eragindako inpaktua, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25-44 urte bitartean. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Emakumezkoak							Gizonezkoak						
	DIE ^a	(% 95eko KI ^b)	MDI ^c	(% 95eko KI ^b)	Heriotza-kop.		BFEa (%)	DIE	(% 95eko KI)	MDI	(% 95eko KI)	Heriotza-kop.		BFEa (%)
					Behatuak	Egozgarriak						Behatuak	Egozgarriak	
Heriotza-kausak guztiak	3,78	(2,76 , 5,17)	81,5	(-60,2 , 223,2)	537	181	33,7	5,40	(4,29 , 6,80)	146,9	(36,8 , 256,9)	1.046	534	51,0
Infekzio-gaixotasunak	28,00	(4,22 , 185,76)	6,7	(2,0 , 11,5)	22	17	75,5	56,63	(14,47 , 221,67)	11,5	(4,7 , 18,2)	54	39	72,2
Hies eta GIBa	43,88	(4,39 , 440,45)	5,7	(2,5 , 8,8)	17	14	84,1	47,27	(9,90 , 225,81)	8,2	(3,6 , 12,7)	39	28	70,5
Tumore gaixotasunak	2,09	(1,35 , 3,22)	26,9	(5,1 , 48,7)	268	60	22,4	2,92	(1,84 , 4,61)	25,0	(6,5 , 43,6)	244	92	37,6
Biriketako minbizia	8,06	(2,26 , 28,71)	8,4	(3,0 , 13,9)	37	19	51,9	9,41	(2,85 , 31,03)	9,3	(4,4 , 14,2)	44	36	81,8
Laringeko minbizia	c	-	c	-	c	-	-	c	-	c	-	c	-	-
Koloniko minbizia	0,74	(0,06 , 9,25)	-0,1	(-2,0 , 1,8)	8	1	6,3	0,30	(0,03 , 2,94)	-0,7	(-2,6 , 1,2)	10	-5	-48,0
Ondesteko minbizia	c	-	1,2	(-0,2 , 2,5)	3	3	100,0	c	-	0,5	(-0,2 , 1,2)	2	2	100,0
Bularrako minbizia	0,75	(0,34 , 1,66)	1,2	(-5,0 , 7,4)	80	-6	-6,9	-	-	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	42,07	(4,5 , 393,62)	5,6	(2,5 , 8,8)	17	14	84,7	1,52	(0,19 , 12,2)	0,5	(-1,5 , 2,5)	11	-4	-35,5
Prostatiko minbizia	-	-	-	-	-	-	-	1,28	(1,02 , 1,61)	0,0	-	0	0	0,0
Pankreatiko minbizia	7,82	(0,52 , 118,42)	3,1	(1,0 , 5,2)	8	8	100,0	1,52	(0,22 , 10,45)	0,7	(-1,6 , 3,0)	13	1	7,7
Tumore hematologikoak	3,69	(0,89 , 15,30)	3,4	(-0,8 , 7,5)	26	7	25,0	4,27	(1,23 , 14,84)	4,1	(0,6 , 7,6)	35	14	41,1
Muskuluko minbizia	37,55	(0,21 , 6796,19)	1,2	(-0,5 , 2,8)	3	3	100,0	0,22	(0,01 , 4,61)	-0,6	(-2,0 , 0,9)	6	-3	-43,3
Umetoki-epoko minbizia	11,79	(0,54 , 258,03)	2,7	(0,7 , 4,7)	7	7	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	0,76	(0,09 , 6,03)	-0,1	(-2,4 , 2,2)	12	0	-0,8	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	0,00	-	-0,1	(-0,4 , 0,1)	1	-2	-170,0	-	-	-	-	-	-	-
Trastorno mental organikoak	c	-	c	-	c	-	-	c	-	c	-	c	-	-
Alzheimer-en gaixotasuna	c	-	c	-	c	-	-	c	-	c	-	c	-	-
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	7,04	(2,49 , 19,93)	9,7	(-20,0 , 39,3)	53	18	34,7	3,00	(1,75 , 5,15)	17,7	(-10,15 , 45,6)	177	58	32,6
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	16,80	(1,52 , 185,63)	2,8	(-5,4 , 11,0)	12	5	39,2	7,86	(3,25 , 19,02)	13,1	(4,8 , 21,3)	76	47	62,1
Gaixotasun zerebroaskularra	24,45	(3,05 , 196,14)	4,7	(-1,9 , 11,4)	17	12	68,2	2,77	(0,70 , 10,98)	2,4	(-3,7 , 8,4)	27	3	10,7
Diabetes mellitusa	35,69	(0,42 , 3033,63)	1,5	(-2,3 , 5,4)	4	4	100,0	5,00	(0,07 , 367,09)	0,3	(-1,3 , 2,0)	3	-1	-16,7
Arrasketa-sistemako gaixotasunak	8,38	(1,55 , 45,22)	4,2	(-8,6 , 17,1)	21	9	43,8	20,67	(4,61 , 92,71)	5,7	(-8,4 , 19,8)	33	15	46,7
BGBK ^c	c	-	0,4	(-1,9 , 2,7)	1	1	100,0	c	-	1,3	(-2,8 , 5,3)	5	5	100,0
Digestio-sistemako gaixotasunak	107,57	(9,04 , 1280,66)	6,4	(0,5 , 12,3)	20	15	74,0	11,22	(3,30 , 38,14)	8,5	(1,1 , 15,8)	43	32	73,7
Zirrosa	464,20	(11,76 , 18327,11)	4,8	(1,8 , 7,8)	14	12	82,9	18,74	(4,00 , 87,73)	7,1	(3,4 , 10,8)	31	27	88,4
Kanpoko kausak	3,31	(1,59 , 6,90)	12,9	(4,0 , 21,7)	97	32	33,2	6,78	(4,61 , 9,99)	60,0	(45,7 , 74,3)	387	232	59,8
Suizidioa	2,01	(0,68 , 5,95)	3,7	(-1,5 , 8,9)	43	14	31,6	3,96	(2,08 , 7,52)	15,4	(8,7 , 22,1)	129	62	47,8
Trafiakoko lesioak	2,25	(0,35 , 14,42)	1,2	(-2,9 , 5,2)	15	3	19,3	5,58	(2,44 , 12,77)	12,1	(6,8 , 17,4)	83	52	62,7
Izpi-puzko erortzeak	35,69	(0,07 , 19105,66)	0,8	(-0,3 , 1,8)	2	2	100,0	3,93	(1,07 , 14,48)	4,5	(1,3 , 7,8)	31	22	71,0
Izpi-puzko intoxikazioa	550,72	(21,91 , 13840,93)	6,9	(3,7 , 10,2)	18	18	100,0	35,14	(12,6 , 98,04)	18,0	(12,2 , 23,8)	81	67	83,0
Gainerako kausak	-	-	-	-	52	26	49,3	-	-	-	-	105	67	64,1

^a Desberdintasun-indize erlatiboa; Maldaren desberdintasun-indizea; Biztanleriaren frakzio-egozgarria. Begiratu 1. Eranskina Metodoak

