

**EAEko
OINARRIZKO OSASUN-EREMUETAN
BIZI-ITXAROPENEAN DAUDEN
DESBERDINTASUNAK,
2006-2010.**

Osagin Txostenak 2015-1
Biztaleriaren osasunaren gaineko ikerketa eta berrikuntza



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza

Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko zuzendaria

Iñaki Berraondo Zabalegui

Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua

Montse Calvo, Santiago Esnaola

EUSTAT. Instituto Vasco de Estadística

Esker onak

Soziologia 2 Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Unai Martín, Amaia Bacigalupe

Osasun Saila

Estíbaliz Elorriaga, Maite de Diego, Elena Aldasoro, Covadonga Audicana, Puy Esparza, Jon Zuazagoitia

Itzulpena: IVAP. Herri Arduralaritzaren Euskal Erakundea. Itzultzaile Zerbitzu Ofiziala (IZO). Servicio Oficial de Traductores.

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 :

Calvo M, Esnaola S. EAEko oinarrizko osasun-eremuetan bizi-itxaropenean dauden desberdintasunak, 2006-2010
Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua: 2015

Argitaraldia: 1.ª, 2015ko ekaina

Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa. Osasun Saila

Internet:

Dokumentu: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osagin/eu_profesio/adjuntos/ot2015_1eus.pdf

Datuak: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osagin/eu_profesio/adjuntos/datuak.xlsx

1 LABURPENA

2 SARRERA

3 EAEKO OINARRIZKO OSASUN-EREMUETAKO BIZI-ITXAROPENA,
2006-2010

4 BIZI-ITXAROPENA EAEKO HIRIBURUETAN

5 EMAKUMEEN ETA GIZONEN ARTEKO DESBERDINTASUNAK
BIZI-ITXAROPENEAN

6 EAEKO ETA EAEKO OINARRIZKO OSASUN-EREMUETAKO
BIZI-ITXAROPENAREN BILAKAERA

7 ONDORIOAK

1. EMAITZA NAGUSIAK ETA BESTE HERRIALDE BATZUETAN
BEHATUTAKOAREKIKO KONPARAZIOA
2. EMAITZAK INTERPRETATZEA ETA INPLIKAZIO PRAKTIKOAK

8 ERANSKINA

1. OINARRIZKO OSASUN-EREMUEN ARABERA, BIZI-ITXAROPENAREN AZTER-
KETAN ERABILITAKO METODOAK.
2. AHULEZIAK

9 ERREFERENTZIAK



1

LABURPENA

Monitorizazioa funtsezkoa da osasun arloko desberdintasun sozialak murriztera bideratutako EAEko Osasun Planeko esku-hartzeak orientatzeko eta ebaluatzeko. Dokumentu honetan, 2010era arteko datuekin, EAEko oinarrizko osasun-eremuetako jaiotzako bizi-itxaropenaren banaketari buruz eskuragarri dagoen informazioa eguneratzen da eta 2006-2010 aldiko egoera deskribatzen da, aurreko bost urteko aldiarekiko aldaketa (2001-2005) balioetsiz.

2006-2010 aldian, jaiotzako bizi-itxaropena, EAEn, 78,1 urte izan zen gizonen artean, eta 85,1 urte, emakumeen artean. Oinarrizko osasun-eremuen arabera eredu geografikoa agerian geratu zen; hala, balio handiagoak egon ziren hegoaldean eta ekialdean gizonen kasuan eta hego-ekialdean, emakumeen kasuan. Gizonen nahiz emakumeen kasuan, bizi-itxaropenak behera egiten zuen bizilekuaren gabezia sozioekonomikoak gora egiten zuen heinean. Eraitza onena eta txarrena dituzten oinarrizko osasun-eremuen arteko bizi-itxaropeneko arraila 10,5 urtekoa da gizonengan eta 7,0 urtekoa, emakumeengan. Emakumeen eta gizonen arteko bizi-itxaropenaren aldea (edo gizonezkoen defizita) 7 urtekoa izan zen. Gizonezkoen defizit handiena 11,2 urtekoa izan zen eta Pasai San Pedron gertatu zen; txikiena, 2,0 urtekoa, Gasteiz Hegoaldean.

Oro har, Gasteizko oinarrizko osasun-eremuek bizi-itxaropen hobea izan zuten gainerako hiriburuek baino, bai gizonen kasuan eta bai emakumeen kasuan. Hiriburuen artean, Bilbon daude desberdintasun handienak gizonen kasuan (8,5 urte), eta emakumeen artean, berriz, Gasteizen (5,9 urte).

2001-2005 aldiarekin konparatuta, 2006-2010 aldiko jaiotzako bizi-itxaropena 1,6 urte luzatu da gizonen artean, eta 1,3 urte emakumeen artean EAEn. Nolanahi ere, bi aldi horien artean, oinarrizko osasun-eremuaren arabera bizi-itxaropeneko arraila ia urtebete igo zen gizonen kasuan, eta urte eta erdi inguru emakumeen kasuan.

Profil sozioekonomiko desberdina duten eremu txikietako, hala nola oinarrizko osasun-eremuetako, bizi-itxaropeneko desberdintasunek garrantzitsuak izaten jarraitzen dute eta gora egin dute. Eraitza horiek laguntzen dute, batetik, identifikatzen EAEko zer eremutan egin behar den ahalegin handiagoa osasun-politiken eta osasunean eragina duten bestelako sektore-politiken arloan; eta bestetik, orientatzen Osasun Planean jasotako esku-hartzeak osasuneko desberdintasun sozialak murrizteko.



4

2 SARRERA

Osasuneko desberdintasun sozialak dira gure inguruneko herrialdeek aurre egin behar dioten osasun publikoko arazo nagusietako bat¹. Europan, zenbait herrialdek osasuneko desberdintasunak murrizteko politikak jarri dituzte abian². Era berean, EAEn, 2002-2010 eta 2013-2020 osasun-planen helburuen artean jaso zen osasuneko desberdintasun sozialak murriztea, eta desberdintasun horien monitorizazioa sustatzea eta garatzea proposatu zuten³. Osasuneko desberdintasunak zaintzea edo monitorizatzea ezinbestekoa da osasun-politikak behar bezala antolatzeko: emaitzak beharrezkoak dira osasun-politikak ezagutarazteko, esku-hartzeak orientatzeko, emaitzak ebaluatzeko eta kontuak ematea hobetzeko⁴. Testuinguru horretan, dokumentu hau argitaratzen da, zeinak EAeko oinarrizko osasun-eremuen arabera bizi-itxaropenaren banaketari buruzko informazioa eguneratzen duen⁵.

Jaiotzako bizi-itxaropena^a biztanleriaren hilkortasuna laburbiltzeko neurri bat da, eta biztanleria-taldeen arteko osasun-desberdintasunak hautematea ahalbidetzen duten beste hilkortasun-adierazle batzuk^{6, 7} baino errazago ulertzen da. Aurreko ikerketetan, bizi-itxaropenerako oinarrizko osasun-eremuen^b banaketa deskribatu zen 2001-2005 aldirako. Lan honetan, EAeko eta hiriburuetak oinarrizko osasun-eremuetako jaiotzako bizi-itxaropenaren banaketa deskribatzen da 2006-2010 aldirako. Gainera, 2001-2005 eta 2006-2010 bost urteko aldien arteko bizi-itxaropeneko desberdintasunen aldaketa deskribatzen da. Eranskinean erabilitako metodologia jasotzen da. Beste dokumentu batean⁸ oinarrizko osasun-eremu bakoitzeko emaitza xehakatuak aurkezten dira.

^a Hau da aldi baterako jaiotzako bizi-itxaropena: pertsona jaio berri bat bizitzea espero den urteen batez bestekoa, betiere, bere bizitzan aldi horretako adineko hilkortasun-tasa espezifikoaren eraginpean badago.

^b Oinarrizko osasun-eremua da osasuneko lehen mailako arretaren jarduerarako erreferentziazkoa den eremu geografikoa.

