

Oraingo Osasun Plan honen jokabideak EHAEko biztanleengan proiektatzeko dira. Gure komunitatea, beste guztiak bezala, biztanle-multzo bizia da, horregatik garatzen doa, hau da, denboran zehar aldatzen eta eboluzionatzen eta bere gizarte-ehuna berriztatzen.

EHAEko biztanleriaren ezaugarriak esanguratsuenak kapitulu honetan deskribatuko dira, azkenaldian ikusitako datuetan oinarriturik. Datu horiek erakusten dizkiguten joera printzipalak identifikatzen saiatuko gara; izan ere, joera horiek eratuko dute datozen urteetan, gizarteak izango dituen ezaugarriak behinenak, ustekabeko garrantzizko faktorek tartekatzen ez bada behintzat. Horregatik, bada, honako Plan hau gure etorkizuneko gizarteari buruz proiektatuta dago. Horrez gain, konparazio-azterlana ere egin dugu, gure kultura-inguruko eta antzeko edo goragoko mailako garapen sozio-ekonomikoko gizartearen ezaugarriak dagokienez. Halaber, perspektiba hori kontuan harturik Plan honen oinarritzko printzipioa hau da: gizarte-kideen aspirazioak, balioak eta interesak funtsezko oinarritzat hartzea. Guzti horrekin nahi dena da orain eta etorkizunean Osasun Plana gure hiritarren zerbitzura egon dadila.

1. Gizarte-egitura

Komunitatearen osasun-mailak elkarrekintza baten emaitza dira: baldintza biologikoen, determinatzaile sozio-ekonomikoen eta portaera indibidual eta sozialen elkarrekintzarena. Osasun-mailak gizarte baten garapen sozio-ekonomikoko mailaren aspektu espezifikoak dira, eta gure Osasun Planaren moduko egintza espezifikoak hasiera-puntua eta helburuak erakusteko erabil daitezke.

Osasun-mailak onerako aldatzeko jokabideak erabakitzerakoan, ondo dator komunitatearen aldagai batzuk ezagutzea, hots, aurrean aipatutako aspektuekin erlazionatuta dauden aldagaiak ezagutzea. Aldagaiok hiru kategoriatan printzipaletan taldekatu dira:

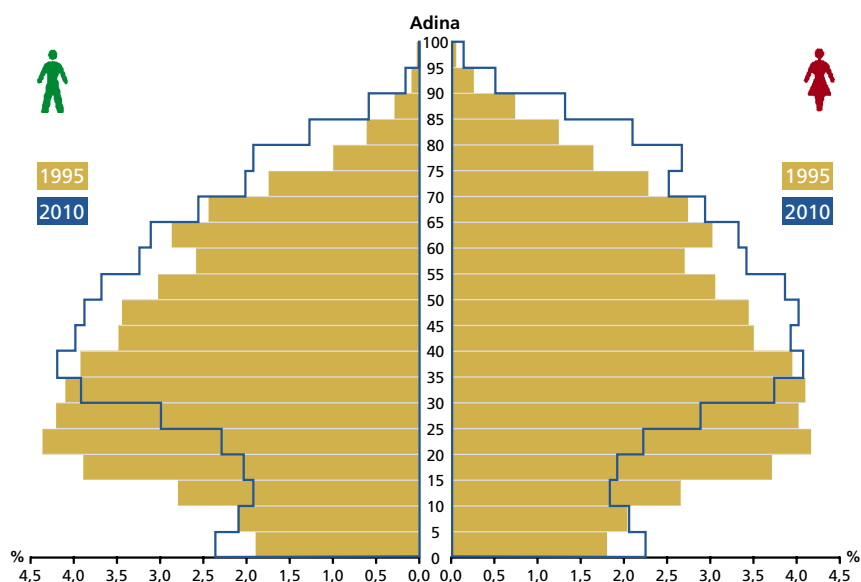
1. Demografia eta dauden baliabideak.
2. Portaerak.
3. Biztanleriaren iritzia.

1.1. Demografia eta baliabideak

1.1.1. Demografia

EHAeko biztanleria-piramideak duen eboluzioak adin zaharragoko gizartea erakusten digu (2 irudia); gizarte horretan 64 urtetik gorako biztanleria-taldeak gainditu egin du 15 urtetik behe-rako taldea (%18,68 eta %13,97 hurrenez hurren, 1995 urtean). Egitura hori jaiokuntza-tasa eta hilkortasun-tasa baxuen ondorioa da.

2 irudia. Biztanleriaren adin-egitura. EHAe. 1995-2010.



Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

EHAeko jaiokuntza-tasak behera egin zuen progresiboki 1975-1985 urteen bitartean 10 puntutan, eta hurrengo hamarkadan mantendu egin da, bizirik jaiotakoak: 1.000 biztanleko 7,5 gutxi gora behera izan direlarik. EHAeko hilkortasun-tasa gordinak behera egin zuen progresiboki laurogei hamarkadako lehen urteetara arte. Gero, bere joera aldatu, eta ordutik hona 2 puntutan igo da (1.000 biztanleko 8,7 heriotza 1998an). Horren ondorioz, laurogeita hemere-tziko hamarkadan EHAeko biztanleriaren haziera hazkor edo begetatibo negatiboa gertatu zen. Gainera, zirkunstantzia hori larritu egin da, zeren aldi berean saldo migratorioaren emaitza ere negatiboa izan baitzen.

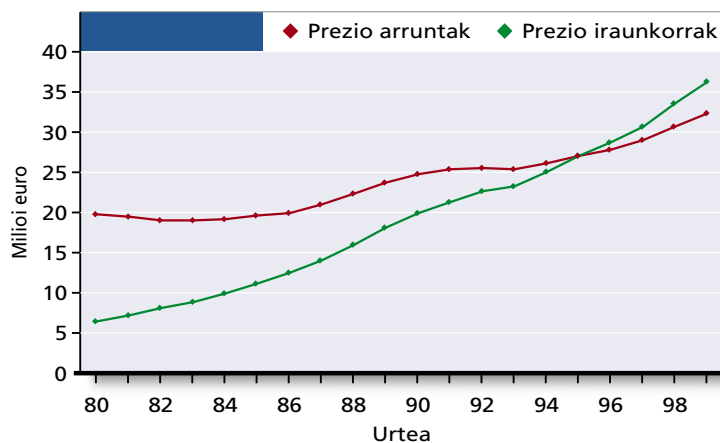
Faktore guzti horiek direla-eta, EHAeko biztanle-kopurua, orain dela 25 urteko kopuruaren antzekoa da. Kopuru horren banaketan, ostera, diferentzia handiak daude adinaren arabera. Datu horiek etorkizunera proiektatuz gero, badirudi gaurko joerak mantendu egingo direla, hots, biztanleria-kopuru totala murriztu eta biztanleria-piramidea zahartu egingo direla.

Pertsonak familia-taldeetan bizitzea da gure gizartearen ohiko bizimodua, azken urteetan talde horien erakuntza aldatu bada ere. 1996an 2 pertsonatatik gorako familietan biltzen zen EHAEko biztanleriaren %78a, 1981eko %83aren aldean. Azken hogeitaz urteetan ikusten diren gehikuntza bakarrak zerean gertatzen dira: gurasoetako bat, aita edo ama, buru duten familia-unitateen proportzioan eta pertsona bakarreko etxebizitzaren proportzioan; hori dela-eta, etxebizitza bakoitzeko pertsonen batez bestekoak behera egin du 3,7tik 3,1era 15 urtetan zehar (1981-1996). Aita edo ama bakarrik buru duten etxebizitzetan biztanleria osoaren %10a bizi da; eta pertsona bakarreko etxebizitzan %5a. Azken talde horretako aspektu azpimarragarriak dira, batetik, bakarrik bizi diren pertsonak helduak direla (taldearen %61a 64 urtetik gorakoa da) eta bestetik, gehienbat emakumezkoak direla (taldearen %63a).

1.1.2. Baliabideak

EHAEn erabilgarri dauden baliabide ekonomikoak apurka-apurka gehitzen joan dira laurogeita hameretziko hamarkadan zehar. Biztanleria, ostera, ez da gehitu; horrek per capita errenta erabilgarriaren gehikuntza ekarri du. Hitz errealetan esanda, EHAEn per capita Barne Produktu Gordinak (BPGak) gora egin du %70ean azken 20 urteetan (3 irudia).

3 irudia. BPGaren eboluzioa, merkatuko prezioen arabera. Oinarri-urtea 1995.



Iturria: Euskal Estatistika Erakundea (EUSTAT).

Herrialde garatu guztietan gertatzen da aberastasunaren gehikuntza ez dela ekitatiboki banatzen sektore eta talde sozial ezberdinen artean. Horren ondorioz, diferentzia sozio-ekonomikoak gehitu egiten dira, diferentziokin batera abiapuntuko aukera sozial ezberdinak gertatzen direlarik. EHAEn eskuratu ditugun birbanaketa-mekanismoek oinarritzko gizarte-atentzioko diferentziak arintzea lortzen dute gutxienez,

Gainera, EHAEko aberastasunaren gehikuntzak, ikuspuntu ekonomiko hutsetik hartuta, erantzun komunitariorako gaitasun gehiago ekarri digu, eskari eta lehentasun sozialen eboluzioari aurre emateko.

Hezkuntza-baliabideak dira aktiborik printzipalena gure moduko herrialde batean, hots, garrantzizko produkzio-baliabide naturalik gabeko herrialde batean.

Gaur egun EHAEko haurren ia %100 eskolarizatuta daude 16 urtera arte, adin horretan obligaziozko irakaskuntza amaitzen delarik.

Prestakuntza profesionalari dagokionez, bere garrantzia birbaloratu egin da, bai azken urteotako industriaren berbultzakada bizia dela-eta, bai eremu guztietako teknologia berriekin asoziatutako beharrianak direla-eta. Horren ondorioz, arautu gabeko prestakuntza profesionaleko formazio-zikloen eta modalitate osagarrien hezkuntza-eskaintza gehitu eta dibertsifikatu egin da. Modalitate horiek askotan enpresa-praktikekin batera eskaintzen dira.

Halaber, azpimarratzekoa da EHAEko gazteetan gertatu den proportzioaren gehikuntza, unibertsitate-mailako tituluak lortzeari dagokionez. Azken hogeita bost urteetan, unibertsitarioen kopurua 2,5 bider gehitu da; esaterako, 97/98 ikasturtean 18-24 urte bitarteko gazteen artean hirutik bat unibertsitatean matrikulatuta zegoen.

Beraz, EHAEko gazteen prestakuntza-maila, gure historian mailarik altuena, gure Herrialdearen aktiborik printzipaletako bat da. Horrek gure enpresen konpetitibitateari ondorio onak ekarriko dizkio; eta familien antolamenduan eta portaera-arauetan aldaketak gertatuko dira, aurreikus daitekeenez.

Baliabide zientifikoak eta teknologikoak gehikuntza inportantea izan dute EHAEan azken hogeita urteetan; izan ere, baliogabeko zifra batetik BPGaren %1,4a izatera pasatu ziren 1999an. Inbertsio horren barruan, jatorri publikoko fondoak %40a dira gutxi gora behera; gainerako %60a enpresa-sektore pribatuak ematen duelarik. Proiektuetan garrantzizko finantzabide publikoak izateak posible egiten du garapen teknologikoa orientatzea gizarte-multzoarentzat bereziki interesgarriak diren norabideetan.