^b Konfiantza-tartea

^c Estimatu gabe, heriotza kopuru txikia dela eta

Tabla A7

Desberdintasun absolutuak eta erlatiboak, eta ikasketa-mailen desberdintasunek hilkortasunean eragindako inpaktua, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 45-64 urte bitartean. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Emakumezkoak							Gizonezkoak						
	DIE ^a	(% 95eko KT ^b)	MDI ^c	(% 95eko KT ^b)	Heriotza-kop.			DIE	(% 95eko KT)	MDI	(% 95eko KT)	Heriotza-kop.		
					Behatuak	Egozgarriak	BFEa (%)					Behatuak	Egozgarriak	BFEa (%)
Heriotza-kausa guztiak	1,34	(1,16 , 1,54)	151,1	(-114,9 , 417,1)	3.007	458	15,2	2,37	(2,16 , 2,60)	631,0	(354,0 , 907,9)	6.856	2.692	39,3
Infekzio-gaixotasunak	5,75	(2,02 , 16,37)	7,2	(1,3 , 13,0)	63	33	52,7	5,84	(2,99 , 11,39)	19,1	(8,4 , 29,9)	139	100	71,7
Hiesa eta GIBA	4,94	(1,16 , 21,04)	1,7	(-1,4 , 4,8)	27	12	43,3	7,47	(2,84 , 19,65)	8,9	(3,0 , 14,8)	67	44	65,1
Tumore gaiztoak	0,93	(0,78 , 1,10)	44,1	(-4,8 , 93,0)	1.964	51	2,6	1,95	(1,72 , 2,21)	313,3	(243,0 , 383,7)	3.670	1.399	38,1
Biriketako minbizia	0,79	(0,55 , 1,13)	-3,1	(-18,0 , 11,7)	421	-17	-4,0	1,94	(1,56 , 2,41)	101,0	(74,2 , 127,8)	1.181	477	40,3
Laringeko minbizia	-	-	-	-	-	-	-	5,8	(2,71 , 12,58)	17,7	(11,1 , 24,3)	116	77	66,0
Koloneko minbizia	0,36	(0,19 , 0,67)	-5,3	(-12,9 , 2,2)	144	-92	-63,8	1,46	(0,94 , 2,27)	18,1	(7,1 , 29,0)	280	56	20,1
Ondesteko minbizia	1,07	(0,35 , 3,25)	2,3	(-1,9 , 6,4)	48	2	3,8	2,52	(1,20 , 5,33)	13,8	(8,2 , 19,4)	105	71	68,0
Bularreko minbizia	0,92	(0,62 , 1,38)	2,1	(-9,4 , 13,7)	350	14	3,9	-	-	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	2,22	(0,96 , 5,14)	8,8	(3,3 , 14,2)	91	34	37,4	1,28	(0,75 , 2,19)	8,9	(0,7 , 17,1)	185	35	18,7
Prostatetako minbizia	-	-	-	-	-	-	-	1,34	(0,58 , 3,08)	6,2	(-1,0 , 13,4)	78	25	31,9
Pankreko minbizia	1,73	(0,79 , 3,80)	10,7	(4,9 , 16,4)	103	46	44,8	0,95	(0,56 , 1,63)	4,9	(-3,7 , 13,5)	178	38	21,6
Tumore hematologikoak	1,27	(0,62 , 2,61)	6,7	(-0,3 , 13,6)	116	15	12,6	1,12	(0,63 , 2,00)	5,8	(-1,7 , 13,3)	156	9	5,9
Meskuko minbizia	2,53	(0,35 , 18,34)	2,3	(-0,4 , 5,0)	17	11	63,5	1,69	(0,86 , 3,35)	8,8	(1,6 , 15,9)	119	2	1,9
Umetoki-lepoko minbizia	3,45	(0,99 , 12,01)	3,5	(-0,3 , 7,1)	40	17	42,5	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	0,72	(0,35 , 1,45)	0,8	(-5,8 , 7,4)	113	0	-0,4	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	0,97	(0,26 , 3,59)	1,8	(-1,7 , 5,3)	34	0	0,3	-	-	-	-	-	-	-
Trastorno mental organikoak	19,04	(0,60 , 602,52)	1,4	(-4,6 , 7,2)	10	3	30,0	10,23	(0,91 , 114,49)	3,0	(0,8 , 5,2)	14	14	100,0
Alzheimer-en gaixotasuna	6,13	(0,22 , 174,81)	1,1	(-2,3 , 4,5)	8	1	15,0	0,60	(0,08 , 4,61)	0,2	(-3,9 , 4,3)	12	-6	-51,7
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	2,42	(1,56 , 3,74)	32,7	(-23,8 , 89,3)	341	109	32,0	2,06	(1,69 , 2,51)	108,6	(31,6 , 185,5)	1.399	412	29,4
Bihotzeko gaixotasun iskemikoak	1,63	(0,70 , 3,81)	5,9	(-10,8 , 22,6)	85	15	17,8	1,59	(1,20 , 2,1)	38,3	(12,4 , 64,1)	699	155	22,2
Gaixotasun zerebrobaskularra	2,43	(1,13 , 5,24)	10,9	(-1,6 , 23,4)	110	46	42,1	3,78	(2,25 , 6,35)	27,4	(11,0 , 43,9)	228	113	49,5
Diabetes mellitusa	2,44	(0,49 , 12,23)	2,5	(-4,8 , 9,7)	25	4	15,6	7,79	(2,78 , 21,82)	10,5	(3,6 , 17,4)	68	45	66,8
Amasketa-sistemako gaixotasunak	2,01	(0,94 , 4,29)	8,0	(-14,3 , 30,3)	108	30	28,1	7,90	(4,55 , 13,72)	38,8	(4,0 , 73,6)	244	160	65,7
BGBK ^d	0,96	(0,27 , 3,43)	1,4	(-9,5 , 12,4)	36	-2	-5,3	7,66	(3,46 , 16,93)	18,7	(-1,9 , 39,2)	119	73	61,3
Digestio-sistemako gaixotasunak	3,43	(1,77 , 6,67)	17,4	(5,7 , 29,2)	151	80	52,8	3,95	(2,77 , 5,65)	59,3	(35,0 , 83,7)	481	283	58,8
Zimosa	4,50	(1,92 , 10,5)	12,4	(6,7 , 18,0)	96	59	61,7	4,77	(3,11 , 7,30)	51,1	(38,9 , 63,4)	347	257	74,0
Kanpoko kausak	1,99	(0,97 , 4,10)	6,6	(-1,0 , 14,3)	114	38	33,2	3,19	(2,23 , 4,57)	39,9	(24,6 , 55,2)	449	166	36,9
Suizidioa	0,55	(0,19 , 1,56)	-2,1	(-6,9 , 2,8)	51	3	5,1	2,59	(1,38 , 4,87)	10,9	(4,0 , 17,8)	141	40	28,1
Trafiko-lesioak	25,65	(0,98 , 668,76)	1,3	(-1,0 , 4,0)	9	5	50,0	1,13	(0,46 , 2,82)	0,3	(-4,4 , 5,1)	62	-3	-4,4
Istriputuko errotzeak	0,54	(0,01 , 37,93)	-0,2	(-1,3 , 0,9)	3	-3	-83,3	1,52	(0,59 , 3,93)	2,3	(-2,3 , 6,9)	59	2	3,6
Istriputuko intoxikazioa	12,95	(1,24 , 134,76)	2,7	(1,3 , 4,2)	13	13	100,0	12,58	(4,09 , 38,65)	8,4	(3,7 , 13,1)	55	40	72,9
Gainerako kausak	-	-	-	-	223	109	49,1	-	-	-	-	380	119	31,4

^a Desberdintasun-indize erlatiboak; Maldaren desberdintasun-indizea; Biztanleriaren frakzio-egozgarria. Begiratu 1. Eranskina Metodoak