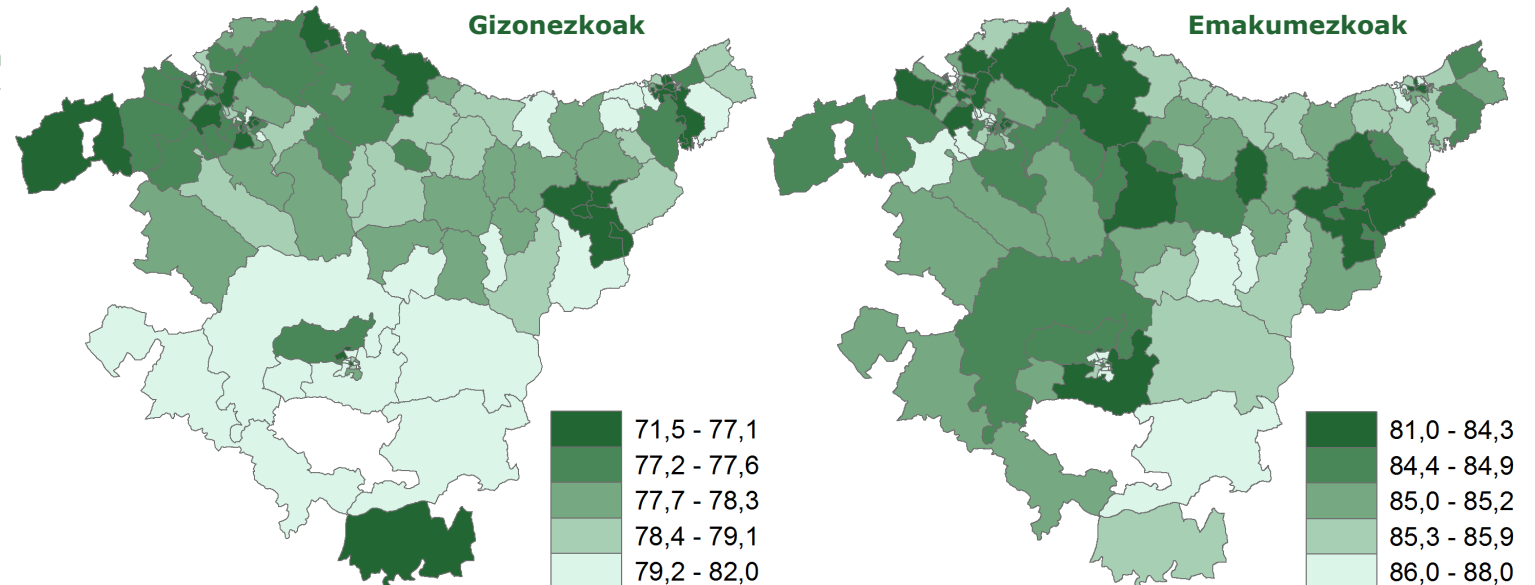
3 EAEko oinarrizko osasun-eremuetako bizi-itxaropena, 2006-2010.

6

- EAEko jaiotzako bizi-itxaropenak (BI) eredu geografikoa agertzen du; hala, balio handiagoak egon ziren hegoaldean eta ekialdean gizonen kasuan eta hego-ekialdean, emakumeen kasuan.
- Gizonen nahiz emakumeen kasuan, bizi-itxaropenak behera egiten zuen bizilekuaren gabezia sozioekonomikoak gora egiten zuen heinean.
- Emaitza onena eta txarrena dituzten oinarrizko osasun-eremuen arteko bizi-itxaropeneko arraila 10,5 urtekoa da gizonengan eta 7,0 urtekoa, emakumeengan.
- Bizi-itxaropen baxuena duten oinarrizko osasun-eremuak gabezia sozioekonomiko handiena agertzen dute.

EAEko oinarrizko osasun-eremuetako jaiotzako bizi-itxaropenak oso patroiz geografiko nabarmena du gizonen kasuan, balio handiagoa du hegoaldean eta ekialdean; emakumeen kasuan, berriz, hego-ekialdeko oinarrizko eremuetako bizi-itxaropen handiagoa nabarmentzen da (1. irudia). Nabarmentzekoak dira gizonen eta emakumeen arteko desberdintasunak bizi-itxaropenaren tartetan: Gizonen artean bizi-itxaropen handiena izan duten hiru oinarrizko osasun-eremuek emakumeen artean bizi-itxaropenak balio txikiena izan duen bost eremuetakoaren antzekoa izan dute.

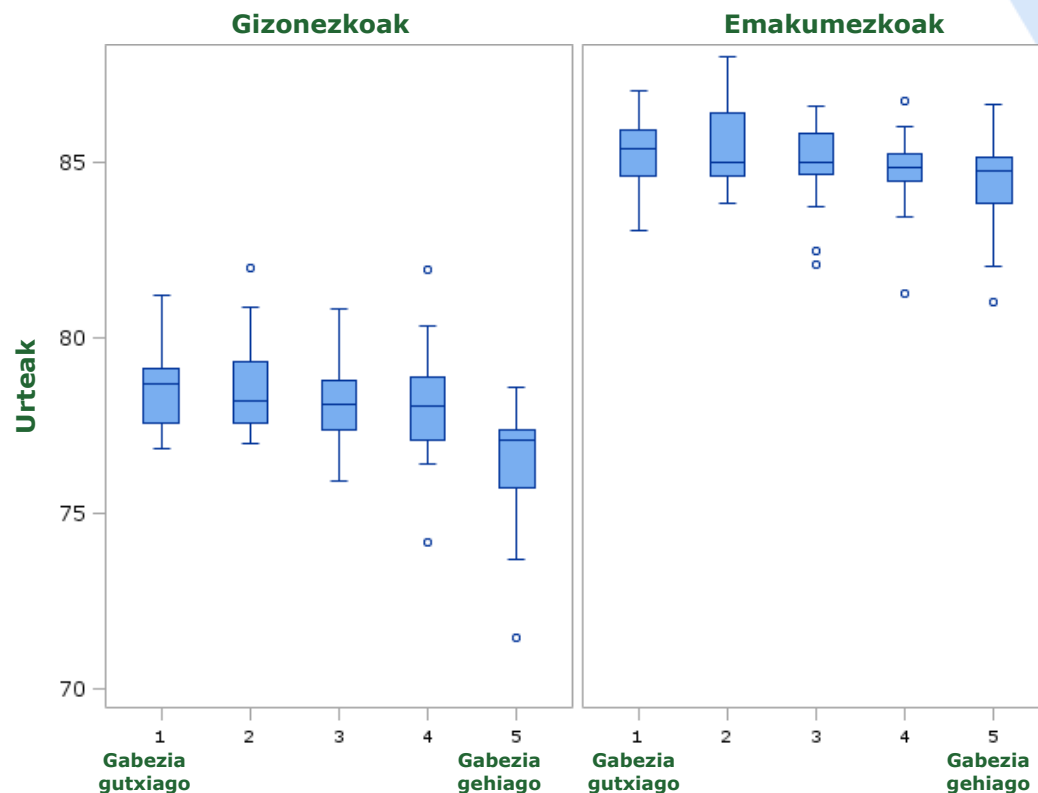
1. irudia. Jaiotzako bizi-itxaropena EAEko oinarrizko osasun-eremuetan. 2006-2010



3 EAEko oinarrizko osasun-eremuetako bizi-itxaropena, 2006-2010.

Bizi-itxaropenaren eredu geografikoa eremu horren ezaugarri sozioekonomikoekin erlazionatuta dago. Bi sexuetan, bizi-itxaropenaren eta bizilekuaren gabezia sozioekonomikoaren artean harreman graduala dagoela ikusten da, eta harreman hori handiagoa da gizonen kasuan emakumeen kasuan baino. Hartara, bizi-itxaropenak behera egiten du eremuaren gabezia-mailak gora egiten duen heinean (2. irudia).

