

Jokabide intersektorialak

Nutrizioaren kalitatea hobetzeko beharrezkoa da estrategiak koordinatzea; koordinazio horretan hauek guztiak egongo dira: nutrizioarekin erlazionatutako profesionalak, elikadura-segurtasuna garantizatzeko arduradunak eta janarien produkzioan, merkataritzan eta kontrolean parte hartzen duten agente guztiak.

11. Beharrezkoa da sektore zehaztuetako profesionalen kooperazioa indartzea. Sektoreok dira: nekazari-tza, elikadura-industria, maioristak, minoristak eta kontsumitzaileak.
12. Inplikaturako sektore guztiek elikadura-segurtasuneko politikak hartuko dituzte gidatzat, elikadura-arriskurik txikiena era garantizatu ahal izateko.
13. Janarien etiketak hobetu egin behar dira, kontsumitzaileek janarion konposaketa zein den zehatzago jakin dezaten.

Ezberdintasunak

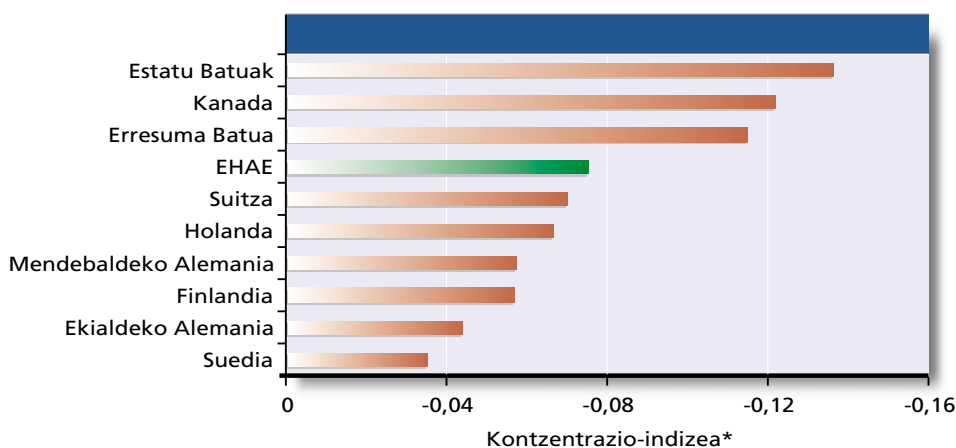
14. Beharrezkoa da politika intersektorialak ezartzea, adin emankorreko emakumezkoen nutrizioa hobetzeko, baita ere beren adinez txikiko seme-alaben nutrizioa hobetzeko. Bestalde, lehentasuna eman behar zaie: elikadura-pobrezia elimintzeari, eta obesitatea prebenitzeari eta murrizteari.
15. Informazio- eta hezkuntza-estrategien jomuga espezifikak izango dira: haurrak, adoleszenteak, pertsona zaharrak eta pertsona defaboratuenak.

2. Osasuneko ezberdintasun sozialak

Euskal osasun-sistemaren printzipio informatzaileak dira: ekitatea, unibertsalitatea, solidaritatea, zerbitzuen kalitatea eta hiritarren partaidetza. EHAeko osasun-zerbitzu publikoen horniduran dagoen ekitatearen azterketak adierazten digunez, zaila da dagoen ekitate-gradu globala hobetzea. Baina, ekitatea ez da osasun-egoeraren determinatzaile bakarra, ezta ere printzipialena. Horrela, herrialde garatu guztietan gertatzen den bezala, diferentzia handiak ikusten dira biztanleriaren osasun-mailan, bere maila sozio-ekonomikoaren arabera hain zuzen (15 irudia). Diferentzia horien zergatiak eta diferentzien konponketa posibleak konplexu eta multifaktorialak dira. Hala eta guztiz, nazioarteko mailan ebidentziak metatu dira, osasuneko ezberdintasun sozialak gutxitzea zuzenduriko politiken efektibitateari dagokionez.

Hori guztia dela eta, honako Osasun Plan honek lehentasunez garatuko dituen politikak EHAeko kolektibo ezberdinen arteko diferentziak murrizteko izango dira.

15 irudia. Osasunaren autobalorazioko ezberdintasunak, ingresu-maila ekonomikoaren arabera.



* Baliorik negatiboek adierazten dutenez, ezberdintasuna zenbat eta handiagoa den hainbat eta onuragarriagoa da aberatsenentzat.

2.1. Ekitatea eta ezberdintasun sozialak osasunean

Ekitatea justiziarekin erlazionatzen da. Ekitatea honela defini daiteke: "ekitatea tratu baten kalitatea da; tratu horretan ez dago parte bat injustiziaz faboratuagoa beste partearen kaltetan". Inekitatea, berriz, ez-premiazko diferentziei, edota diferentzia ebitagarriek eta injustuei dagokie. Osasunean, ekitate-kontzeptuarekin erlazionatzen den kontzeptua ezberdintasun-kontzeptua da. Ezberdintasunak taldeen artean ikusten diren diferentziei dagozkie, eta diferentziok ez dira zertan inekitatiboak izan behar.

Osasun-ezberdintasun sozialei buruz ari garenean, klase sozialarekin eta bizitza-egoera sozio-ekonomikoarekin lotutako ezberdintasunei buruz ari gara.