^b Konfiantza-tartea

^c Estimatu gabe, heriotza kopuru txikia dela eta

^d Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

A8 taula

Desberdintasun absolutuak eta erlatiboak, eta ikasketa-mailen desberdintasunek hilkortasunean eragindako inpaktua, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 65 urte eta gehiago. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	Emakumezkoak							Gizonezkoak						
	DIE ^a	(% 95eko KT ^b)	MDI ^c	(% 95eko KT ^b)	Heriotza-kop.			DIE	(% 95eko KT)	MDI	(% 95eko KT)	Heriotza-kop.		
					Behatuak	Egozgarriak	BFEa (%)					Behatuak	Egozgarriak	BFEa (%)
Heriotza-kausa guztiak	1,32	(1,26, 1,39)	2.848,1	(1623,7, 4072,5)	33.092	5.988	18,1	1,30	(1,24, 1,36)	2.657,7	(1667,4, 3648,0)	31.246	4.883	15,6
Infekzio-gaixotasunak	1,55	(1,08, 2,22)	60,5	(37,0, 84,0)	550	303	55,1	1,29	(0,86, 1,93)	33,7	(1,5, 66,0)	397	57	14,2
Hiesa eta GIBa	-	-	-	-	0	0	-	7,47	(2,84, 19,65)	3,0	(0,8, 5,2)	12	12	100,0
Tumore gaiztoak	1,04	(0,94, 1,15)	281,1	(144,3, 417,9)	6.629	422	6,4	1,23	(1,13, 1,32)	684,4	(477,7, 891,1)	10.739	1.869	17,4
Biriketako minbizia	0,39	(0,26, 0,58)	-46,9	(-73,4, -20,4)	429	-274	-63,9	1,33	(1,12, 1,57)	111,0	(45,9, 176,1)	2.258	225	10,0
Larngelako minbizia	-	-	-	-	-	-	-	1,04	(0,62, 1,75)	11,8	(-6,7, 29,0)	229	87	38,1
Koloneko minbizia	0,95	(0,70, 1,3)	30,7	(5,4, 56,0)	734	41	5,6	1,01	(0,80, 1,26)	63,2	(24,0, 102,4)	1.214	220	18,1
Ondesteko minbizia	1,83	(1,02, 3,26)	24,3	(13,1, 35,5)	219	147	66,9	1,32	(0,89, 1,95)	32,6	(12,8, 52,4)	414	100	24,1
Bularrako minbizia	0,95	(0,71, 1,27)	24,4	(-3,3, 52,0)	834	-12	-1,5	-	-	-	-	-	-	-
Urte ileko minbizia	1,64	(1,09, 2,45)	44,1	(27,2, 61,0)	447	138	31,0	2,11	(1,53, 2,91)	82,5	(59,4, 105,5)	647	293	45,3
Prostatetako minbizia	-	-	-	-	-	-	-	1,28	(1,02, 1,61)	120,5	(72,8, 168,2)	1.276	142	11,1
Pankreatiko minbizia	0,77	(0,52, 1,12)	7,5	(-14,4, 29,4)	500	-20	-4,0	1,01	(0,70, 1,46)	12,0	(-12,1, 36,1)	460	97	21,1
Tumore hematologikoak	1,25	(0,89, 1,75)	56,2	(33,6, 78,8)	636	352	55,4	1,00	(0,74, 1,37)	34,5	(8,5, 60,6)	662	115	17,4
Maskuriko minbizia	1,24	(0,66, 2,31)	10,6	(-4,6, 25,6)	186	-66	-35,5	1,13	(0,83, 1,53)	44,9	(16,1, 73,7)	669	71	10,6
Umetoki-lepoko minbizia	0,83	(0,25, 2,70)	2,4	(-4,2, 9,1)	51	29	57,3	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	0,94	(0,56, 1,39)	-3,0	(-19,4, 13,5)	261	-125	-47,8	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	1,20	(0,63, 2,31)	6,7	(-5,5, 19,0)	171	-29	-17,2	-	-	-	-	-	-	-
Trastorno mental organikoak	1,39	(1,19, 1,63)	298,8	(157,1, 440,6)	2.818	890	31,6	1,42	(1,14, 1,77)	173,3	(126,8, 219,9)	1.365	387	28,3
Alzheimer-en gaixotasuna	1,13	(0,92, 1,37)	141,8	(60,1, 223,5)	1.831	-38	-2,1	1,30	(0,96, 1,76)	60,6	(11,11, 110,0)	693	-60	-8,7
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	1,43	(1,32, 1,55)	1.088,9	(638,6, 1539,2)	11.137	2.717	24,4	1,17	(1,08, 1,28)	697,8	(374,0, 1021,6)	8.883	774	8,7
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	1,73	(1,44, 2,08)	216,4	(107,8, 325,0)	2.074	685	33,0	1,16	(0,99, 1,36)	192,7	(109,6, 275,7)	2.629	255	9,7
Gaixotasun zerebroaskularra	1,27	(1,09, 1,48)	280,4	(186,4, 374,4)	3.038	871	28,7	1,12	(0,94, 1,33)	161,6	(72,1, 251,1)	2.176	15	0,7
Diabetes mellitusa	2,81	(2,16, 3,67)	140,8	(89,0, 192,6)	1.022	600	58,7	1,75	(1,29, 2,37)	90,0	(51,6, 128,4)	721	222	30,8
Arrasketa-sistemako gaixotasunak	1,54	(1,32, 1,80)	294,8	(136,7, 452,8)	2.965	651	22,0	2,02	(1,76, 2,32)	487,6	(261,1, 714,2)	3.614	1.127	31,2
BGB ^d	1,79	(1,31, 2,45)	77,0	(13,7, 140,2)	729	235	32,2	2,58	(2,13, 3,13)	284,0	(149,3, 418,7)	1.921	690	35,9
Digestio-sistemako gaixotasunak	1,36	(1,09, 1,69)	145,4	(91,1, 199,6)	1.528	544	35,6	1,52	(1,22, 1,88)	133,2	(62,4, 204,0)	1.395	242	17,4
Zirozia	1,66	(0,93, 2,97)	18,3	(5,2, 31,3)	218	107	48,2	1,70	(1,12, 2,57)	29,9	(6,4, 53,5)	381	115	30,1
Kanpoko kausak	0,96	(0,68, 1,35)	26,6	(-1,1, 54,2)	614	-125	-20,3	1,73	(1,28, 2,34)	85,8	(55,2, 116,4)	725	286	39,5
Suizidioa	0,59	(0,19, 1,85)	-2,9	(-11,3, 5,5)	54	9	17,2	3,35	(1,69, 6,64)	34,5	(27,0, 42,0)	152	142	93,3
Trafiiko lesioak	0,48	(0,08, 2,87)	-1,9	(-9,0, 5,4)	22	-20	-91,8	1,80	(0,57, 5,66)	3,3	(-3,8, 10,3)	90	0	0,4
Istripuzko erortzeak	0,66	(0,34, 1,28)	2,2	(-10,3, 14,7)	162	-103	-63,6	0,93	(0,51, 1,7)	9,3	(-3,9, 22,5)	171	16	9,5
Istripuzko intoxikazioa	0,22	(0,01, 8,54)	-1,7	(-3,6, 0,2)	5	-16	-314,0	0,33	(0,00, 66,85)	-0,1	(-2,1, 1,8)	2	2	100,0
Galnerako kausak	-	-	-	-	3.998	25	0,6	-	-	-	-	2.714	-21	-0,8

^a Desberdintasun-indize erlatiboa; Maldaren desberdintasun-indizea; Biztanleriaren frakzio-egozgarria. Begiratu 1. Eranskina Metodoak

^b Konfiantza-tarteak

^c Estimatu gabe, heriotza kopuru txikia dela eta

^d Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

A9 taula

Ikasketa-mailen desberdintasunengatik gertatzen den hilkortasun-tasa, heriotza-kausaren, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2009-2012

Heriotza-kausak	25-44 urteen arteko adinekoak				45-64 urteen arteko adinekoak				65 urte eta gehiagoko adinekoak			
	Emakumezkoak		Gizonezkoak		Emakumezkoak		Gizonezkoak		Emakumezkoak		Gizonezkoak	
	Tasa	(%)	Tasa	(%)	Tasa	%	Tasa	(%)	Tasa	(%)	Tasa	(%)
Infekzio-gaixotasunak	1	9,1	3	7,2	3	7,1	8	3,6	25	5,1	8	1,2
Kanpoko kausak	3	17,8	17	43,7	3	8,2	14	6,1	-11	-2,1	42	5,7
Tumore gaiztoak	5	33,0	7	17,1	4	11,0	120	52,2	38	7,6	264	35,9
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	1	10,3	4	10,8	9	23,9	35	15,3	219	44,5	119	16,2
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	1	5,2	1	2,9	2	6,6	14	6,0	52	10,6	179	24,4
Digestio-sistemako gaixotasunak	1	8,1	2	5,9	7	17,4	24	10,5	45	9,1	36	4,9
Gainerako kausak	2	16,5	5	12,5	10	25,9	15	6,5	124	25,3	85	11,6
Heriotza-kausa guztiak	14	100,0	40	100,0	38	100,0	229	100,0	492	100,0	734	100,0

^a Adinaren arabera estandarizaturia 100.000 pertsonako

3. Eranskina: Irudiak

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuta, ikasketa-mailari eta sexuari jarraiki. EAE, 2009-2012