2. Irudia. Jaiotzako bizi-itxaropena oinarrizko osasun-eremuko eta gabezia-indizearen arabera, sexu bakoitzeko, EAE, 2006-2010



Oinarrizko osasun-eremuen araberako bizi-itxaropenaren banaketa balioesterakoan, ikus daiteke 2006-2010 bost urtekoan oso alde handiak egon zirela bi sexuetan. 1. taulan, sexu bakoitzerako, 2006-2010 aldian bizi-itxaropen handiena eta txikiena izan zuten oinarrizko 10 osasun-eremuen rankinga aurkezten da. Gizonen artean, jaiotzako bizi-itxaropen handiena (82,0 urte) Gasteiz Hegoaldeko eremuan behatu zen eta txikiena, berriz, (71,5 urte) Bilbo Zaharrean; bien arteko arraila 10,5 urtekoa da. Gainera, emaitza onenak eta txarrenak dituzten oinarrizko osasun-eremuen taldekatze geografikoa gertatu zen. Araba osatzen duten oinarrizko 20 eremuetatik 8, 10 onenen artean zeuden; bestalde, Bilbo-Basurtu ESIko 20 eremuetatik 4, emaitza txarrenak izan zituzten 10 eremuren artean zeuden; hain zuzen ere, 4 eremu horiek zituzten adierazle sozioekonomiko txarrenak. Emakumeen artean, bizi-itxaropen altueneko oinarrizko osasun-eremua (88,0 urte) Santa Luzia izan zen; baxuena, berriz, (81,0 urte), gizonen kasuan bezalaxe, Bilbo Zaharra; bien arteko arraila, berriz, 7,0 urte. Gizonen artean gertatzen den moduan, Araban daude emaitza onenak dituzten eremu gehienak, 10 eremu onenetatik 7 han baitaude

3 EAEko oinarrizko osasun-eremuetako bizi-itxaropena, 2006-2010.

8

1. taula. Jaiotzako bizi-itxaropen (BI) handiena eta txikiena duten oinarrizko 10 osasun-eremuen rankinga, EAE; 2006-2010.

Gizonezkoak	BI	% 95eko K.T.
EAE	78,1	(78,0 - 78,2)
Oinarrizko osasun eremua (ESI)		
Gasteiz Hegoaldea (Araba)	82,0*	(79,4 - 84,6)
Arabako Mendialde (Araba)	81,9*	(79,0 - 84,9)
Algorta (Uribe)	81,2*	(80,1 - 82,3)
Lakua-Arriaga (Araba)	80,9*	(78,4 - 83,3)
Legazpi (Goierrri-Urola)	80,8*	(79,2 - 82,5)
Aranbizkarra I (Araba)	80,6*	(79,4 - 81,8)
Pilar (Araba)	80,3*	(78,9 - 81,7)
Arabako Lautada (Araba)	80,2*	(78,6 - 81,9)
Arabako Iparraldea (Araba)	80,1*	(78,5 - 81,6)
Arabako Haranak (Araba)	79,9	(78,0 - 81,9)
... ..		
Alde Zaharra (Araba)	76,1*	(74,7 - 77,4)
Intxaurrondo (Donostialdea)	75,9*	(74,3 - 77,5)
Abetxuko (Araba)	75,7	(72,6 - 78,8)
La Peña-Zamakola (Bilbo-Basurtu)	75,7*	(74,0 - 77,4)
Sestao-Markonzaga-Kueto (Barakaldo-Sestao)	75,6*	(74,6 - 76,6)
Ortuella (Ezkerra-Enkarterri-Cruces)	75,1*	(73,1 - 77,1)
Pasai San Pedro (Donostialdea)	75,0*	(73,3 - 76,7)
Zazpikaleak (Bilbo-Basurtu)	74,2*	(72,6 - 75,8)
Otxarkoaga (Bilbo-Basurtu)	73,7*	(72,1 - 75,3)
Bilbo Zaharra (Bilbo-Basurtu)	71,5*	(69,4 - 73,5)
Arraila (BI handiena-BI txikiena)	10,5	

Emakumezkoak	BI	% 95eko K.T.
EAE	85,1	(85,0 - 85,2)
Oinarrizko osasun eremua (ESI)		
Santa Luzia (Araba)	88,0*	(85,9 - 90,2)
Lakua-Arriaga (Araba)	87,1	(83,9 - 90,2)
Gasteiz Hirigunea (Araba)	87,0*	(86,1 - 88,0)
Arabako Mendialde (Araba)	86,7	(82,7 - 90,8)
Zorroza (Bilbo-Basurtu)	86,7	(85,2 - 88,1)
Legazpi (Goierrri-Urola)	86,6	(84,5 - 88,7)
Portugalete-Castaños (Ezkerra-Enkarterri-Cruces)	86,6*	(85,5 - 87,7)
Lakuabizkarra (Araba)	86,5	(83,6 - 89,5)
Gazalbide-Txagorritxu (Araba)	86,5*	(85,3 - 87,7)
Aranbizkarra I (Araba)	86,5*	(85,3 - 87,7)
... ..		
Abetxuko (Araba)	83,7	(79,5 - 87,9)
Abanto-Muskiz (Ezkerra-Enkarterri-Cruces)	83,7*	(82,6 - 84,7)
Zazpikaleak (Bilbo-Basurtu)	83,4	(81,8 - 85,1)
Leioa-Erdia (Uribe)	83,0*	(81,9 - 84,2)
Intxaurrondo (Donostialdea)	82,5*	(80,8 - 84,2)
Erandio-Desierto (Uribe)	82,3*	(80,8 - 83,7)
Aranbizkarra II (Araba)	82,1*	(80,1 - 84,0)
Otxarkoaga (Bilbo-Basurtu)	82,1*	(80,3 - 83,8)
Ibarra (Tolosaldea)	81,3*	(78,9 - 83,7)
Bilbo Zaharra (Bilbo-Basurtu)	81,0*	(78,8 - 83,3)
	7,0	

• Desberdintasun esanguratsuak EAEkoarekiko

°K.T. : Konfiantza-tartea

4

Bizi-itxaropena EAEko hiriburuetan

- Oro har, Gasteizko oinarrizko osasun-eremuek bizi-itxaropen hobea izan zuten gainerako hiriburuak baino, bai gizonen kasuan eta bai emakumeen kasuan.
- Hiriburuen artean, Bilbon daude bizi-itxaropeneko desberdintasun handienak gizonen kasuan (8,5 urte). Emakumeen artean arraila handiagoa izan zen Gasteizen (5,9 urte).

Hiriburuak dagokienez, Gasteizko biztanleria da bi sexuetan jaiotzako bizi-itxaropen handiena duen hiria, eta Bilbokoa, berriz, baxuena duena (2. taula). Bizi-itxaropenean, hiriburuen arteko aldeak aldatu egiten dira sexuaren arabera. Gizonen artean Gasteizko bizi-itxaropena Bilbokoa baino 1,5 urte handiagoa zen, baina emakumeen kasuan, alde hori 0,6 urtekoa da.

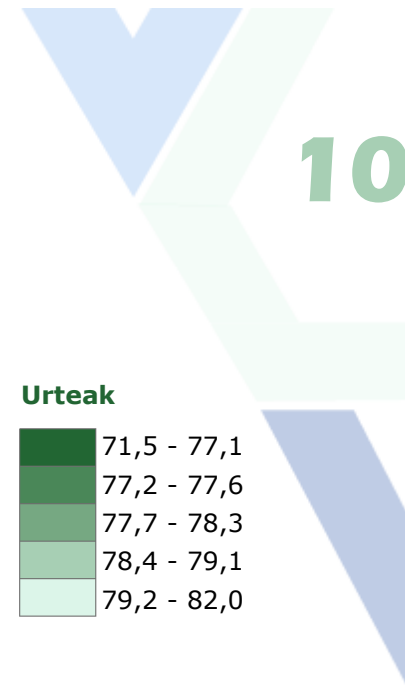
2. taula. EAEko hiriburuak oinarrizko jaiotzako bizi-itxaropenaren urteak (konfiantza-tartea: % 95), 2006-2010.

	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
Bilbao	77,6	(77,3 - 77,8)	85,2	(84,9 - 85,4)
Donostia / San Sebastián	78,4	(78,1 - 78,8)	85,6	(85,2 - 85,9)
Vitoria-Gasteiz	79,1	(78,7 - 79,4)	85,8	(85,4 - 86,1)

Hiriburuak oinarrizko osasun-eremuetan bizi-itxaropenaren eredu geografikoa hautematen da, eta hori bereziki nabarmena da Donostian. Izan ere, Donostia ekialdeko eremuetako bizi-itxaropena (gabezia sozioekonomiko handiagoa) nabarmen baxuagoa da mendebaldeko eremuetakoa (egoera onean daudenak) baino. Emakumeen kasuan, eredu sozioekonomiko eta geografikoa ere agerikoa da, nahiz eta ez den gizonen kasuan bezain nabarmena.

4 Bizi-itxaropena EAeko hiriburuetan

3. Irudia. EAeko hiriburuetak oinarritzko osasun-eremuetako bizi-itxaropena.

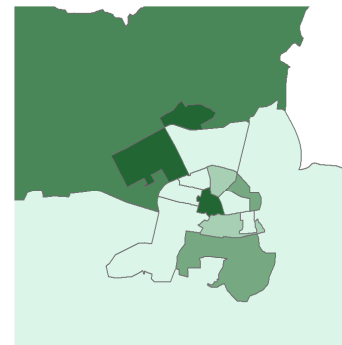
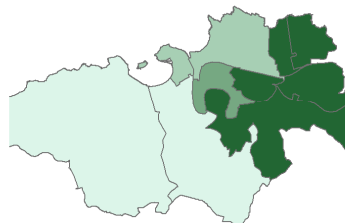
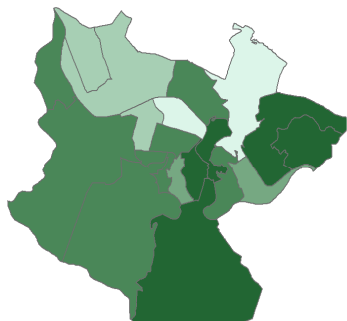


Bilbao

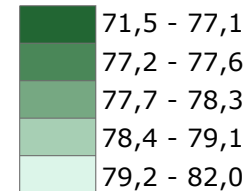
Donostia/San Sebastián

Vitoria-Gasteiz

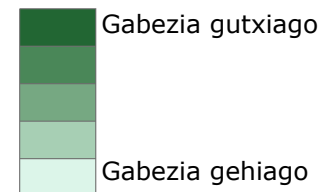
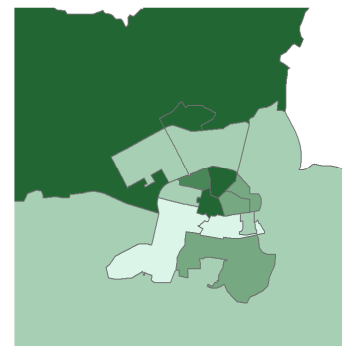
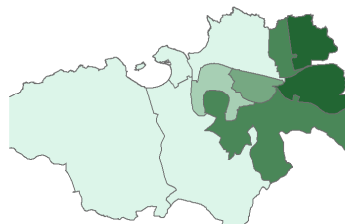
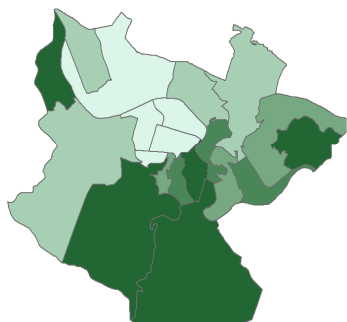
Gizonezkoak



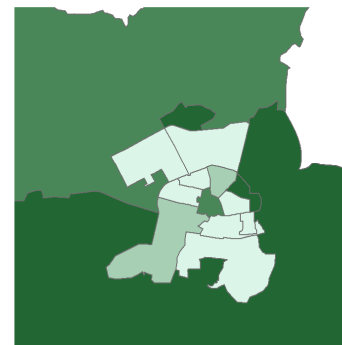
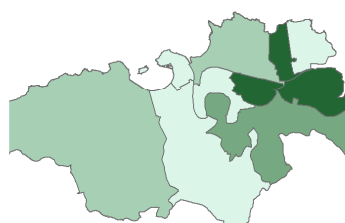
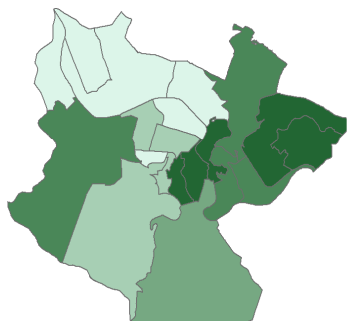
Urteak



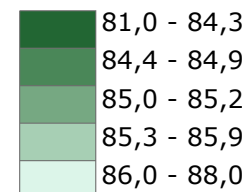
Gabezia indizea



Emakumezkoak



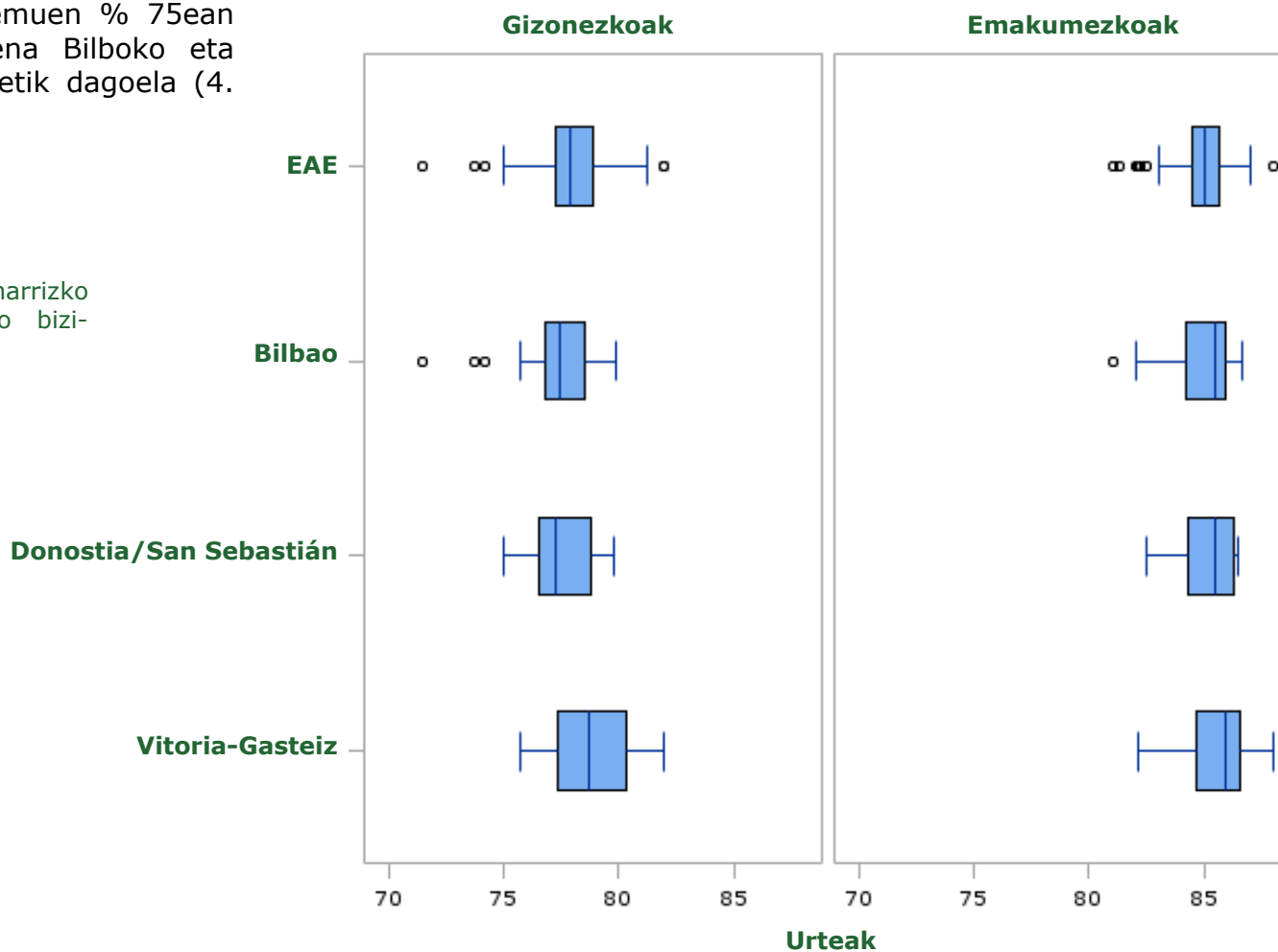
Urteak



4 Bizi-itxaropena EAeko hiriburuetan

Oro har, Gasteizko oinarrizko osasun-eremuek bizi-itxaropen hobeak izan zuten gainerako hiriburuak baino, bai gizonen kasuan eta bai emakumeen kasuan. Hiriburuen arteko aldeak handiagoak dira gizonen kasuan emakumeen kasuan baino. Nabarmentzekoa da, gizonen kasuan, Gasteizko eremuen % 75ean baino gehiagotan bizi-itxaropena Bilboko eta Donostiako medianaren gainetik dagoela (4. irudia).

4. Irudia. EAeko hiriburuetakiko oinarrizko osasun-eremuetako jaiotzako bizi-itxaropenaren banaketa, 2006-2010.



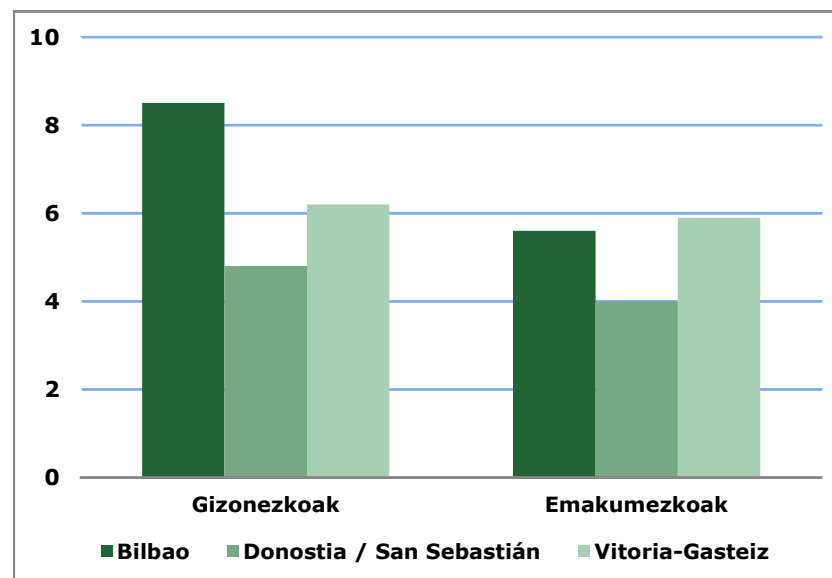
4 Bizi-itxaropena EAeko hiriburuetan

Hiriburuen artean, Bilbon daude desberdintasun handienak gizonen kasuan (8,5 urte) (3. taula). Emakumeen artean arraila handiagoa izan zen Gasteizen (5,9 urte).

Gizonen artean, Bilboko oinarrizko 4 osasun-eremu bizi-itxaropen baxuena duten EAeko 10 eremuren artean daude. Balio baxuenak hemen behatu dira: Bilbo-Zaharra (71,5 urte), Otxarkoaga (73,7) eta Zazpikaleak (74,2); eta horiek adierazle sozioekonomiko txarrenak dituzten eremuak dira. Donostian, bizi-itxaropen baxuagoa duten eremuak ekialdean daude: Pasai San Pedro (75,0 urte), Intxaurren (75,9), Bidebieta (76,5), Altza (76,6) eta Amara-Loiola (76,9); mendebaldean, berriz, Ondarreta (79,2) eta Amara (79,8) eremuek dute bizi-itxaropen handiena. Gasteizen, honako oinarrizko osasun-eremu hauek dute bizi-itxaropen handiena: Pilar (80,3 urte), Aranbizkarra I (80,6), Lakua-Arriaga (80,9) eta Gasteiz Hegoaldea (82,0); horiek bizi-itxaropen altueneko EAeko 10 eremuren artean daude. Balio txarrenak dituzten eremuak hauek dira: Abetxuko (75,7), Alde Zaharra (76,1) eta Lakuabizkarra (77,0).

3. taula. EAeko oinarrizko osasun-eremuetako bizi-itxaropeneko arraila. 2006-2010

	Gizonezkoak	Emakumezkoak
Bilbao	8,5	5,6
Donostia / San Sebastián	4,8	4,0
Vitoria-Gasteiz	6,2	5,9



Emakumeen kasuan, bizi-itxaropen txikieneko Bilboko oinarrizko osasun-eremuak hauek dira: Bilbo Zaharra (81,0 urte), Otxarkoaga (82,1) eta Zazpikaleak (83,4); eta hori gizonen balio txarreneko eremuekin bat dator. Zorrozak du balio altuena (86,7). Donostian, bizi-itxaropen handiena eta txikiena zuten eremuak Egia (86,5) eta Intxaurren (82,5) dira; 4 urteko aldea dago muturreko balioen artean. Gasteizko oinarrizko 6 osasun-eremu bizi-itxaropen altuena duten EAeko 10 eremuren artean daude. Santa Luzia (88,0), Lakua-Arriaga (87,1), Gasteiz Hirigunea (87,0) eta Lakuabizkarra, Gazalbide-Txagorritxu eta Aranbizkarra I (86,5). Bizi-itxaropen baxueneko eremua Aranbizkarra II da (82,1 urte). Gasteizko eremuren artean, bizi-itxaropenaren arraila ia 6 urtekoa izan zen.

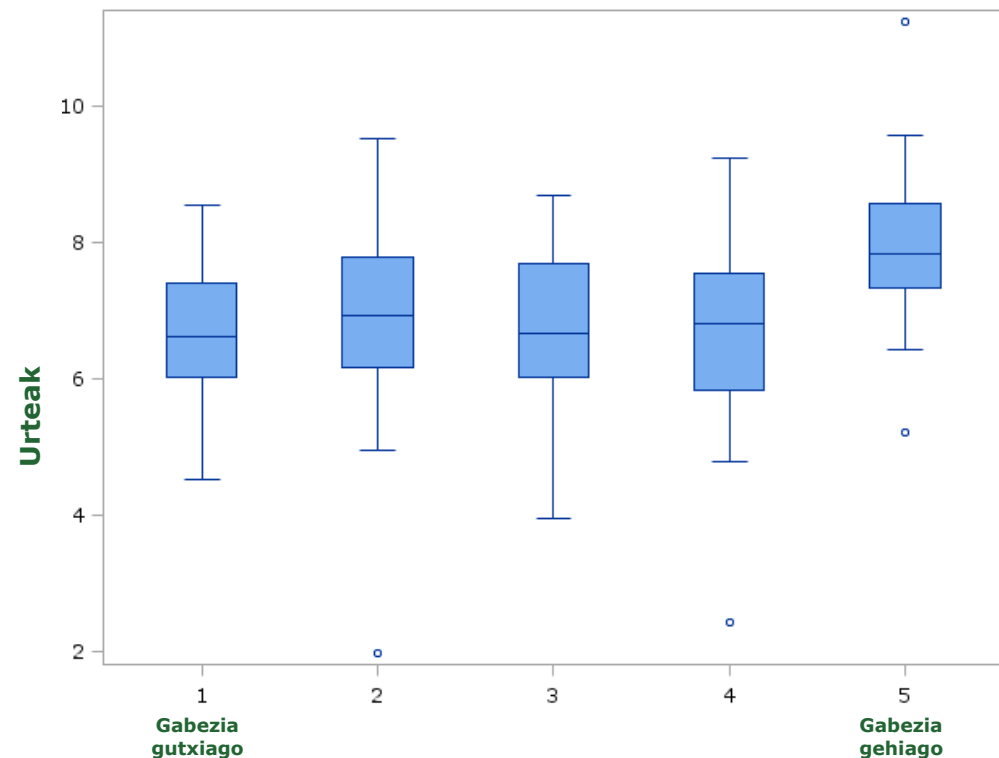
5 Emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunak bizi-itxaropenean

13

- Emakumeen eta gizonen arteko bizi-itxaropenaren aldea (edo gizonzkoen defizita) 7 urtekoa izan zen EAEn.
- Emakumeen bizi-itxaropena gizonena baino handiagoa da, EAEko eremu guztietan. Gizonzkoen defizit handiena 11,2 urtekoa izan zen eta Pasai San Pedron gertatu zen; txikiena, 2,0 urtekoa, Gasteiz Hegoaldean.
- Bizi-itxaropenaren arloan, gizonen defizita nabarmen handiagoa da gabezia-kintil urriagoari dagozkion oinarrizko eremuetan.

EAEko eremu guztietan, emakumeen bizi-itxaropena gizonena baino handiagoa da. Alde horren balioa, edo bizi-itxaropenaren gizonzkoen defizita, oso desberdina da; hala, 11,2 urteko maximoa dago Pasai San Pedron, eta 2,0 urteko minimoa, Gasteiz Hegoaldean. Bizi-itxaropenaren arloan, gizonen defizita nabarmen handiagoa da gabezia-kintil urriagoari dagozkion oinarrizko eremuetan.

5. Irudia. Gizonzkoen defizita EAEko oinarrizko osasun-eremuetan, gabezia-indizeko kintilen arabera, 2006-2010





EAEko eta EAEko oinarrizko osasun-eremuetako bizi-itxaropenaren bilakaera

- EAEko jaiotzako bizi-itxaropenak, 2006-2010 aldian (2001-2005 aldiarekiko) 1,6 urtetan egin du gora gizonen kasuan eta 1,3 urtetan, emakumeen kasuan.
- Bi aldi horien artean, oinarrizko osasun-eremuaren araberrako bizi-itxaropeneko arraila ia urtebete igo zen gizonen kasuan, eta urte eta erdi inguru emakumeen kasuan.
- Bizi-itxaropenaren aldaketa ez zen uniformea izan eremuen artean.

2006-2010 aldian, jaiotzako bizi-itxaropena, EAEn, 78,1 urte izan zen gizonen artean, eta 85,1 urte, emakumeen artean. Aurreko aldiarekin konparatuz gero, jaiotzean dagoen bizi-itxaropena 1,6 urte luzatu da gizonen artean, eta 1,3 urte emakumeen artean. Nolanahi ere, jaiotzako bizi-itxaropen handiena eta txikiena zituzten eremuen arteko arrailak 0,9 urte eta 1,4 urte egin du gora gizonengan eta emakumeengan, hurrenez hurren (4. taula).

4. taula. EAEko jaiotzako bizi-itxaropenaren munta-aldaketa eta oinarrizko osasun-eremuen arteko arraila-aldaketak , 2001-2005 eta 2006-2010

	Bizi-itxaropena ^a			Arraila ^b		
	2001-2005	2006-2010	Aldaketa	2001-2005	2006-2010	Aldaketa
Gizonezkoak	76,5	78,1	1,6	9,6	10,5	0,9
Emakumezkoak	83,8	85,1	1,3	5,6	7,0	1,4

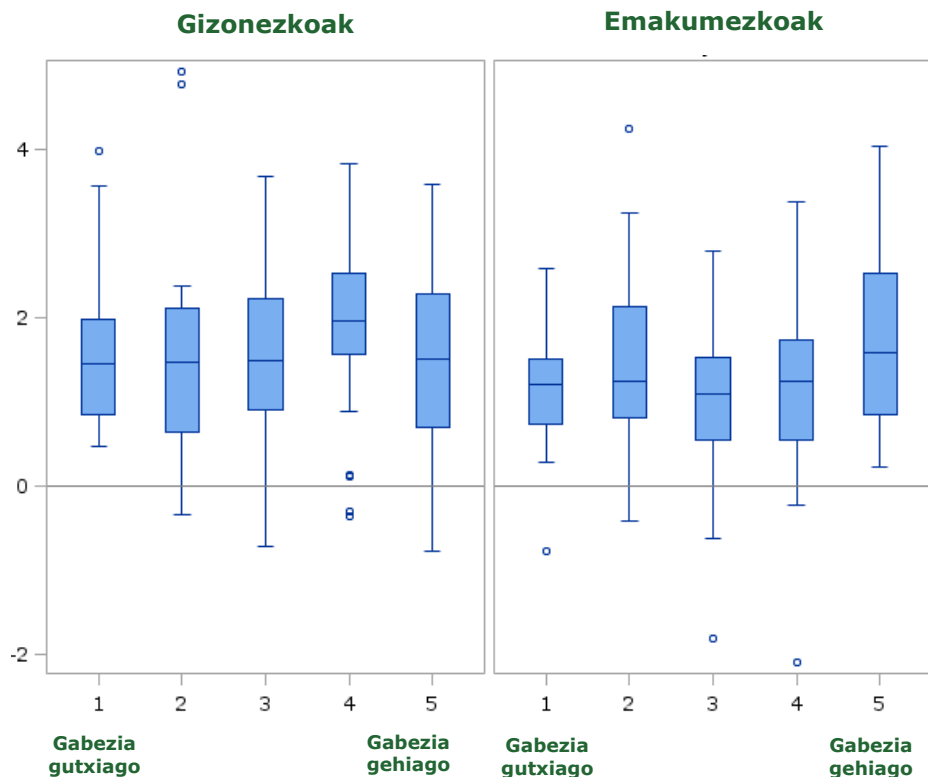
^aEAE osoko jaiotzako bizi-itxaropena

^bBizi itxaropen handieneko eta txikieneko eremuen arteko aldea

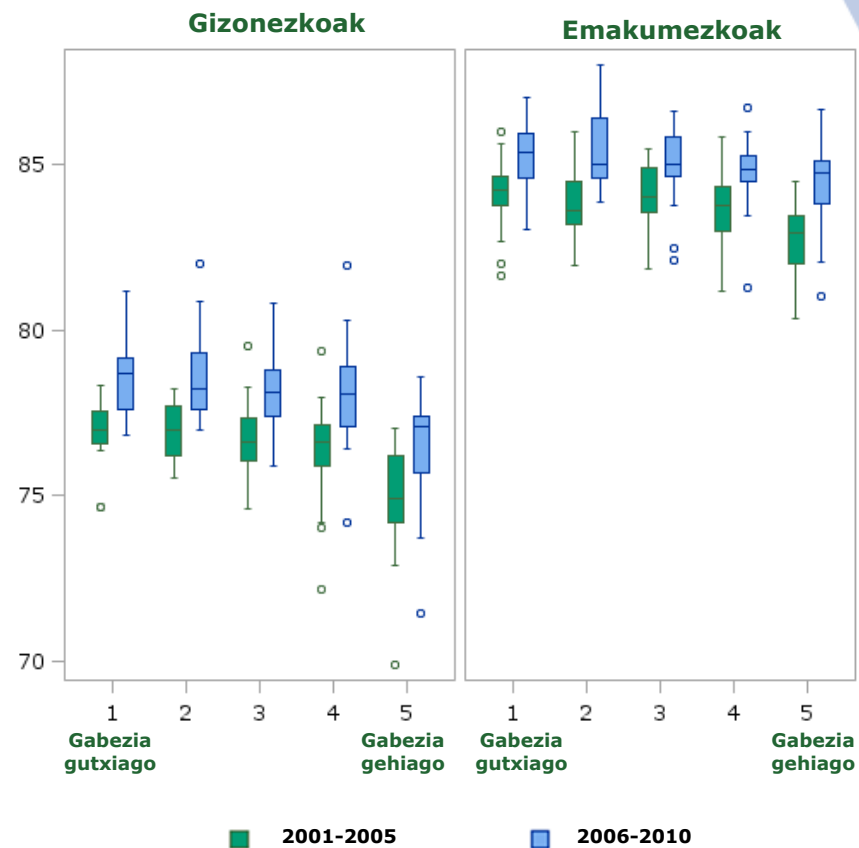
6 EAEko eta EAEko oinarrizko osasun-eremuetako bizi-itxaropenaren bilakaera

Bizi-itxaropenak gora egin du oinarrizko osasun-eremu gehienetan (6 eta 7 irudiak). EAEko oinarrizko 122 osasun-eremuetatik, 6tan bizi-itxaropenaren beherakada hauteman zen gizonen kasuan, eta 9tan emakumeen kasuan baina beherakada horiek estatistikoki ez dira esanguratsuak. Gizonen artean, oinarrizko osasun-eremuetako bizi-itxaropenaren aldaketak ez dio jarraitu eredu sozioekonomiko gradualari; izan ere, laugarren gabezia-kintileko eremuetan bizi ziren gizonen kasuan egon da hobekuntza handiena. Emakumeen kasuan, bizi-itxaropenaren gorakada handiena eremu ahulenetan gertatu da (bosgarren kintila), eta gorakada txikiena, berriz, tarteko eremuetan gertatu da (gabezia-indizeko hirugarren kintila).