Osasun-mailetako ekitatea egiaztatzeko, pertsona-taldeen artean osasun-mailan eta osasun-kalitatean dauden diferentziak ikusi behar dira, diferentziok pertsonaren kondizio sozialaren, egoitza-lekuaren, sexua-ren eta abarren arabera direlarik. Hala ere, diferentzia guztiak ez dira injustutzat hartzen. Oro har, bariabilitate biologikoen ondoriozko diferentziak eta osasunarekin erlazionatuta dauden portaera azkatasunez hartuak, ez dira inekitatibotzat jotzen. Alderantziz, inekitateak eragindako diferentziatzat hauek hartzen dira: bizitza- edo lan-egoera ez-osasungarrien ondoriozko diferentziak, osasunaren kalterako diren eta aukerarako libertatea mugatuta duten portaeren ondoriozko diferentziak, edo osasun-zerbitzuen nahiz bestelako zerbitzu komunitarioen eskuragarritasun desagokiaren ondorioz gertatzen diren diferentziak.

Osasuneko ezberdintasun sozialak erronka bat dira gizarte modernoentzat eta osasun-politikentzat; izan ere, diferentzia horietatik zati handi bat injustutzat jotzen da. Bestalde, talde desfaboratuenetan gertatzen diren osasun-arazoak murriztea birbanaketa-politiken gakoa da, eta, gainera, murrizte horrek komunitate osoaren batez besteko osasuna hobetzeko potentziala eskaintzen du. Bizitza-kondizio materialen maila berdinean, osasungarriagoak dira ezberdintasun sozial gutxiengatik osasuneko ekitatea izatea lehentasuntzat jotzen dute gure inguruko herrialdeetako osasun-politikek. "XXI. menderako Guztiontzako Osasun-Politika" (21erako osasuna) delakoan, osasuneko ekitatea Europar Erregiorako osasun politikari eusten dioten oinarritzko balioetarikoa bat da, eta bere 21 helburuetarikoa bat.

Azken urteetan, informazio-sistemaren garapenak bidea eman digu gure komunitatearen osasuneko ezberdintasunei buruzko ezagutza hobetzeko, bai eta gure osasun-sistemaren ekitate-mailari buruz daki-guna hobetzeko ere. Horrekin batera, nazioarteko mailan ebidentziak metatu dira, osasuneko ezberdintasun sozialak gutxitzera zuzenduriko politiken efektibitateari dagokionez, eta politika horien bideragarritasunari dagokionez.

2.2. Osasuneko ezberdintasun sozialen tamaina eta banaketa

Azken urteotan gure komunitatearen osasun-egoeran hobekuntza handia gertatu da. Hala ere, beste herrialde garatueta ikusten dugun bezala, gure komunitateko pertsonen osasun-maila ezberdina da, beren kondizio sozialen arabera.

97-EHAEOI-ren bidez biztanleriaren osasuna aztertu da, zenbait adierazle erabiliz; adierazle horietatik ondokook azpimarratuko ditugu:

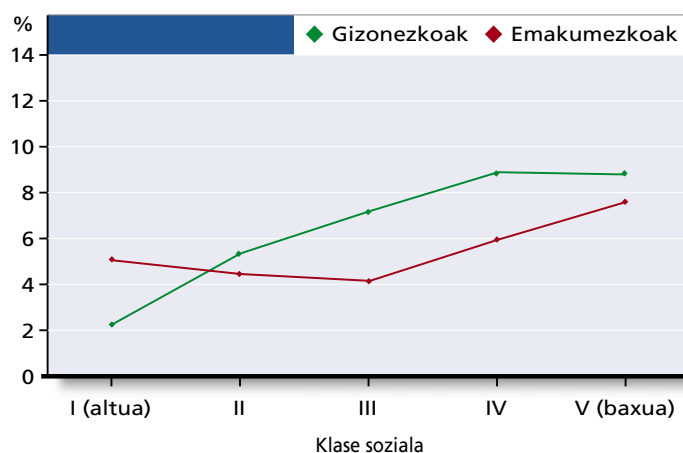
2.2.1. Hautemandako osasuna

◆ Osasun-gradua

Osasunaren autobalorazioa adierazle bat da; berak islatzen du pertsonak bere osasunari ematen dion apreziazioa; bestalde, adierazle hori biztanleriaren morbiditate eta hilkortasunaren prediktore ontzat jotzen da.

97-EHAEOI-ko datuen arabera, hautemandako osasun txarra izateko probabilitatea hiru bider handiagoa da klase sozial baxueneko pertsonen taldean klase altueneko pertsona-taldean baino; eta nahiz eta klase guztietan hobekuntza argi ikusten den, klaseen arteko ezberdintasunak ez dira murriztu, eta gizonezkoetan handiagoak izaten jarraitzen dute emakumezkoetan baino (16 irudia). Patroi hori berdintsu dago gure inguruko herrietako patroiarekin.

16 irudia. Hautemandako osasun txarraren prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialen arabera. EHAE. 1997.



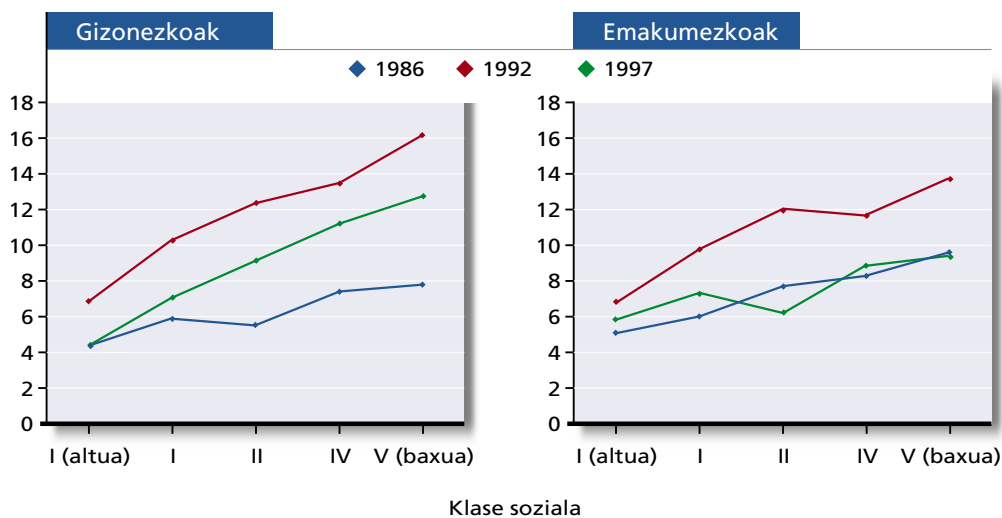
Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