Kausa nagusiak

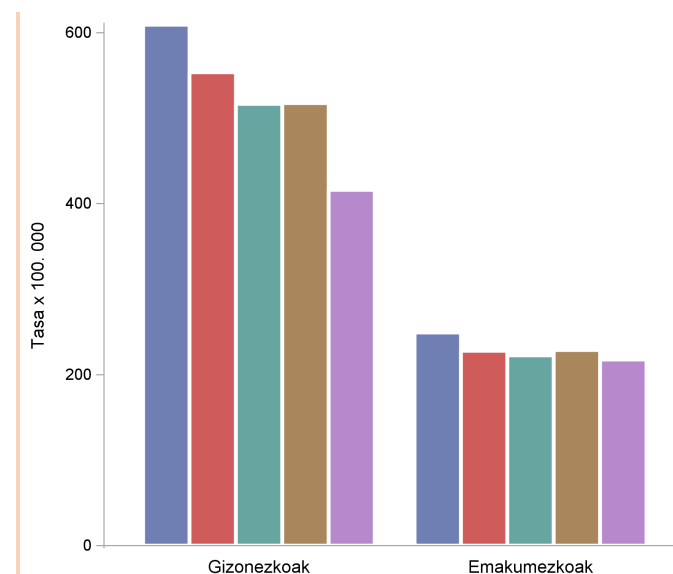
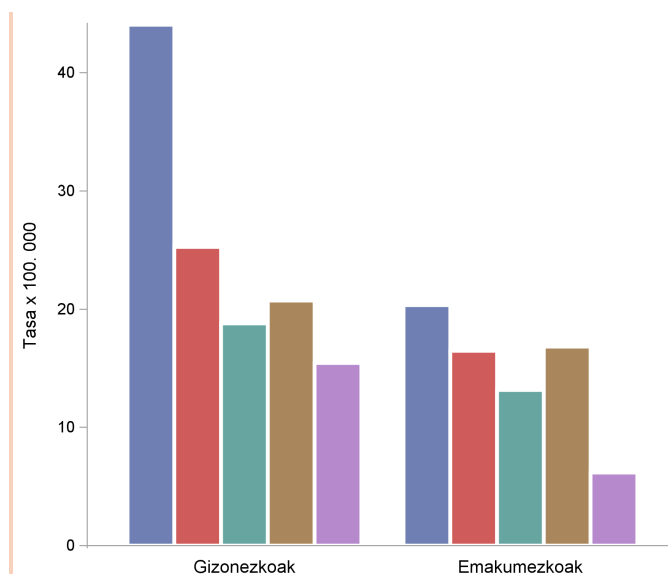
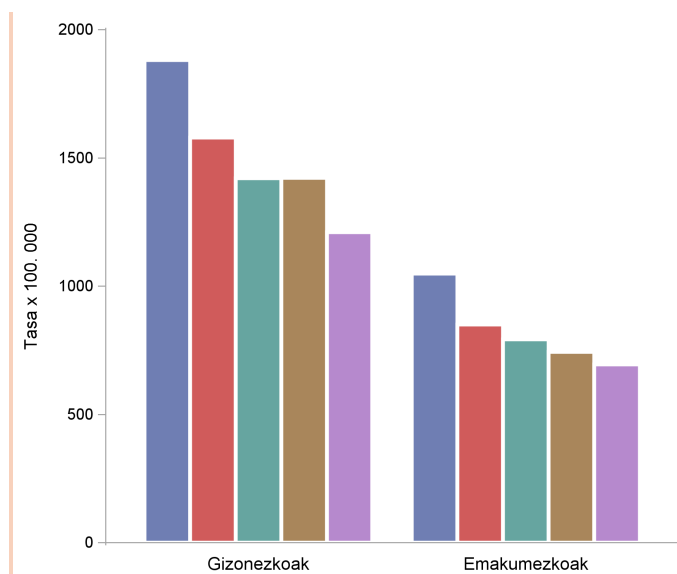
Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak -
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketa-sistemako gaixotasunak -
Digestio-sistemako gaixotasunak - Kanpoko kausak

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia -
Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia
- Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-
lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno
mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa -
Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa
- Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa

Kausa nagusiak

Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak -
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketa-sistemako gaixotasunak -
Digestio-sistemako gaixotasunak - Kanpoko kausak



KAUSA GUZTIAK

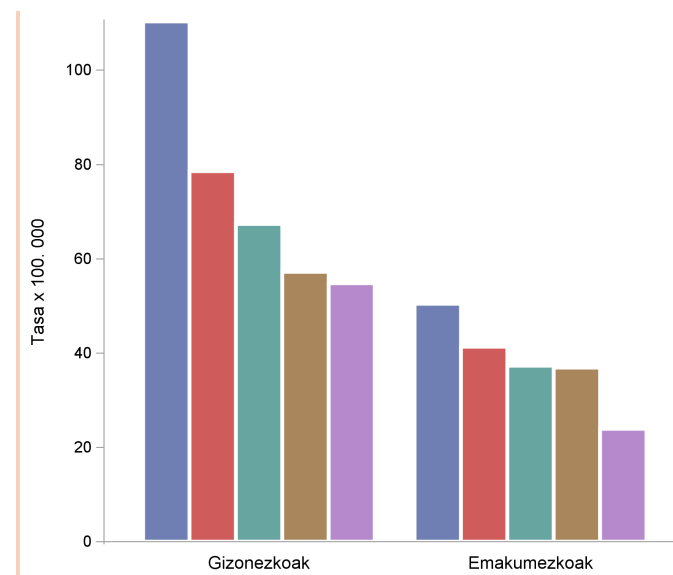
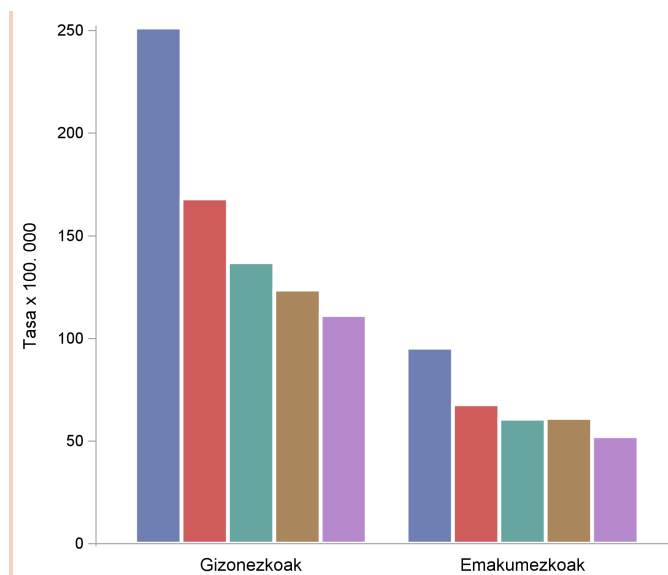
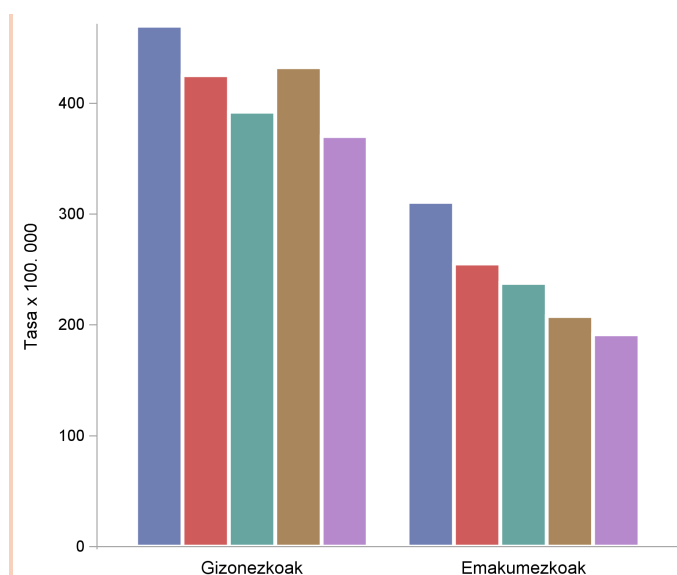
INFEKZIO-GAIXOTASUNAK

TUMORE GAIZTOAK

Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa nagusiak

Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak -
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketa-sistemako gaixotasunak -
Digestio-sistemako gaixotasunak - Kanpoko kausak



ZIRKULAZIO-SISTEMAKO GAIKOTASUNAK

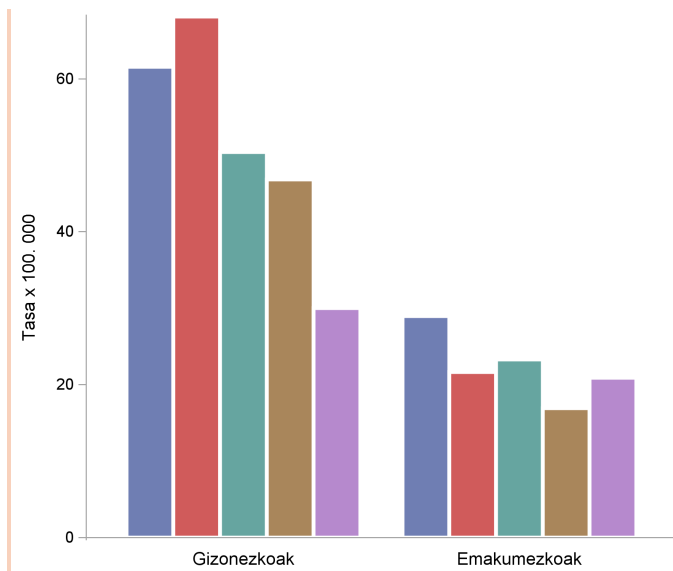
ARNASKETA-SISTEMAKO GAIKOTASUNAK

DIGESTIO-SISTEMAKO GAIKOTASUNAK

Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa nagusiak

Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak -
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketa-sistemako gaixotasunak -
Digestio-sistemako gaixotasunak - Kanpoko kausak