Gizarte-baliabideak medio batzuk dira, antolatuak, publikoak zein pribatuak, gizakien eskura gizarteak ipintzen dituenak; gizakiaren beharrianak betetzera datoz, gizakia bera (edo familia-ingurua, edo auzo-ingurua, edo talde primarioak) gauza ez denean beharrian horiek behar den bezala betetzeko.

Gaur egun EHAEan gizarte-baliabideetara destinatzen dena BPGaren bostena baino gehiago da (%21,7, 1997an), azken urteetako joera gorantz doalarik. Momentuz ez da estimatzen geldiunerik egongo denik: lehenengo, aurrean azaldutako gizarte-faktoreen ondoriozko beharrianak progresiboki gehitzen doazelako; eta bigarren, ondo ezagutzen den fenomeno gertatzen delako, hots, gizarte baten errenta errealearen mailak zenbat eta handiagoak izan, hainbat eta handiagoa delako zerbitzu berrien eskaria, bai kantitateari eta bai kalitateari dagokienez. Egitez, per capita errenta-maila altuagoa duten herrialdeek zerbitzu horietarako BPGaren portzentaje handiagoa destinatzen dute, 10 puntutan handiagoa, EHAEkoarekin konparatuz.

1.2. Portaerak

Osasun-mailekin eta osasun-graduarekin erlazio estuagoa duten EHAEko gizartearen portaera-aldagaiak osasun-arriskuko portaerak dira, eta horiek biltzen dute zerbitzu sanitarioen eskari errearen eboluzioa.

1.2.1. Osasunerako arriskutsuak diren portaerak

Osasunerako portaera arriskutsuak dira, izan, komunitatean osasun-galerak sortzen dituztenak. Portaera horiek era askotakoak dira, hauexek esanguratsuenak:

- Drogen kontsumoa. Droga-mendetasunen Euskal Behatokiko 2000 urteko txostenaren arabera, 15-79 urte bitarteko biztanleriaren %12,3ak ohituraz kontsumitzen du kannabisa; %2,9ak, anfetaminak; %1,8ak kokaina; estasi eta LSDaren kontsumitzaile-proportzioa beherago dago-elarik. Egiaztatua dago droga horietako batekin harremanean sartzen diren pertsonetatik erdia droga horien ohiko kontsumitzaile bihurtzen dela.

Permititutako drogei dagokienez, alkohola larregi kontsumitzen du biztanleriaren %4ak, eta tabakoa %29ak. Zenbait medikamenturen mendeko kontsumoa ere badago.

Badirudi substantzia batzuen kontsumoan gorako joera dagoela, esaterako kannabisaren eta kokainaren kontsumoan.

- Istripuko lesio-arriskudun jarduerak babes-neurri kolektiboak edota indibidualak ez egotea-gatik edo behar bezalakoak ez izateagatik gertatzen dira. EHAEan trafiko-istripuak urte batzuetan murriztu ondoren, berriz ere gehitu egin dira, istripu larriei dagokienez (10⁶ biztanleko 123 hil ziren 1999an). Lan-inguruan ere istripu larriak gertatzen dira; istripu horien batez bestekoa nahiko handiagoa da mendebaldeko herrialdeetako baino (10⁶ langileko 146 hil ziren 1999an). Aisialdian eta etxean gertatzen diren istripuei dagokienez, EHAEko 0-4 urte bitarteko haur-lesioen erregistro espezifikoaren arabera, istripu-lesioen intzidentzia 1.000 haurreko 97,5ekoa da; EAID (Etxeko eta Aisialdiko Istripuen Detekzioa) izeneko europar sistemaren arabera, Espainian istripu-intzidentzia 1.000 biztanleko 47koa da.
- Babesik gabeko harreman sexualak osasun-arazo inportanteen jatorri dira, batez ere Sexu bidezko Transmisioko Gaixotasunena (STGena), HIESa barne. Ez dago datu zehatzik STGen intzidentziari dagokionez, beste arrazoi batzuen artean, sasi-aitorpena ematen zaiolako Aitortu Beharreko Gaixotasunen (ABGen) informazio-sistemari. HIESaren intzidentziari dagokionez, 1995ean joera inbertitu zenetik jaitsiera argia gertatu da.

Babesik gabeko harreman sexualak direla-eta, nahigabeko haurduntzak gertatzen dira, ondorio larriak sortuz, batez ere emakumezko adolezenteentzako. Azken arazo horren tamaina erreala ez da zehatz-mehatz ezagutzen; baina zeharkako estimazioak eginda daude, ama adolezenteen jaiotzetan eta haurduntzaren borondatezko etenduretan (HBEetan) oinarriturik. EHAEan HBEen joera egonkor mantendu da laurogeita hamarreko hamarkadan, tasak

estatuko batez bestekoaren erdiko balioetan mantendu direlarik. Halaber, 20 urtetik beherako emakumezkoetan gertatutako jaiotzeei dagokienez, EHAEan azken hamarkadan jaiotzekopuru totalaren %2tik behera egon dira, joera beherantz doalarik.

- Medikamentuen kontsumo desegokia osasun-arazo emergenteen jatorria da; esaterako, kontsumo hori dela-eta farmako batzuekiko erresistentzia gero eta handiagoa da, edo osasun indibidualeko egoeretan larritasun ebitagarriak gertatzen dira. Heterogeneoa den atal horri buruz erabilgarri dagoen informazioa, oso sakabanatuta eta zatituta dago.
- Autoerasoak eta beste inori bortizkeriazko lesioak egitea EHAEan gorantz doa; hala ere, tasak beherago daude gure inguruko batez bestekoa baino. Konkretuki, suizidioen intzidentziak gorako joera agertu du azken hamarkadan, nahiz eta oraindik oso beherago dagoen, men-debaldeko herrialdeetako batez bestekoarekin konparatuz.

1.2.2. Zerbitzuen eskaria

Zerbitzu sanitarioen eskari errealearen eboluzioak islatzen ditu biztanleek hautemandako edo pertzibitutako beharrianak. Zerbitzu sanitarioen eskari errealearen eboluzioa oro har eta zehatz-mehatz nolakoa izan den jakiteko, prestazio-modalitate guztiak aztertu behar dira, guztiak osagarriak baitira:

- Lehen mailako atentzioan eskaria egonkor mantendu da laurogeita hamarreko hamarkadan, biztanleria apur bat gutxitzeak sortutako beherakada biztanleriaren zahartzapen erlatiboarekin konpentsatu baita.
- Atentzio urgentearen eskaria bikoiztu egin da aipatutako aldian; gehikuntza hori, batez ere ospitaleetako urgentziatzko atentzioan gertatu da. Argi dirudienez, joera handia dago zerbitzura heldu bezain laster asistentzia arina eta osoa bilatzeko.
- Atentzio espezializatuan, bai anbulatorioetan bai ospitaleetan, eskariak gehikuntza nabaria izan du. Kontsultak eta interbentzio kirurgikoak gehitu dira batez ere; izan ere, laurogeita hamarreko hamarkadan %50etik gora gehitu dira. Horien aldean, ingresuak gutxiago gehitu dira, %25ean inguru. Gehikuntza horiek eragin proportzionala izan dute diagnostikoko eta kontroleko zerbitzu osagarrien eskarian.
- Prebentzio-zerbitzuen eskaria, batez ere txertaketena eta despistaje espezifikoena, gehitzen doa, baina oraindik esanguratsuak ez diren proportzioetan. Joera hori datozen urteetan azeleratu egingo da, osasun-arazo larriekin edo ezintasun-arazoeekin erlazionatutako arriskuak detektatzeko metodo berriak eta produktu espezifikoak erabilgarri egongo diren neurrian.
- Esparru sozio-sanitarioan zerbitzu-eskariaren gehikuntza baieztatzen da. Gehikuntza horren zergatiak dira, batetik, biztanleria zahartzea eta zahartzapen horri lotutako ezintasun-prozesuen gehikuntza, eta bestetik, familia-patroietan gertatzen ari diren aldaketa soziologikoak. Joera hori mantendu egingo da datozen urteetan.

1.3. Biztanleriaren iritziak

Biztanleriaren iritziek islatzen dute biztanleriak etorkizunean zer nolako zerbitzu-eskaria izan dezakeen. Aspektu horiei buruzko informazio-iturririk behinenetako bat erabiltzaileen satisfazio-inkestak dira.

Erabiltzaileetatik %80k baino gehiagok diotenez, pozik daude hartu duten atentzio sanitario publikoarekin eta gehienaren iritziz (%60) zerbitzuak onera egin du azken urteetan. Zerbitzu konkretu baten kalitateari dagokionez, emandako balorazioa 7,6 puntukoa izan da, gorengo 10 puntu erreferentziatzat hartuta. Hala eta guztiz, portzentaje horiek ez dute baliorik, ez badira konparatzen aurreko urteetako portzentajeekin edo metodologia berdina erabiltzen duten beste zerbitzuetako portzentajeekin. Horrela bada, aurreko inkestei dagokionez, hobekuntzarik printzipalenak lehen mailako atentzio-zerbitzuetan ikusten dira, gainerako zerbitzuen balorazioa oso antzekoa agertzen delarik. Erabiltzaileei egiten zaizkien satisfazio-inkesten arabera, EHAEan 18 urtetik gorako 4 pertsona heldutatik hiruk jotzen dute osasun-zerbitzu publikoetara gutxienez behin urtean. Proportzio hori hamarretik bederatzian dago, familia-unitateei dagokionez.

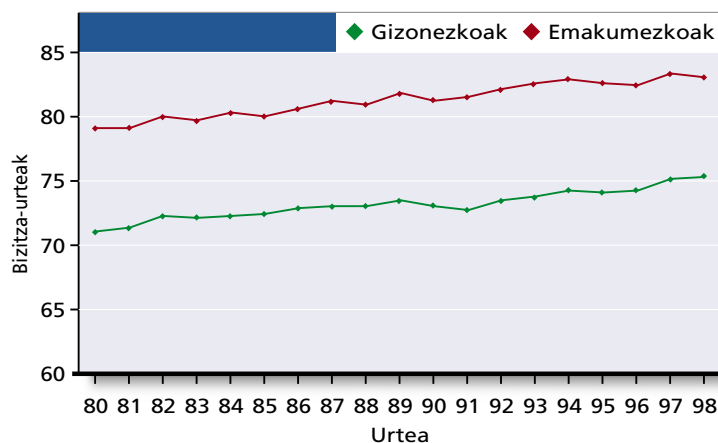
2. Osasun-egoera

2.1. Bizitza-itxaropena

Jaiotzean dagoen bizitza-itxaropena biztanleriaren osasunaren adierazle globala da. EHAEan adierazle hori apurka-apurka gorantz doa, 1998an gizonezkoentzako 75,4 urtekoa eta emakumezkoentzako 83,0 urtekoa zelarik (4 irudia). 1990 urtearekin konparatuz, gizonezkoen gehikuntza 2,3 urtekoa izan da, emakumezkoena, berriz, 1,8koa.

Ez dago diferentzia handirik adierazle honetan hiru Lurralde Historikoen artean.

4 irudia. Bizitza-itxaropenaren eboluzioa. EHAE. 1980-1998.