◆ Ezintasun iraunkorra

Ezintasun funtzionalaren azterketan argi ikusten da ekonomiaren aldetik faboratuenak diren pertsonen taldean (I klase sozialean) ezintasun funtzionala izateko probabilitatea askoz txikiagoa dela (%50) gutxien faboratuenak diren taldean baino (V klase soziala), diferentzia sozialak nabaritasunez handiagoak direlarik gizonezkoetan emakumezkoetan baino.

EHAEn ezintasun iraunkorraren prebalentziak izan duen eboluzioan ikusten denez, sexu bietan ezberdintasun sozialak handitu egin dira 1986 eta 1992 urteen bitartean; baina 1992-1997 aldian badirudi diferentziak estabilizatu egin direla (17 irudia).

17 irudia. Ezintasun iraunkorraren prebalentzia, klase sozialaren arabera. (Adinaren arabera estandarizatuta). EHAe. 1986, 1992 eta 1997.



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

2.2.2. Hilkortasuna eta bizitza-itxaropena¹

◆ Bizitza-itxaropena

EHAEn 1996-97 bi urtekoan bizitza-itxaropenak gradiente sozial argia erakutsi zuen sexu bietan eta adin-talde guztietan (24 taula).

¹ Hilkortasuna aztertzeko, 1996-97 urte bietako datuak erabili ziren, eta zergatiengatik hilkortasuna aztertzeko, 1993-98 aldiko datuak. Biztanleria-datuak eta kondizio sozialenak Biztanleria eta Etxebizitzetako 1996ko Estatistikatik atera ziren.

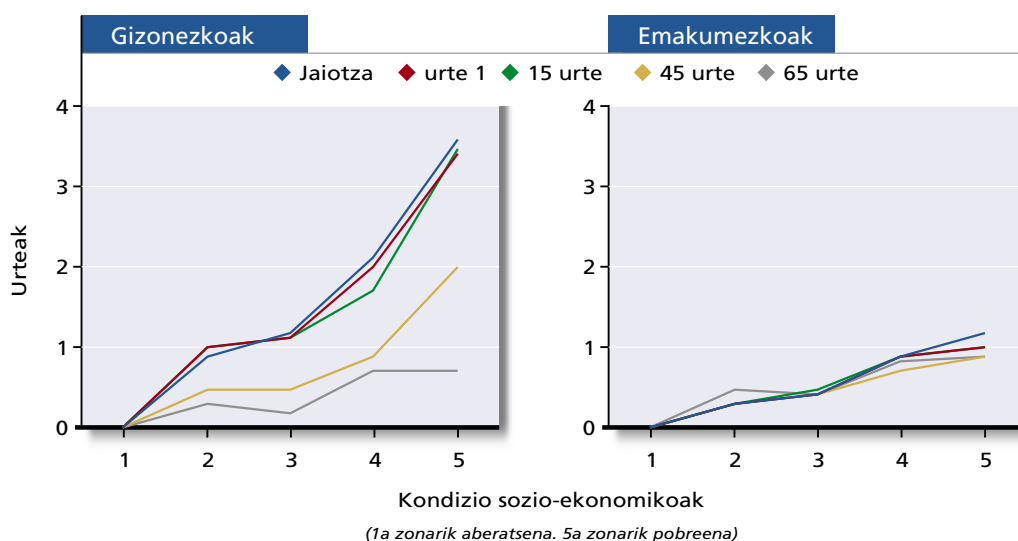
24 taula. Bizitza-itxaropenaren urteak, adin, sexu eta egoitza lekuko kondizio sozio-ekonomikoen arabera. EHAE. 1996-97.

	Emakumezkoak					Gizonezkoak				
Adina	Kondizio sozio-ekonomikoak*					Kondizio sozio-ekonomikoak*				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Jaiotzerakoan	83,3	83,0	82,9	82,4	82,1	76,2	75,3	75,0	74,1	72,6
Urte batera	82,7	82,4	82,3	81,8	81,7	75,6	74,6	74,5	73,6	72,2
15 urtera	68,9	68,6	68,4	68,0	67,9	61,8	60,8	60,7	60,1	58,3
45 urtera	39,8	39,5	39,4	39,1	38,9	33,3	32,8	32,8	32,4	31,3
65 urtera	21,5	21,0	21,1	20,7	20,6	16,4	16,1	16,2	15,7	15,3

* 1a zonarik aberatsena da. 5a zonarik pobreena.

Puntetako kintiloen artean bizitza-itxaropenean zeuden diferentziak hauek izan ziren: 3,6 urtekoa gizonezkoetan eta 1,2 urtekoa emakumezkoetan (18 irudia). Datuen arabera, gizonezkoetan bizitza-itxaropeneko diferentzia sozialak beren gaztaroko eta lan-adineko esperientziaren ondoriozkoak dira. Emakumezkoetan, ostera, jaiotzean dagoen bizitza-itxaropenaren diferentziak apur bat handiagoak baino ez dira gazteetan, nagusietan gertatzen diren diferentziekin konparatuz.