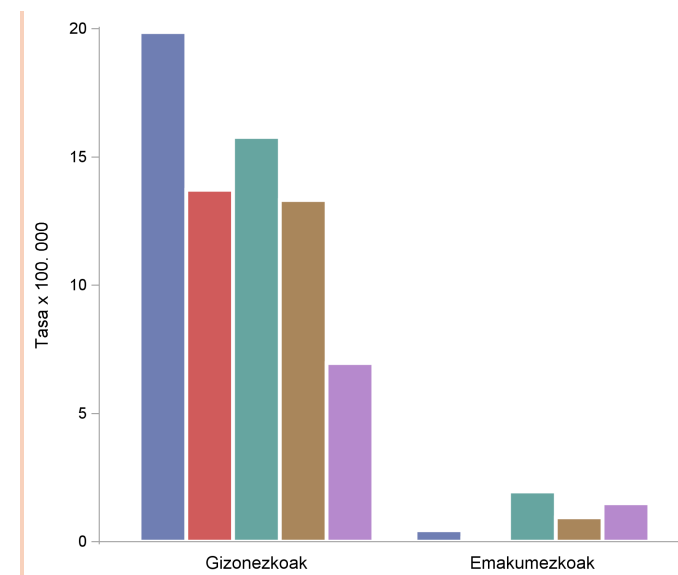
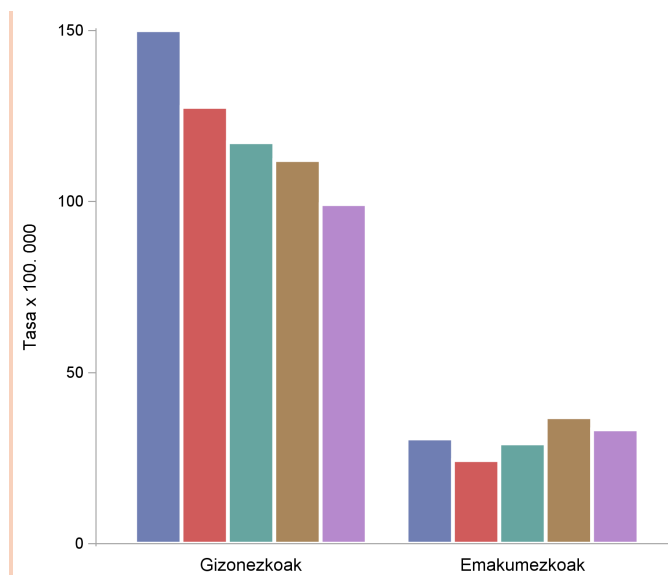
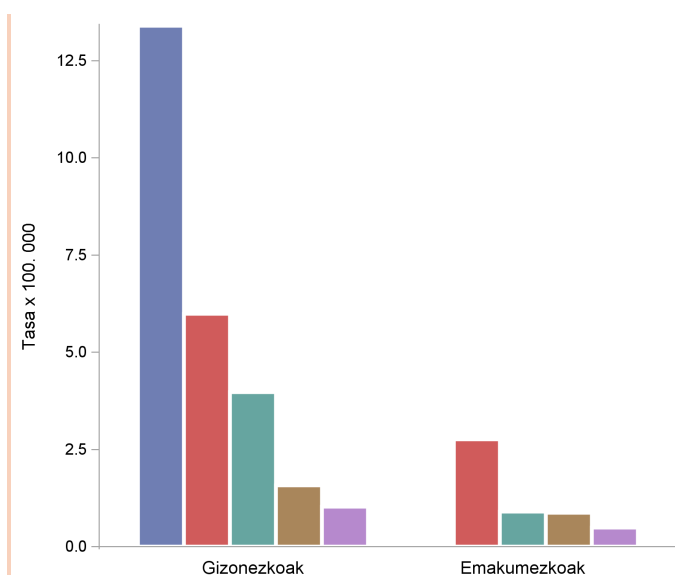


KANPOKO KAUSAK

Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa espezifikokoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



HIESA ETA GIB-A

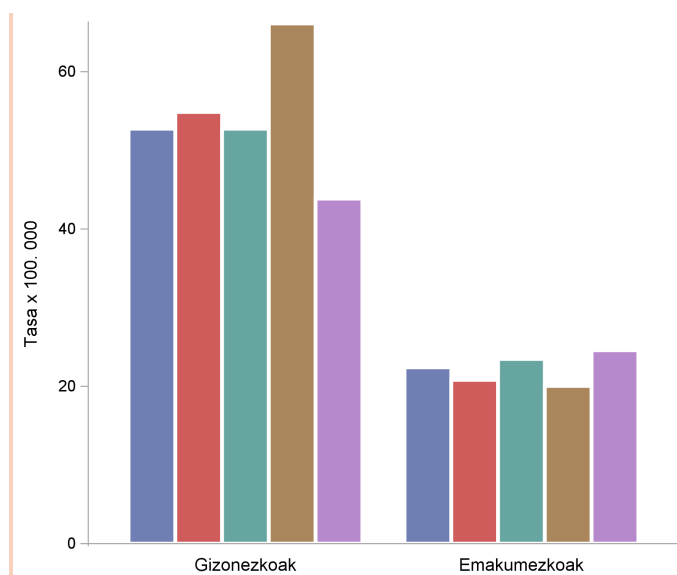
BIRIKETAKO MINBIZIA

LARINGEKO MINBIZIA

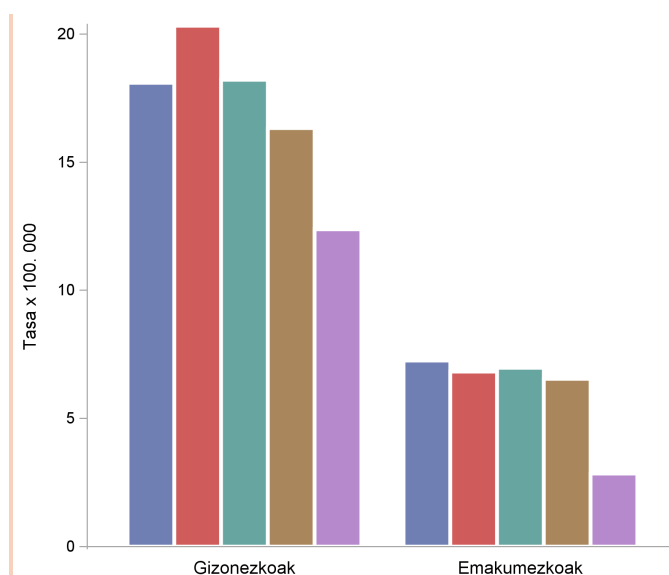
Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

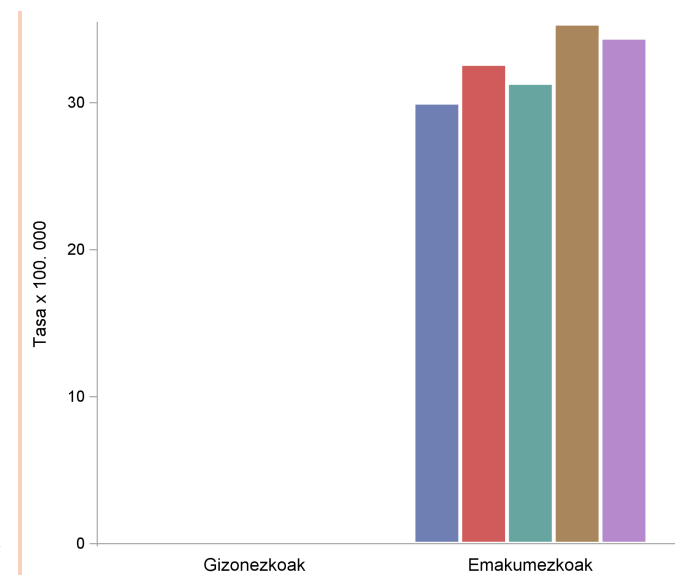
Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