6. Irudia. Bizi-itxaropenaren igoera-urteak, 2001-2005 alditik 2006-2010 aldira igarotzean, eremuko gabeziaren arabera, sexu bakoitzeko.



7. irudia. Bizi-itxaropena oinarrizko osasun-eremuetan, aldiaren eta eremuko gabeziaren arabera, sexu bakoitzeko.



7

Ondorioak

- Profil sozioekonomiko desberdina duten eremu txikietako, hala nola oinarrizko osasun-eremuetako, bizi-itxaropenaren arloko desberdintasunek garrantzitsuak izaten jarraitzen dute eta gora egin dute.
- Emaidza horiek laguntzen dute, batetik, identifikatzen EAEko zer eremutan egin behar den ahalegin handiagoa osasun-politiken eta osasunean eragina duten bestelako sektore-politiken arloan; eta bestetik, orientatzen Osasun Planean jasotako esku-hartzeak osasuneko desberdintasun sozialak murrizteko.

16

7.1.

Emaidza nagusiak eta beste herrialde batzuetan behatutakoarekiko konparazioa

Mende honetako lehen hamarkadan, EAEko biztanleriaren bizi-itxaropena nabarmen hobetu da. Baina profil sozioekonomiko desberdina duten eremu txikietako, hala nola oinarrizko osasun-eremuetako, bizi-itxaropenaren arloko desberdintasunak garrantzitsuak izaten jarraitzen dute eta gora egin dute. Gainera, desberdintasun horiek handiagoak izaten jarraitzen dute gizonen kasuan, emakumeen kasuan baino, eta hiriburu-eremuetako oinarrizko eremuen artean.

Emaidza horiek beste toki batzuetako emaitzekin konparatu nahi baditugu, kontuan hartu behar dira metodologia, unitate geografikoen tamaina edo denbora-aldia. Muturreko kasu bat Baltimore hiriarena da (Maryland, AEB). Han, 2011n, elkarrengandik 9 km-ra baino gutxiagora dauden bi auzoren arteko bizi-itxaropeneko arraila 20 urtekoa izan zen⁹. Beste emaitza konparagarriago batzuk Espainiako beste toki batzuetako oinarrizko osasun-eremuetan egindako ikerketetatik har daitezke. Bartzelonan, 2007-2011 aldian, oinarrizko osasun-eremuen arteko jaiotzako bizi-itxaropenaren arraila 8,9 urtekoa zen gizonen kasuan eta 5,1 urtekoa, emakumeen kasuan, alegia, EAE osorako behatzen dena baino gutxiago eta EAEko hiriburu-eremuetako arraila maximoaren antzekoa¹⁰. Sevillaren kasuan, 1994-1998 aldirako, arraila pixka bat txikiagoa izan zen, 7,9 eta 4,6 urtekoa gizonen eta emakumeen kasuan, hurrenez hurren¹¹.

7.2. Emitzak interpretatzea eta inplikazio praktikoak

Bizilekua da osasuna eta osasuneko desberdintasun sozialak determinatzen dituen elementuetako bat¹². Ereku geografiko txikien arteko osasuneko (eta bizi-itxaropeneko) desberdintasunen kausa bi mailatan jarduten duten arrazoi konplexuak dira¹³. Batetik, biztanleen banakako ezaugarri sozioekonomiko eta demografikoak daude; horiek, klase sozialak, generoak edo jatorri-herrialdeak, biztanleen bizi- eta lan-baldintzak determinatzen dituzte. Hala, eremu jakin batean bizi den biztanleriaren osasunari banakako ezaugarrien baturak ematen duen "konposizio" efektu horrek eragiten dio. Bestalde, testuinguru-efektuez edo eremu-efektuez ari garenean, biztanleen banakako ezaugarrietatik haratago, biztanleriaren osasuna determinatzen duten ezaugarriez ari gara. Testuinguru-efektu edo eremu-efektu horien artean daude, besteak beste, ingurumen fisikoak, ezaugarri sozioekonomiko eta kulturalak, hirigintza, lan-merkatua, zerbitzu publiko edo pribatu eskuragarriak eta aisia-ekipamenduak¹⁴. Bi mailak, banakakoa eta testuinguruarena, kontuan hartu behar dira, bai bizi-itxaropeneko desberdintasunak azaltzeko eta bai desberdintasun horiei aurre egiteko politikak garatzeko¹⁵.

Emitza horiek hobeto interpretatzeko, EAEko eremu txikiak hilkortasunaren banaketari buruz argitaratuta dauden lanak erabil daitezke. Informazio-iturri horien artean, nabarmentzekoa da EAEko Hilkortasun Mapa Interaktiboa (AMIE). Hilkortasun-mapak agertzen dira, hilkortasun kausa guztien arabera eta kausa nagusien arabera, EAEko oinarrizko osasun-eremu guztietan 1996-2004 aldirako; orobat, hilkortasun-aldaketaren mapak errolda-ataletan, 1996-2004 eta 2002-2007 aldien artean¹⁶. Gainera, AMIEn errolda-adierazle sozioekonomikoetako eremu txikien banaketa adierazten da. Horretaz gain, oso erabilgarria litzateke osasunean eragiten duten beste gizarte-determinatzaile batzuk eremu txikietan nola banatzen diren jakiteko deskribapena izatea.

Osasunean eragiten duten gizarte-determinatzaileak murrizteko politiketan, biztanleria-sektore ahulenetara mugatutako esku-hartzeak esku-hartze unibertsalekin konbinatzen dira, eta horien intentsitatea aldatu egin daiteke behar-mailaren arabera^{17, 18}. Ildo horretan, eta Michael Marmot¹⁹ irakasleari jarraituz, Osasun Planean biztanleria osorako esku-hartzeak proposatzen dira, baina beharrekiko zuzenki proportzionala den intentsitatearekin (unibertsalismo proportzionala). Nolanahi ere, emitza horiei esker, osasun-politiken eta osasunean eragina duten bestelako sektore-politiken arloan ahalegin handiagoa EAEko zer eremutan egin behar den identifikatu daiteke, eta Osasun Planean jasotako esku-hartzeak osasuneko desberdintasun sozialak murriztera orientatu daitezke³. Inplikazio praktiko bat da Kontratu-Programaren 2015eko ebaluazioa Erakunde Sanitario Integratu (ESI) bakoitzean esku-hartze sendoagoetara bideratzea bizi-itxaropenean emitza txarrenak dituzten oinarrizko osasun-eremuetan.

8

8.1. Metodoak

Unitate geografikoak

Oinarrizko 122 osasun-eremuetan, hiriburuetan eta EAE osoan jaiotzako bizi-itxaropenaren zenbatesleak lortu dira gizonentzat eta emakumeentzat, berezita.

Datuen iturria

EAEEn bizi diren biztanleen 2006-2010 aldiko heriotzei buruzko datuak Heriotzen Estatistikatik atera dira; estatistika hori Euskal Estatistika Erakundeak (Eustatek) egiten du, Estatistikako Institutu Nazionalaren (INE) laguntzarekin. Biztanleriari buruzko datuak 2006ko Biztanleria eta Etxebizitza Estatistikatik eta 2001eko Erroldaren datu sozioekonomikoetatik hartu dira (biak Eustatek prestatuak).

Heriotza bakoitza dagokion oinarrizko osasun-eremuarekin erlazionatu da, heriotza-erregistroan hildako pertsonarentzako jasota zegoen helbidearen arabera. Aldi horretan hil ziren 96.177 pertsonetatik, 60 ezin izan dira erreferentziatu.

Bizi-itxaropenaren zenbatespena

Jaiotzako bizi-itxaropena kalkulatu da oinarrizko osasun-eremu bakoitzean, Erakunde Sanitario Integratuetan eta EAEEn, sexu bakoitzerako eta 2006-2010 aldirako, eta arrisku-biztanleriatzat 2006koa hartu da. Chiangen bizi-taula laburtua erabili da, adina 19 multzotan sailkaturik: urtebete baino gutxiagokoak, 1-4 urte, 5-9, ..., 80-84, eta 85etik gorakoak. Chiangek onartzen du, azken-adin tartean bizirik irauteko probabilitatea zero denez, hari lorturiko bariantza ere zero dela; baina Silcocks et al.-ek²⁰ argudiatzen dute azken-adin tarteko bizi-itxaropena ez dagoela gehiago bizitzeko probabilitatearen mende, biziraupenaren batez besteko luze-laburraren mende baizik. Eayres D et al.-en²¹ gomendioak kontuan hartuz, Chiang-en bizi-taula doitu da, azken-adin-tarterako bariantza-termino bat hartuz. Bizi-itxaropenak banaketa normala du, baita 5.000 biztanleko udalerrietan ere; horri esker, % 95eko konfiantza-tarteak lortu ahal izan dira, eta horiek erabili dira EAE osoaren aldean bizi-itxaropen nabarmenki handiagoa edo txikiagoa duten eremuak identifikatzeko. Hauek dira bizi-itxaropen nabarmenki handiagoa (edo txikiagoa) duten eremuak: konfiantza-tartearen beheko (edo goiko) muga EAE osorako bizi-itxaropenaren konfiantza-tartearen goiko (edo beheko) balioa baino handiagoa (txikiagoa) dutenak.

8.2.

Ahuleziak

Oinarrizko osasun-eremuen biztanleria-tamaina (nahiko txikia) eta horietako batzuetan heriotza gutxi erregistratuta egoteak murriztu egin dezake zenbatetsitako bizi-itxaropenaren zehaztasun-maila, eta hori ikus daiteke konfiantza-tarteak handiak direlako. Muga horri aurre egiteko, bost urteko aldi bati dagozkion datuak multzokatu dira. Oinarrizko osasun-eremu bakoitzerako bizi-itxaropenaren konfiantza-tarteaz gainera, hipotesi-contrastea egin da balioesteko eremu zehatz baterako zenbatetsitako bizi-itxaropenaren balioa EAE osoarekiko nabarmenki desberdina den²².

Migrazio-fluxuek zalantzan jar dezakete hilkortasunaren (eta bizi-itxaropenaren) konparazioa eremu txikien artean, aldi berean edo aldien artean, eremu beraren barruan²³. Efektu hori bereziki esanguratsua da Gasteizko oinarrizko bi osasun-eremutan (Lakua-Arriagako gizonak eta Lakuabizkarrako emakumeak), eta Bilboko eremu batean (La Peña-Zamakola), horietako biztanleen kopuruak nabarmen egin baitu gora. Dena den, azterketaren emaitza orokorrak ez dira aldatzen, hiru eremu horiek analisitik kanpo uzten badira.

Azterketaren beste muga bat da desfasea dagoela erreferentziazko biztanleriaren urtearen (2006) eta heriotzen urteen (2006-2010) artean. Hori dela eta, zenbait eremutan biztanleria-egitura aldatu egin ahal izan da eta beharbada hori ez da azterketan behar bezala jasota geratu. Ondorioz, biztanle berriak jaso dituzten eremuetako bizi-itxaropena gutxietsi egin ahal izan da eta, neurritz gaindi neurtu, berriz, biztanleak galdu dituzten eremuetakoa.

Azkenik, bizi-itxaropena hilkortasun-neurri bat da eta, horretan, adin gazteetan gertatutako heriotzek adin handiagoetan gertatutakoek baino pisu gehiago dute. Biztanleria txikia denean, haurren heriotzen kopuruak inpaktu handia izan dezake, beraz, jaiotzako bizi-itxaropenean²⁴.

¹Marmot 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.

²Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, Martín U, Aldasoro E. European osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak. Osagin Txostenak 2012-3. Vitoria-Gasteiz: Osasun eta Kontsumo Saila; 2012.
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/osagin_hiru.pdf

³Osasun Saila. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Eukadiko osasun politikak. 2013-2020. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2013.
http://www.osasun.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/osasun_plana_2013_2020.pdf

⁴Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. J Health Popul Nutr 2003;21(3):181-192

⁵Distribución geográfica de la esperanza de vida por zonas básicas de salud en el País Vasco. 2001-2005.
<http://bit.ly/1EPus39>

⁶Silcocks PBS, Jenner DA, Reza R. Life expectancy as a summary of mortality in a population: statistical considerations and suitability for use by health authorities. J Epidemiol Community Health 2001;55:38-43.

⁷Paul J Veugelers, Amanda L Kim, Judith R Guernsey. Inequalities in health. Analytic approaches based on life expectancy and suitable for small area comparisons. J Epidemiol Community Health 2000;54:375-380.

⁸Osasun Saila. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. EAEko oinarritzako osasun-eremuetan bizi-itxaropena, 2006-2010. Txostenaren datuak. 2015
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osagin/eu_profesio/adjuntos/datuak.xlsx

⁹Ames, A., Evans, M., Fox, L., Milam, A., Petteway, R., Rutledge, R.. 2011 Neighborhood Health Profile: Southwest Baltimore. Baltimore City Health Department, December 2011; [Kontsultatea 2015ko-01-27an]. Eskuragarri ondoko helbide honetan: <http://health.baltimorecity.gov/sites/default/files/51%20Southwest.pdf>

¹⁰InfoABS7, mortalitat. Agència de Salut Pública. Consorci Sanitari de Barcelona; [Kontsultatea: 2014ko-10-27an]. Eskuragarri ondoko helbide honetan: http://www.aspb.cat/quefem/sisalutinfoabs/SISalutLlibresIndicadors/InfoABS_Mortalitat_2012.html

¹¹Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciano F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. Gac Sanit 2004;18(1):1623.

- ¹²Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
- ¹³Diez-Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. *Am J Public Health* 2001;91:1783-9.
- ¹⁴Macintyre S, Elleway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med* 2002; 55:125-139.
- ¹⁵Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology (II): from black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86:674-7.
- ¹⁶Atlas de Mortalidad. Osagin. Departamento de Salud. Gobierno Vasco; [Kontsultatea 2014-10-1ean]. Eskuragarria ondoko helbide honetan: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-phosag00/eu>
- ¹⁷Graham H. Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients. *J Soc Policy* 2004;33:115-31.
- ¹⁸Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:286-291.
- ¹⁹Marmot M (review chair). University College London, Institute of Health Equity. World Health Organization, Regional Office for Europe. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
- ²⁰Silcocks PB, Jenner DA, Reza R. Life expectancy as a summary of mortality in a population: statistical considerations and suitability for use by health authorities. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:38-43
- ²¹Eayres D, Williams ES. Evaluation of methodologies for small area life expectancy estimation. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:243-9.
- ²²Office for National Statistics (ONS). Life expectancy at birth and at age 65 for local areas in England and Wales, 2010-12. 2013. http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_332904.pdf
- ²³Ocaña-Riola R, Fernández Ajuria A, Mayoral-Cortés JM, Sánchez-Cantalejo C. Uncontrolled Migrations as a Cause of Inequality in Health and Mortality in Small-area Studies. *Epidemiology* 2009;20: 411-418.
- ²⁴Life expectancy at birth for wards in England and Wales, 1999-2003 (experimental statistics). <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/subnational-health4/life-expec-birth-wards-eng-wal/results/life-expectancy-at-birth-for-wards-in-england---wales--experimental-.pdf>