18 irudia. Bizitza-itxaropeneko diferentziak adinaren eta bizilekuaren kondizio sozio-ekonomikoen arabera. EHAE. 1996-1997.



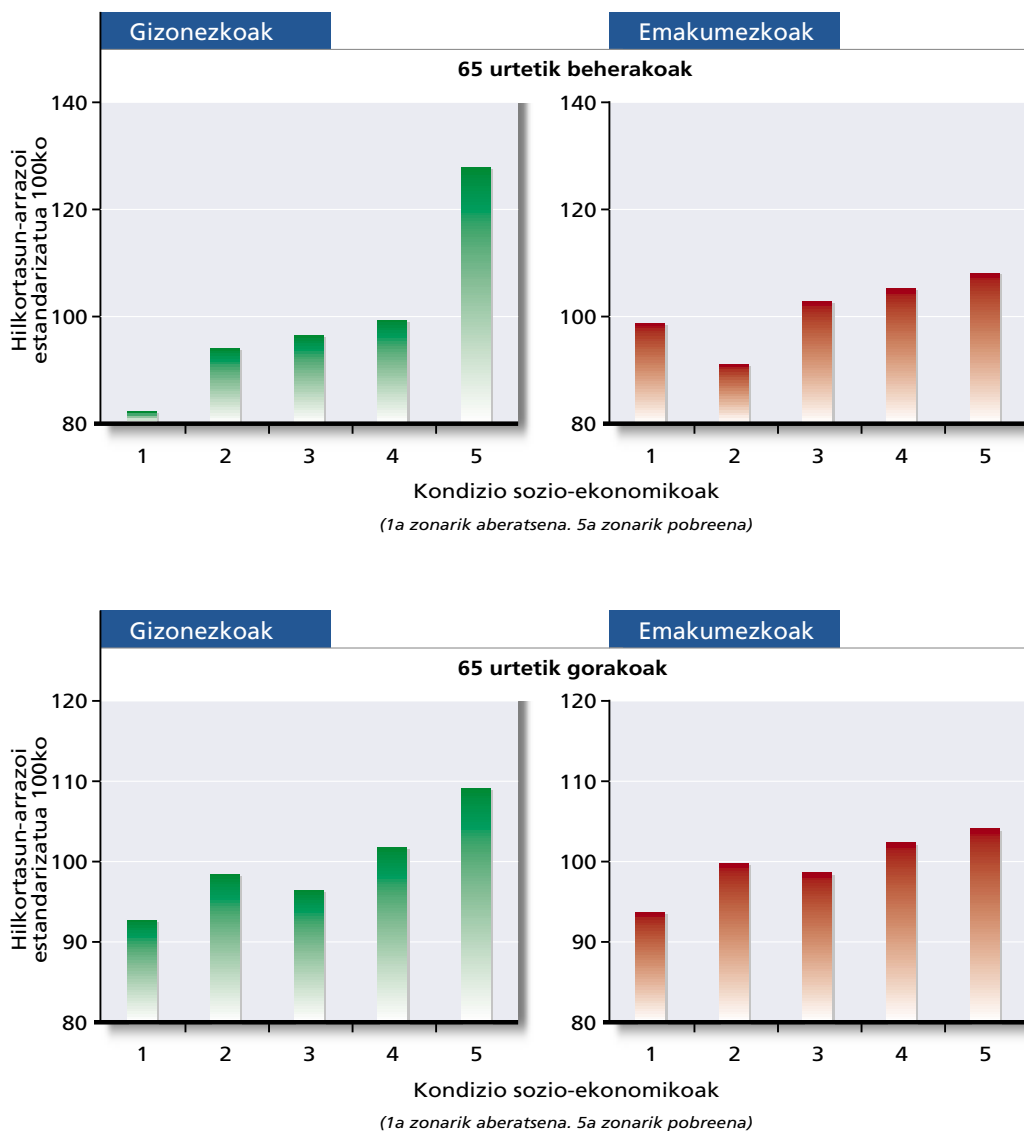
♦ Adin-talde eta sexuen arabera hilkortasuna

Diferentzia sozialak argi eta garbi ikusten dira hilkortasun-tasak aztertzen direnean ere.

65 urtetik beherako gizonezkoetan hilkortasunak gradiente sozialari argi jarraitzen dio. Horrela, talderik desfavoratuenean hilkortasuna %56an handiagoa da talde faboratuenean baino (19 irudia). 65 urtetik beherako emakumezkoetan, berriz, diferentziak txikiagoak dira gizonezkoetan ikusitakoak baino.

Bizitzako adin ertainean, 30-64 urteen bitartean, sexu bietan gradiente soziala ikusten da. Gizonezkoetan gradiente hori markatuagoa da, eta %55eraino heltzen da.

19 irudia. Zergati guztiengatiko hilkortasuna, bizilekuaren kondizio sozio-ekonomikoen arabera. EHA. 1996-1997.

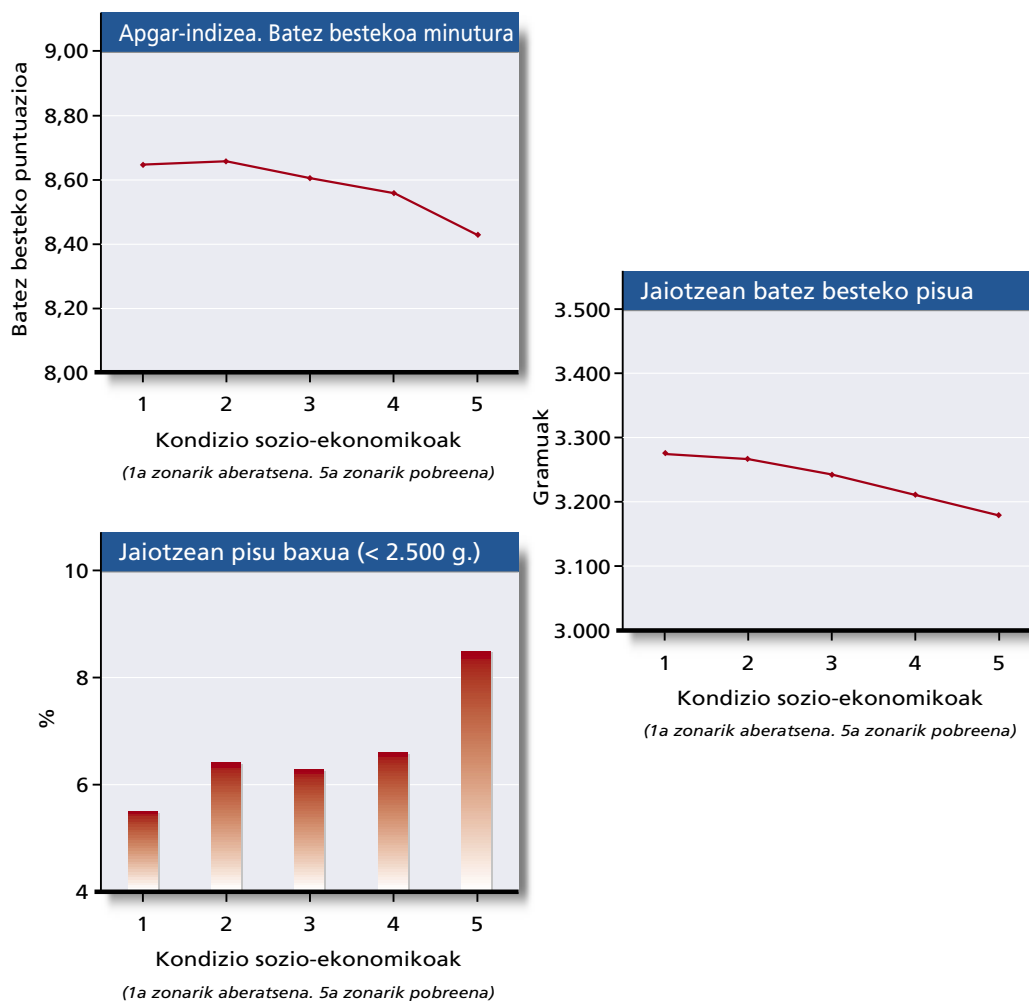


Urte batetik beherakoetan ere hilkortasunak gradiente sozialari jarraitzen dio. Horrela, atalik desfaboratuenetan hilkortasuna handiagoa da %53an atal aberatsenetan baino. 1-14 bitarteko gizonezkoetan, larregizko hilkortasuna ikusten da hauek konparatzen direnean: kintilo pobreenen atalak (3, 4 eta 5) eta aberatsena den lehen atala. 15 urtetik 29ra, berriz, gradiente monotonikoa dago, eta gradiente horretan ikusten den larregizko hilkortasuna %77raino heltzen da, puntetako kintiloetako zentsu-atalak konparatzen direnean.

2.2.3. Jaiotzinguruko osasuna

Jaiotzinguruko osasunaren adierazleak amaren bizilekuaren kondizio sozialekin estatistikoki lotuta zeuden. 1997an, bai jaiotzetik minutu batera egindako Apgar-indizea baita jaiotzean haurrak zeukan pisua ere apur bat handiagoak izan ziren zona faboratuenetan, nahiz eta indize horien batez besteko balioak muga normalen barruan egon kasu guztietan (20 irudia). Hala ere, diferentzia txiki horien esangura, biztanleria-mailan, nabaria da; hori argi ikusten da hurrek, jaiotzean, duten pisu baxua (2.500 g-tik beherakoa) aztertzerakoan. Amaren adinaren arabera egokitu eta gero, zona pobreenetan bizi direnengandik jaio zirenen pisu baxua edukitzeko arriskua %62 altuagoa izan zen, zona faboratuenetan bizi direnengandik jaio zirenen baino (20 irudia).

20 irudia: Jaiotzinguruko osasuneko ezberdintasunak, bizilekuaren kondizio sozialen arabera. EHAE. 1997.



2.2.4. Bizitza-ohiturak eta bizimoduak

Alkoholaren kontsumoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Tabakoaren kontsumoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Hariketa fisikoa. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

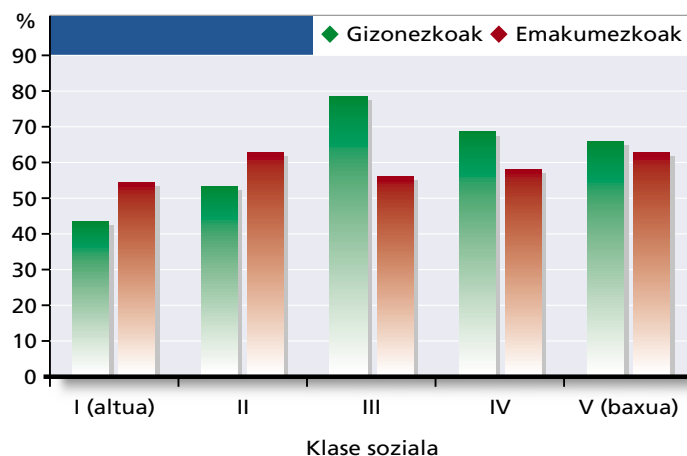
Nutrizio-ohiturak. Gorputz-pisua. (Ikusi "bizimoduak" kapitulua).

◆ Prebentzio-praktikak

Ezberdintasun sozialen patroia diferentea da, aztertzen den prebentzioko praktika-motaren arabera. Badirudi klase sozial batekoa edo bestekoa izateak ez duela markatzen diferentziarik arteria-hipertentsioan. Eta gauza bera esan daiteke kolesterolaren prebentzio-analisiari edo hautemandako hiperkolesterolemia-aren prebentzio-analisiari dagokionez.

Patroi soziala apur bat markatuago agertzen da gripearen aurkako txertaketan. Gizonezkoen artean klaserik desfavoratuenetakoak dira txertaketa-porzentajerik handiena aurkezten dutenak (21 irudia).

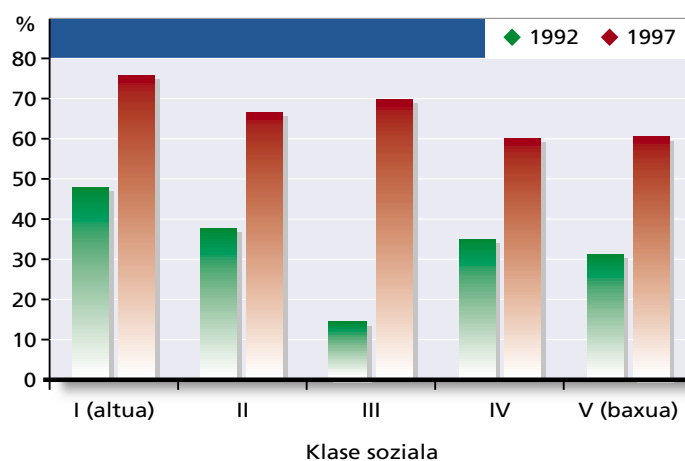
21 irudia. Gripearen aurka txertatzen diren pertsonak, klase sozialaren arabera. EHAe. 1997.



Iturria: EHAeko Osasun Inkesta.

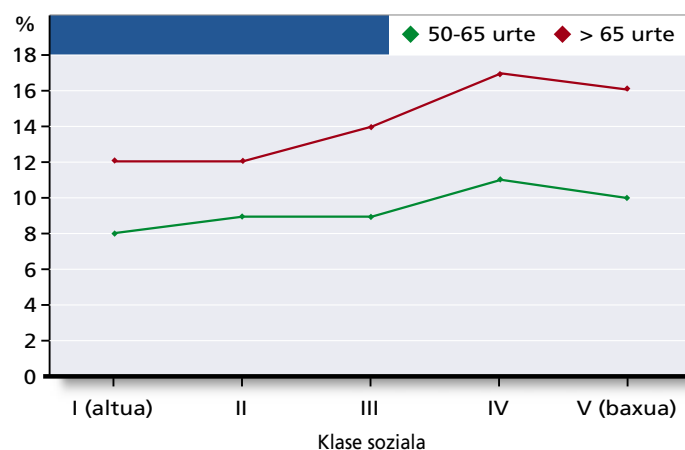
Bularreko minbizia goiz detektatzeko programari dagokionez, nahiz eta partaidetza-tasa bikaina den (%79,1), oraindik diferentzia sozial nabarmenak daude mamografia egiteari dagokionez: klaserik desfavoratuenetako emakumezkoek jarraitzen dute izaten programaren gainean gutxien dakitenak, eta esplorazio-maiztasun gutxien erakusten dutenak (22 eta 23 irudiak).

22 irudia. Mamografia egiteko bi urtetik beherako aldizkatasuna duten 50-65 urte bitarteko emakumezkoen portzentajearen eboluzioa, klase sozialaren arabera. EHAE. 1992 eta 1997.



Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

23 irudia. Inoiz ere mamografiarik egin ez duten 50-65 urte bitarteko emakumezkoen portzentajea, klase sozialaren arabera. EHAE. 1997.



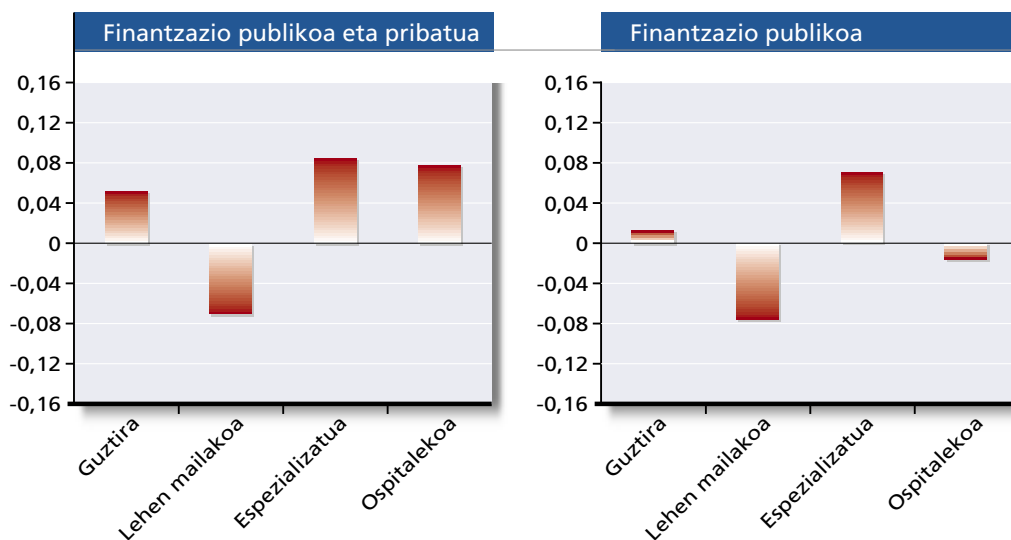
Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

2.3. Zerbitzuen banaketari buruzko ekitatea

97-EHAEOI-ko datuak erabiliz kalkulatu dira Wagstaff-ek, van Doorslaer-ek eta Paci-k proposatutako ekitate-indizeak. Indizeok eta gastuaren kontzentrazio-indizeak baliokideak dira, adin-sexu eta osasun-mailaren arabera estandarizatuta daudelarik. Indizeak izan ditzakeen balioak +1,0tik -1,0ra artekoak dira. Indizearen balio positiboek islatzen duten inekitatea baliabide ekonomiko gehieneko kolektiboen aldekoa da; eta balio negatiboek islatzen duten inekitatea, berriz, pobreen aldekoa.

Fondo publiko eta pribatuek finantzaturako osasun-gastua pertsona bakoitzerako estimatzerakoan, ekitate-indizeak gutxienezko balio positiboak erakusten ditu, horrek adierazten digu Euskadiko Osasun-Sistema gehienezko ekitate-egoeran dagoela, zerbitzuen hornidurari dagokionez (24 irudia). Atentzio-maila ezberdinei dagokionez, indizeak balio negatiboak erakutsi zituen lehen mailako atentzioan; baina atentzio espezializatuko indizeak balio positiboak erakutsi zituen; eta neurri gutxiagoan ospitale-atentzioko indizea ere balio positiboekin agertu zen.

24 irudia. Ekitate-indizea*, osasun-zerbitzuen horniduran. EHA.1997.



* Balio negatiboek zera adierazten dute, inekitateak pobreen aldera jotzen duela; eta balio positiboek adierazten dutenez, inekitateak aberatsenen aldera jotzen du.

2.4. Ezberdintasun ez-ekitatiboei aurre egiteko helburuak eta interbentzio-estrategiak

2.4.1. Helburu orokorra

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Diferentzia sozialak, gizonezkoen osasun-autobalorazioan	%25ean gutxitzea	%193	%144,8	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, emakumezkoen osasun-autobalorazioan	%25ean gutxitzea	%61,5	%46,1	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

2.4.2. Helburu espezifikoak (2010 urterako)

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Diferentzia sozialak, tabakoaren kontsumoari dagokionez**	%25ean gutxitzea	%43*	%32,3	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak, 16 urtetik gorako pertsona obesoen proportzioan	%25ean gutxitzea	%223*	%167,3	EAEOL. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasunean, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	%25ean gutxitzea	%39***	%30	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Diferentzia sozialak zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasunean, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%25ean gutxitzea	%45***	%34	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1997.

** Kontsumoan hezkuntza-mailaren arabera gertatzen diren diferentziak 16-74 urte bitarteko gizonezkoetan eta 16-44 urte bitarteko emakumezkoetan. Talde horietan erretzaileak izateko arrisku gutxiago dago, beraietako pertsonen ikasketa-maila eskola-graduatutik gorakoa denean.

*** 1993-98ko aldia.

2.4.3. Interbentzio-estrategiak

1. Bai EHAE guztiko bai tokian-tokiko osasunean gertatzen diren ezberdintasunak monitorizatzea.
 - 1.1. Osasunari buruzko informazio-sistemak garatzea, ezberdintasunak nola banatzen diren hobeto jakiteko eta ezberdintasunok monitorizatzeko. Hori guztia posible egiteko, sistema horietan pertsonen klase soziala bilduta egon beharko da, bilketa zuzenean zein bestelako datu-baseekiko loturaren bidez egingo delarik.
 - 1.2. Klase sozialen araberrako osasun-mailaren, osasun-zerbitzuen erabileraren eta zerbitzuon kalitatearen aldizkako estatistikak sortzea.

- 1.3. Osasun-ezberdintasunei buruzko ikerkuntza- eta garapen-programa martxan jartzea; programa horrekin hobeto ezagutuko dira ezberdintasun horien sorkuntzan inplikaturako mekanismoak, eta posible izango da ezberdintasunok murrizteko interbentzioak proposatzea.
2. Jokabide intersektoriala.
 - 2.1. Ezberdintasun sozialek osasunean duten eraginari dagokionez Politika publiko sektorialak diseinatu eta ebaluatzea.
 - 2.2. Osasun-arloan zuzeneko zein zeharkako interbentzioko Sail, Udal, Institutio eta gizarte-agenten arteko lankidetzak eta koordinazioa bultzatzea, osasunean gertatzen diren ezberdintasun sozialak murrizteko helburuak batez ere.
3. Adin emankorrean eta haurdunaldian dauden emakumezkoen osasuna eta lehen haurtzaroko haurren osasuna hobetzeko eta ezberdintasun sozialak murrizteko politikak garatzea; politika horien oinarritzko helburua zera delarik, ezberdintasunak ez transmititzea.
 - 3.1. Kolektibo desfaboratuenetan haurdunaldiko zainketak eta jarraipen medikoa gehitzea, lehen mailako atentzioko zerbitzuen bidez eta obstetriziaz-konsulten bidez, gizarte-zerbitzuekin kolaboratuz.
 - 3.2. Pediatriako prebentzio-atentzioa gehitzea kolektibo desfaboratuenetan.
 - 3.3. Adin emankorreko emakumezkoen eta beren seme-alaben nutrizioa hobetzea, elikadura-pobrezia elimintzeari eta obesitatea murrizteari lehentasuna emanez.
 - 3.4. Adin txikiko seme-alabak dituzten familien pobrezia murriztea, beharrezko laguntza-neurriak erabiliz.
 - 3.5. Adin txikiko seme-alabak dituzten aitei eta amei laguntza emozionala eta soziala ematea, profesionalek etxetara (jaio aurretiko eta jaio osteko) bisitak eginez. Bisita horietan hauek guztiak eskainiko dituzte: osasun-hezkuntza, erditzerako eta haurraren zainketarako laguntza praktikoa eta emozionala, bai eta gizarte- eta finantza-arazoei aurre egiteko laguntza ere.
4. Bizimodu osasungarriak promobitzeko politikak garatzea, bai prebalentzian bai ondorioetan gradiente soziala erakusten duten faktoreei dagokienez batez ere.
 - 4.1. Tabakoaren kontsumoa murrizteko politikak indartzea; politika horien helburu hauek izango dira batez ere: zaurgarrienak diren biztanleria-taldeak, bereziki adoleszenteak, emakumezkoak eta gizarte-kolektibo desfaboratuenak.
 - 4.2. Alkoholaren kontsumoa murrizteko politikak indartzea; politika horien helburu hauek izango dira batez ere: zaurgarrienak diren biztanleria-taldeak, bereziki adoleszenteak, emakumezkoak eta gizarte-kolektibo desfaboratuenak.
 - 4.3. Alkoholaren kontsumoarekin lotutako istripu-siniestralitatea murrizteko joerako interbentzio intersektorialak promobitzea.
 - 4.4. Atentzio medikoko eta gizarte-atentzioko programa espezifikoak bultzatzea, alkoholaren mendetasuna edo alkoholaren kontsumotik eratorritako osasun-arazoak dituzten pertsonak atentzitzeko, eta bereziki gizarte-talde desfaboratuak atentzitzeko.
5. Osasun-zainketen hornidurak izan behar duen ekitate-printzipioa (hots, beharrian berdinari tratamendu berdina) promozionatzea Euskadiko Osasun Sistemak garatutako politika eta programa guztietan eta barruti geografiko guztietan.
 - 5.1. Atentzio espezializatuko zerbitzuen eskuragarritasunean inekitatea determinatzen duten faktoreak identifikatzea eta aldatzea.
 - 5.2. Osasunaren prebentzio- eta promozio-programak talde desfaboratuengana espezifikoki orientatzea.
 - 5.3. Osasun-atentzioan ezberdintasun sozialak erabateko aspektutzat hartzea, osasun-zainketen kalitatea baloratzerakoan eta hobetu behar denean.

3. Gaixotasun ez-transmitigarriak

3.1. Minbizia

Kapitulu honetan minbizia orokorki aztertzen saiatuko gara. Lehentasunez tratatuko ditugu hilkortasun handiagoa aurkezten duten minbiziak eta ebidentziaren arabera interbentzio-posibilitateak dituztenak.

Gaurko egoera

Herrialde garatu guztietan minbizia osasun-arazo gero eta handiagoa da. EHAEan, tumore gaiztoengatiko hilkortasunaren garrantzi erlatiboa aldatu egin da azken urteotan; izan ere, 1993 urtetik hasita gizonezkoen artean lehen heriotza-zergatia izatera pasatu da, eta emakumezkoen artean, berriz, minbiziak jarraitzen du izaten heriotzaren bigarren zergati sarriena, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen atzetik doalarik.

EHAEan, beste herrialde industrializatueta bezala, minbiziagatiko hilkortasun-tasak gorantz joan ziren 90 hamarkadara arte, eta ordutik aurrera, ostera, egonkortu egin dira. Horrela, EHAEko biztanleria osorako minbiziagatiko hilkortasun-tasa, 100.000 biztanleko eta adinaren arabera egokitua, 1980 urteko 179tik 1990 urteko 190era, eta 1998ko 182ra pasatu da (25 irudia). Denboran zehar izan duen eboluzioa ezberdina izan da sexuaren arabera: izan ere, gizonezkoetan ez da ikusi denboran zehar inolako aldaketa esanguratsurik; emakumezkoetan, ostera, minbiziagatiko heriotzak gutxitu egin dira azken bi hamarkadetan (urteko 0,7). 1998 urtean, tumore gaiztoengatiko egokitutako tasa 100.000 gizonezko bakoitzeko 270ekoa izan zen, eta 100.000 emakumezko bakoitzeko 115ekoa.

45-74 urte bitartean heriotza-zergatirik sarriena minbizia da. Emakumezkoei dagokienez ere, minbizia da lehen heriotza-zergatia 30-44 urte bitarteko taldean.

Maila sozialaren eta tumore gaiztoengatiko hilkortasunaren arteko erlazioa aztertzeak zera egiaztatzen digu: 65 urtetik beherako gizonezkoetan zergati horrengatiko hilkortasuna beheko estratu sozialetan handiagoa dela %38an estratu altuenetan baino. 65 urtetik gorako gizonezkoetan diferentzia hori murriztu egiten da %8ra arte. Emakumezkoetan, berriz, minbiziagatiko hilkortasunak ez du loturarik maila sozialarekin.

1986-1988 hirurtekoan, neoplasiak diagnostikatu eta handik 5 urtera bizirik jarraitzen zuten pazienteen biziraupen erlatiboa¹ %40koa izan zen gizonezkoentzat, eta %54koa emakumezkoentzat. Portzentaje horiek apur bat handiagoak izan ziren estatu espainolekoak baino (EHAEkoak %40 eta Estatuak %52), bai eta Europa osoan gertatutakoak baino (EHAEkoak %35 eta Europakoak %50).

¹ Ikusitako biziraupenaren eta itxarondako biziraupenaren arteko arrazoiak. Arrazoi horrekin konparazioak egin daitezke hilkortasun orokorrean diferentziak agertzen dituzten barrutien artean. Metodoak heriotza-zergati posible bakarra minbizia dela asumitzen du.