KOLENEKO MINBIZIA



ONDESTEKO MINBIZIA

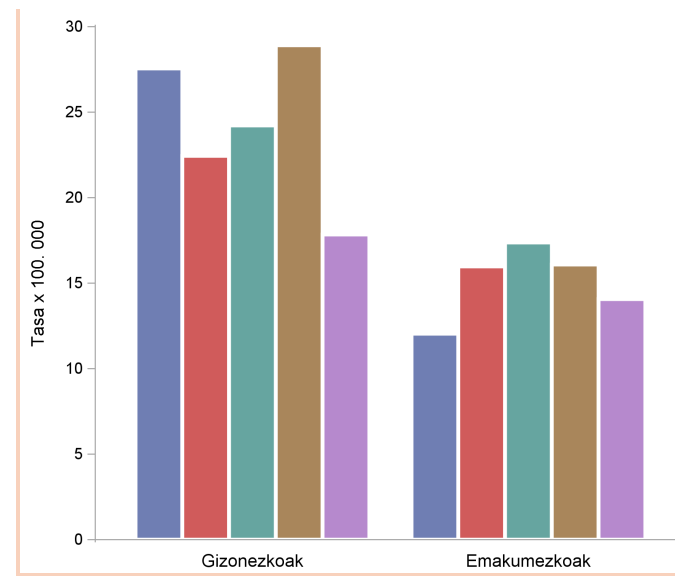
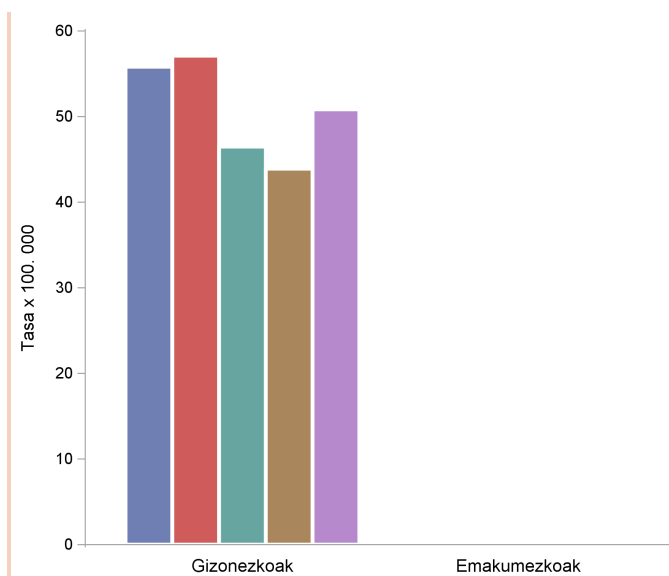
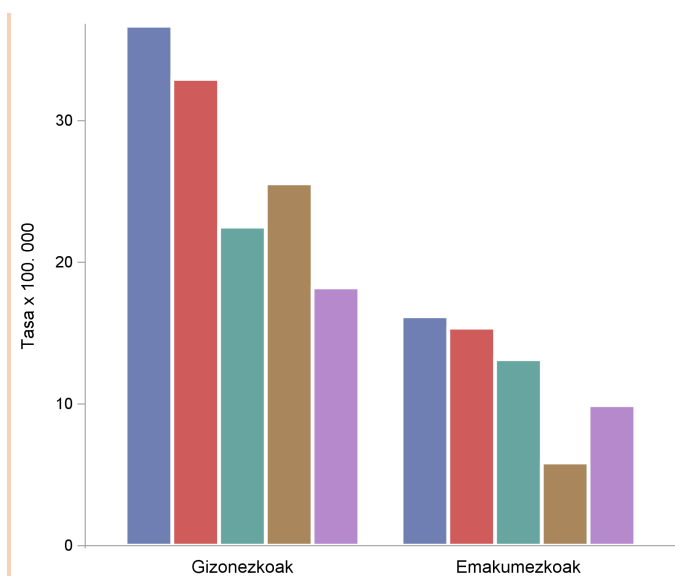


BULARREKO MINBIZIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - **Urdaileko minbizia** - **Prostatako minbizia** - **Pankreako minbizia** - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



URDAILEKO MINBIZIA

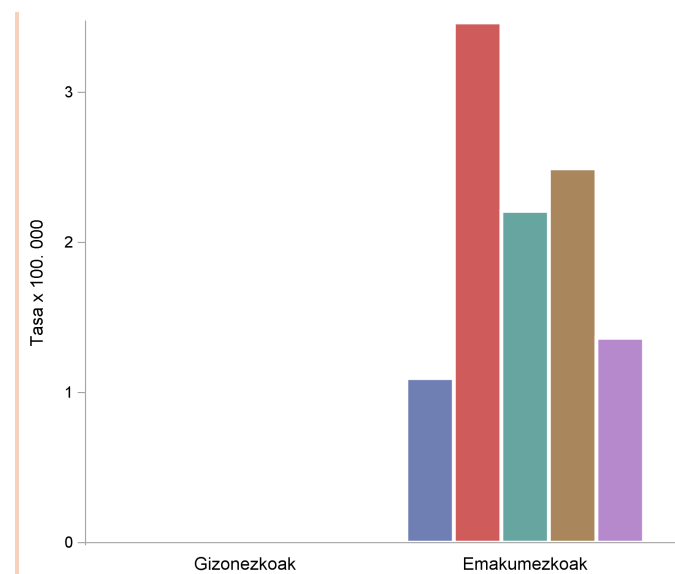
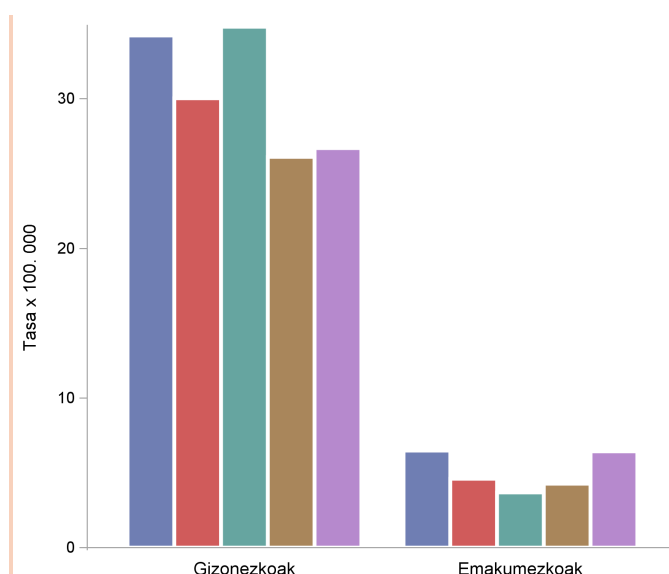
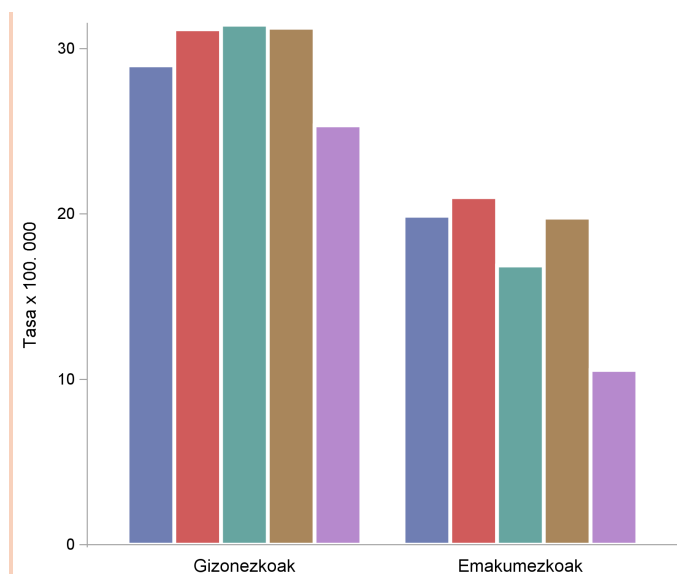
PROSTATAKO MINBIZIA

PANKREAKO MINBIZIA

Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - **Tumore hematologikoak** - **Maskuriko minbizia** - **Umetoki-lepoko minbizia** - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