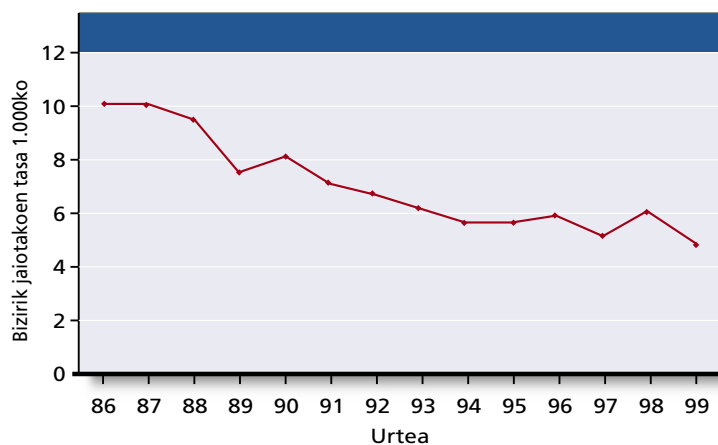
Iturria. Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Euskal Herrian adierazle horrek duen egoera oso ontzat jo daiteke; izan ere, emakumezkoetan munduko onenetakoa da, Japoniakoa aitzindari delarik. Gizonezkoetan, berriz, 7. postuan dago.

2.2. Haur-hilkortasuna

Haur-hilkortasuna beherantz joan da azken urteetan. 1986 eta 1999 urteen bitartean tasa horrek behera egin du 0,4 puntutan urteko, eta 1990 urtetik aurrera %41ean. Azken urteotan estabiltatzeko joera duela dirudi (5 irudia).

5 irudia. Haur-hilkortasunaren eboluzioa. EHAE. 1986-1998.



Iturria. Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Euskal Herriko Hilkortasun-erregistroak egiten duen bilaketa aktiboak, hots, lehenengo 24 bizitza-orduetan hil direnen kasuen bilaketa aktiboak eragina du EHAEko haur-hilkortasunaren eta jaiottinguruko hilkortasunaren tamainan. Espainiar estatuan, Europako beste herrietan ez bezala, jaio eta lehenengo 24 bizitza-orduetan hil direnak ez dira bizirik jaiotako legaltzat hartzen; horregatik beste buletin batean inskribatzen dira, Heriotzako Estatistika Buletinean barik. Goian aipatutako bilaketa ez da bera beste Autonomia Erkidegoetan; beraz Estatistikako Institutu Nazionalak emandako tasaren konparazioa kontu handiz egin behar da. Kasu horiek zenbatuko ez baziren, gure haur-hilkortasuna 1.000ko 3,7koa izango zen, 1999ko urtean.

Hiru Lurralde Historikoetako haurren hilkortasun-tasen itxurazko diferentziak ez dira estatistikoki esanguratsuak (5 taula).

5 taula. Haur-hilkortasuna* sexu eta Lurralde Historikoen arabera. EHAE. 1999.

Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Sexu biak
Araba	5,3	1,7	3,5
Bizkaia	6,3	4,1	5,2
Gipuzkoa	4,7	4,9	4,8
EHAE	5,6	4,0	4,8

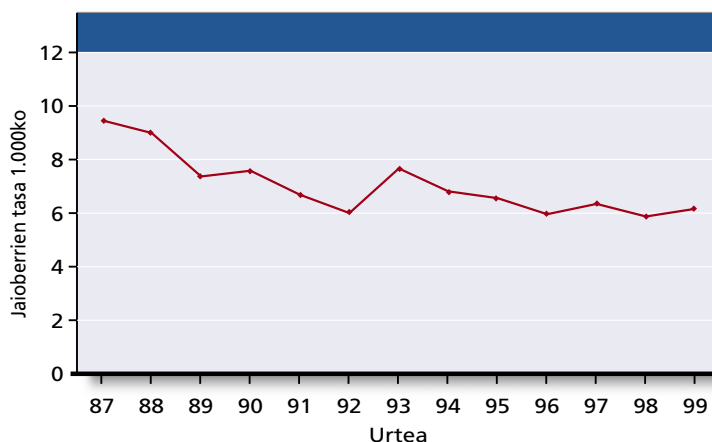
* Bizirik jaiotako 1000ko tasak.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

2.3. Jaiottinguruko hilkortasuna

Jaiottinguruko hilkortasunaren eboluzioa eta haur-hilkortasunarena antzekoak izan dira; jaiottinguruko hilkortasunak 1990etik aurrera behera egin du %20an (6 irudia).

6 irudia. Jaiottinguruko hilkortasunaren eboluzioa. EHAE. 1987-1999.



Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Hiru Lurralde Historikoen datuetan ez da ikusten diferentzia esanguratsurik (6 taula).

6 taula. Jaiotinguruko hilkortasuna* sexu eta Lurralde Historikoen arabera. EHAE. 1999.

Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Sexu biak
Araba	8,8	3,4	6,0
Bizkaia	7,6	6,2	6,9
Gipuzkoa	4,7	4,9	4,8
EHAE	6,7	5,3	6,1

* Jaiotako 1000ko tasak.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

2.4. Hilkortasuna

1998an 18.151 heriotza gertatu ziren EHAEan. Beraz, 100.000 biztanleko 866 heriotzako tasa gordinak izan zuen hilkortasunak. Adinaren arabera hilkortasun-tasa orokorra 100.000 biztanleko 615,0 heriotzako izan zen. Gizonezkoen artean tasa hori 852,9koa izan zen, emakumezkoetan, berriz, 439,4koa.

EHAEko hilkortasun-tasa nahiko beherantz joan da 1980etik aurrera, urtean 11,5 puntutan jaitsi baita; gizonezkoetan beherakada hori handiagoa izan da (13,0 puntu) emakumezkoetan baino (10,5 puntu).

Hiru Lurralde Historikoetan hilkortasun-tasak ez dira berdintsu gertatu. Gizonezkoek dagokienez, Bizkaian gertatu zen jaitsierarik handiena, zeren, tasa 17 puntutan gutxitu baitzen urteko, eta 1998an 100.000 gizonezko bakoitzeko 873,1 heriotza-tasaraino heldu baitzen. Gipuzkoa bigarren postuan zegoen, urtean 14,2ko jaitsiera-tasarekin eta 1998ko 859,7ko hilkortasun-tasarekin. Araban jaitsiera 9,5 puntukoa izan zen urteko, eta tasa 756,7koa. Ondorioz, hilkortasun-tasa Bizkaian gehien jaitsi arren, Bizkaiak jarraitzen du izaten hilkortasun-tasarik altuena duen Lurralde Historikoa.

Emakumezkoek dagokienez ere, Bizkaian jaitsi zen proportzio handiagoan hilkortasun tasa: urtean 11,7 puntutan, 1998an 100.000 emakumezko bakoitzeko 449,1eko tasa gertatu zelarik. Bigarren postuan Arabako emakumezkoak zeuden, hobetuta gertatu baitziren adierazle honetan, urtean 11,4 puntuko jaitsierarekin eta 401,6ko azken tasarekin. Gipuzkoan, urteko jaitsiera 8 puntukoa izan zen, eta tasa, berriz, 1998an, 100.000 emakumezko bakoitzeko 437,0 heriotzako.

Beraz, gizonezkoekin gertatu den bezala, hiru Lurraldeetako hilkortasun-tasaren jaitsieraren tamainatik aparte eta 1998an adierazle honetan gutxitzen doan ordenari jarraituz, Lurraldeok honela jarri behar ditugu: Bizkaia, Gipuzkoa eta Araba.

EHAEan, 1997an sexu bietako hilkortasun-tasa txikiagoa izan zen Alemaniak eta Erresuma Batuak izan zutena baino (100.000 biztanleko 687,5koa eta 706,1koa, hurrenez hurren), bai eta Estatu Batuetakoa baino ere (719,5koa 1996an), eta apur bat handiagoa Suediakoa (604,7koa 1996an) baino. Euskal emakumezkoen hilkortasun-tasa, Alemaniakoa, Erresuma Batukoa eta Estatu Batuetakoa baino txikiagoa izan zen; eta txikiagoa izan zen, baita ere, Suediako emakumezkoen tasa baino (100.000 emakumezko bakoitzeko 478,5koa, 1996an).

Heriotza-zergati printzipalen perfila aldatu egin da azken hamarkadetan. Sexu bietarako urte horietan zehar heriotza-zergatirik sarrienak hauek izan dira: zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, tumore gaiztoak, arnas aparatuko gaixotasunak eta kanpo-zergatiak. Hala ere, gaixotasun nabarmenengatiko hilkortasunak, hots, zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko eta minbizia-gatiko hilkortasunak ez du izan eboluzio berdina denboran zehar. Lehenengo gaixotasun horiek asko gutxitu dira, proportzionalki gehiago gizonezkoetan emakumezkoetan baino; bigarren gaixotasunak, berriz, gehitu egin dira, gehiago gizonezkoetan eta apur bat gutxiago emakumezkoetan. Horren ondorioz, gizonezkoetan minbizia lehen hilkortasun-zergatia izatera pasatu zen 1993an; emakumezkoetan, berriz, zirkulazio-aparatuko gaixotasunek jarraitzen zuten izaten heriotza-zergatirik zarrienak, nahiz eta gaixotasun horien eta minbiziaren arteko diferentzia murriztu zen. (7 taula, 7 irudia).

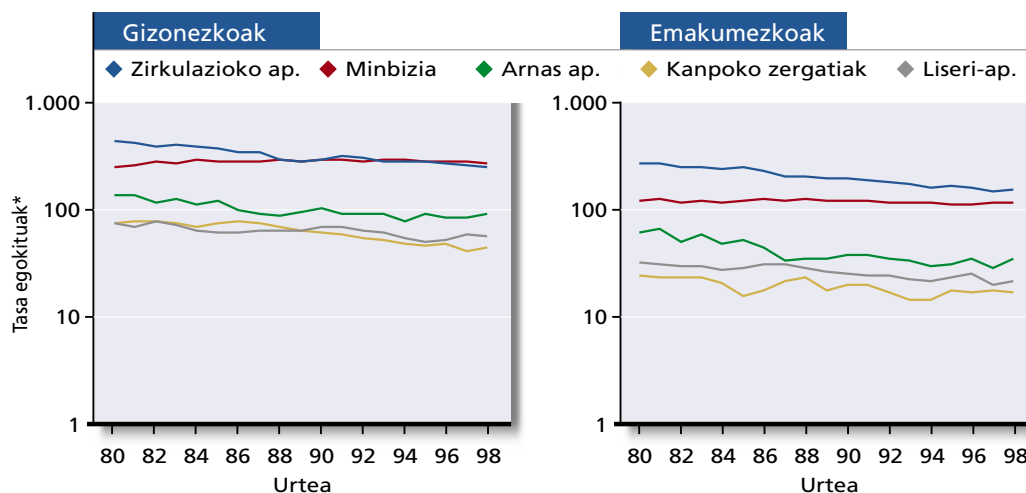
7 taula. Lehen 2 heriotza-zergatien eboluzioa. EHAE. 1980-1998.

Urtea	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	Zirkulazio-Ap. (%) [*]	Minbizia (%) [*]	Zirkulazio-Ap. (%) [*]	Minbizia (%) [*]
1980	36	24	46	20
1985	34	27	46	19
1990	30	30	43	21
1995	30	32	41	21
1998	30	33	40	22

^{*} Heriotza-kopuru totalaren gaineko portzentajea.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

7 irudia. Heriotza-zergati printzipalen eboluzioa. EHAE. 1980-1998.



^{*} 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

8 taulan sartu dira 1998ko hilkortasun-zerigatien 17 taldeen tasak, adinaren arabera egokituta, eta 1980tik hasita izan duten eboluzioa. Eboluzio horretan ikus daitekeenez, gehien gutxitu diren tasak zirkulazio-aparatuko gaixotasunak izan dira, urtean 8,7 puntutan. Gainera, arnas aparatuko eta digestio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasun-tasak ere, besteak beste, gutxitu egin dira. Alderantziz, gaixotasun mentalengatiko hilkortasun-tasak eta nerbio-sistemako gaixotasunengatiko hilkortasun-tasak nabari handiagotu dira. Ez dira larregi aldatu tumore gaizto, kanpo-zerigati eta gaixotasun infekzioengatiko hilkortasun-tasak. Haurduntzako, erditzeko eta erdiberriko konplikazioengatiko heriotzak ia ez dira gertatu; eta 1995etik aurrera ez da gertatu ama-hilkortasunaren kasurik.

8 taula. Hilkortasunaren eboluzioa denboran zehar, 17 zerigati-taldeetan banatuta. EHAE, 1980-1998.

Hilkortasun-zerigatia	Sexu biak	
	Tasa * (1998)	Urteko aldaketa (1980-98)
Gaixotasun infekziosoak eta parasitarioak	9,7	-0,1
Tumoreak	187,2	0,2
Guruin endokrinoen gaix. eta immunitate-trastornoak	20,3	0,6**
Odoleko eta ehun hematopoietikoko gaixotasunak	2,8	0,1**
Trastorno mentalak	18,5	1,2**
Nerbio-sistemako gaixotasunak	16,1	0,3**
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	198,5	-8,7**
Arnas aparatuko gaixotasunak	56,7	-2,3**
Digestio-aparatuko gaixotasunak	33,2	-1,3**
Aparatu genitourinarioko gaixotasunak	9,8	-0,4**
Haurduntza, erditze eta erdiberriko konplikazioak	0	—
Azal eta ehun konjuntiboko gaixotasunak	0,9	0,0
Ehun osteomuskularreko gaixotasunak	4,4	0,1**
Sortzetiko anomaliak	4,1	-0,1**
Jaioberriaren afekzioak	5,1	-0,2**
Txarto definitutako zerigatiak	11,5	-1,3**
Kanpo-zerigatiak	36,0	-0,7

* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarera egokituta.

** Estatistikaren aldetik joera esanguratsua.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

9 taulan ikus daitezke 1998ko hilkortasuneko kasuak eta tasa egokituak, zergati-talde nagusi eta sexu bakoitzeko.

9 taula. Hilkortasunaren kasu-kopurua eta tasak, 17 zergati-talde nagusietan eta sexuaren arabera banatuta. EHAE. 1998.

Hilkortasun-zergatia	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	kasuak	tasa*	kasuak	tasa*
Gaixotasun infekziosoak eta parasitarioak	173	15,8	108	5,6
Tumore gaiztoak	3.221	277,3	1.930	119,9
Guruin endokrinoen gaix.eta inmunitate-trastornoak	284	24,7	327	16,5
Odoleko eta ehun hematopoietikoko gaixotasunak	35	3,1	49	2,8
Trastorno mentalak	206	19,3	419	17,9
Nerbio-sistemako gaixotasunak	215	19,2	267	13,8
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	2.875	255,2	3.992	154,9
Arnas aparatuko gaixotasunak	1.068	94,6	787	35,1
Digestio-aparatuko gaixotasunak	528	46,4	429	22,1
Aparatu genitourinarioko gaixotasunak	144	13,2	169	8,3
Haurduntza, erditze eta erdiberriko konplikazioak	----	----	0	----
Azal eta ehun konjuntiboko gaixotasunak	9	0,8	23	1,0
Ehun osteomuskularreko gaixotasunak	38	3,6	105	4,6
Sortzetiko anomaliak	18	3,2	28	5,1
Jaioberriaren afekzioak	24	4,1	25	5,4
Txarto definitutako zergatiak	152	14,8	209	9,6
Kanpo-zergatiak	658	56,8	236	16,8

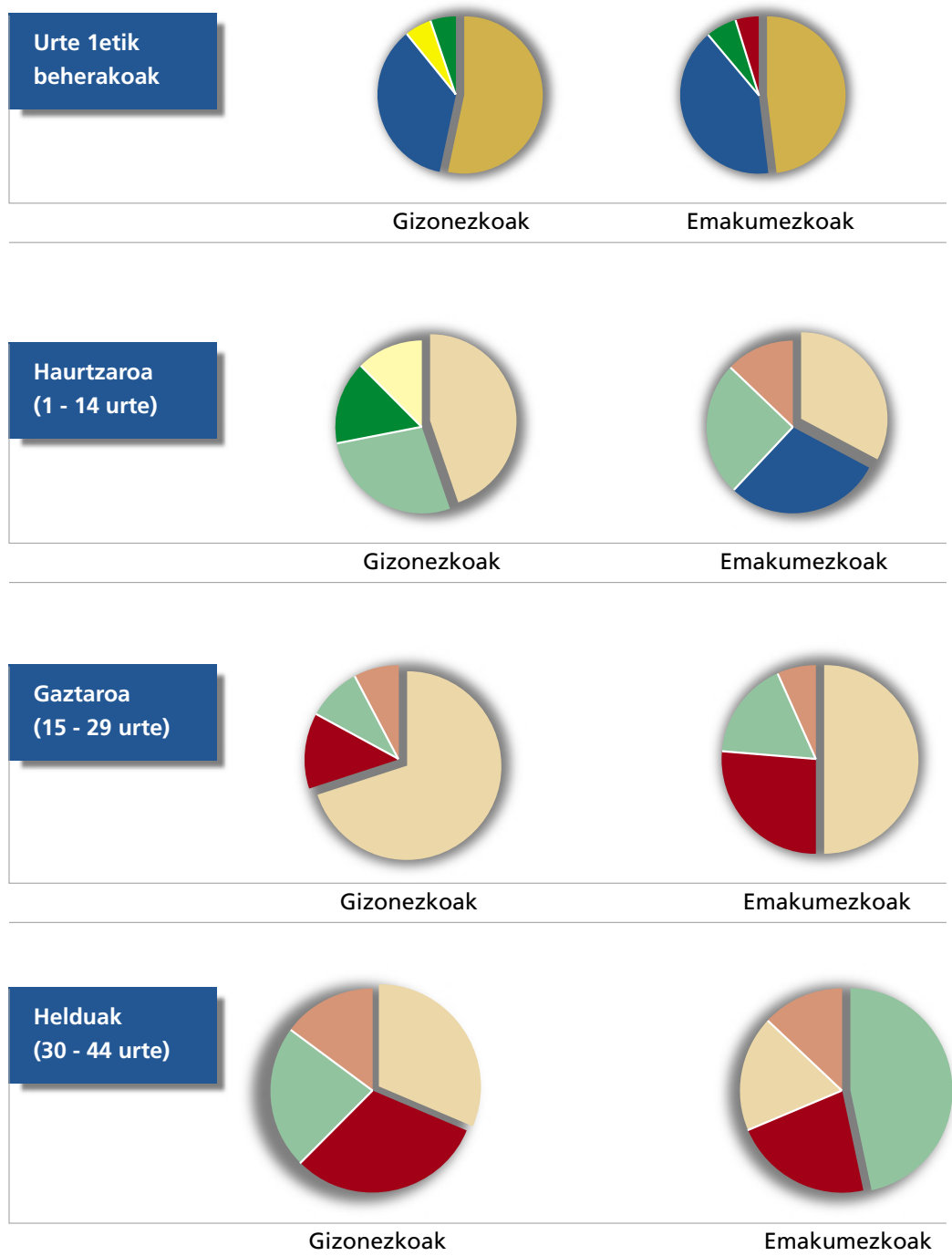
* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrean egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

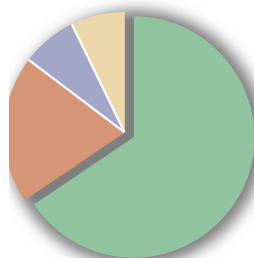
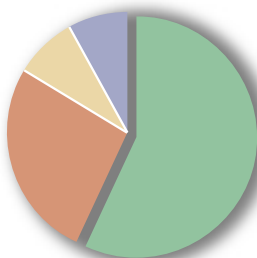
2.4.1. Hilkortasun-zergati printzipalak, adin-taldearen arabera

1995-98 aldian urte1etik beherakoetan lehenengo hilkortasun-zergatia jaiotginguruko afekzioak izan ziren, jarraian sortzetiko anomaliak zeuden. Haurtzaroan eta gaztaroan heriotzarik gehienak istripuko lesioei leporatu behar zaizkie, horien atzetik tumore gaiztoak daudelarik. Azken horiek lehenengo postua hartzen dute biztanleria helduan; adin horretan istripuko lesioak ere inportanteak dira; azkenik, 65 urtetik gorakoetan heriotzarik gehienak zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik gertatu ziren, eta neurri txikiagoan tumore gaiztoengatik (8 irudia).

8 irudia: Hilkortasun-zergati printzipalak, adin-talde eta sexuaren arabera. EHAe. 1995-1998.



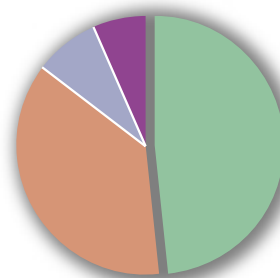
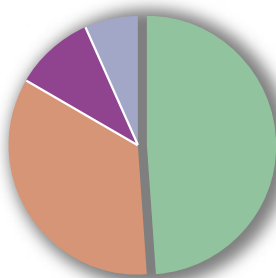
Helduak
(45 - 64 urte)



Gizonezkoak

Emakumezkoak

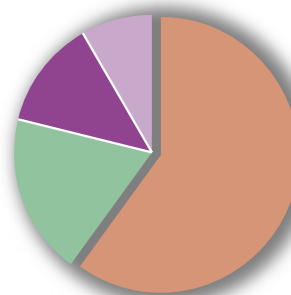
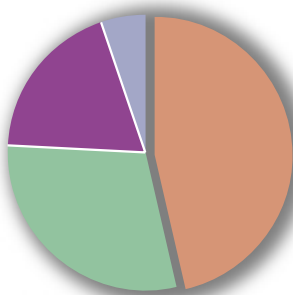
Helduak
(65 - 74 urte)



Gizonezkoak

Emakumezkoak

Helduak (75
urtetik gorakoak)



Gizonezkoak

Emakumezkoak

- | | | | |
|--------------------------|------------------|-----------------------|--------------------|
| ◆ Sortzetikoak | ◆ Jaioberrienak | ◆ Liseri-aparatua | ◆ Istripuak |
| ◆ Txarto definituak | ◆ Nerbio-sistema | ◆ Tumoreak | ◆ Infekzioak |
| ◆ Inmunitate-trastornoak | ◆ Arnas aparatua | ◆ Zirkulazio-aparatua | ◆ Dementzia senila |

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Adinen araberako hilkortasun-zerigati printzipalen eboluzioan berriz ere ikusi zen zerigatiaren arabarako hilkortasun espezifikoraren estudioan ikusitako fenomeno berbera; hau da, zirkulazio-aparatuko gaixotasunek izan zuten jaitsiera handia, 100.000 biztanleko 962ko tasatik 557ko tasara pasatu baitziren, 1980-84 eta 1995-98 aldietan hurrenez hurren. Adin-taldearen araberako azterketak egiaztatu zuten jaitsiera 65-74 urte bitarteko taldean batez ere gertatu zela; gainera, min-biziarengatik hilkortasun-tasak ia aldatu gabe mantendu zirenez, 1985 urtetik aurrera tumore gaiztoek hartu zuten lehen postua gizonezkoen heriotza-zerigatiaren artean, eta 1990etik aurrera emakumezkoen artean (10 taula).

Urte 1etik beherako taldean jaioinguruko afekzioak eta haurtzaroko istripuak ere asko jaitsi dira azken bi hamarkadetan; baina gainerako zerigatiak proportzio berean jaitsi direnez gero, ordenan ez da gertatu aldaketarik (10 taula).

10 taula. Lehengo hilkortasun-zerigatiaren eboluzioa, adin-taldearen eta aldiaren arabera banatuta. EHA. 1980-1998.

Adin-taldea		1980-84		1985-89		1990-94		1995-98	
		Zerigatia	Tasa*	Zerigatia	Tasa*	Zerigatia	Tasa*	Zerigatia	Tasa*
<1	gizonezk.	Jaioingur.	532	Jaioingur.	400	Jaioingur.	235	Jaioingur.	281
	emakum.	Jaioingur.	425	Jaioingur.	325	Jaioingur.	233	Jaioingur.	244
1-14	gizonezk.	Kanpo-zerigatiak	19	Kanpo-zerigatiak	12	Kanpo-zerigatiak	11	Kanpo-zerigatiak	8
	emakum.	Kanpo-zerigatiak	10	Kanpo-zerigatiak	6	Kanpo-zerigatiak	5	Kanpo-zerigatiak	4
15-29	gizonezk.	Kanpo-zerigatiak	68	Kanpo-zerigatiak	70	Kanpo-zerigatiak	81	Kanpo-zerigatiak	61
	emakum.	Kanpo-zerigatiak	16	Kanpo-zerigatiak	19	Kanpo-zerigatiak	17	Kanpo-zerigatiak	15
30-44	gizonezk.	Kanpo-zerigatiak	64	Kanpo-zerigatiak	58	Kanpo-zerigatiak	68	Kanpo-zerigatiak	66
	emakum.	Tumoreak	35	Tumoreak	36	Tumoreak	36	Tumoreak	38
45-64	gizonezk.	Tumoreak	362	Tumoreak	392	Tumoreak	404	Tumoreak	385
	emakum.	Tumoreak	170	Tumoreak	176	Tumoreak	173	Tumoreak	157
65-74	gizonezk.	Zirkulatioia	1.349	Tumoreak	1.255	Tumoreak	1.249	Tumoreak	1.181
	emakum.	Zirkulatioia	681	Zirkulatioia	504	Tumoreak	449	Tumoreak	422
>75	gizonezk.	Zirkulatioia	5.075	Zirkulatioia	4.432	Zirkulatioia	4.006	Zirkulatioia	3.688
	emakum.	Zirkulatioia	4.285	Zirkulatioia	3.882	Zirkulatioia	3.521	Zirkulatioia	3.298

* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrea egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

2.4.2. Hilkortasunaren banaketa, zergati espezifikoaren arabera

Heriotza-zergatien maiztasuna aldatu egiten da sexuaren arabera. 11 taulan aurkeztu dira, behe-ranzko ordenaz, sexu bakoitzean sarrien gertatu diren 15 gaixotasunen kasuak eta adinaren arabera egokitutako tasak; nabaritzat jotako beste 9 gaixotasun ere jarri dira. Lehen postuetan hauek daude sexu bietarako: gaixotasun zerebro-baskularrak, kardiopatia iskemikoa, eta birika eta bularreko neoplasiak. Psikosi senilean eta presenilean garrantzizko diferentziak ikusten dira; izan ere, emakumezkoen artean 6. postuan daude; gizonezkoen artean, berriz, 15.ean. Gizonezkoen artean trafiko-istripuak eta HIESa ere lehenengo postuetan daude.

11 taula. Kasu-kopurua, tasak, sarrien gertatzen diren zergati espezifikoaren eboluzio tenporala eta aukeratutako beste zergati batzuk. EHAe. 1980-98.

	Gizonezkoak				Emakumezkoak		
	Kasu-kop. 1995-98	Urteko tasa* 1995-98	urteko aldaketa 1980-98		Kasu-kop. 1995-98	Urteko tasa* 1995-98	urteko aldaketa 1980-98
1. Kardiopatia iskemikoa	4.050	90	-1,26**	1. Zirkulazio-ap.ko beste gaix.	5.018	64	—
2. Zirkulazio-ap.ko beste gaix.	3.891	87	—	2. Gaix. zerebro-baskularrak	3.827	49	-3,70**
3. Birikako minbizia	3.207	71	0,90**	3. Kardiopatia iskemikoa	2.827	37	-0,44**
4. Gaix. zerebro-baskularrak	2.886	64	-3,70**	4. Bularreko minbizia	1.280	23	0,10
5. Miokardioko infartu akutua	2.508	56	-2,20**	5. Miokardioko infartu akutua	1.629	23	-0,50**
6. BGOK eta kidekoen gaix.	2.219	49	0,90**	6. Psikosi senil eta presenila	1.590	19	1,17**
7. Prostatako minbizia	1.042	23	-0,10	7. Bestelako tumore gaiztoak	926	15	—
8. Zirrosia eta gibekeko gaix. kronikoak	985	22	-1,27**	8. Diabetesa	977	13	-0,38**
9. Urdaileko minbizia	981	22	-0,70**	9. BGOK	1.027	13	0,01
10. Koloneko minbizia	928	21	0,70**	10. Koloneko minbizia	686	11	0,20**
11. Beste kanpo-zerigatiak	903	20	—	11. Bestelako arnas gaix.	733	9	—
12. Trafiko-istripuak	847	19	-0,15	12. Pneumonia eta influenza	742	9	-1,33**
13. HIES	828	18	1,24**	13. Arteriosklerosia	705	8	-1,53**
14. Kokapena zehaztu gabeko tumorea	797	18	—	14. Gernu-aparatuko gaix.	612	8	-0,24**
15. Psikosi senil eta presenila	765	17	1,19**	15. Kokapena zehaztu gabeko tumorea	537	8	—
16. Pneumoniak eta influenza	663	15	-2,38**	16. Urdaileko minbizia	536	8	-0,40**
17. Diabetesa	644	14	-0,16**	17. Zirrosia, gibekeko gaix. kronikoak	465	8	-0,29**
18. Suizidioa eta autolesioak	489	11	0,40**	18. Alzheimer-en gaix.	493	6	0,39**
19. Istripu-erorketak	250	6	-0,15	19. Trafiko-istripuak	298	6	-0,11
20. Alzheimer-en gaix.	254	6	0,39**	20. HIES	255	6	0,38**
21. Parkinson-en gaix.	149	3	0,20	21. Suizidioa eta autolesioak	178	4	0,40**
22. Beste TBK batzuk	73	2	0,06**	22. Parkinson-en gaix.	174	2	0,01
23. Arnas TBK	58	1	-0,22**	23. Istripu-erorketak	129	2	-0,23**
24. Psikosi alkoholikoa	36	1	-0,03	24. Beste TBK batzuk	42	1	0,01

* 100.000 biztanleko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

** Ezberdintasun estatistikoki esanguratsua.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

2.4.3. Hilkortasun goiztiarra eta ebitagarria

♦ Hilkortasun goiztiarra

Hilkortasun goiztiarraren terminoak erabiliz, Galdutako Bizitza-Urte Potentzialen (GBUP-en) zergati printzipala hiesa izan da 1995-98 aldian; horren atzetik: trafiko-istripuak, beste kanpo-zergatiak (gainerako istripuak barne), birikako minbizia eta bihotzeko gaixotasun iskemikoa. 1995 urtera arte istripuek sortzen zuten GBUP-en kopuru handiagoa.

Gizonezkoen artean birikako minbiziak nagusitasuna hartu du, 1980-84 aldiko hilkortasun goiztiarraren zazpigarren zergatia izatetik 1995-98 aldiko laugarrena izatera pasatu baita; eta bere tasari dagokionez, 1.000 gizonezko bakoitzeko 3,8 GBUP-tik 5,1ekora pasatu baita. 1995-98 aldian trafiko-istripuengatik GBUP-en tasak nahiko egonkor mantendu dira (1.000 gizonezko bakoitzeko 6aren inguruan). HIESaren kasuan, 1995-1998 urteetako batez besteko GBUP tasa 6,5ekoa izan zen 1000 biztanleko. Baina 1999ko urtean tasa hori 1000ko 2,0ra jaitsi zen.

EHAeko emakumezkoen dagokionez, bularreko minbizia izan da aztertutako bi hamarkadetan zehar hilkortasun goiztiarraren lehen zergatia (1000 emakume bakoitzeko 2,7 GBUP-ko tasarekin. 1995ean hiesak bigarren postua hartu zuen, trafiko-istripuei ordezkatzuz. 1995-98 aldian GBUP-en tasak emakumezkoetan txikiagoak izan dira gizonezkoetan baino: 1.000 emakumezko bakoitzeko 2,2 hiesari dagokionez, eta 1,9 trafiko-istripuei dagokionez (12 taula).

12 taula. Hilkortasun goiztiarraren lehenengo 10 zergatiak. GBUPen tasak*, sexuaren arabera banatuta. EHA. 1995-98.

Gizonezkoak		Emakumezkoak	
Zergatia	Tasa **	Zergatia	Tasa **
HIES	6,5	Bularreko minbizia	2,7
Trafiko-istripuak	6,1	HIES	2,2
Beste kanpo-zergatiak	5,5	Trafiko-istripuak	1,9
Birikako minbizia	5,1	Zirkulazio aparatuko beste gaix.	1,3
Zirkulazio aparatuko beste gaix.	3,6	Gainerako tumore gaiztoak	1,2
Miokardioko Infartu Akutua	3,2	Beste kanpo-zergatiak	1,1
Zirrosia eta gibleko gaix. kronikoak	2,5	Gaix. zerebro-baskularrak	0,9
Suizidioa eta autolesioak	2,3	Nerbio-sistemako beste gaix.	0,9
Drogengatik istripu-pozoadura	2,0	Suizidio eta autolesioak	0,8
Gaix. zerebro-baskularrak	1,8	Zirrosia eta gibleko gaix. kronikoak	0,8

* Galdutako Bizitza-urte Potentzialak.

** 1.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

◆ Hilkortasun ebitagarria

Holland-ek ezarritako hilkortasun ebitagarriaren¹ zergatiak, 13 taulan aurkeztu dira. Zergati adierazleak dira eta beren helburua da osasun-asistentziako zerbitzuen eta lehen eta bigarren mailetako prebentzioko zerbitzuen emaitzak neurtzea. Zergati batzuk erakusten digute osasun-zerbitzuek ematen duten lehen mailako prebentzioa. Beste batzuk, berriz, tratamendu efikaz baten horniduraren menpe edo prebentzio sekundarioaren menpe daude. Zergation tasak adin-talde ezberdinetarako estimatzen dira, zergatiaren arabera; hala ere, zergatirik gehienak 5 eta 64 urte bitarteko taldeentzat kalkulatu dira.

13 taula. EHAeko hilkortasun ebitagarria. 1995-1998.

Gizonezkoak			Emakumezkoak		
Zergatia	Kasuak	Hilkortasun-tasa *	Zergatia	Kasuak	Hilkortasun-tasa *
Tumore gaiztoak	4364	117.9	Tumore gaiztoak	1965	52.1
Kardiopatia iskemikoa **	2284	81.2	Kardiopatia iskemikoa **	582	17.0
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	2216	59.3	Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	617	16.0
Birika, trakea eta bronkioetako tumore gaiztoak	1217	36.0	Gaix. hipertentsiboa eta zerebro-baskularra	192	11.3
Zirrosia eta gibealeko gaix. kronikoak	840	25.0	Zirrosia eta gibealeko gaix. kronikoak	322	8.5
Gaix. hipertentsiboa eta zerebro-baskularra	402	24.6	Motordun ibilgailuen istripuak	299	6.2
Motordun ibilgailuen istripuak	856	19.0	Birika, trakea eta bronkioetako tumore gaiztoak	138	4.0
Beste infekzio batzuk	91	3.0	Uteroko tumore gaiztoa	97	3.4
Diabetes mellitusaa	20	0.8	Utero-lepoko tumore gaiztoa	41	1.4
Tuberkulosia	26	0.8	Utero-gorputzeko tumore gaiztoa	30	1.0
Arnas gaixotasunak	4	0.7	Beste infekzio batzuk	27	0.1
Asma	9	0.4	Asma	10	0.4
Pneumokoniosia eta arnasaren bidezko beste gaixotasun batzuk	14	0.4	Diabetes mellitus	10	0.4
Hodgkin-en gaixotasuna	12	0.3	Hodgkin-en gaixotasuna	10	0.3
Bihotzeko gaix. erreumatiko kronikoa	3	0.1	Arnas gaixotasunak	1	0.2
Kolezistitisa eta kolelitiasia	4	0.1	Bihotzeko gaix. erreumatiko kronikoa	5	0.2
Hernia abdominala	3	0.1	Kolezistitisa eta kolelitiasia	7	0.2
Eskasiengatiko anemiak	2	0.1	Tuberkulosia	5	0.1
Apendizitisa	2	0.1	Pneumokoniosia eta arnasaren bidezko beste gaixotasun batzuk	3	0.1
Osteomielitisa	1	0.0	Hernia abdominala	2	0.1
Tetanoak	1	0.0	Apendizitisa	0	0.0
Gaixotasun txertagarriak	1	0.0	Eskasiengatiko anemiak	0	0.0
			Ama-hilkortasuna	0	0.0
			Tetanoak	0	0.0
			Osteomielitisa	0	0.0
			Gaixotasun txertagarriak	0	0.0

* 100.000ko tasa. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

** 25-74 urte bitarteko taldearentzat estimatutakoa.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

¹ Hilkortasun ebitagarria: Holland-ek proposatutako gaixotasun-zerrenda. Holland-en hipotesiaren arabera, asistentzia-zerbitzuek bai prebentzioan eta bai asistentzian behar bezala jokatu balute, jazokuntza edota gaixotasun horientzako heriotza-kopurua gutxitu, edo heriotza atzeratu litzateke.

Sexu bietarako zergati horietatik lehenengoak hauek izan ziren: tumore gaiztoak, kardiopatia iskemikoa, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, birikako neoplasia, gaixotasun hipertentsiboa, gibleko zirrosia eta trafiko-istripuak.

2.5. Morbilitatea

EHAeko ospitaleetako Alten Erregistroko datuen arabera, 2000 urtean altan sarrien agertu ziren diagnostiko printzipalak gaixotasun hauek izan ziren beheranzko ordenari jarraituz: zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, digestio-aparatukoak, arnas aparatukoak, haurduntza, erditze eta puerperioko konplikazioak (erditze normalak barne), tumoreak, eta kanpo-zergatien ondoriozkoak (14 taula).

14 taula. Ospitaleetako alten kasu-kopurua eta tasak, akutuen ospitale publikoetakoak, zergati-talde nagusien eta sexuen arabera. EHA. 2000.

Zergatia	Gizonezkoak		Emakumezkoak		Sexu biak	
	Kasuak	Tasak*	Kasuak	Tasak*	Kasuak	Tasak*
Gaix. infekzioso eta parasitarioak	1.846	181	1.274	119	3.120	149
Tumoreak	8.331	816	6.651	620	14.982	716
Gaix. endokr. eta inmunitate-trast.	1.160	114	1.465	137	2.625	125
Odoleko eta ehun hematopoietikoko gaix.	721	71	820	76	1.541	74
Trastorno mentalak	2.577	252	1.997	186	4.574	219
Nerbio-sistemako gaixotasunak	2.404	236	2.361	220	4.765	228
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	14.649	1.435	10.217	953	24.866	1.188
Arnas aparatuko gaixotasunak	11.343	1.111	6.802	634	18.145	867
Digestio-aparatuko gaixotasunak	12.825	1.256	8.978	837	21.803	1.042
Ap. genitourinarioko gaixotasunak	4.397	431	5.514	514	9.911	473
Haurduntzako, erditzeko eta puerperioko konplikazioak	0	0	18.671	1.741	18.671	892
Azal eta ehun konjuntiboko gaix.	1.078	106	719	67	1.797	86
Sistema osteomuskularreko gaix.	5.030	493	5.531	516	10.561	505
Sortzetiko anomaliak	657	64	537	50	1.194	57
Jaiotginguruko afekzioak	915	90	743	69	1.658	79
Txarto definitutako zergatiak	4.417	433	3.356	313	7.773	371
Kanpo-zergatiak	7.409	726	5.945	554	13.354	638

* 100.000 biztanleko tasa gordinak.

Iturria: EHAeko Ospitaleetako Alten Erregistroa. Osasun Saila.

1993an abian hasi zen EHAEko Ospitaleetako Alten Erregistroa; ordutik hona, zirkulazio-, digestio- eta arnas aparatuetako gaixotasunak izan dira gizonezkoetan hiru gaixotasun-talde nagusiak, horiek sortu baitituzte ingresu-kopururik handienak.

Emakumezkoetan, 8 urte horietan lehenengo hiru postuetan hauek egon dira: haurduntzako, erditzeko eta puerperioko konplikazioen taldea, zirkulazio-aparatuko gaixotasunena eta digestio-aparatuko gaixotasunena (15 taula).

15 taulan agertzen dira EHAEko akutuen ospitale publikoetan 2000an sarrien gertatu diren 10 diagnostiko printzipalak* eta tasak.

15 taula. Akutuen ospitale publikoetan sarrien gertatu diren 10 diagnostiko printzipalak*. EHAE. 2000.

Gizonezkoak			Emakumezkoak			Sexu biak		
Diagnostiko printzipala	Kasuak	Tasak**	Diagnostiko printzipala	Kasuak	Tasak**	Diagnostiko printzipala	Kasuak	Tasak**
Bronkitis kronikoa	2.693	264	Erditze normala	4.697	438	Erditze normala	4.697	224
Iztaiko hernia	2.363	231	Kolelitasia	1.933	180	Bronkitis kronikoa	3.373	161
Pneumonia	1.986	195	Fetu- eta plazenta-arazoak	1.688	157	Pneumonia	3.263	156
Bihotz-gutxiegitasuna	1.590	156	Osteoartrosia	1.536	143	Kolelitasia	3.180	152
Beste bihotz-gaix. iskemiko kronikoak	1.403	137	Husgune amniotikoko beste trast. batzuk	1.419	132	Bihotz-gutxiegitasuna	2.965	142
Arnas ap. sintomak	1.346	132	Beste erditze-konplikazio batzuk	1.379	129	Iztaiko hernia	2.618	125
Sintoma orokorrak	1.344	132	Bihotz-gutxiegitasuna	1.375	128	Osteoartrosia	2.548	122
Kolelitasia	1.247	122	Pneumonia	1.277	119	Sintoma orokorrak	2.260	108
Bihotzeko disritmiak	1.198	117	Beheko gorputz-adarretako bena barikosoak	1.236	115	Arnas aparatuko sint.	2.200	105
Apendizitis akutua	1.175	115	Izterrezur-lepoko haustura	1.191	111	Bihotzeko disritmiak	2.108	101

* 3 digituko kodeak.

** 100.000 biztanleko tasa gordinak.

Iturria: EHAEko Ospitaleetako Alten Erregistroa. Osasun Saila.

16 taulan agertzen dira, EHAEko ospitale publikoetan 2000n gehien egin ziren 10 prozedura kirurgiko-obstetrikoak.

16 taula. Akutuen ospitale publikoetan gehien egin ziren 10 prozedura kirurgiko-obstetrikoak. EHAE. 2000.

Gizonezkoak			Emakumezkoak			Sexu biak		
Prozedura	Kasuak	Tasak*	Prozedura	Kasuak	Tasak*	Prozedura	Kasuak	Tasak*
Kristalinoko kirurgia	4.963	486	Erditze-asistentziako beste prozedura batzuk	10.174	949	Kristalinoko kirurgia	12.270	586
Hernia-konponketa	3.728	365	Kristalinoko kirurgia	7.307	681	Erditze-asistentziako beste prozedura batzuk	10.174	486
Azal eta azalpeko ehuneko biopsia eta bestelako kirurgia	2.229	218	Forzepe eta bentosa bidezko eta ipurkako erditzea	2.911	271	Hernia-konponketa	4.957	237
Artikulazio-egiturako kirurgia	2.093	205	Uteroko legratuak eta bestelako kirurgia	2.593	242	Artikulazioak ordeztzeko eta konpontzeko operazioak	4.368	209
Haustura- eta luxazio-murrizketa	1.839	180	Artikulazioak ordeztzeko eta konpontzeko operazioak	2.540	237	Azal eta azalpeko ehuneko biopsia eta bestelako kirurgia	3.744	179
Artikulazioak ordeztzeko eta konpontzeko operazioak	1.828	121	Histerektomiak eta uteroko bestelako prozedurak	2.481	231	Haustura- eta luxazio-murrizketa	3.739	179
Uzkiko kirurgia	1.238	121	Bularreko kirurgia	2.268	211	Artikulazio-egiturako kirurgia	3.638	174
Prostata/besikula seminaleko kirurgia	1.235	121	Zesarea eta fetu-ateratzea	1.966	183	Forzepe eta bentosa bidezko eta ipurkako erditzea	2.911	139
Kirurgia apendikularra	1.227	120	Haustura- eta luxazio-murrizketa	1.900	177	Kateterismoak eta hodietako bestelako operazioak	2.783	133
Kateterismoak eta hodietako bestelako operazioak	1.190	117	Kateterismoak eta hodietako bestelako operazioak	1.593	148	Uteroko legratuak eta bestelako kirurgia	2.593	124

* 100.000 biztanleko tasa gordinak.

Iturria: EHAEko Ospitaleetako Alten Erregistroa. Osasun Saila.

2.6. Hautemandako osasuna

EHAEn 1992an eta 1997an bi osasun-inkesta egin ziren. Inkesta bion artean dauden aldaketak aztertuz jakin ditzakegu arlo batzuetako joerak.

Osasunaren autobalorazio orokorrak hobera egin du arlo guztietan. Hobekuntza erlatiboa handiagoa da bizitzaren adin ertainetan eta emakumezkoen artean. Halaber, adin guztietako gizonezkoen oharmen edo pertzepzio erlatiboak txarragoa izaten jarraitzen du emakumezkoena baino (%24 puntu beherago dago). Erlatiboki 45 urtetik beherakoetan txarrera egite handiagoa gertatu da. Azken datu horrek halako ziurgabetasunean jartzen gaitu, gizonezko helduen etorkizuneko osasun-ongizateari dagokionez.

Gaitasun funtzionalari buruzko iritziari dagokionez, emakumezkoetan baino gizonezkoetan txarragoa izaten jarraitzen du (kontuan izan, ezintasuna izateko arriskua emakumezkoetan txikiagoa dela %22an gizonezkoetan baino); eta gainera, 1992tik aurrera erlatiboki txarrera egin du.

Osasun mentalari dagokionez, txarragoa izaten jarraitzen du emakumezkoen artean, nahiz eta aurreko inkestatik diferentzia gutxitu egin den (Osasun-mental txarra izateko arriskua emakumezkoetan % 53 handiagoa da).

Hautemandako osasun-arazoen artean nagusi dira: bizkarrezurreko arazoak, artikulazio-arazoak, arterietako hipertentsioa eta bihotzeko arazoak.

3. Zerbitzu sanitarioak

3.1. Egitura fisikoa

Osakidetza/SVSeko zentro publikoko sareak eta zentro pribatuak eratzen dute Euskal Osasun Sistema.

Ospitale-sektoreak 51 zentro ditu, eta horietatik 20, publikoak dira. Azken horietatik 12, akutuen ospitaleak dira; beste 4, ertain-luzaroko egonaldiko ospitaleak dira; eta beste 4, ospitale psikiatrikoak (17 taula).

17 taula. EHAeko ospitaleetako baliabideak. 1999.

	Guztira	Publikoak	Pribatuak	Akutuak	Ertain-luzaroko egonaldia	Psikiatrikoak
Ospitale-kopurua	51	20	31	34	8	9
Ohe-kopurua	8.335	5.410	2.925	5.663	784	1.888
Oheak*	4,0	2,6	1,4	2,7	0,4	0,9

* 1.000 biztanleko.

Iturria: Euskal Estatistika Erakundera (EUSTAT) eta Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitale-estatistika.

Bestalde, kontuan izan behar dira: ospitalizazio-aukerako unitateetako oheak, egun-ospitale medikoak eta kirurgikoak eta etxe-ospitalizazioa. Guzti horietan gutxi gora behera 546 ohe daude.

Osakidetza/SVSeko ospitaletik kanpoko sarean gaur egun dauden baliabideak 18 taulan zehaztuta daude.

18 taula. Osakidetza/SVSeko ospitaletatik kanpoko baliabideak. 1999.

Anbulatorioak	28
Osasun-zentroak	101
Kontsultategiak	173
Larrialdiko zerbitzuak	38
Osasun mentaleko zentroak	46

Iturria: Euskal Estatistika Erakundera (EUSTAT) eta Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitale-estatistika.

3.2. Giza-baliabideak

1999an EHAEko ospitaleetan 19.070 lagun-kopuruak egin zuen lan (19 taula).

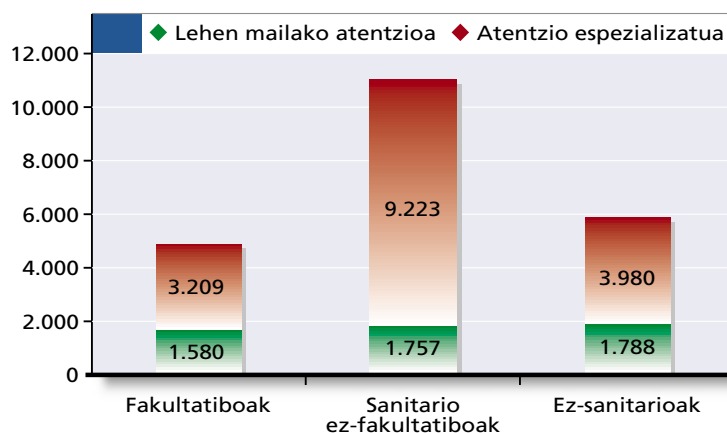
19 taula. Ospitaleetako giza-baliabideak. EHAE. 1999.

	Guztira	Publikoak	Pribatuak	Akutuak	Ertain-luzaroko egonaldia	Psikiatrikoak
Pertsonala guztira	19.070	14.714	4.356	16.737	1.000	1.333
Pertsonal sanitarioa	14.053	10.740	3.313	12.498	630	925
Medikuak	3.844	2.326	1.518	3.681	84	79
Erizaintza	5.240	4.487	753	4.812	240	188
Beste pertsonal sanitario batzuk	4.969	3.927	1.042	4.005	306	658
Ez-sanitarioa	5.017	3.974	1.043	4.239	370	408
Medikuak 100 oheko	40,3	48,5	23,4	61,2	10,2	3,6
Erizaintza 100 oheko	75,9	98,0	29,9	111,3	34,0	10,0

Iturria: Euskal Estatistika Erakundera (EUSTAT) eta Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Ospitale-estatistika.

1999an Osakidetza/SVSeko plantila 21.685 langilek osatu zuten eta langile horietatik 15.769 sanitarioak ziren. Plantila hori 9 irudian ikus daiteke atentzio-mailen arabera banatuta.

9 irudia. Osakidetza/SVSeko plantila, atentzio-mailaren arabera banatuta. 1999.



Iturria: Osakidetza/SVS.

3.3. Asistentzia-jarduera

20 taulan ikus daitezke Osakidetza/SVSeko akutuen ospitaleetako asistentzia-jardueraren 1994 eta 2000 urte bitarteko adierazleak. Azpimarragarria da ingresu-kopuruan ikusten den gehikuntza; ertaineko egonaldiak, ostera, behera egin du. Larrialdietako jardueran ere gehikuntza ikusten da.

20 taula. Asistentzia-jardueraren adierazleak. Akutuen ospitaleak. Osakidetza/SVSeko. 1994-2000.

	1994	2000	Diferentzia 94-00 (%)
Oheak	4.553	4.034	-11,4
Egonaldiak	1.298.698	1.210.375	-6,8
Ingresuak	166.974	197.214	18,1
Errotazio-indizea	36,67	48,89	33,3
Interbentzioak	102.167	129.779*	
Batez besteko atzerapena (egunak)	82,8	57,12	-31,0
Okupazio-indizea	78,15	81,97	4,9
Batez besteko egonaldia	7,78	6,14	-21,1
Larrialdiak	622.147	803.505	29,2
Larrialdi ingresatuak	96.010	111.273	15,9

Iturria: Osakidetza/SVS. 2000ko urteko txostena.

Kontsultei dagokienez, 2000an Osakidetza/SVSeko Lehen Mailako Atentzioko zentroetan hauek guztiak egin ziren: 7.256.175 mediku-kontsulta (30,7 bisita egunean mediku bakoitzeko; frekuentzia-indizea: 4,0); 1.338.663 pediatria-kontsulta (20,88 bisita egunean pediatrako; frekuentzia-indizea: 6,3); eta 6.640.378 erizaintza-kontsulta.

97ko Euskal Herriko Osasun Inkestan (97-EHAEOlan) bildutako datuekin konparatuz, osasun-zerbitzuen erabilera gehitu egin da kontsulta medikoetan eta kontsulta horiekin erlazionatutako satisfazioan. Azpimarragarria da prebentzio-arrazoiengatikoko kontsulten gehikuntza (%15 gehiago). Bestalde, garrantzizko gehikuntza ere gertatu da: pertsona helduen arteria-presio eta odol-kolesterolaren aldizkako kontrolean; gripearean aurkako txertaketan; eta prozesu gaiztoen detekzio goiztiarrean, hots, mamografien eta zitologia ginekologikoen bidez egiten den detekzio goiztiarrean.

Larrialdiei dagokienez, jendeak batez ere ospitaleetako larrialdietara jotzen jarraitzen du (horietan atenditzen dira larrialdi guztien %78a). Datu horrek erakusten digun konfiantzaren arrazoiak dira: eskuragarritasun hobea (%24) eta asistentzia hobea (%21). Erabiltzaileek ospitale-atentzioarekin duten satisfazioak (%95) badu bere muga, hauxe: itxarote-zerrendengatikoko insatisfazioa (%23), nahiz eta zerrendok, oro har, Estatuko onenak izan.

3.4. Gastu sanitarioa eta farmazeutikoa

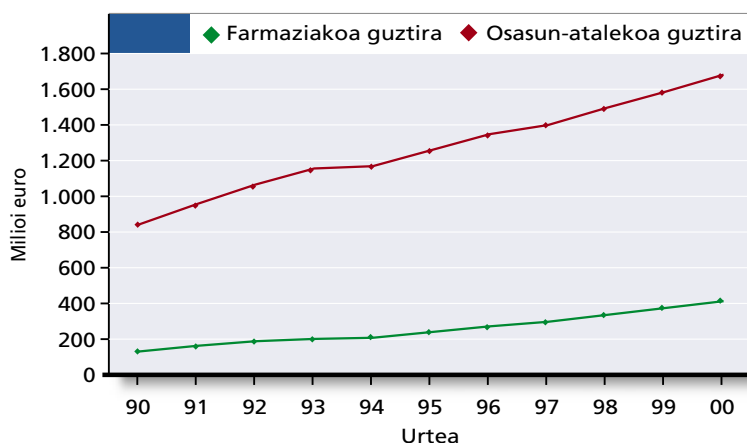
3.4.1. Gastu sanitarioa

2001ean Eusko Jaurlaritzako gastu totalaren barruan, osasun-atalarentzat 1.683,3 milioi € destnatu ziren.

3.4.2. Gastu farmazeutikoa

2000an medikamentuetan gastatu zena Osasun-atalari destinatutakoaren %24,7a izan zen (1.683,2 €); beraietako 341,3 milioi € errezetarikoko gastuan sartu ziren eta 74,0 milioi € ospitale-farmaziakoan. Gastu farmazeutikoari destinatutako partida ekonomikoa da azken urteotan gehikuntzarik handiena duena; izan ere, urtean %10 inguruko gehikuntza du (10 irudia).

10 irudia. Osasun- eta farmazia-gastuaren eboluzioa. EHAE. 1990-2000.



4. Osasun publikoko programak

Osasun Sailak asistentzia sanitarioa eskainiz gain, osasuna babesteko eta promozionatzeko programak eta gaixotasuna prebenitzeko programak eskaintzen ditu.

4.1. Osasunaren babesa

Osasuna babesteko programen oinarritzko helburua da, biztanleriaren osasunean eragina izan dezaketen kanpo-inguruko faktoreak zaintzea eta kontrolatzea. Horregatik, programak airearen, uren, lur-zoruaren eta elikadura-segurtasunaren kalitatea kontrolatzeko egiten dira batez ere.

♦ Airea

Airearen kutsadurari, bai biotikoari eta bai abiotikoari, lepora dakizkioke hainbat osasun-arazo. Airea kontrolatzeko jokabideak zenbait instituzioren bidez egiten dira; eta Osasun Sailaren ardurara da kutsagarrien kontzentrazioa determinatzea.

♦ Ura

EHAEko ur-hornidura guztietako kontsumo-uren kalitatea zaindu eta kontrolatzen du Osasun Sailak. Eta ondartzeko eta igerilekuen egoera higieniko-sanitarioak zaintzeko programak ere garatzen ditu.

♦ Janariak

Elikadura-segurtasuna kontrolatzeko Osasun Sailak garatzen dituen programen barruan daude besteak beste:

- Elikadura-establezimenduak ikuskatzea, hauek guztiak zaintzeko; instalazioen egoera, manipulazio-prozesuak, lehengaiak eta azken produktua.
- Elikadura-arrisku nagusiko jardueren programa; programa horren helburua da osasun-arrisku handia gerta daitekeen establezimenduetan prebentzio-neurriak azken punturaino eramatea.
- Hiltegietako ikuskapen iraunkorra.
- Janarien segurtasun kimikoa zaintzea, kutsagarrien eta nutrienteen ingestak determinatuz; determinazio hori egiteko, Dieta Osoa aztertu eta janari zehaztuetan kontrol selektiboak egiten dira.
- Segurtasun mikrobiologikoko programa; prozedurak normalizatuz eta laginak bilduz determinazio analitikoak egiteko.

♦ Beste programa batzuk

Badaude beste programa batzuk osasuna babesteko, esaterako jarduera gogaikarri, osasungaitz, kaltegarri eta arriskutsuak (GOKA) tramitatzeko programa; edo proiektio publikoko establezimenduen programa. Programa horien helburua da zentroen egoera higienikoak zentsatu eta ebaluatzea, zeren, zentro horien jarduera edo beraietan atenditzen den biztanleria kontuan hartuta, hobeto kontrolatu behar baitira. Gainera, babes erradiologikoko programa bat ere badago, osasunean erradiazio ionikoek eragin ditzaketen ondorio negatiboak prebenitzeko.

4.2. Osasunaren promozioa eta gaixotasunaren prebentzioa

Izenburu honetan ondoko programak sartu dira:

- Tabakismoa prebenitu, kontrolatu eta murrizteko programa, erretzen ez dutenei laguntzeko beren osasuna babestuz, eta erretzeari utzi nahi diotenei adore eman eta laguntzeko.
- Haurren istripu-lesioak prebenitzeko Zainbide proiektua; proiektu horren helburua haurren istripuak murriztea da.
- Metabolopatieen programa, jaioberrietan metabolopatiak goiz detektatzeko.
- Haurren eta helduen txertaketa-programa, EHAEan gaixotasun immuno-prebenigarriak erradikatzeko edo beren intzidentzia gutxitzeko.

5. Programa intersektorialen eskaintza

Osasun-determinatzaileak deitzen zaie osasunean ondorioak sortzen dituzten determinatzaileei. Ondorio horietan oinarritzen da egintza multisektoriala. Determinatzaile horiek pertsonak berak dituen faktoreak, edo bere bizitza-inguruan dauden faktoreak dira. Faktoreok erabateko eragina dute pertsonaren osasunean eta ongizatean, bai pertsonak duen osasuna afektatzen dutelako bai bere etorkizuneko bizitzako ongizate-gaitasunaren alde edo kontra egiten dutelako.

Egin daitezkeen interbentzioen ondorioak kontuan harturik, osasun-determinatzaileak honela bereiztu dira: biologikoak, hauetan herentzia, sexua eta adina sartzen dira batez ere; bizimoduaren arabekoak, hauetan sartzen dira bakoitzaren portaerak edo ohiturak: ariketa fisiko, elikadura, sexu-molde eta drogen kontsumoari (legalen edo legez kanpokoaren kontsumoari) dagozkienak; talde horretan beste portaera batzuk ere sartzen dira, esaterako, motordun ibilgailuak gidatzean, aisialdietan, atsedenaldietan eta abarretan pertsonak dituen portaerak; sozialak, hauen artean nagusi dira diru-ingresuak, enplegua, langabezia, hezkuntza, etxebizitza, edateko uren hornidura, saneamendu-sarea eta janarien hornidura; osasunaren aldeko tokiak, esaterako hurbileko hiri-ingurua, lantokia, eskolak eta oro har hezkuntza-ikastetxeak, kultura- eta kirol-elkarteak, osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzu komunitarioak; azkenik, oro har, kondizio sozio-ekonomikoak, kulturalak eta ingurugirokoak, zeinak sektore askoko politikek eta jarduera pribatuek giza-osasunean duten eraginari baitagozkio, eta biztanleriaren osasun-mailaren hobekuntzan lortzen dituzten irabaziez.

Azken hiru ataletan erabat inplikaturik geratzen dira jarduera-sektore interesgarri batzuk, bai publikoak bai pribatuak; izan ere, elkarrekintzan positiboki aritu daitezke sektore sanitarioarekin, elkarrekiko etekinak lortzeko, etekinotan batez ere komunitatearen osasun-maila hobetzea dagoelarik.

Osasun-determinatzaileak anitz sektoreen zeregintzat hartzeak, osasun-sistemarentzat erronka hirukoiztea dakar. Lehenengo erronka: politika publiko ezberdinen protagonistak eta egileak sentiberatzea, beren erabakiek osasunean izan ditzaketen ondorioez jabetu daitezkeen arte eta ondorioen erantzukizuna asumi dezaten arte. Bigarrena: eragin hori ebaluatzeko mekanismo eta lanabesak erraztea; erronka hori lehenengo eta behin sektore sanitarioari dagokio. Eta azkenik: gainerako politiketan aldeko ondorioak neurtzea eta bisualizatzea, osasuna promozionatzeko eta biztanleriaren osasunean ongizate-maila altuagoak lortzeko.

5.1. Osasunaren determinatzaile sozio-ekonomikoak

EHAEn sektore-politiken inguruan egintza batzuk martxan jarrita daude; egintzok atal honetan sar daitezke, eta beren eragina kontuan harturik ondokook azpimarratuko ditugu:

- Pobreziaren aurkako borroka integralaren plana.
- Enpleguaren aldeko instituzioen arteko plana.

- Prestakuntza profesionalari buruzko euskal plana.
- Emakumezkoei dagokienez, EHAEan egintza positiboak burutzeko plana.
- Etxebide izeneko etxebizitza-plan zuzentzailea.
- Ibai-arroen eta kostaldeen saneamendu integralaren Plana.
- Gazteria Plana.

Guztiok proposatzen dituzten helburuak lortzeko, batetik, bakoitzak bere neurriak jarri beharko ditu, eta bestetik, elkarrekintzan arituko dira; horrela, osasun-determinatzaileak hobetzea lortuko baita, nahiz eta oraindik hobekuntza horren ebaluazioa egin ez den. Ebaluazio hori oraindik eginda ez dagoenez, gaur egun ezin da aurreikusi bere eragina osasun-indize batzuen eboluzioan, biztanleriari edo zenbait osasun-arazo espezifikorik dagokienez.

Azpimarratzekoa da, goian aipatutako politiken helburuak hobeto lortzeko, laguntza handia ematen dutela bai biztanleriaren osasun-maila onek bai osasun-sistemaren lankidetzak. Esaterako, zalantzarik gabe, osasunaren falta kronikoa da eragin gehien izan dezakeen faktore-etako bat; izan ere, osasunik ez badago, ezinezkoa da ingresu-maila egokiak lortzea, eta, noski, norberaren edo familiaren bestelako baliabiderik edo eskubiderik ez izateak pobrezia dakar. Horrela bada, osasuna aurrebaldintza bihurtzen da, ingresu egokiak lortzeko. Era berean, osasun indibidualaren maila ona funtsezko laguntza da, bai langilearentzat bai enpresarentzat asetzeko moduko lan-prestazioa izateko, eta norberaren prestakuntzarekin eta interesekin bat datorren enplegua lortzeko. Hezkuntzari dagokionez, osasun ona eta bizitza-ohitura osasungarriak ia ezinbesteko baldintzak dira, ahalik eta hezkuntza-mailarik onena lortzeko, hezkuntza-eskaintzaren eta jarrera pertsonalen berdintasunean. Azkenik, zenbait sektoreri ondo datozkie osasun-sistemak ematen dituen datuak eta ebaluazioak, adibidez, etxebizitzaren arlokoak, edateko ur kantitate eta kalitateari dagozkienak, saneamenduaren arazketa onargarriari dagozkionak eta janarien horniduran exigigarriak diren barietate, kantitate eta kalitateari buruzkoak.

5.2. Osasuna sustatzeko tokiak

Zer dira, Plan honen arabera, osasunaren promozio-tokiak? espazio-multzoak, edo zentroak, edo erakundeak dira, zeinetan jarduerak taldeka, erregulariki eta familia-giroan egin behar direneta-tik aparte egiten diren; eta aukera argiak ematen dituzte, osasuna sortzen duten bektoreak, eza-gutzak eta osasuna babesteko praktikak indartzeko. Printzipalenak hauek dira:

- Lantokiak.
- Eskola- eta hezkuntza-zentroak, batez ere hezkuntza orokorreko eta prestakuntza profesio-naleko zentroak, eta goi mailako prestakuntzakoak.
- Auzoak eta etxetik hurbileko hiri-inguruak. Horietan bereziki aipatu behar ditugu: beren hiri-ekipamenduaren maila, jarduera kolektiborako destinatutako lokalak, elkartzeko eta jolaste-ko lekuak eta guzti horien mantenimendu-maila.
- Gizarte-zerbitzu komunitarioak.
- Hiritar, kultur eta kirol-elkarteak.
- Osasun-zerbitzuak.

Halaber, atal honi lotutako sektore-politiken inguruan zenbait egintza martxan jarrita daude EHAEan. Osasunean eragin gehien izan dezaketenak hauek dira:

- OSALANen plan estrategikoa. Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea.
- Osasunaren Promozio eta Hezkuntzarako Osasuna-Hezkuntza-Drogamenpekotasuneko Batzorde mistoa.
- Hezkuntza Berriztatze Programak.
- Nekazal Prestakuntzarako Plana.
- Ingurugiro-Hezkuntzarako Plana, unibertsitatetik kanpoko hezkuntza-sisteman.
- Urdaibai Biosfera-Erreserbaren Plana.
- Drogamenpekotasunen Plana.
- Bide-segurtasunaren Plana.

Plan-multzo horrekin batera Lurralde Historikoetara eta eskualde zehaztuetara mugatutako beste plan batzuk ere badaude, foru eta udalerrietako entitateei dagozkien gizarte-zerbitzuen konpetentziaren arabera eginda daudenak. Horiek ere osasun-mailarekin lotutako adierazleak hobetzeko jarduerak bultzatzen dituzte.

5.3. Kondizio orokor sozio-ekonomikoak, kulturalak eta ingurugirokoak

Atal honekin lotutako sektore-egintzak biltzen dituzten planak martxan jarrita daude EHAEan. Hauek dira:

- EHAEaren Lurralde-Antolamendurako jarraibideak.
- EHAEko Jarduera Ekonomikorako lurralde-sektoreei buruzko plana.
- Eusko Nekazal Plan estrategikoa.
- Nekazal/oihan-sektoreko eta Inguru Naturaleko Lurralde-plana
- Euskal Herriko Zientzia- eta Teknologia-plana.
- "Euskadi, Informazioaren Gizartean" plana.
- Informatikaren eta Telekomunikazioen plana.
- Euskal Herriko Errepideen plan orokorra.
- Ingurugiroko Marko Programa.

Goian zerrendatutako planetan aurreikusten diren egintza askok eragin erabakigarria dute bizitza osasungarriagoa garatzeko behar diren baldintzak sortzerakoan. Hiru jarduera-talde bereiztuko ditugu. Lehenengo taldekoek erraztasuna ematen dute informaziorako, komunikaziorako (garraioa barne) eta pertsonetikiko, inguruarekiko eta zerbitzuekiko harremanetarako; guztion elkarrekintzek satisfazioa eta segurtasuna sortzen dituzte. Bigarrenekoak, ohiko egoitza-esparruko aberastasuna sortzen duten jarduera printzipalek lortutako garapen-mailari dagozkio. Azkenik, hirugarren taldekoak bizitza egiten den gizarte-taldean nagusi diren balioei eta, bereziki, erabilgarri dagoen gizarte-laguntzari dagozkie.

Horietako jarduera bakoitzak biztanleriaren osasun-mailan duen eragina aldatu egiten da, jarduera-motaren arabera, batzuetan eragin zeharkakoa eta beste batzuetan eragin esplizituagoa izaten delarik.