TUMORE HEMATOLOGIKOAK

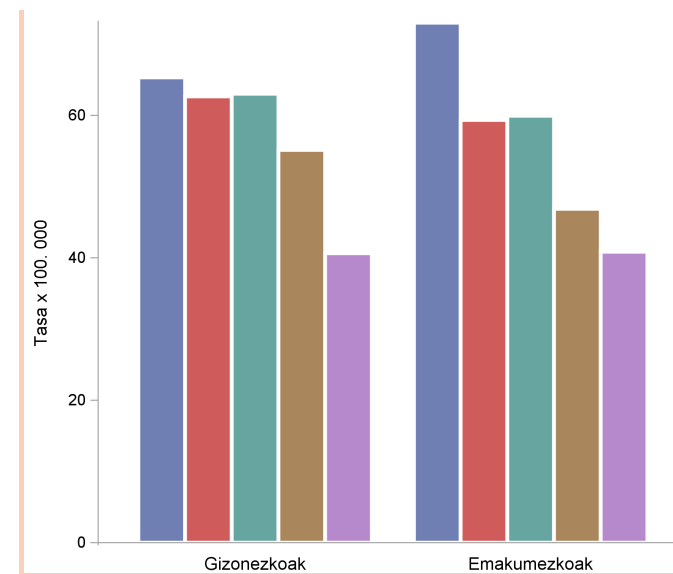
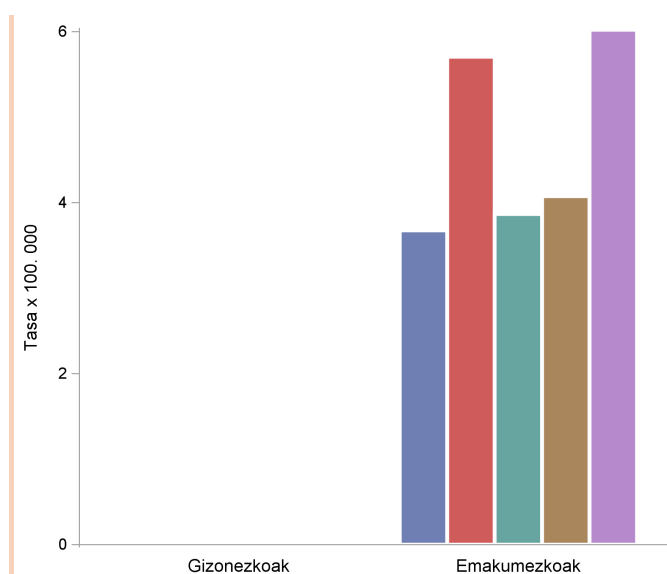
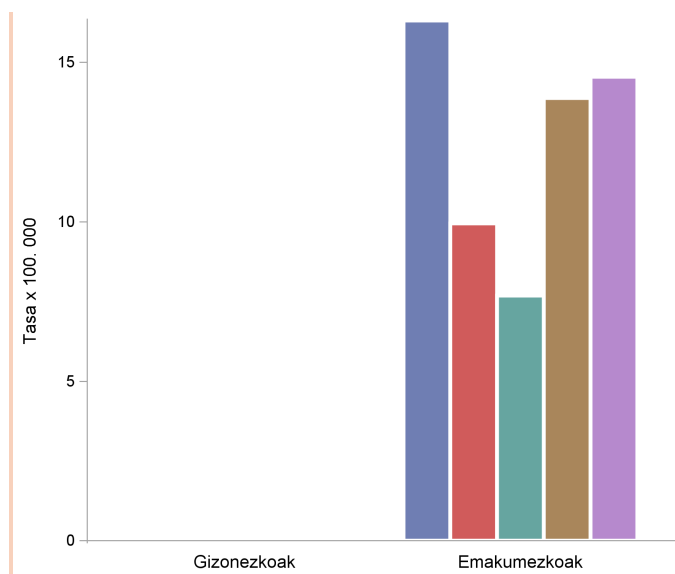
MASKURIKO MINBIZIA

UMETOKI-LEPOKO MINBIZIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



OBULUTEGIKO MINBIZIA

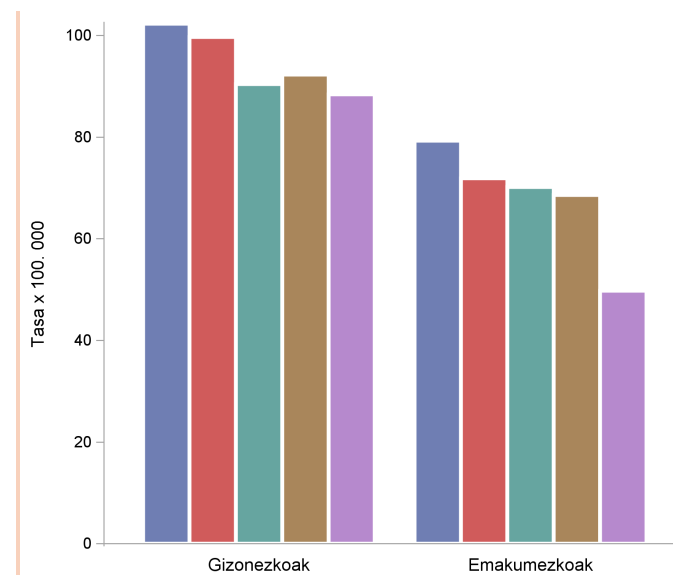
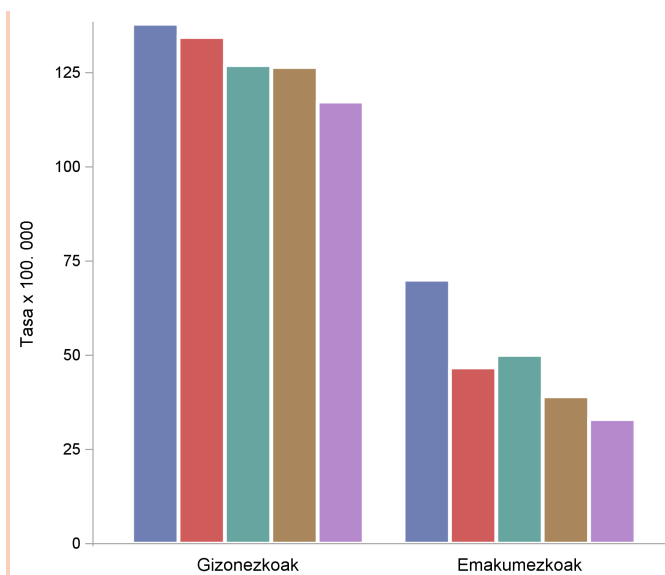
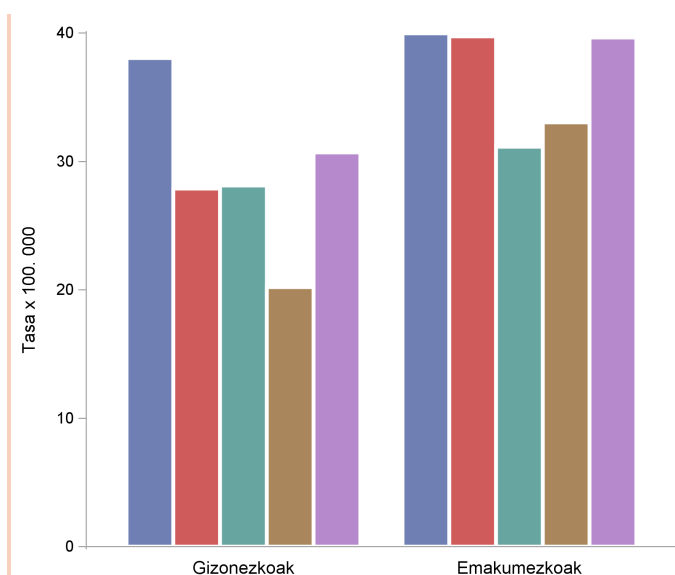
UMETOKI-GORPUTZEKO MINBIZIA

TRASTORNO MENTAL ORGANIKOAK

Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



ALZHEIMER-EN GAIKOTASUNA

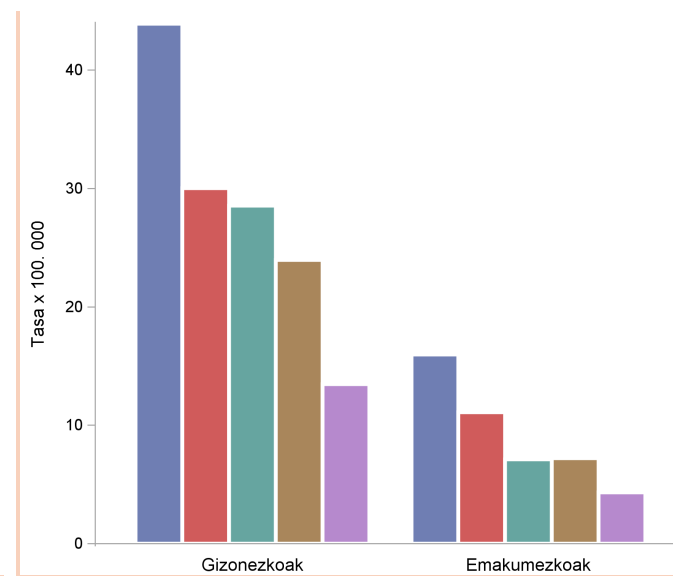
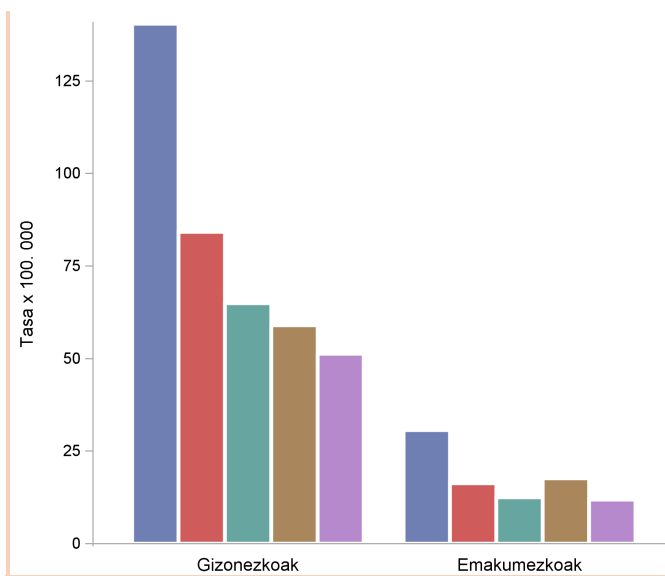
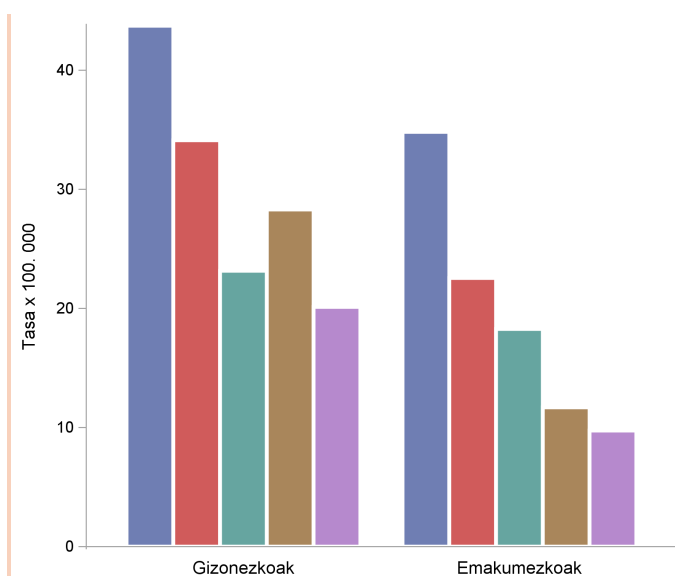
BIHOTZKO GAIKOTASUN ISKEMIKOA

GAIKOTASUN ZEREBROBASKULARRA

Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - **Diabetes mellitusa** - **BGBK** - **Zirrosia** - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



DIABETES MELLITUSA

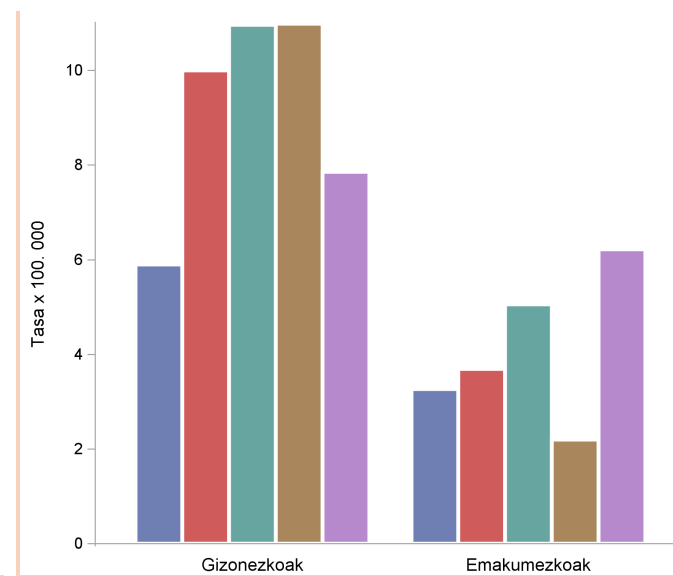
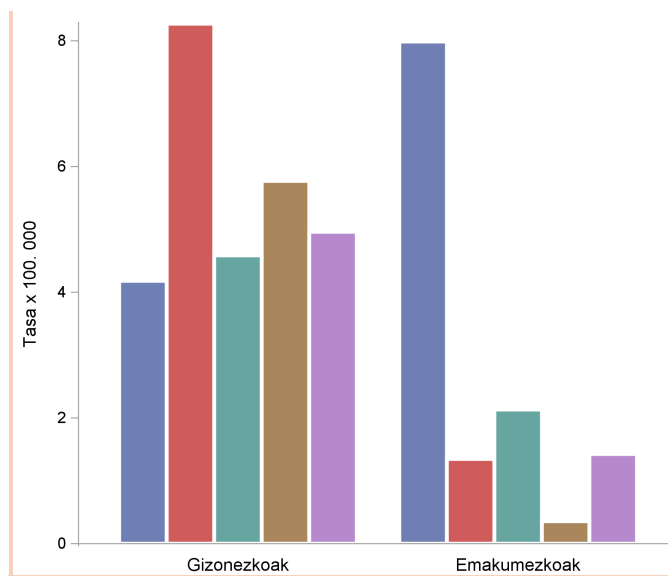
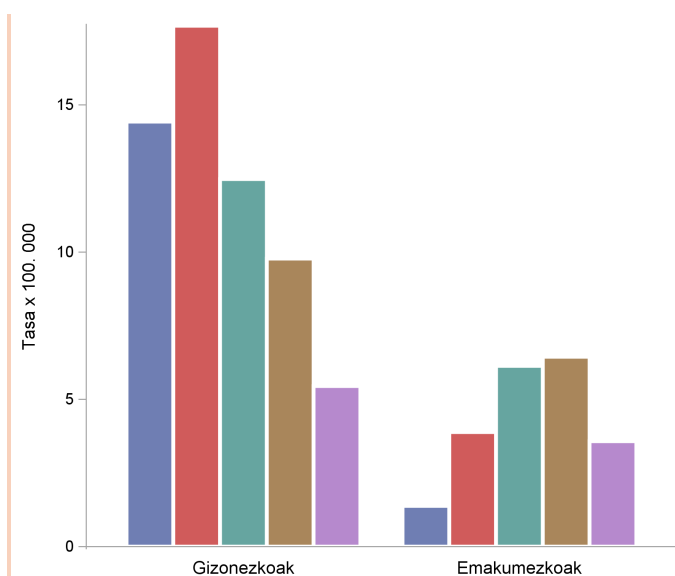
BGBK

ZIRROSIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko intoxikazioa



SUIZIDIOA

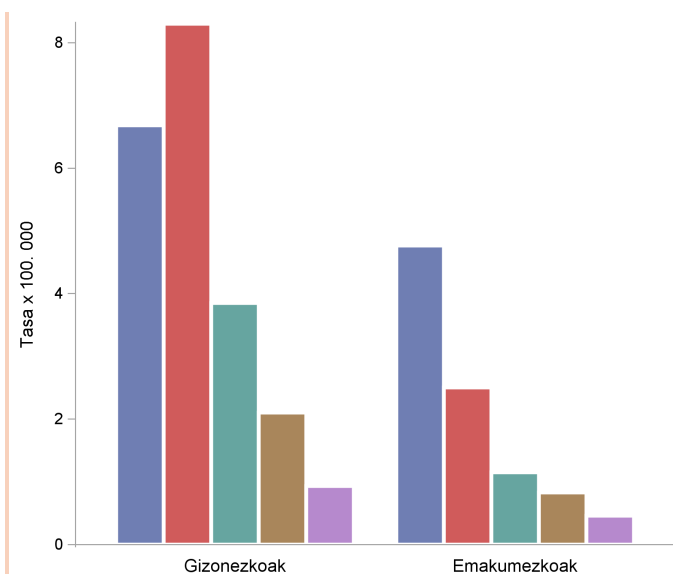
TRAFIKOKO LESIOAK

ISTRIPUZKO ERORTZEAK

Ikasketarik gabe Lehen hezkuntza Beheko big. hezk. Goiko big. hezk. Unibertsitatea

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Trastorno mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - **Istripuzko intoxikazioa**



ISTRIPUZKO INTOXIKAZIOA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea