

3

OSASUNA

SANIDAD

Emma Sobremonete de Mendicuti (*)

Jon Leonardo ()**

(*) **Osasun Publikoko eta Gizarte Lanetako irakaslea. Deustuko Unibertsitatea.**

Profesora de Salud Pública y Trabajo Social. Universidad de Deusto.

(**) **Soziologian katedraduna. Deustuko Unibertsitatea.**

Catedrático de Sociología. Universidad de Deusto

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. LA C.A. DE EUSKADI EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD
3. ESTADO DE SALUD EN EUSKADI: ANÁLISIS DE LA SALUD PERCIBIDA
4. EVOLUCIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA C.A. DE EUSKADI (1997-2002)
5. RADIOGRAFIANDO LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA
6. EL GASTO SANITARIO
 - 6.1. Financiación del gasto sanitario
 - 6.2. Los indicadores de gasto
7. RECURSOS SANITARIOS Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL
 - 7.1. Actividad hospitalaria
 - 7.2. Recursos hospitalarios
 - 7.3. Las consultas hospitalarias
8. LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA PÚBLICA
9. LA C.A. DE EUSKADI EN LA ESCENA INTERNACIONAL. ALGUNOS DATOS COMPARATIVOS
10. A MODO DE CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFÍA

AURKIBIDEA

1. SARRERA
2. EUSKAL AE OSASUN-POLITIKEN ALORREAN
3. OSASUN-EGOERA EUSKADIN: OSASUN HAUTEMANAREN AZTERKETA
4. HAUTEMANDAKO OSASUNAREN EBOLUZIOA ETA DESBERDINTASUN SOZIALAK OSASUNEAN EUSKAL AEn (1997-2002)
5. GAIXOTASUNA ERRADIOGRAFIATUZ OSPITALEETAKO ERIKORTASUNAREN BIDEZ
6. GASTU SANITARIOA
 - 6.1. GASTU SANITARIOAREN FINANTZAKETA
 - 6.2. GASTUAREN ADIERAZLEAK
7. BALIABIDE SANITARIOAK ETA ASISTENTZIA-JARDUERAK
 - 7.1. Ospitale-jarduera
 - 7.2. Ospitaleetako baliabideak
 - 7.3. Ospitaleetako kontsultak
8. OSPITALEZ KANPOKO ASISTENTZIA PUBLIKOA
9. EUSKAL AE NAZIOARTEAN. DATU KONPARATIBO BATZUK
10. ONDORIO GISA
11. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

El fenómeno salud/enfermedad ha sido y sigue siendo una de las principales preocupaciones de la historia, no en vano sabemos que de la salud depende no sólo el proyecto de vida personal sino el desarrollo económico y social. Las consecuencias derivadas de los vínculos encontrados entre desarrollo socioeconómico y salud han sido recogidos de manera recurrente por la OMS quien, apoyándose en los resultados de las investigaciones internacionales más punteras, ha ido lanzando sistemáticamente desde su constitución formal múltiples mensajes para animar a todas las naciones del mundo a esforzarse por mejorar la salud de la población proponiendo diversas estrategias para conseguirlo. Salud para todos en el año 2000 fue una de las consignas más célebres con que la OMS expresó la necesidad de hacer efectivo el derecho a la salud en todas las regiones del mundo.

Pero el logro de un objetivo tan ambicioso no puede desentenderse del análisis de lo que, dentro de la comunidad científica, dió en llamarse a partir de los años 70, el estudio de los *factores determinantes de la salud* que son, ni más ni menos, que las cuatro grandes categorías donde quedan recogidas y sistematizadas todas las variables que, de una forma u otra, influyen y determinan la salud de manera diferencial entre grupos sociales, a saber: la biología, el medio ambiente físico y social, los estilos de vida y los servicios sanitarios.

A estas alturas, cuando nos encontramos haciendo inmersión en un nuevo siglo en el que las innovaciones tecnológicas y los hallazgos genéticos nos están haciendo concebir la posibilidad de lograr éxitos insospechados hasta la fecha en materia de salud, nos viene a la memoria lo ocurrido a comienzos del siglo XX cuando con los descubrimientos bacteriológicos se lograron salvar tantas vidas que se truncaban precocemente. Sin embargo, aun cuando los pasos que se van dando en la bio-tecno-medicina son de gigante, seguimos teniendo constancia de que la salud sigue estando distribuida de manera desigual entre pueblos y regiones.

Las últimas investigaciones sobre diferencias territoriales en salud ponen en evidencia que el estado de salud de la población está vinculado no sólo a la disponibilidad y calidad de sus recursos sanitarios sino también al modo en que su renta está distribuida. Mientras en los países desarrollados que disfrutaban de un grado de bienestar nada desdeñable la esperanza de vida al nacimiento ronda los 80 años, en muchos países africanos no alcanza los 40 años. Si datos tan escalofriantes nos ponen en evidencia que la pobreza es un factor determinante de la salud, todo sugiere que los países desarrollados no tendríamos mucho que temer, sobre todo teniendo en cuenta que nuestros sistemas de salud han alcanzado unos niveles de accesibilidad y de calidad sin parangón en la historia.

Sin embargo, las investigaciones epidemiológicas más recientes muestran cómo una vez traspasado un umbral de ir-

1. SARRERA

Osasuna/gaixotasuna fenomenoa izan da eta da historiako kezkarik nagusienetarikoa, izan ere, badakigu osasunaren mende daudela bizitza-proiektu pertsonala ez ezik garapen ekonomikoa eta soziala ere. Garapen sozio-ekonomikoaren eta osasunaren artean aurkitutako loturen ondorioak behin eta berriro jaso ditu OMEk, zeinak nazioarteko ikerketa puntakoan oinarrituta, formalki eratu zenetik sistematikoki hainbat mezu igorri dituen munduko nazio guztiak anima daitezen biztanleriaren osasuna hobetzen, eta hori lortzeko hainbat estrategia proposatu ditu. Denentzako osasuna 2000. urtean izan zen OMEk erabilitako lelorik ezagunenetakoa, adierazteko eskubide bat egia bihurtzeko zein nolako beharra zegoen: munduko eskualde guztietan osasunerako dagoen eskubidea egia bihurtzekoa, hain zuzen.

Baina xede hain anbiziotsu bat lortzea lotuta doa 70eko hamarkadatik erkide zientifikoan *osasunaren faktore determinatzaileak* deiturikoen azterketarekin. Faktore horiek dira talde sozialen artean osasuna modu desberdinean eragiten eta determinatzen duten aldagaiak bilduta eta sistematizatuta gertzen diren lau maila handiak: biologia, ingurumen fisikoa eta soziala, bizitza estiloak eta osasun zerbitzuak.

Garai honetan, mende berri batean sartzen ari garenean eta berrikuntza teknologikoen eta aurkikuntza genetikoen orain arte osasun arloan pentsatu ere egiten ez ziren arrakastak lortzeko aukera eskura jarri digutenean, XX. mende hasieran gertatutakoa etortzen zaigu gogora, aurkikuntza bakterologikoei esker hainbat bizi salbatu baitziren ordura arte salbaezinak zirenak. Baina, bio-tecno-medikuntzan urrats izugarriak ematen ari diren arren, badakigu osasunak desberdin banatuta jarraitzen duela herrien eta eskualdeen artean.

Eskualdeak kontuan hartuta osasunaren inguruan dauden azken ikerketek argi uzten dute biztanleriaren osasun-egoera osasun-baliabideak eskura izatearen eta horien kalitatearen mende dagoela, baina baita errenta banatuta dagoen moduaren mende ere. Herrialde garatuetan, kontuan hartzeko moduko ongizate-maila dutenetan, jaiotzean dagoen bizi-itxaropena 80 urte ingurukoa da, Afrikako herrialde askotan ez da 40 urtera iristen. Datu latz horiek argi uzten digute pobrezia faktore determinatzailea dela osasunean eta iradokitzen digute garatutako herrialdeek ez genukeela beldur handirik izan behar, batez ere kontuan izanda gure osasun-sistemek gaur egun duten irisgarritasun-maila eta kalitatea historian parearik gabeak direla.

Baina, ikerketa epidemiologiko berriek adierazten dute aberastasun-maila batetik gora herrialde bakoitzaren osa-

queza, el nivel de salud de cada país depende en gran medida de la manera en que su renta está distribuida, de los hábitos relacionados con la salud, y también de variables mucho más intangibles, pero no por ello menos importantes, como son las relaciones sociales. Por tanto, a estas alturas, nadie pone en cuestión que la salud es un indicador que refleja perfectamente la calidad de vida de una nación, su nivel de desarrollo económico y social y cómo no, su grado de equidad.

Desde esta perspectiva, no es extraño que a la hora de formular políticas para mejorar la salud de la población, los gobiernos adopten una perspectiva multidimensional que implica, no sólo invertir en recursos sanitarios, sino también en sus determinantes sociales, los cuales tienen, en última instancia, una enorme responsabilidad en la génesis y distribución de la salud y enfermedad.

La preocupación por estas cuestiones se manifiesta en el hecho de que durante las últimas décadas la problemática de salud haya escalado puestos en todas las agendas políticas, y, sobre todo, en las de los países occidentales donde el incremento del gasto sanitario para producir salud ha dado lugar a un debate generalizado sobre cómo hacer más eficiente la inversión en recursos destinados a la salud tratando de aunar políticas de contención del gasto que mejoren la gestión y organización de los servicios de salud, con la prestación de unos servicios sanitarios de calidad que den respuesta a las demandas y aspiraciones de una ciudadanía cuyas expectativas van *in crescendo*.

sun-maila hein handian dagoela herrialde horretako errenta banatuta dagoen moduaren mende, osasunarekin lotutako ohituren mende eta beste aldagai ukiezinagoen (baina ez garrantzi gutxiagokoen) mende, hala nola, harreman sozialen mende. Beraz, inork ez du zalantzan jartzen osasunak oso ongi adierazten duela nazio baten bizi-kalitatea, nazio horren garapen ekonomikoa eta soziala eta, nola ez, ekitate maila.

Ikuspegi honetatik ez da harrizkoa biztanleriaren osasuna hobetzeko politikak egitean gobernuek dimentsio anitzeko ikuspegia hartzea eta baliabide sanitarioetan inbertitzeaz gain determinante sozialetan ere inbertitzea, zeinak, azken batean, erantzukizun handia duten osasunaren eta gaixotasunaren hasieran eta banaketan.

Gai horien inguruan dagoen kezka agertu da honako gertara honetan: azken hamarkadetan osasunaren arazoak gora egin izanean agenda politiko guztietan, eta, batez ere, mendealdeko herrialdekoetan, non osasuna sortzeko gastu sanitarioak gora egin izanak eztabaida orokorra eragin duen osasunera bideratutako inbertsioak eraginkorrago egiteari buruz, osasun-zerbitzuen kudeaketa eta organizazioa hobetuko duten gastu-kontentzio politikak kalitatezko zerbitzu sanitarioen prestazioarekin bat egiten saiatuta; kalitate horrek hiritarren nahiei eta eskariei erantzungo die, nahiak *in crescendo* doazen honetan.

2. LA C.A. DE EUSKADI EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

En Euskadi, la preocupación por la mejora de la salud y de los servicios sanitarios quedó perfectamente reflejada en la reflexión estratégica *Osasuna Zainduz* realizada a comienzos de la década de los 90, en la que además de ofrecer un cuadro muy completo sobre los factores internos y externos que estaban exigiendo un cambio dentro del sector sanitario, se plasmaron los compromisos políticos para los próximos años. Puestos los pilares esenciales para la transformación de la sanidad vasca con la publicación de la Ley de Ordenación Sanitaria en 1997, se crea el Sistema de Salud de Euskadi que, inspirándose en los modelos europeos más avanzados, apuesta por un modelo sanitario basado en los principios de universalidad, calidad, equidad y solidaridad. Del espíritu de la ley que se desprende del análisis detallado de su articulación es preciso destacar las siguientes cuestiones:

El compromiso del conjunto de los poderes públicos vascos con la salud de la ciudadanía desde una óptica multidimensional y, por tanto, intersectorial, que indica la asunción explícita de una perspectiva integral de la salud sustentada sobre la base del marco conceptual de sus determinantes sociales y de la responsabilidad personal que a todos nos compete a la hora de proteger y gestionar nuestra propia salud. En este sentido, la Ley apela a la necesidad de cooperar con otros sectores públicos cuya actividad está estrechamente relacionada con los resultados de salud como son: aquellos sistemas de protección social, educación, empleo, vivienda o servicios sociales..., cuyas acciones tienen consecuencias directas en la mejora de la salud de la población.

La apuesta por un *modelo público y universal* que asegure la protección de la salud a todos los residentes en Euskadi y garantice su acceso en igualdad de condiciones. Esta perspectiva, amén de garantizar la cobertura universal de los servicios de salud, abre la espita a un nuevo espacio de acciones dirigidas a la reducción de las desigualdades en salud que tienen su origen en las desigualdades sociales y que se expresan en diferencias de salud evitables y por tanto injustas.

Una *nueva faceta de gestión pública* que toma como referente los modos de gestión de las organizaciones privadas en un intento de hacer más eficiente y flexible la gestión y organización de los recursos sanitarios deudores de un modo de proceder rígido y burocratizado que deviene de un modelo de gestión pública muy común y enraizado en la mayoría de los sectores de la Administración Pública. Con el ánimo de superar dicho modelo, la Ley establece la separación entre las funciones de Aseguramiento y Financiación de los servicios sanitarios, correspondientes al Departamento de Sanidad, y las funciones de Gestión y Provisión de servicios sanitarios que corresponden al Ente Público Osakidetza, estableciendo el Contrato-Programa como el instrumento jurídico que regula las relaciones entre ambos.

El *protagonismo otorgado al cliente/usuario* del sistema que se convierte en el eje central sobre el que pivotan todas las acciones de salud. En este sentido y vinculado con lo expuesto anteriormente, el aseguramiento de la calidad mediante la incorporación de sistemas de gestión de calidad para la mejora continua se convierte en uno de los elementos esenciales para garantizar la adecuada prestación de servicios y el correcto funcionamiento de la organización.

2. EUSKAL AE OSASUN-POLITIKEN ALORREAN

Euskadin, osasuna eta zerbitzu sanitarioak hobetzeko zegoen kezka argi eta garbi islatu zen *Osasuna Zainduz* hausnarketaren estrategikoan, 90eko hamarkada hasieran egindakoan. Hausnarketa horretan oso ikuspegi zabala zegoen arlo sanitarioan aldaketak eskatzen zituzten barneko eta kanpoko faktoreei buruz eta horrez gain hurrengo urteetarako konpromiso politikoak islatu ziren. Euskal osasuna eraldatzeko funtsezko oinarriak Antolamendu Sanitarioaren Legearekin ezarri ziren 1997an, Euskadiko Osasun Sistema sortu zen, zeinak Europako eredurik aurreratuenetan inspiratuta eredu sanitario baten aldeko apustua egin zuen unibertsalitatea, kalitatea, ekitatea eta elkartasuna printzipioetan oinarritua. Lege horretako artikulua zehatz aztertuz gero ikusten den espirituan beharrezkoa da honako gaiak azpimarratzea:

Euskal botere publiko osoaren konpromisoa hiritarren osasunarekin dimentsio anitzeko optikatik, beraz, sektoreen arteko optikatik, adierazten duena osasunaren ikuspegi integrala beraien egiten dutela, bere determinatzaile sozialen markoan oinarritua eta denok dugun erantzukizun pertsonalean oinarritua, erantzukizun hori baitugu gure osasuna zaintzerakoan eta kudeatzerakoan. Zentzu horretan Legeak beste sektore publiko batzuekin kooperazioan aritzeko beharra aipatzen du sektore horien jarduera osasun-eremuekin oso estu lotuta dagoen kasuetan, hala nola: gizarte babeserako sistemak, hezkuntza, enplegua, etxebizitza edo gizarte zerbitzuak... horien ekintzek eragin zuzena baitute biztanleriaren osasuna hobetzean.

Eredu publiko eta unibertsalaren aldeko apustua. Euskadin bizi diren denen osasuna babestea ziurtatuko duena eta sartzeko baldintza berdinak bermatuko dituena. Ikuspegi horrek, osasun-zerbitzuak unibertsalki estalita egotea bermatzeaz gain, atea irekitzen dio ekintza-eremu berri bati osasunean dauden aldeak murriztera zuzendua. Alde horiek gizarteko desberdintasunetan dute jatorria eta saihestu daitezkeen eta, beraz, ekidin daitezkeen, osasun desberdintasunetan adierazten dira.

Kudeaketa publikoko fazeta berria erreferente gisa erakunde pribatuetako kudeaketa hartzen duena, baliabide sanitarioen kudeaketa eta antolaketa eraginkorrago eta malguago egiteko asmoz. Baliabide sanitario horiek jarduteko modu zurrin eta burokratizatuaren oinordekoak dira, Administrazio Publiko alor gehienetan oso ohikoa eta errotua dagoen kudeaketa eredu baten ondorengoak. Eredu hori gainditzeko asmoz, Legeak banandu egiten ditu Osasun Sailari dagozkion zerbitzu sanitarioetako Aseguratze eta Finantzazio funtzioak eta Osakidetza erakunde publikoari dagozkion zerbitzu sanitarioen zerbitzuen kudeaketa eta horniketa funtzioak, eta bien arteko harremanak arautzeko tresna juridikoa izateko kontratu-programa ezartzen du.

Sistemako *bezeroari/erabiltzaileari emandako protagonismoa*. Sistemako ardatz nagusi bihurtu da eta osasun jardura guztiak horrengana biratuta daude. Zentzu horretan eta aurrez azaldutakoarekin lotuta, kalitatea ziurtatzeko kalitate-kudeaketa sistemak sartzeari etengabeko hobekuntzarako funtsezko elementu bihurtu da zerbitzuak egoki eskaintzen direla eta erakundearen behar bezala funtzionatzen duela bermatzeko.

En definitiva, las transformaciones suscitadas por la Ley de Ordenación Sanitaria en las formas de concebir la sanidad que se han traducido en diferentes estrategias tanto para mejorar la salud de la población como para mejorar la salud de la organización que señaló en su día el Osasuna Zainduz, han tenido, junto a los esfuerzos realizados por el Gobierno Vasco en otros ámbitos vinculados a la calidad de vida, sus efectos sobre el conjunto de la ciudadanía.

Pasados ya algunos años desde la publicación de la Ley/1997, la sanidad vasca se enfrenta a las consecuencias de su mayoría de edad y a la presión que siguen ejerciendo factores demográficos como el envejecimiento de la población de Euskadi, factores tecnológicos como las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, los cambios en los patrones de morbi-mortalidad, las transformaciones en la estructura familiar y en las actitudes sociales frente a la enfermedad y la salud, así como las aspiraciones crecientes de una ciudadanía cada vez más sensibilizada en el ejercicio de sus derechos.

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente trabajo es ofrecer una panorámica de la salud en la C.A. de Euskadi, y dada la multiplicidad de aspectos susceptibles de ser analizados, describiremos a continuación la evolución de las dimensiones que, desde nuestro punto de vista, nos han parecido más importantes para dar cuenta de ello.

Antolamendu Sanitarioaren Legeak eraldaketak eragin ditu osasuna ulertzeko moduetan eta eraldaketa horiek estrategia bihurtu dira, nola biztanleriaren osasuna hobetzeko hala erakundearen osasuna hobetzeko, bere garaian Osasuna Zainduz-ek adierazi bezala. Bada, eraldaketa horiek eta Eusko Jaurlaritzak bizi-kalitatearekin lotutako beste arlo batzuetan egindako ahaleginek, eragina izan dute biztanleria osoan.

1997ko Legea argitaratu zenetik urte batzuk igaro ondoren, euskal sanitategiak aurre egin behar die adin nagusikoa izateari eta faktore demografiko batzuek oraindik ere egiten dioten presioari, hala nola Euskadiko biztanleria zahartzeari, diagnostikoetarako eta terapietarako teknika berriak bezalako faktore teknologikoei, erikortasun patroietako aldaketei, familia egiturako aldaketei eta gaixotasunaren eta osasunaren aurrean gizarteko jarreretan egondakoei, baita hiritarren gero eta nahi handiagoei ere, gero eta sentsibilizatuagoak euren eskubideak erabiltzen.

Kontuan hartuta lan honen helburua EAeko osasunaren panoramika eskaintzea dela, eta aztertzeke alderdi ugari dagoela gogoan izanda, gure ikuspegitik jakinarazteko garrantzitsuenak diren dimentsioen eboluzioa deskribatuko dugu ondoren.

3. ESTADO DE SALUD EN EUSKADI: ANÁLISIS DE LA SALUD PERCIBIDA

Entre los indicadores más utilizados para valorar el estado de salud de la población, el concepto de salud percibida ha sido el que goza de mayor aceptación. Se trata de un concepto subjetivo a través del cual las personas evalúan su situación global de salud basándose en su percepción interna. Entre las virtudes por las que se utiliza la variable *salud percibida* como criterio de comparación en los estudios internacionales se encuentra el hecho de que ha mostrado su asociación con numerosos resultados de salud, de utilización de servicios sanitarios¹ y, especialmente, como predictora de supervivencia². En la medida en que la salud es el resultado de diferentes determinantes socioeconómicos su tendencia refleja la evolución de nuestra sociedad, siendo ésta una de las principales razones por la que hemos estudiado el comportamiento de esta variable en función de ellos. Indudablemente los procesos sociales acaecidos durante las últimas décadas en nuestra sociedad han tenido su correlato en términos de salud tanto individual como colectiva.

Desde el punto de vista demográfico, la C.A. de Euskadi ha experimentado cambios importantes en los últimos años. Nuestra sociedad está envejeciendo progresivamente como resultado de la conjunción de las bajas tasas de natalidad y mortalidad. Aunque las tasas de natalidad descendieron entre 1975-1985 en 10 puntos, durante la década siguiente se han mantenido estables rondando los 7,5 nacidos vivos por 1000 habitantes. Sin embargo, como señala el Plan de Salud 2002-2010, la tasa bruta de mortalidad que estaba experimentando un descenso progresivo ha modificado su tendencia a partir de la década de los noventa subiendo 2 puntos desde entonces (8,7 fallecidos por 1.000 habitantes). La conjunción de estos factores ha producido un crecimiento vegetativo negativo que se ha visto agravado por un saldo migratorio también negativo durante los años 90 lo que ha dado como resultado que el volumen de la población vasca sea similar al de hace 25 años aunque con una estructura por edades muy diferente. Nos encontramos así ante un escenario demográfico caracterizado por el envejecimiento de la población y por la reducción de la población total, tendencias que, según las últimas proyecciones, apuntan a mantenerse³. El hecho de que la población no haya aumentado y que los recursos económicos disponibles en la C.A. de Euskadi se hayan ido incrementando progresivamente, ha supuesto que la renta per cápita disponible se haya incrementado por encima del 50% en los 10 últimos años.

En este sentido, la mejora de la calidad de vida alcanzada en la C.A. de Euskadi se refleja en su nivel de salud que se encuentra entre los mejores del mundo, como así lo atestigua el hecho de que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres vascas sea la segunda más alta del mundo. Igualmente, como se muestra en la tabla 1, la salud percibida⁴ de los

¹ Idler E.L., Benjamín, Y. (1997) Self-rate Health and Mortality: a Review of Twenty-seven Community Studies. *Journal of Health & Social Behavior* 38: 21-37.

² Kaplan, GA et al. (1988) Subjective State of Health and Survival in Elderly Subjects. *Journal of Gerontology* 43 (4) : 114-120

³ Plan de Salud 2002-2010. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Pág. 38.

⁴ La variable salud percibida se refiere a la autopercepción de la salud declarada por los sujetos encuestados. En este caso se ha evaluado preguntando: ¿cómo considera usted que es su salud? con las siguientes respuestas: 1. Muy mala. 2. Mala. 3. Regular. 4. Buena. 5. Muy buena. Ver Gobierno Vasco, **Encuesta de salud**, 2003.

3. OSASUN-EGOERA EUSKADIN: OSASUN HAUTEMANAREN AZTERKETA

Biztanleriaren osasun-egoera baloratzeko gehien erabilitako indikatzaileen artean hautemandako osasunaren kontzeptua da onartuena. Kontzeptu subjektiboa da eta horren bidez pertsonak euren osasun egoera globala ebaluatzen dute barne hautemaketan oinarrituta. *Osasun hautemana* aldagaia konparatzeko irizpide bezala erabiltzen da nazioarteko azterketetan bertute batzuk dituelako, besteak beste, osasun emaitza ugariarekin lotuta egotea, zerbitzu sanitarioen erabilpenarekin¹ eta, bereziki, biziraupena iragartzen duelako². Osasuna determinatzaile sozioekonomiko desberdinen emaitza den heinean, horren joerak gure gizartearen eboluzioa islatzen du, eta hori izan da, hain zuzen, aldagai hau determinatzaile horien arabera aztertzeo arrazoia. Azken hamarkadetan gure gizartearen geratutako prozesu sozialek korrelatua izan dute osasun mailan, nola banakoenean hala taldearenean.

Ikuspuntu demografikotik EAEk aldaketa garrantzitsuak izan ditu azken urteotan. Gure gizartea pixkanaka zahartzen ari da, jaiotza- eta heriotza-tasa baxuak egotearen ondorioz. Jaiotza-tasak 1975-1985 artean 10 puntu jaitsi ziren arren, hurrengo hamarkadan egonkor egon dira, 1.000 biztanleko 7,5 jaiotza baxuak gutxi gorabehera. Baina Osasun Plana 2002-2010ean adierazten denez, heriotza-tasa gordina pixkanaka beheraka zihoan arren, 90eko hamarkadaz geroztik joera hori aldatu egin da eta orduz geroztik 2 puntu igo da (8,7 hildako 1.000 biztanleko). Faktore horiek bat egitearen ondorioz, hazkunde begetatibo negatiboa egon da eta areagotu egin da, 90eko hamarkadan migrazio-saldoa ere negatiboa izan delako. Horren ondorioz, euskal biztanleriaren bolumena duela 25 urtekoaren antzekoa da, nahiz eta adinaren arabera egoera oso desberdina izan. Dugun egitura demografikoaren ezaugarriak dira biztanleria zahartzen joatea eta osoko biztanleriak behera egitea, eta joera horiek, azken proiektzioen arabera, mantentzera doaz³. Biztanleriak ez duenez gora egin eta EAEen eskura dauden baliabide ekonomikoek pixkanaka gora egin dutenez, eskura dagoen per capita errenta %50 baino gehiago hazi da azken 10 urteotan.

Zentzu horretan, EAEen lortutako bizi-kalitatearen hobekuntza bertako osasun-mailan islatzen da, munduko hoberenen artean baitago, eta horren lekuko da euskal emakumeen bizi itxaropena munduko bigarren handiena izatea jaiotzen direnean. Era berean, 1. taulan ikusten denez, euskal gizon eta emakumeen hautemandako osasuna⁴ Estatu espainiarreko

¹ Idler E.L., Benjamín, Y. (1997) Self-rate Health and Mortality: a Review of Twenty-seven Community Studies. *Journal of Health & Social Behavior* 38: 21-37.

² Kaplan, GA et al. (1988) Subjective State of Health and Survival in Elderly Subjects. *Journal of Gerontology* 43 (4) : 114-120

³ Osasun plana 2002-2010. Osasun Saila. Eusko Jaurilaritza. 38. or.

⁴ Osasun hautemana aldagaia inkestak beren buruari hautematen dioten osasuna da, aitortzen dutena. Kasu honetan, ebaluatzeo «zure osasuna nolakoa dela uste duzu?» galdetu da eta honako erantzun hauek zituen: 1. Oso txarra. 2. Txarra. 3. Erdipurdikoa. 4. Ona. 5. Oso ona. Ikus, Eusko Jaurilaritza, **Osasun inkesta**, 2003.

vascos y vascas se encuentra también entre los primeros puestos del Estado español con una puntuación de 395,98 en el ranking por Comunidades Autónomas. Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, sólo es superada por Ceuta, la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares y Navarra.

lehenbiziko tokietan dago, 395,98 puntu ditu Autonomia Erki-degoen araberako rankingena. Ezgaitasunen, Urritasunen eta Osasun Egoeraren 1999ko Inkesta Nazionalaren arabera, Ceuta, Madrilgo Erkidegoa, Balear Uharteak eta Nafarroa bakarrik daude aurretik.

Ranking de salud percibida por Comunidades Autónomas, 1999

1

Osasun hautemanaren rankinga autonomia erkidegoka, 1999

	Osasun maila (%) Nivel de salud (%)					RANKINGA GUZTIZKO puntuazioa RANKING Puntuación TOTAL
	Oso ona Muy buena	Ona Buena	Erdipurdikoa Regular	Txarra Mala	Oso txarra Muy mala	
	5	4	3	2	1	
1 Ceuta	20,22	56,52	18,61	3,99	4,43	409,06
2 Madrid	23,52	53,01	18,79	3,88	1,09	399,88
3 Balears (Illes)	17,69	62,79	15,65	3,40	0,13	399,66
4 Navarra	15,30	57,15	21,05	5,31	0,73	397,88
5 Euskal AE / C.A. de Euskadi	24,63	55,31	15,84	3,56	0,67	395,98
6 C. Valenciana	17,67	57,39	19,96	4,81	0,16	395,96
7 Melilla	17,10	61,02	17,90	3,86	0,01	395,74
8 España	14,80	61,01	19,82	4,11	0,30	395,40
9 Andalucía	16,41	58,81	20,09	4,17	0,54	394,85
10 Cataluña	20,94	55,98	18,43	3,88	2,56	394,25
11 Aragón	21,74	56,02	17,87	3,66	2,23	393,50
12 Rioja (La)	20,33	54,80	18,59	5,52	2,08	392,45
13 Cantabria	2,60	38,81	36,89	18,94	2,75	390,99
14 Murcia	23,34	57,25	15,97	2,83	0,61	390,26
15 Extremadura	23,77	49,54	21,19	4,73	0,23	389,75
16 Canarias	20,38	60,52	16,20	2,52	0,28	387,61
17 Castilla y León	19,55	60,99	15,43	3,77	0,45	386,46
18 C. La Mancha	21,22	55,19	19,17	3,99	0,12	386,02
19 Asturias	28,54	55,36	12,74	3,37	0,00	379,62
20 Galicia	19,82	60,37	16,26	3,07	0,21	319,56

Iturria: INE. Ezgaitasunen, Urritasunen eta Osasun Egoeraren 1999ko Inkesta, 1999. Geuk egina.

Fuente: INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Elaboración propia.

Estos datos indican que la salud percibida está fuertemente vinculada al desarrollo económico puesto que son las comunidades autónomas que se encuentran en los primeros puestos del ranking en términos de salud percibida quienes disfrutan de un PIB más elevado. El País Vasco ocupa en el año 1999 el quinto puesto, lo que le otorga una situación nada desdeñable. Un dato ilustrativo de esta excelente posición es que el porcentaje de ciudadanos vascos que declara tener una salud muy buena es de un 24,63%. Los datos comparativos sobre *salud percibida* en Europa publicados en el Informe de la Unión Europea en el 2003⁵ señalan que un 67,8% de los

Datu hauek adierazten dute hautemandako osasuna oso estu lotuta dagoela garapen ekonomikoari, izan ere, hautemandako osasunaren rankingean lehenbiziko postuetan dauden Autonomia Erkidegoak baitira BPG handiena dutenak. EAE bosgarren postuan zegoen 1999an eta horrek kontuan hartzeko egoera ematen dio. Kokapen on hau argitzen duen datu bat da oso osasun ona dutela esaten duten euskal hiritarren portzentajea %24,63koa dela. European hautemandako osasunaren datu konparatiboak Europar Batasunaren txostenean argitaratu ziren 2003an⁵ eta ikusten denez 15 urtez gorako hiritarren %67,8ak osasun ona edo oso ona duela uste

⁵ European Comisión. *The Health of Adults in the European Union*. Special Eurobarometer. (2003).

⁵ European Comisión. *The Health of Adults in the European Union*. Special Eurobarometer. (2003).

ciudadanos y ciudadanas mayores de 15 años consideran que su salud es buena o muy buena y que tan sólo el 5,7% de los europeos perciben su salud como mala o muy mala. Comparando estos datos con los que refleja la tabla anterior podemos observar que el porcentaje de vascos y vascas que valoran su salud como buena o muy buena es de casi un 80% y los que perciben su salud como mala o muy mala no llegan al 5% (4,2%) lo que sitúa al País Vasco en una situación de salud privilegiada dentro del contexto europeo.

du eta europarren %5,7ak bakarrik uste du osasun txarra edo oso txarra duela. Datu horiek aurreko taulakoekin alderatuz gero, osasun ona edo oso ona duten euskal gizon eta emakumeak ia %80 direla ikusiko dugu eta txarra edo oso txarra dutela uste dutenak ez dira %5era iristen (%4,2), beraz, EAE osasun-egoera pribilegiatuan dago Europako testuinguruan.

4. EVOLUCIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN LA C.A. DE EUSKADI (1997-2002)

Como hemos visto anteriormente las transformaciones habidas en el lustro 1997-2002 muestran los cambios experimentados en la salud percibida de la población vasca. La mejora paulatina de las condiciones de vida ha influido favorablemente en la evolución de la salud percibida de la población

Evolución de la salud percibida en la C.A. de Euskadi

2

4. HAUTEMANDAKO OSASUNAREN EBOLUZIOA ETA DESBERDINTASUN SOZIALAK OSASUNEAN EUSKAL AEN (1997-2002)

Aurrez ikusi dugunez, 1997-2002 bosturtekoan egondako aldaketek euskal biztanleriak hautemandako osasunean izandako aldaketak adierazten ditu. Bizi-baldintzak pixkanaka hobetu izanak aldeko eragina izan du euskal biztanleriak hautemandako osasunean eta 2. taulan ikus daitekeenez,

Hautemandako osasunaren eboluzioa Euskal AEn

	1997 Batez beste ¹ Media	2002 Batez beste ¹ Media	«Z» balio tipifikatua Valor tipificado «Z»	Esanahia Significación
I. Generoa / Género				
Gizonak / Hombres	2,94	2,83	4,36	***
Emakumeak / Mujeres	2,95	2,92	1,34	
II. Ikasketa-maila / Nivel de instrucción				
Alfabetatu gabeak / Analfabetos	3,45	3,48	-0,12	
Ikasketa gabeak / Sin estudios	3,43	3,31	1,43	
Lehen mailako ikasketak / Estudios primarios	3,2	3,19	0,38	
Eskola-graduatua / Graduado escolar	2,82	2,81	0,26	
BBB/Lanbide heziketa / B.U.P./Profesionales	2,71	2,66	0,6	
Tekniko unibertsitarioak / Técnicos universitarios	2,72	2,64	1,65	
Goi mailako unibertsitarioak / Universitarios superiores	2,56	2,53	0,61	
III. Lan egoera / Situación laboral				
Lanean / Trabajando	2,8	2,71	3,87	***
Langabezian / En paro	2,84	2,78	0,84	
Lehen enplegua / Primer empleo	2,52	2,2	2,09	
Erretiratuak / Jubilados	3,28	3,27	0,24	
Ikasleak / Estudiantes	2,48	2,36	2,46	***
Etxeko lanak / Labores del hogar	3,11	3,12	-0,31	
IV. Egoera sozio-ekonomikoa / Condición socioeconómica				
Goi maila / Clase alta	2,67	2,63	0,89	
Erdi-goi maila / Clase media-alta	2,73	2,75	-0,42	
Erdi maila / Clase media	2,93	2,82	2,42	
Erdi-behe maila / Clase media-baja	3,03	2,94	3,88	***
Behe maila / Clase baja	3,07	3,07	0	
V. Adina / Edad				
16-24	2,56	2,4	3,93	***
25-44	2,75	2,63	4,69	***
45-64	3,09	3,03	2,06	***
≥ 65	3,3	3,27	0,85	
Euskal AE / C.A. de Euskadi	2,95	2,88	4,22	***

¹ Balioak honela doaz: 1. Bikaina; 2. Oso ona; 3. Ona; 4. Erdipurdikoa eta 5. Txarra.

Los valores oscilan del modo siguiente: 1. Excelente; 2. Muy buena; 3. Buena; 4. Regular y 5. Mala.

*** Z esanguratsua, konfiantza mailako %95ean.

Z significativas al 95% de nivel de confianza.

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, EAEko osasun inkestak.

Fuente: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Encuestas de Salud de la C.A. de Euskadi.

vasca que, tal y como se aprecia en la tabla 2, en el transcurso de este período ha mejorado significativamente. Sin embargo, este aumento progresivo, común a todos los países desarrollados, no se distribuye por igual entre todos los grupos sociales, lo que conlleva la persistencia de diferencias socioeconómicas y, como se verá a continuación, al mantenimiento de desigualdades de salud.

Los datos de la tabla 2 no dejan lugar a dudas en cuanto a la mejora del estado de salud. La media de la salud percibida para el conjunto de la C.A. de Euskadi en 1997 era de 2,95 y en el año 2002 la media es de 2,88. La mejora experimentada en estos cinco años es estadísticamente significativa al 95% de nivel de confianza ($Z = 4,22$).

Es cierto que la percepción de la salud por parte de los sujetos es una variable subjetiva, compleja, que depende de numerosos factores, tanto interiores, propios del sujeto: estados de ánimo, circunstancias personales y vitales, como exteriores: situación de paro, inseguridad, deterioro medioambiental y otros. Sin embargo, el hecho de que la percepción general de la población haya mejorado tiene un significado especial dado, que si se tiene en cuenta, tal y como quedará de manifiesto más adelante, que uno de los determinantes más poderosos de la salud percibida es la «Edad» y si damos por supuesto que en el lustro transcurrido entre 1997 y 2002 la población vasca ha envejecido en esta misma proporción, la diferencia en términos de mejora de la salud es, si cabe, mucho más significativa.

Si tenemos en cuenta que las puntuaciones más bajas expresan un mayor grado de salud percibida, una lectura más atenta de los datos recogidos en la tabla 2 nos permite extraer una serie de conclusiones relativas a las diferencias más significativas por subgrupos:

La *edad*, *nivel cultural* y *clase social* son, por este orden, las variables que más incidencia tienen en el logro de puntuaciones elevadas en la escala de Salud percibida. Por orden de importancia se han obtenido las puntuaciones siguientes: *Estudiantes*, 2,36; *Jóvenes de 16- 24 años*, 2,40; *Universitarios Superiores*, 2,53 y *Clase Alta*, 2,63; lo que indica que se ha producido una mejora general en la salud percibida de la población vasca durante este período, y que son la edad y la clase social lo que establece mayores diferencias.

Comparando las puntuaciones en los dos momentos para un mismo subgrupo se observa una mejora significativa (ver tabla 2 en la columna «Significación») en los siguientes subgrupos: hombres, población ocupada, estudiantes, clase media-baja y en todos los grupos de edad hasta los 64 años.

Para concluir este apartado, es obligado mencionar que se han producido, en términos de mejoras, diferencias significativas entre grupos sociales. Éste es el caso de los hombres (a diferencia de las mujeres), que han expresado una sensible mejoría respecto a la situación de 1997. En aquel momento, la población masculina apenas se diferenciaba de la femenina, la media era de 2,94 para los primeros frente a 2,95 en el caso de las mujeres. En el 2002, en el caso de los hombres, la diferencia entre ambas puntuaciones se ha ampliado sensiblemente, pasando de una media de 2,94 a 2,83. No es extraño que el valor « $Z=4,36$ » sea una cifra estadísticamente significativa. Desde nuestro punto de vista esto indica un cambio sustancial en la autopercepción masculina en materia de salud que merece la pena explorar.

al di honetan modu esanguratsuan hobetu da. Baina pixkanakako gorakada hori garatuta herrialde guztietan gertatu den arren, ez da berdin banatzen gizarteko talde guztietan; horren ondorioz, alde sozio-ekonomikoek iraun egiten dute eta, beraz, ondoren ikusiko denez, osasunean aldeak daude.

2. taulako datuek argi uzten dute osasun egoera hobetu egin dela: EAEn 1997an hautemandako osasunaren batez bestekoa 2,95 zen eta 2002. urtean 2,88koa da. Bost urte horietan izandako hobekuntza estatistikoki esanguratsua da konfiantza mailaren %95ean ($Z = 4,22$).

Egia da subjektuek osasuna hautematea subjektiboa dela, konplexua, faktore askoren mende dagoela, nola barnekoak, subjektuarenak berezkoak (gogo-aldarteak, gorabehera pertsonalak eta bizitzakoak) hala kanpokoak (langabezia, segurtasun gabezia, ingurumenaren narriadura eta abar). Baina biztanleriaren hautemate orokorra hobetu izanak esanahi berezia du, izan ere geroago agerian geldituko denez, kontuan hartzen bada osasunaren determinatzaile indartsuenetakoa «Adina» dela eta segurutzat jotzen badugu 1997-2002 bost urteetan euskal biztanleria proportzio berdinean zahartu dela, osasun hobekuntzan egondako aldea askoz esanguratsua da, horrelakorik esan badaiteke behintzat.

Kontuan hartzen badugu puntuazio baxuenek hautemandako osasun maila handiagoa adierazten dutela, 2. taulako datuak zehatzago ikusiz gero zenbait ondorio atera ditzakegu alde esanguratsueni buruz azpitaldeen arabera:

Adina, *kultur maila* eta *gizarte-klasea* dira, ordena horretan, Hautemandako Osasunaren eskalan puntuazio altuak lortzeko eragin handiena dutenak. Garrantziaren arabera honako puntuazioak lortu dira: *Ikasleak*, 2,36; *Gazteak 16-24 urte*, 2,40; *Goi mailako unibertsitariak*, 2,53 eta *goi-klasekoak*, 2,63; horrek adierazten du euskal biztanleriaren hautemandako osasuna orokorrean hobetu egin dela aldi honetan eta adina eta gizarte-klasea direla alderik nabarmenenak ezarzen dituztenak.

Azpitalde berak bi uneetan dituen puntuazioak alderatuz gero, hobekuntza esanguratsua ikusten da (ikus 2. taula, «Esanahia» zutabea) azpitalde hauetan: gizonak, okupatutako biztanleria, ikasleak, erdi-behe maila eta adin talde guztiak 64 urte artekoak.

Atal hau amaitzeko beharrezkoa da aipatzea alde esanguratsua egon direla hobekuntzei dagokienean gizarteko taldeen artean. Horrela gertatzen da gizonetan (ez emakumeetan) nolabait hobekuntza adierazi baitute 1997an zuten egoerarekiko. Garai hartan gizonak ia ez ziren emakumeengandik bereizten, gizonen batez bestekoa 2,94koa zen eta emakumeena 2,95koa. 2002an gizonen kasuan, bi puntuazioen arteko aldea gehitu egin da, 2,94ko batez bestekotik 2,83ra igarota. Ez da harrizkoa « $Z=4,36$ » balioa zifra esanguratsua izatea estatistikari dagokienean. Gure ikuspegitik horrek aldateta substantziala adierazten du gizonek beraien buruen osasuna hautemateko garaian eta merezi du hori aztertzea.

Algo parecido sucede si nos fijamos en la variable *clase social*. Las diferencias, en términos de mejora son realmente espectaculares. A este respecto es importante observar que ha habido una mejora sustancial de la percepción de la salud en las clases medias y medias-bajas; la variación ha sido sensiblemente superior a la de los grupos superiores aunque, obviamente, éstos parten de mejores posiciones, por lo que su capacidad de mejora es sensiblemente inferior. ¿Qué significa esto?, a nuestro modo de ver que en el lustro 1997/2002, por circunstancias que desconocemos y que obviamente escapan a las pretensiones de este trabajo, existe una igualación al alza de la salud percibida de la población vasca, aumentando más si cabe el grado de homogeneización. Es posible pensar que la tendencia al alza de las condiciones de vida de las clases medias pueda conllevar una reducción de las diferencias socioeconómicas entre grupos sociales y, como consecuencia, una homogeneización de la salud percibida.

En cualquier caso, los datos confirman el hecho de la existencia de desigualdades en salud entre grupos sociales derivadas de inequidades según clase social, nivel educativo o género, lo que indica que el fenómeno de las desigualdades en el estado de salud de la población es un problema recurrente que se mantiene en todas las sociedades a pesar de la mejora general experimentada. Su presencia no hace sino poner de relieve que siempre los grupos sociales que ocupan los lugares más bajos en la escala social tienen peor salud. Se trata por tanto de un fenómeno que hunde sus raíces en la propia naturaleza de la estructura social y cuya reducción implica el desarrollo de acciones de discriminación positiva dirigidas precisamente a los colectivos que sufren las consecuencias de la desigualdad social y cuya salud se ve afectada injustamente por factores socioeconómicos susceptibles de ser evitados.

No es otra la razón por la que la OMS, haciéndose cargo de la trascendencia de este problema ha formulado entre sus objetivos prioritarios para el siglo XXI el logro de la equidad en salud. En Euskadi, el Departamento de Sanidad, aceptando la injusticia que suponen las desigualdades sociales en salud, ha introducido entre los objetivos estratégicos de su último Plan de Salud 2002-2010 la reducción de las diferencias en salud entre grupos socioeconómicos planteando para ello el desarrollo de una serie de acciones específicas dirigidas hacia los grupos más desfavorecidos. Como queda recogido en dicho Plan: *aumentar la calidad de vida mejorando la salud y reducir las desigualdades son los grandes desafíos que Euskadi espera alcanzar para el año 2010.*

Antzeko zerbait gertatzen da gizarte-klasea aldagaiari begiratzen badiogu. Aldeak, hobekuntzari dagokionez, sekulakoa dira. Garrantzitsua da ikustea funtsezko aldaketa egon dela osasuna hautematerakoan erdi mailan eta erdi-behe mailan; goi mailetakoa baino aldaketa apur bat handixeagoa izan da, nahiz eta horiek kokapen hobea eta hobetzeko gaitasun handixeagoa izan. Horrek zer esan nahi du?, gure iritziz 1997/2002 bosturtean, ezagutzen ez ditugun arrazoiengatik eta lan honen nahietatik kanpo daudenetatik, euskal biztanlerian hautemandako osasunak hobera berdintzeko joera duela, horren bidez homogeneizazio maila gehituta, horrelakorik egin badaiteke behintzat. Pentsa daiteke bizi-baldintzek gorako joera dutenez gizarteko taldeen artean alde sozio-ekonomikoak gutxitu egingo direla eta, ondorioz, hautemandako osasuna homogeneizatu.

Dena dela, datuek adierazten dute osasunean aldeak daudela gizarteko taldeetan gizarte-klasearen, heziketa-mailaren edo generoaren arabera. Horrek esan nahi du biztanleriaren osasun-egoeran egoten diren desberdintasunak behin eta berriro gertatzen den arazoa dela eta gizarte guztietan dagoela nahiz eta orokorrean hobetu egin den. Alde horiek agerian uzten dute gizarteko eskalan mailarik baxuenean dauden taldeek izaten dutela osasun txarrena. Fenomeno honen sustaiak, beraz, gizarte-egituraren izaeran bertan daude eta hori gutxitzeko beharrezkoa da diskriminazio positiboko jarduerak garatzea gizarteko desberdintasunen ondorioak jasaten dituzten taldeei zuzenduta, ekidin daitezkeen faktore sozio-ekonomikoek bidegabe eragiten baitie osasunean.

Arrazoi horregatik OMEk, arazo honen trantsendentziaren kargu eginda, XXI. menderako dituen lehentasunezko helburuen artean osasunean berdintasuna lortzea jarri du. EAEn Osasun Sailak onartu egin du gizarteko desberdintasunek osasunean duten justiziagabekeria, eta 2002-2010 Osasun Planeko helburu estrategikoetan sartu du talde sozio-ekonomikoen arteko osasun aldeak murriztea. Horretarako berriazko jarduera batzuk garatzea planteatu du talderik kalteuenei zuzenduak. Plan horretan jaso denez: *osasuna hobetuta bizi-kalitatea gehitzea eta desberdintasunak murriztea dira Euskadik 2010erako lortzea espero dituen erronka handiak.*

5. RADIOGRAFIANDO LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA

Desde mediados del siglo XX las sociedades occidentales han experimentado una transformación espectacular en sus patrones de morbi-mortalidad. Tras los éxitos cosechados en la lucha contra las enfermedades infecciosas debido a la aplicación masiva del uso de antibióticos y a las medidas de inmunización, nuestras sociedades se han encontrado en los albores del siglo XXI enfrentadas al reto de la lucha contra las enfermedades no transmisibles cuya etiopatogenia es de carácter multidimensional. Los hallazgos sobre los factores de riesgo implicados en la aparición de este tipo de patologías, así como en su mantenimiento y reducción, indican que tras ellas se encuentran factores vinculados no sólo a las peculiaridades biológicas y a su variabilidad, sino también a los estilos de vida y hábitos de salud de cada sociedad relacionadas con los comportamientos, con las condiciones de vida físicas y sociales derivadas del desarrollo económico y social, y con la accesibilidad y calidad de los servicios de salud.

5. GAIXOTASUNA ERRADIOGRAFIATUZ OSPITALEETAKO ERIKORTASUNAREN BIDEZ

XX. mende erditik mendebaldeko gizarteetan aldaketa handia egon da gaixotze- eta heriotza-tasen patroietan. Gaixotasun kutsakorren aurkako borrokan izandako arrakasten ondoren, antibiotikoak eta immunizatze bitartekoak modu masiboan erabiltzearen ondorioz, gure gizarteak XXI. mendearen atarian kutsatzen ez diren gaixotasunei aurre egiteko erronka du, dimentsio anitzeko izaeradun etiopatogenia dutenei aurre egitekoa. Patologia mota horiek agertzeko zerikusia duten arrisku-faktoreei buruz egindako aurkikuntzek eta horien mantentze- eta murrizte-lanetan egindakoek adierazten dute atzetik berezitasun biologikoei eta horien aldakortasunari lotutako faktoreak ez ezik, gizarte bakoitzaren bizitza-estiloak eta osasun-ohiturei lotutakoak ere badaudela, jarrekin lotuak, baita garapen ekonomiko eta sozialen ondoriozko bizi-baldintza fisiko eta sozialei lotuak ere eta osasun-zerbitzuen irisgarritasunarekin eta kalitatearekin lotuak.

Evolución de la morbilidad hospitalaria según diagnósticos agrupados en la C.A. de Euskadi

3

Ospitaleetako erikortasunaren eboluzioa, Euskal AEn sailkatutako diagnostikoen arabera

	2000	2001	2002	2003	2004	Δ (%) 2004-2000
Zirkulazio sistemako gaixotasunak / Enfermedades sistema circulatorio	30.803	32.840	34.261	35.054	36.205	18
Digestio-aparatuko gaixotasunak / Enfermedades aparato digestivo	28.836	29.846	31.073	31.262	32.504	13
Nerbio sistemako eta zentzuen organoetako gaixotasunak / Enfermedades sistema nervioso y órganos de los sentidos	25.133	27.583	27.970	27.149	27.690	10
Neoplasiak (tumoreak) / Neoplasias (tumores)	20.768	22.661	24.048	24.231	24.823	20
Gorabeherak haurdunaldian, erditzean eta puerperioan / Complicaciones embarazo, parto y puerperio	20.867	21.855	22.860	24.175	24.780	19
Arnas aparatuko gaixotasunak / Enfermedades aparato respiratorio	23.288	21.261	24.105	24.574	24.595	6
Sistema osteo-mioartikularreko gaixotasunak / Enfermedades sistema osteo-mioarticular	20.691	22.342	23.310	23.528	24.000	16
Lesioak eta pozoitzeak / Lesiones y envenenamientos	20.271	20.949	21.330	20.756	21.414	6
Aparatu genitourinarioko gaixotasunak / Enfermedades aparato genitourinario	15.825	16.848	16.884	16.520	16.480	4
Gaizki definitutako sintomak, zeinuak eta egoerak / Síntomas, signos y estados mal definidos	10.215	10.684	11.278	11.709	12.004	18
Osasun egoeran eragina duten egoerak / Situaciones que influyen en el estado de salud	16.080	14.687	11.041	11.213	8.502	-47
Trastorno mentalak / Trastornos mentales	4.836	4.821	4.923	4.844	4.990	3
Gaixotasun endokrinoak, nutri. metab. trast. inm. / Enfermedades endocrina, nutri. metab. trast. inm.	3.469	3.694	3.890	4.032	4.053	17
Gaixotasun infekziosoak eta parasito-gaixotasunak / Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.478	3.996	3.711	3.711	3.914	13
Azaleko eta azalaren azpiko ehunetako gaixotasunak / Enfermedades piel y tejidos subcutáneos	3.365	3.745	3.593	3.693	3.777	12
Odoleko eta organo hematopoietikoetako gaixotasunak / Enfermedades sangre y órganos hematopoyéticos	1.764	1.917	2.232	2.300	2.641	50
Sortzetiko anomaliak / Anomalías congénitas	2.122	2.285	2.158	2.156	2.340	10
Gaixotasun perinatal batzuk / Ciertas enfermedades perinatales	1.713	1.766	1.816	1.882	1.767	3

Iturria: Eustat eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. Ospitaleetako erikortasun-estatistika.

Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Estadísticas de morbilidad hospitalaria.

Entre los indicadores más utilizados para conocer los patrones de morbilidad se encuentran los relativos a la morbilidad hospitalaria dado el alto grado de cumplimentación y calidad de los sistemas de registro. El número de altas hospitalarias agrupadas según los diagnósticos de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) durante el período 2002-2004 que se recogen en las tablas siguientes, dan una idea bastante aproximada de la magnitud de los grandes grupos de enfermedades por los que se producen los ingresos en los hospitales públicos y privados de la C.A. de Euskadi y de su evolución durante los últimos cuatro años.

Los datos indican que durante todo el período, aunque con ligeras variaciones, el lugar que ocupa cada una de las categorías de enfermedades se mantiene constante, poniéndose en evidencia cuáles son los principales problemas de salud que, con un porcentaje muy superior al resto, afectan a la población vasca.

Analizando la tabla 3 se observa que las enfermedades del Sistema Circulatorio, del Aparato Digestivo, del Sistema Nervioso, los Tumores Malignos, las Enfermedades Respiratorias, las Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio y las Osteomusculares son, por este orden, las que ocupan todos los años los primeros puestos del ranking suponiendo entre todas más del 50 % de las causas de alta hospitalaria. Además, como se ve en la columna de la derecha, su incidencia en el 2004 ha aumentado ligera y progresivamente con respecto al año 2000. También los grupos de enfermedades que ocupan las posiciones más bajas en el 2000: las Enfermedades de Sangre y Órganos Hematopoyéticos, las Anomalías Congénitas, las Enfermedades Perinatales, Enfermedades de la Piel y Enfermedades Infecciosas y Parasitarias continúan en el mismo lugar.

Erikortasunen patrioiak ezagutzeko gehien erabilitako adierazleen artean dago ospitaletako erikortasuna, erregistro-sistemak kalitate handikoak baitira eta ongi betetzen baitira. Ondorengo tauletan dago Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren diagnostikoen arabera sailkatutako ospitaletako alta kopura, 2002-2004 aldiari dagokiona. Nahiko ideia garbia atera daiteke gaixotasun talde nagusien neurriari buruz, EAEko ospitale publiko eta pribatuetako ospitaleratze gehienak talde nagusi horiengatik izaten dira eta azken lau urteetan izan duten eboluzioa ere ikusten da.

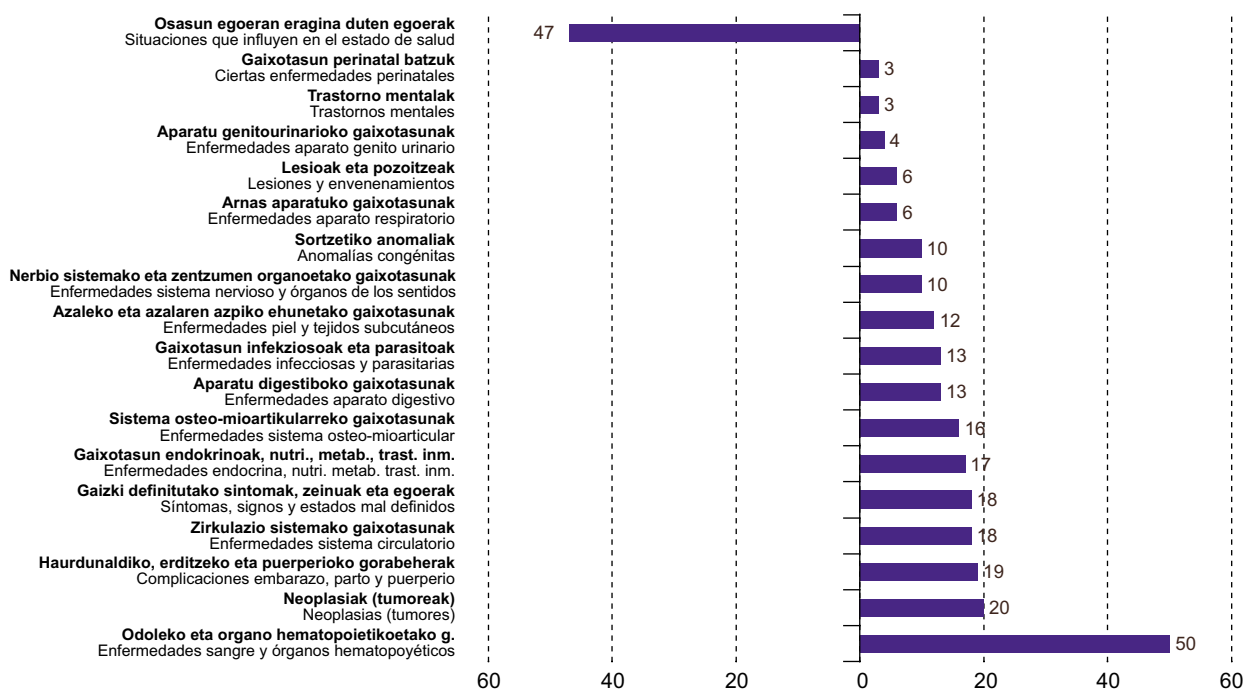
Datuek adierazten dute epe horretan, nahiz eta gorabehera txikiak egon, gaixotasun mota bakoitzak bere tokiari eusten diola; horren bidez argi gelditzen da euskal biztanleriaren osasun arazo nagusiak zein diren, besteekin alderatuz gero ehuneko askoz handiagoan.

3. taula aztertuz gero ikusten da Zirkulazio sistemako gaixotasunak, Digestio aparatukoak, Nerbio sistemakoak, Tumore txarrak, Arnasketa gaixotasunak, Haurdunaldiko, erditzeko eta puerperioko gorabehera eta Osteomuskularrak direla, ordena honetan, urtero lehenbiziko postuetan daudenak eta denen artean ospitaletako alden %50 baino gehiago direla. Gainera, eskuineko zutabean ikus daitekeenez, 2004an zuten eragina apurka igo egin da 2000koarekin alderatuz gero. Baita 2000n posturik baxuenetan zeuden gaixotasun taldeak ere: Odoleko eta organo hematopoietikoko gaixotasunak, Sortzetiko anomaliak, Gaixotasun perinatalak, Azaleko gaixotasunak eta Gaixotasun infekziosoak eta parasito-gaixotasunak. Horiek toki berean jarraitzen dute.

Índice de variación en los grupos de diagnóstico, (%) de variación 2000-2004

1

Diagnostiko taldeetako bariazio indizea, bariazioen % 2000-2004an



Iturria: Eustat eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. Ospitaletako erikortasun-estatistika.
Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Estadísticas de morbilidad hospitalaria.

Pero, si analizamos el porcentaje de variación entre el 2000 y el 2004 podemos apreciar en el gráfico 1 que son las enfermedades de la *Sangre y órganos hematopoyéticos* las que tienen un crecimiento espectacular durante el período 2000-2004 con un porcentaje de incremento de un 50%. Le siguen las *Neoplasias* con un 20% y las complicaciones del *Embarazo, Parto y Puerperio* con un 19%. Las enfermedades del *Aparato Circulatorio* (18%), las *Enfermedades Endocrinas* (17%), los *Estados de Salud Mal Definidos* (18%) y las *Enfermedades Mioarticulares* (16%) son, por este orden, las que tienen unos porcentajes de incremento mayor en el 2004. Por el contrario, las *Enfermedades Perinatales*, los *Trastornos Mentales*, las *Enfermedades del Aparato Genitourinario* y las *Respiratorias* son, dentro del conjunto, las que menos variaciones han sufrido durante el período analizado. Un dato que llama poderosamente la atención es el espectacular descenso de las enfermedades agrupadas bajo el epígrafe *Situaciones que influyen en el Estado de Salud*, que han sufrido una bajada de un 47%.

Por otra parte, el hecho de que las *Enfermedades Perinatales* hayan sufrido un ligero ascenso puede estar reflejando la mejora generalizada del estado de salud de la población vasca, ya que las tasas de morbi-mortalidad infantil son universalmente consideradas como excelentes indicadores de la situación de salud.

a) Diferencias de género

Un apartado especial merece la distribución de estos grupos de enfermedades en función del género. ¿Hasta qué punto los perfiles de morbilidad varían según esta variable? A la luz de los datos que se muestran en la tabla 4 las mujeres tienen en ambos períodos un porcentaje más bajo que los hombres en casi todos los grupos de enfermedades; tan sólo en los cinco siguientes grupos están por encima de éstos con un porcentaje superior al 50% del conjunto de altas que comprende cada epígrafe: *Enfermedades Endocrinas*, *Enfermedades de la Sangre*, *Enfermedades del Sistema Nervioso*, *Enfermedades del Aparato Genitourinario*, *Situaciones que influyen en el Estado de Salud*, y *Enfermedades del Sistema Mioarticular* en el año 2004.

Pero, el dato más relevante resulta de la comparación de las variaciones ocurridas en la morbilidad entre ambos géneros durante el 2000-2004. Como se puede apreciar en la tabla 4, los hombres han experimentado un descenso generalizado en casi todos los grupos de diagnósticos, mientras que en las mujeres ha sido al contrario. Salvo en el caso de las *Neoplasias Malignas* (-0,58), las *Enfermedades Endocrinas* (-3,50) y las *Enfermedades de la Sangre* (-2,98), que han reducido su incidencia en el 2004, las mujeres han experimentado un ascenso generalizado en el resto de las categorías diagnósticas, lo que indica que la salud de las mujeres está sufriendo un empeoramiento paulatino con respecto a la de los hombres.

Dado el envejecimiento progresivo de la población y el alargamiento de la esperanza de vida, sobre todo en el caso de las mujeres vascas, estos datos podrían estar dando cuenta, al menos parcialmente, de este fenómeno. Quizá no es casual que precisamente el incremento en las mujeres sea el de la morbilidad asociada a procesos patológicos típicos de la vejez que se encuentran agrupados dentro de las categorías que han experimentado un ascenso mayor, como son las enfermedades del *Sistema Nervioso* y *Órganos de los Sentidos* con un 4,85%, seguida del grupo de *Lesiones y Envenenamientos* (2,20%) y de los *Síntomas, Signos y Estados Mal Definidos* (1,79%) y, por último, del grupo de *Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular* (1,32).

Baina 2000 eta 2004 arteko bariazio portzentajea aztertuz gero, 1. grafikoan ikusiko dugu *Odoleko eta organo hematopoietikoetako gaixotasunak* direla 2000-2004 epean izugarri hazi direnak: %50. Ondoren datoz *Neoplasiak*, %20 eta *Haurdunaldiko, erditzeko eta apuerperio gorabeherak* (%19). *Zirkulazio aparatuko gaixotasunak* (%18), *Gaixotasun Endokrinoak* (%17), *Gaizki definitutako osasun egoerak* (%18) eta *Gaixotasun Mioartikularrak* (%16) dira, ordena horretan, 2004an hazkunde portzentaje handiena dutenak Aitzitik, *Gaixotasun perinatalak*, *Trastorno mentalak*, *Aparatu genitourinarioko eta arnas aparatuko gaixotasunak* dira aztertuko aldiaren gorabehera gutxien izan dutenak. Bereziki deigarria den datua da *Osasun egoeran eragina duten egoerak* delakoak izan duen beherakada, %47koa izan baita.

Bestetik *Gaixotasun perinatalek* beherakada txiki bat izan izanak agian islatzen du euskal biztanleriaren osasun-egoera orokorrean hobetu egin dela, izan ere haurren eritasun- eta heriotza-tasak osasun egoeraren adierazle bikainak direla esaten baita edonon.

a) Genero desberdintasunak

Atal berezia merezi dute gaixotasun talde hauek generoaren arabera duten banaketak. Eritasun profilak zenbateraino aldatzen dira aldagai horren arabera? 4. taulako datuen arabera, emakumeek bi aldietan gizonek baino portzentaje txikiagoa dute ia gaixotasun talde guztietan; ondorengo bost talde hauetan bakarrik daude gizonen gaienetik alden %50ean baino gehiagoan: *Gaixotasun endokrinoak*, *Odoleko gaixotasunak*, *Nerbio sistemako gaixotasunak*, *Aparatu genitourinarioko gaixotasunak*, *Osasun egoeran eragina duten egoerak* eta *Sistema mioartikularreko gaixotasunak*, 2004. urtean.

Baina daturik aipagarriena 2000-2004 aldiaren bi generoen artean izandako erikortasuna alderatuta ateratzen da. 4. taulan ikus daitekeenez, gizonek diagnostiko talde guztietan beherakada orokorra izan dute, emakumeen kasuan, ordea, aurkakoa gertatu da. *Neoplasia Txarrak* (-0,58), *Gaixotasun Endokrinoak* (-3,50) eta *Odoleko gaixotasunen* (-2,98) kasuan izan ezik, 2004an inzidentzia gutxiago izan baitute, emakumeek diagnostikoko beste mailetan gorakada orokorra izan dute. Horrek esan nahi du emakumeen osasuna pixkanaka okertzen ari dela gizonen osasunarekin alderatuz gero.

Biztanleria pixkanaka zahartzen ari denez eta bizi-itxaropena luzatu, batez ere euskal emakumeen kasuan, datu horiek fenomeno honen berri ematen ari daitezke hein batean. Agian ez da kasualitatea emakumeek izan duten gorakada adin nagusiko ohiko patologiekin lotutako erikortasunetan izatea, hala nola: *Nerbio sistemako eta zentzumenen organoetako gaixotasunak* %4,85, ondoren datoz *Lesioak eta pozoitzeak* (%2,20) eta *Gaizki definitutako sintomak, zeinuak eta egoerak* (%1,79) eta azkenik, *Sistema Osteo-Mioartikularreko gaixotasunak* (1,32).

	2000		2004		Aldea (%) 2000-2004 Δ (%) 2000-2004	
	Gizona Varón	Emakumea Mujer	Gizona Varón	Emakumea Mujer	Gizona Varón	Emakumea Mujer
Gaixotasun infekziosoak eta parasitoak Enfermedades infecciosas y parásitarias	58,4	41,6	58,3	41,7	-0,07	0,07
Neoplasia txarrak / Neoplasias malignas	52,4	47,6	53,0	47,0	0,58	-0,58
Gaix. endokrinoa immunitate gorabehera Enfermedades endocrina trast. inmunidad	43,7	56,3	47,2	52,8	3,50	-3,50
Odoleko eta organo hematopoiéticoetako gaix. Enfermedades sangre y órganos hematopoyéticos	46,3	53,7	49,3	50,7	2,98	-2,98
Trastorno mentalak / Trastornos mentales	56,1	43,9	55,7	44,3	-0,45	0,45
Nerbio sistemako eta zentzumen organoetako gaix. Enfermedades sistema nervioso y órganos de los sentidos	41,7	58,3	36,8	63,2	-4,85	4,85
Zirkulazio sistemako gaixotasunak Enfermedades sistema circulatorio	58,3	41,7	57,4	42,6	-0,83	0,83
Arnas aparatuko gaixotasunak Enfermedades aparato respiratorio	61,8	38,2	61,5	38,5	-0,25	0,25
Digestio aparatuko gaixotasuna / Enfer. aparato digestivo	59,7	40,3	58,6	41,4	-1,13	1,14
Aparatu geniturinarioko gaixotasunak Enfermedades aparato genitourinario	40,5	59,5	40,0	60,0	-0,55	0,55
Azaleko eta azalaren azpiko ehunetako gaixo Enfermedades piel y tejidos subcutáneos	61,1	38,9	60,8	39,2	-0,25	0,25
Sistema Osteo-Mioartikularreko eta ehun konektiboko gaixo Enfermedades sistema osteo-mioarticular y T. conectivo	50,5	49,5	49,2	50,8	-1,30	1,32
Gaizki definitutako sintomak, zeinuak eta egoerak Síntomas, signos y estados mal definidos	55,8	44,2	54,0	46,0	-1,79	1,79
Lesioak eta pozoitzeak Lesiones y envenenamientos	60,5	39,3	58,5	41,5	-2,01	2,20
Osasun egoeran eragina duten egoerak Situaciones que influyen en el estado de salud	49,1	50,8	50,1	49,9	0,98	-0,98

Iturria: Eustat eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. Ospitaleetako erikortasun-estatistika.

Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Estadística de morbilidad hospitalaria.

b) Diferencias por grupos de edad

La evolución de la morbilidad según grupos de edad contribuye a clarificar el panorama antes descrito. Del análisis de los datos que se reflejan en la tabla 5 se desprende que una gran parte de la morbilidad recae sobre la vejez, alcanzando cerca de un 42% sobre el total de enfermedades registradas al alta hospitalaria entre todos los grupos de edad en el 2004. Además, en el grupo de mayores de 65 años, todas las categorías diagnósticas han experimentado un incremento durante el período 2000-2004 a excepción de los trastornos mentales y de las enfermedades del sistema endocrino. Según los datos sobre morbilidad hospitalaria, durante la vejez son las enfermedades del sistema nervioso (64,83%), las del aparato circulatorio (62,30%) y las de la sangre (57,74%) las que tienen mayor peso, superando cada una de ellas el 50% de la morbilidad de todos los grupos de edad dentro de su categoría en el año 2004. En el caso de las mujeres mayores de 65 años que padecen enfermedades del sistema nervioso y del aparato circulatorio el porcentaje sube hasta un 66,50% y un 67,80%, respectivamente. En cualquier caso, en los tres grupos de diagnósticos la morbilidad ha aumentado ligeramente en el período analizado.

b) Adin taldeen arabeko aldeak

Erikortasunak adinaren arabera izandako eboluzioa aztertzea, aurrez deskribatutako ikuspegia argitzeko lagungarria izan daiteke. 5. taulan ageri diren datuak aztertuz gero ikusten da erikortasunaren zati handi bat zahartzaroan izaten dela: 2004an adin taldeetan izandako alta guztietatik %42 inguru. Gainera, 65 urtez gorakoen taldean diagnostikoko maila guztiek gora egin dute 2000-2004 aldirian, trastorno mentalen eta sistema endokrinoko gaixotasunen kasuan izan ezik. Ospitaleetako erikortasun-datuen arabera, zahartzaroan pisurik handiena duten gaixotasunak hauek dira: Nerbio sistemakoak (%64,83), zirkulazio aparatukoak (%62,30) eta odolekoak (%57,74), bakoitzak adin talde guztien erikortasunean %50a gainditu zuten 2004an. 65 urtez gorako emakumeen kasuan, nerbio sistemako eta zirkulazio aparatuko gaixotasunak dituztenak kontuan hartuz gero, ehunekoa %66,50era eta %67,80ra igotzen da, hurrenez hurren. Dena dela, diagnostikoko hiru taldeetan erikortasunak gora egin du apur bat aztertutako aldirian.

	2000			2004		
	Gizona Varón	Emakumea Mujer	Guztira Total	Gizona Varón	Emakumea Mujer	Guztira Total
Infekziosoak / Infecciosas	2.031	1.447	3.478	2.283	1.631	3.914
<14	23,58	27,78	25,33	15,86	16,98	16,33
14-64	57,51	47,41	53,31	61,89	53,16	58,25
≥65	18,91	24,81	21,36	22,25	29,86	25,42
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Neoplasiak / Neoplasias	10.890	9.877	20.768	13.160	11.663	24.823
<14	1,62	1,45	1,54	1,49	1,47	1,48
14-64	45,15	62,70	53,50	43,91	60,89	51,89
≥65	53,23	35,85	44,96	54,60	37,63	46,63
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Endokrinak / Endocrinas	1.515	1.954	3.496	1.912	2.141	4.053
<14	3,23	3,22	3,23	3,61	2,90	3,23
14-64	55,31	52,25	53,59	55,49	53,43	54,40
≥65	41,45	44,52	43,18	40,90	43,67	42,36
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Odola / Sangre	817	947	1.764	1.302	1.339	2.641
<14	8,57	8,03	8,28	5,91	6,42	6,17
14-64	35,99	33,69	34,75	35,87	36,30	36,08
≥65	55,45	58,29	56,97	58,22	57,28	57,74
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Mentalak / Mentales	2.717	2.125	4.842	2.778	2.213	4.991
<14	1,10	1,98	1,49	1,58	2,49	1,98
14-64	83,92	72,75	79,02	84,63	74,24	80,02
≥65	14,98	25,27	19,50	13,79	23,27	17,99
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Nerbioak eta zentzumenak Nervioso y sentidos	10.478	14.653	25.133	11.539	16.151	27.690
<14	5,66	3,30	4,29	5,07	2,93	3,82
14-64	34,70	29,22	31,51	32,44	30,56	31,34
≥65	59,64	67,48	64,21	62,49	66,50	64,83
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Zirkulaziokoak / Circulatorio	17.948	12.854	30.803	20.795	15.410	36.205
<14	0,46	0,30	0,39	0,33	0,25	0,30
14-64	42,52	33,27	38,66	41,44	31,95	37,40
≥65	57,02	66,44	60,95	58,23	67,80	62,30
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Arnasakoak / Respiratorio	14.391	8.897	23.288	15.138	9.457	24.595
<14	15,50	18,13	16,51	14,28	16,16	15,00
14-64	37,99	31,29	35,43	37,55	3,86	36,13
≥65	46,51	50,58	48,06	48,17	49,98	48,87
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Digestiboak / Digestivo	17.209	11.623	28.836	19.032	13.472	32.504
<14	6,29	6,15	6,23	5,85	5,77	5,82
14-64	57,52	50,39	54,65	56,76	51,20	54,46
≥65	36,19	43,46	39,12	37,39	43,02	39,72
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Genitourinarioak / Genitourinario	6.413	9.412	15.825	6.588	9.892	16.480
<14	11,91	4,92	7,75	9,85	3,22	5,87
14-64	43,94	72,44	60,89	44,05	70,42	59,88
≥65	44,14	22,64	31,36	46,10	26,35	34,25
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Osteo-mioartikularrak Osteo-mioarticular	10.443	10.244	20.691	11.800	12.200	24.000
<14	1,85	1,35	1,60	1,66	1,24	1,45
14-64	76,24	58,08	67,25	74,17	56,11	64,99
≥65	21,91	40,57	31,15	24,17	42,65	33,56
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Lesioak eta pozoitzeak Lesiones y envenenamientos	12.284	7.969	20.271	12.500	8.872	21.414
<14	6,32	5,31	6,08	5,62	3,84	5,07
14-64	74,66	40,78	61,22	71,34	38,01	57,39
≥65	19,02	53,91	32,70	23,04	58,15	37,54
Guztira / Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Iturria: Eustat eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. Ospitaleetako erikortasun-estatistikak.

Fuente: Eustat y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Estadística de morbilidad hospitalaria.

En el grupo de edad comprendido entre 1 y 14 años, los porcentajes más elevados de morbilidad hospitalaria se deben a las enfermedades infecciosas y respiratorias. Dentro de las dos categorías, en el año 2004 las primeras han representado un 16,33% de la morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y las segundas un 15% del conjunto de patologías respiratorias. Sin embargo, lo más relevante es que en este grupo de edad se ha producido un descenso de la morbilidad hospitalaria por todas las causas desde el año 2000, siendo las enfermedades infecciosas durante la infancia las que han experimentado un descenso más espectacular, exactamente de 9 puntos, al pasar de un 25,33% en el año 2000 al 16,33% registrado en el 2004. Todo indica que la mejora progresiva de las condiciones de vida y los programas de prevención de la salud infantil desplegados por los servicios de salud están dando sus frutos.

Entre los adultos, en los dos años estimados, los trastornos mentales ocupan el primer puesto en el conjunto de categorías diagnósticas, llegando en el 2004 hasta el 80%, lo que supone un aumento del 1% respecto a la morbilidad registrada por esta patología en el año 2000 (79%). A una distancia sensiblemente inferior se encuentra la patología relativa a las enfermedades del aparato digestivo con un 54,46%, la relativa al sistema endocrino con un 54,40% y las neoplasias con un 51,89%. Conviene destacar que en el caso de estas últimas el porcentaje de altas hospitalarias por tumores malignos se ha reducido entre los adultos durante los cinco años en un 1,5% aproximadamente, lo cual habla a favor del conjunto de acciones de detección precoz y curación desarrolladas durante los últimos años en la lucha contra este grupo de enfermedades que tantas vidas se cobra.

1-14 urte bitarteko adin taldean, ospitaleetako erikortasun-tasa altuena gaixotasun infekziosoengatik eta arnasako gaixotasunengatik da. Bi talde horiei dagokienez, 2004an lehenbizikoa erikortasunaren %16,33 izan da gaixotasun infekzioso eta parasitoengatik eta bigarrena %15, arnas patologien barruan. Baina azpimarragarriena da adin-talde hone-tan ospitaleetako erikortasunak behera egin duela arrazo-i guztiengatik 2000z gero, eta haurtzaroko gaixotasun infekziosoak dira beherakada handiena izan dutenak, hain zuzen ere 9 puntukoa, 2000n %25,33 izatetik 2004an %16,33 izate-ra igaro baitira. Horrek guztiak adierazten du bizi-baldintzak pixkanaka hobetu izanak eta osasun-zerbitzuek haurren osasunean jarritako prebentzio-programek ondorioak izan dituz-tela.

Adinekoei dagokienez, kontuan hartutako bi urteetan, trastor-no mentalak lehenbiziko postuan daude diagnostikoko mail-len taldean, 2004an %80ra iritsi ziren eta horrek esan nahi du 2000n patología horretan izandako erikortasuna (%79) %1 igo dela. Distantzia apur bat txikiagora dago digestio apa-ratuko gaixotasunei dagokien patología %54,46, sistema en-dokrinoari dagokiona %54,40 eta neoplasia %51,89. Ko-menigarria da azpimarratzea azkeneko hauetan tumore txarreatikoko alden portzentajea helduen artean gutxi gorabe-hera %1,5 jaitsi dela bost urtean. Hori azken urteetan garaiz hautemateko eta sendatzeko garatu diren ekintza multzoaren aldeko datua da; hainbeste bizi kentzen duen gaixotasun tal-de horren aurkako borrokan garatu dira horiek guztiak.

6. EL GASTO SANITARIO

6.1. Financiación del gasto sanitario

Dadas las características del Sistema de Salud de la C.A. de Euskadi, la responsabilidad directa del gasto sanitario descansa en las instituciones públicas y, concretamente, en Osakidetza que es quien tiene más peso específico en el conjunto del sistema, 51%. En segundo lugar, aparecen las Administraciones Públicas (excepto la Seguridad Social) y, en particular, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que es quien financia en un 21% aproximadamente. Ver gráfico 2.

6. GASTU SANITARIOA

6.1. GASTU sanitarioaren finantzaketa

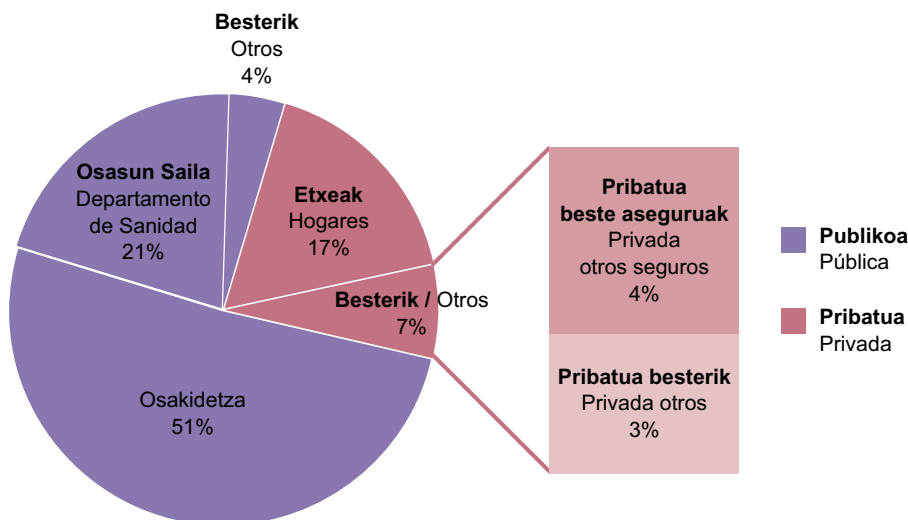
EAEko osasun-sistemaren ezaugarriak direla eta, gastu sanitarioaren zuzeneko erantzukizuna erakunde publikoek dute, eta zehatz esateko, Osakidetzak, hori baita pisu espezifiko handiena duena sistema osoan, %51. Bigarren tokian daude Administrazio Publikoak (Gizarte Segurantzza izan ezik) eta, bereziki, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, hori baita gutxi gorabehera %21ean finantzatzen duena. Ikus 2. grafikoa.

Gasto sanitario según fuente de financiación

2

GASTU sanitarioa finantzaketa iturriaren arabera

1999



Iturria: Eustat, Osasunaren kontua, 1999.

Fuente: Eustat, Cuentas de la Sanidad, 1999.

Desde el punto de vista de la financiación, el Sector Privado representa el 24%, distribuido del modo siguiente: *Hogares* el 17% y el 7% restante viene a través de seguros sociales privados (EPVS y aseguramiento colectivo y otros).

Finantzarioaren ikuspuntutik, Arlo Pribatua %24 da eta hone-la banatuta dago: *Etxeak* %17 eta gainontzeko %7 gizarte aseguru pribatuek (BGAE eta aseguru kolektiboak eta beste-rik).

6.2. Los indicadores de gasto

Analizando la evolución del gasto en su doble vertiente, *gasto de personal e inversiones*, a partir de los datos de la tabla 6 podemos observar lo siguiente:

6.2. Gastuaren adierazleak

Gastuaren eboluzioa bi aldeetan aztertuta, *gastu pertsonala eta inbertsioak*, 6. taulako datuetatik abiatuta honakoa ikus dezakegu:

Evolución de los indicadores de gasto sanitario en la C.A. de Euskadi

6

GASTU sanitarioaren adierazleen eboluzioa Euskal AEN

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Langileen gastua / Gastua guztira (%) Gasto de personal / Total gasto (%)	86,2	85,9	85,3	87,0	86,9	87,0	82,8	82,5	83,5	81,2	83,3
Inbertsioak / Gastua guztira (%) Inversiones / Total gasto (%)	3,5	3,5	2,9	2,1	2,3	0,9	3,7	2,7	2,3	5,0	2,2
Gastua guztira / Biztanleak (euroak) Total gasto / Habitantes (euros)	106,0	109,5	113,7	120,3	121,4	121,4	129,8	134,3	141,0	156,8	163,0

Iturria: EUSTAT, Ospitale estatistika.

Fuente: EUSTAT, Estadística hospitalaria.

En primer lugar, ha habido un incremento notable del *gasto sanitario por habitante* que ha pasado de 106 euros a 163 euros. Ahora bien, tal y como se puede comprobar, este incremento de gasto por habitante se debe fundamentalmente a la reducción de la población y no al incremento real de gasto. Si se observan los epígrafes de la tabla 6, denominados *Gasto de Personal s/ Total de Gasto* e *Inversiones s/ Total de Gasto*, su cuota de contribución no sólo no ha subido sino que ha bajado, pasando del 86,2% al 83,3% en el primer caso, y del 3,5% al 2,2% en el segundo.

a) Gasto sanitario y productividad: Una mirada más allá de nuestras fronteras

A pesar de las diferencias existentes en términos de riqueza y de esfuerzo realizado por los diferentes países, expresado en términos de gasto sanitario por habitante, parece oportuno comparar la situación de la C.A. de Euskadi con otros países europeos para comprobar algo que es de sobra conocido y que nos indica que las inversiones realizadas en el sistema sanitario dependen del nivel de riqueza de cada uno de los países.

Hasteko *biztanleko gastu sanitarioa* nabarmen hazi da eta 106 eurotik 163ra igaro da. Baina biztanleko gastu sanitarioaren gorakada honetan ikus daitekeenez, biztanleriak behera egin izanagatik da batez ere, ez gastuak egiaz gora egin duelako. 6. taulako epigrafe hauek ikusten baditugu *Langileen gastua / Gastua guztira* eta *Inbertsioak / Gastua guztira* kontribuzio kuota igo ez ezik jaitsi egin da eta lehenbiziko kasuan %86,2tik %83,3ra igaro da eta %3,5etik %2,2ra bigarrenean.

a) Gasto sanitario eta produktibitatea: Gure mugez harago begiratu

Nahiz eta zenbait herrialderen artean aldeak egon aberastasunari eta egindako esfortzuari dagokionean, eta hori biztanleko gastu sanitarioan adierazi, egokia iruditu zaigu EAEko egoera Europako beste herri batzuetakoekin alderatzea oso ezaguna den zerbait egiaztatzeko eta sistema sanitarioan egiten diren inbertsioak herrialde bakoitzaren aberastasun mailaren mende daudela ikusteko.

Nivel económico y gasto sanitario por habitante

7

Maila ekonomikoa eta gastu sanitarioa biztanleko

	% Gastua guztira BPGren ganean Gasto Total s/P.I.B. (%)	%Gastu Publikoa BPGren ganean Gasto Público sobre el P.I.B. (%)	% Gastu Publikoa Guztizko gastuaren ganean Gastos Público s/Gasto Total (%)	Biztanleko gastua eap-en (\$) Gasto por Habitante en ppc (\$)	Biztanleko BPG eap-en (\$) PIB por habitante en ppc (\$)
Alemania*	10,3	7,8	75,8	2.361	22.953
Austria	8,2	5,9	72,1	2.014	24.643
Bélgica	8,8	6,3	71,3	2.181	24.837
Euskal AE / C.A. de Euskadi	6,1	4,6	76,0	1.342	22.073
Canadá	9,3	6,6	70,6	2.463	26.440
Dinamarca	8,4	6,9	82,2	2.275	27.069
España*	7	5,4	76,4	1.194	17.027
Estados Unidos	12,9	5,7	44,5	4.358	33.874
Finlandia	6,8	5,2	75,7	1.547	22.702
Francia	9,4	7,3	78,1	2.125	22.691
Grecia*	8,4	4,7	56,3	1.198	14.327
Holanda	8,7	6	68,5	2.259	25.887
Irlanda*	6,8	5,2	76,8	1.534	22.710
Islandia	8,7	7,4	84,8	2.287	26.350
Italia**	8,2	5,5	67,3	1.905	23.262
Japón*	7,4	5,8	78,5	1.795	24.102
Luxemburgo	6,1	5,7	92,9	2.543	41.656
Noruega	9,3	7	75,8	2.612	28.140
Portugal*	7,7	5,1	66,9	1.203	15.696
Reino Unido	6,9	5,8	83,3	1.569	22.689
Suecia*	7,9	6,6	83,8	1.732	21.855
Suíza*	10,4	7,6	73,2	2.853	27.336

* 1998ko datuak / Datos de 1998.

** 1998an osasunean egindako gastu publikoaren inguruko datuak / Datos relativos al Gasto Público en Sanidad en 1998.

Iturria: Eustat, Osasunaren kontua 1999.

Fuente: Eustat, Cuentas de la Sanidad, 1999.

En la tabla 7 aparece una serie homogénea (salvando las dificultades de actualización de los datos entre países) en la que se aprecia perfectamente la posición que ocupa la C.A. de Euskadi en el conjunto. Los datos no dejan lugar a dudas, estamos en una posición razonable, pero todavía lejos de aquellos países que marcan la pauta como Suiza o Dinamarca.

Las diferencias, en términos de fecha de actualización de los datos, pueden llevar a engaño, como en el caso de Suecia; no obstante se aprecia que mientras en Noruega, por citar un ejemplo, el gasto sanitario representa el 9,3% del P.I.B., en nuestro caso únicamente alcanza el 6,1%, es decir 3 puntos menos.

Es evidente que el gasto por habitante no deja de ser un ratio que no dice nada en cuanto a su distribución interna; en este sentido, el caso de EE.UU. constituye un excelente ejemplo de cómo el mayor gasto por habitante en relación a los países europeos no oculta las diferencias internas en cuanto al grado de cobertura y población atendida.

La estrecha correlación entre el nivel socioeconómico del país y el esfuerzo de las administraciones por incrementar el gasto sanitario aparece perfectamente visualizada en el gráfico 3.

7. taulan serie homogéneo bat ageri da (herrialdeen arteko datuak eguneratzeko zailtasunak alde batera utzita) eta argi ikusten da EAEk zer kokapen duen talde horretan. Datuak argiak dira, toki egokian gaude, baina jarraibideak jartzen dituzten herrialdeetatik urrun, hala nola: Suitza edo Danimarca.

Datuak eguneratzeko datan egon daitezkeen aldeak engainagarriak izan daitezke: Suediaren kasuan hala gertatzen da, baina ikusten denez, Norvegian, esaterako, gastu sanitarioa BPGren %9,3 da eta gure kasuan %6,1era bakarrik iristen da, hau da, 3 puntu gutxiago.

Argi dago biztanleko gastua ratio bat dela eta ez duela ezer adierazten barne sailkapenari buruz; zentzu horretan AEBren kasua adibide garbia da: Europako herrialdeekin alderatuz gero biztanleko gastu handiagoa izateak barneko aldeak ez ditu ezkututzen estaldurari eta artatutako biztanleriari dagokionean.

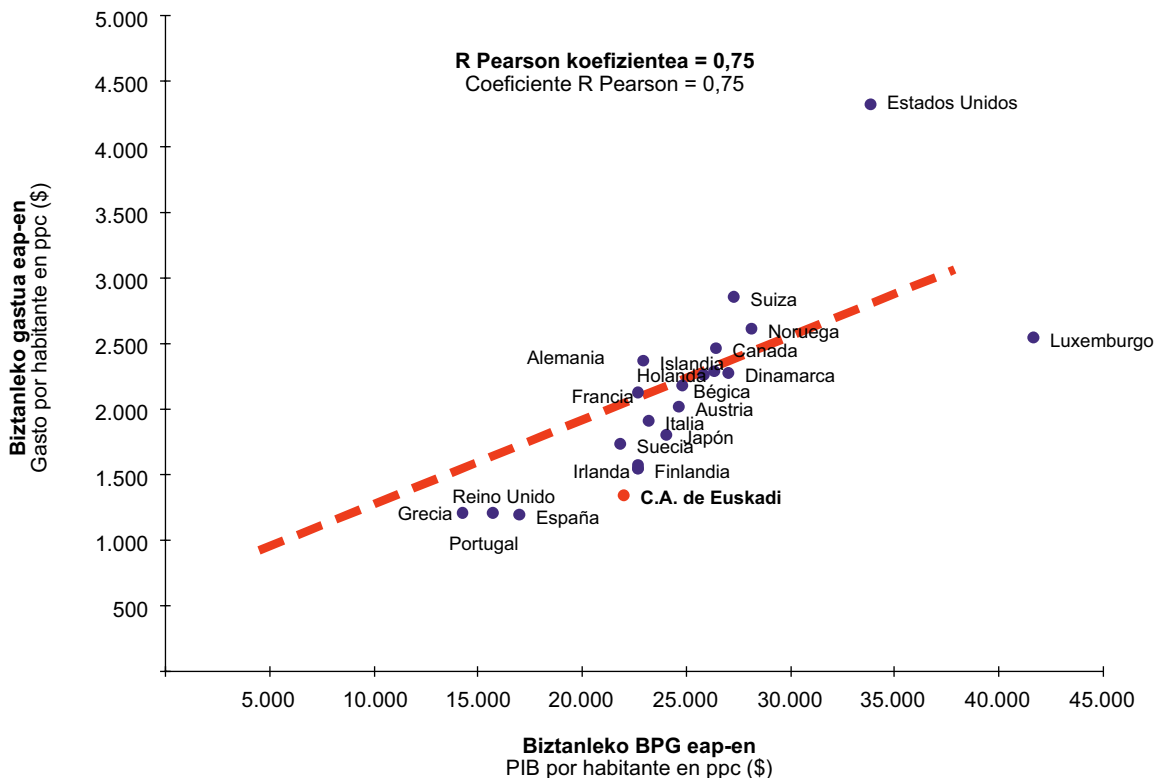
Herrialdeko maila sozio-ekonomikoaren eta administrazioak gastu sanitarioa hazteko egindako ahaleginaren arteko lotura estua argi ikusten da 3. grafikoan.

P.I.B. y gasto sanitario.
Representación del grado de correlación

3

BPG eta gastu sanitarioa.
Korrelazio maila

1999



Iturria: Eustat, Osasunaren kontua, 1999.
Fuente: Eustat, Cuentas de la Sanidad, 1999.

Como se puede comprobar el grado de correlación entre el P.I.B. y el gasto sanitario por habitante es de $R=0,75$. La correlación lineal entre ambas magnitudes se expresa en la recta de ajuste que aparece en el gráfico 3.

Ikus daitekeenez, BPGren eta biztanleko gastu sanitarioaren korrelazio maila $R=0,75$ da. Bi magnitudeen arteko korrelazio lineala 3. grafikoan ageri den egokitze zuzenean adierazten da.

7. RECURSOS SANITARIOS Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Los ajustes continuos a los que se enfrenta el sistema sanitario para responder a la presión de la demanda asistencial pueden observarse a través del análisis de los principales indicadores de la actividad asistencial.

Si las cifras del gasto sanitario no dejan lugar a dudas sobre el incremento continuo del consumo de servicios sanitarios, el análisis evolutivo de parámetros tales como: número de consultas y altas hospitalarias, estancia media, o índices de frecuentación y ocupación hospitalaria, nos dan una idea bastante aproximada no sólo del volumen de la demanda, sino también del nivel de presión al que se ven sometidos los diferentes dispositivos de atención.

7.1. Actividad hospitalaria

La atención hospitalaria, considerada por la población como el «*buque insignia*» de los servicios de salud, se está transformando a una velocidad de vértigo. La creencia profundamente arraigada de que la hospitalización en régimen de internado era imprescindible para la curación de los procesos, sobre todo de los más graves, está siendo sustituida paulatinamente por la creencia de que el binomio *internamiento-curación* no son siempre buenos aliados. En muchas ocasiones, el hecho de que se estén incorporando y potenciando nuevas modalidades de atención en régimen diurno no sólo responde a la necesidad de contención del gasto sanitario, sino también a las necesidades de los propios enfermos que se sienten mucho más satisfechos en la medida en que puedan armonizar la permanencia en su domicilio con la recepción de la atención sanitaria que precisan.

La hospitalización tradicional no es por tanto la panacea para el paciente y la familia, existen suficientes evidencias que muestran cómo el hecho de estar ingresado suele resultar estresante y agotador tanto física como emocionalmente para ambos y que, en el caso de los niños y los ancianos, dada su vulnerabilidad, supone además un desarraigo familiar y una desorientación que retrasa su recuperación. Dado que el costo de la hospitalización tradicional es muy alto, existe una tendencia creciente en todos los países de nuestro entorno a dejar las camas hospitalarias únicamente para la patología aguda descompensada, así como a la creación de otros dispositivos de atención más idóneos y eficientes para la patología crónica. El modelo de atención *hospitalcentrista* está dejando paso paulatinamente a un modelo de atención *comunitario* que prima la permanencia de los enfermos en sus domicilios y los dispositivos asistenciales con un fuerte componente sociosanitario para dar respuesta a las patologías crónicas de mayor complejidad cuya incidencia y prevalencia va *in crescendo*.

La evolución del número de altas hospitalarias que se ha producido durante la última década en los hospitales de la C.A. de Euskadi pone de relieve el aumento progresivo de la demanda. Como puede observarse en la tabla siguiente, el número de altas hospitalarias en el 2003 ha supuesto el 14,48% de las registradas en el conjunto de hospitales de la red entre 1995-2003, siendo los hospitales *psiquiátricos* los que tienen el mayor peso con un 29,28%. Durante el mismo período los hospitales de *media y larga estancia* reducen su porcentaje de altas en un 11,23%, si bien los datos referidos

7. BALIABIDE SANITARIOAK ETA ASISTENTZIA-JARDUERAK

Sistema sanitarioa etengabe doikuntza egiten ari da asistentzia-eskaeren presioari erantzuteko eta doikuntza horiek asistentzia-jardueraren adierazle nagusiak aztertuta ikus daitezke.

Gastu sanitarioaren zifrek argi uzten dute etengabe hazten ari dela zerbitzu sanitarioaren kontsumoa; honako parametroen azterketa ebolutiboarekin (kontsulta kopurua eta ospitaleetako altak, batez besteko egonaldia edo maiztasuna eta okupazio-indizeak) nahiko argi ikusten da eskari bolumena ez ezik arretarako dispositiboek jasaten duten presio maila ere.

7.1. Ospitale-jarduera

Ospitale-harrera, biztanleriak osasun-zerbitzuetako «*bandera-ontzi*» hartua, sekulako abiadan ari da aldatzen. Oso sartzuta zegoen prozesuak sendatzeko, batez ere larrienak, beharrezkoa zela ospitalean egotea, bada, pentsaera hori aldatzen ari da eta *ospitaleratu-sendatu* binomioa beti aliatu onak ez direla uste da orain, zenbaitetan justu aurkakoa ere pentsatzen delarik. Eguneko arreta motak indartzen eta sartzten ari izatea ez da gastu sanitarioaren behar hutsa, gaixoen beraien eskaria ere bada, gusturago baitaude etxean egon eta behar duten arreta sanitarioa jaso egin baditzaizkete.

Ohiko ospitalizazioa, beraz, ez da mauka gaixoarentzat eta familiarentzat, nahikoa froga bada ingresatuta egoteak estresa sortzen duela eta nola fisikoki hala emozionalki leher egin da uzten dutela biak; haurren eta adinekoen kasuan, duten zaurgarritasuna dela eta, familiarengandik banatzen dira eta desorientatuta gelditzen, eta horrek errekupeazioa atzeratu egiten du. Ohiko ospitalizazio gastua oso handia denez, gure inguruko herrialde guztietan dago joera ospitaleetako oheak patologia akutu deskonpentsatuetarako uzteko, patologia kronikoentzat arretarako dispositibo egokiagoak eta eragin-korrangoak sortzeko joera ere badago. Arreta *ospitalzentrista* eredu pixkanaka tokia uzten ari da *erki degoko* arretari, gaixoak beraien etxeetan egon eta asistentziarako dispositiboek osagai sozio-sanitario handia duenari; horrelakoak gero eta gehiago erabiltzen dira konplexutasun handieneko patologia kronikoei erantzuteko, horrelako patologien eraginkortasuna eta iraupena *in crescendo* doan honetan.

EAEko ospitaleetan azken hamarkadan izandako alta kopuruaren eboluzioak argi uzten du eskaria pixkanaka gora doala. Hurrengo taulan ikus daitekeenez, 2003an izandako ospitale-altak dira 1995-2003an ospitale sarean izandako alten %14,48, eta ospitale psikiatrikoak dira pisurik handiena dutenak %29,28rekin. Aldi horretan bertan, *egonaldi ertain eta luzeko* ospitaleetako egonaldiek alta portzetajea %11,23 murriztu dute, nahiz eta azken hiru urteetako datuek (2001-2003) erakusten duten joera aldatu egin dela 2001az geroztik *akutu*en ospitaleetan, alten portzetajea %1 gutxitu baitute

a los tres últimos años (2001-2003) muestran cómo la tendencia se invierte a partir del 2001 en los hospitales de *agudos* que ve reducida en casi un 1% el porcentaje de altas. Por el contrario, las altas de los hospitales *psiquiátricos* continúan subiendo progresivamente (2,86 %) y, las registradas en los hospitales de *media y larga estancia* adquieren el mayor protagonismo con un porcentaje de incremento de un 7,82%. Estos datos son consistentes con los patrones de morbilidad derivados de la prevalencia creciente de los procesos crónicos vinculados al envejecimiento de la población y a los estilos de vida actuales. Ver tabla 8.

ia. Aitzitik, ospitale *psikiatrikoetako* altek pixkanaka igotzen jarraitzen dute (%2,86) eta, *egonaldi ertain eta luzeetako* ospitaleetakoek protagonismo handiagoa hartu dute %7,82 hazita. Datu horiek konsistenteak dira erikortasun patroiekin zeinak gero eta ugariagoak diren prozesu kronikoen ondorio diren. Prozesu horiek biztanleria zahartzearekin eta egungo bizi-estiloekin lotuta daude. Ikus 8. taula.

Evolución de las altas hospitalarias en la C.A. de Euskadi

8

Ospitaleetako alten eboluzioa Euskal AEn

	1995	1996	1999	2001	2003	Δ % (2003-1995)	Δ % (2003-2001)
Akutuak / Agudos	233.080	246.190	260.362	270.927	268.317	15,12	-0,96
Egonaldi ertain eta luzeak Media y larga estancia	7.019	7.301	7.422	5.779	6.231	-11,23	7,82
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	2.196	2.854	2.754	2.760	2.839	29,28	2,86
Guztira / Total	242.295	256.345	270.538	279.466	277.387	14,48	-0,74

Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadísticas hospitalarias.

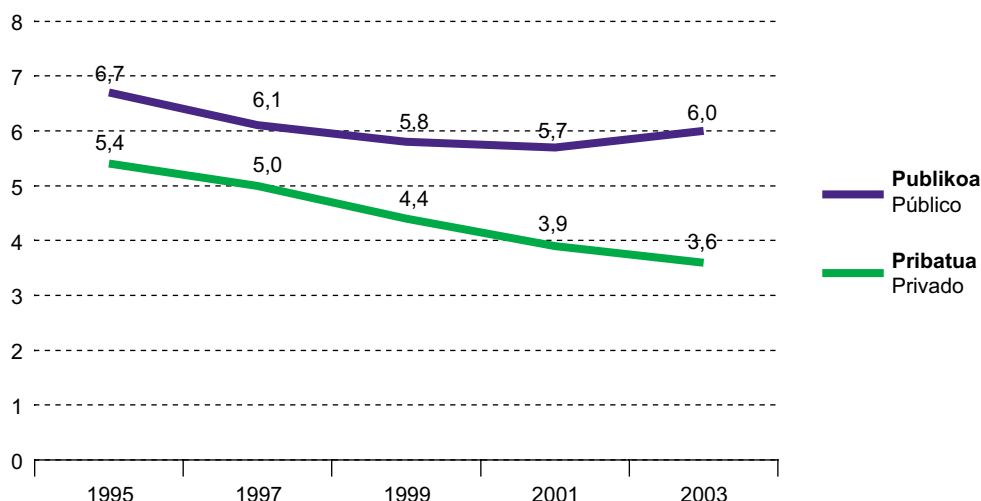
En cuanto a la evolución de la estancia media en los *hospitales de agudos*, que aparece reflejada en el gráfico 4, queda patente la sensible reducción del tiempo de hospitalización en los últimos años. Comparando los días de estancia entre los hospitales públicos y privados se observa una ampliación de la diferencia. Así, mientras que en 1995 la estancia media difería en 1,3 días, en el año 2003 se ha ampliado a 2,4. A pesar de las diferencias en ambos sistemas se ha producido una sensible reducción de los días de estancia en los últimos años. Ver gráfico 4.

Akutuak ospitaleetako batez besteko egonaldien eboluzioa ageri da 4. grafikoan, eta argi gelditzen da azken urteetan ospitalean igarotako denbora apur bat gutxitu dela. Ospitale publiko eta pribatuetako egonaldiak alderatuz gero, aldea gehitu egin dela ikusten da. 1995ean batez besteko egonaldian 1,3 eguneko aldea zegoen, 2003an 2,4koa dago. Bi sistemaren artean aldeak egon arren, azken urteetan egonaldiak apur bat murriztu egin dira. Ikus 4. grafiko.

Evolución de la estancia media (n.º de días) en hospitales de agudos en la C.A. de Euskadi

4

Akutuak ospitaleetako batez besteko egonaldiaren eboluzioa Euskal AEn



Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadística hospitalaria.

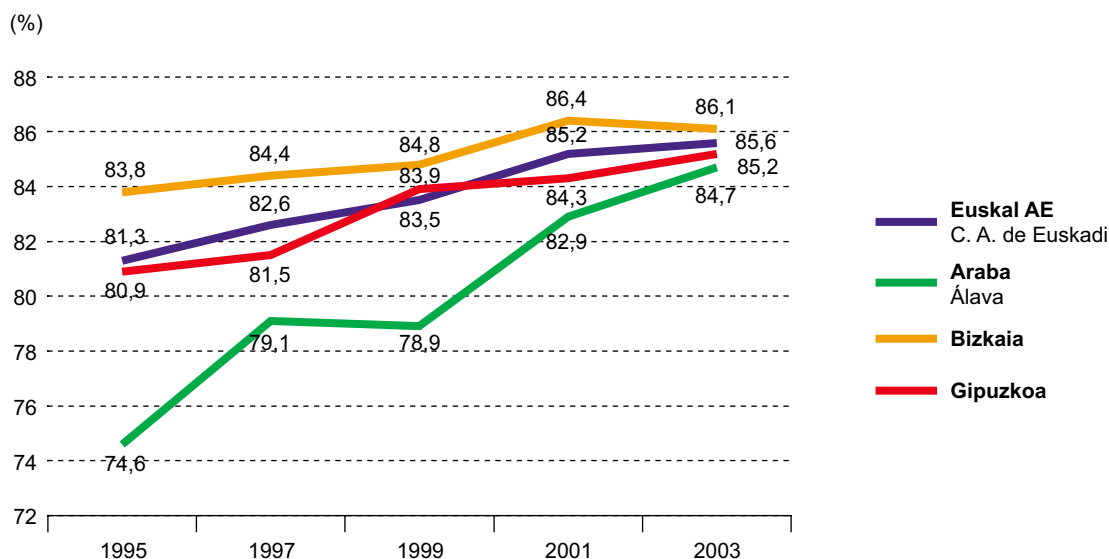
La presión asistencial a la que se ven sometidos los dispositivos hospitalarios queda perfectamente reflejada en los índices de frecuentación y ocupación hospitalaria. Como muestra el gráfico 5, el índice de ocupación ha crecido de manera constante durante los últimos años, alcanzando en el 2003 un 85,3% en el conjunto de la C.A. de Euskadi que representa un incremento de cuatro puntos con respecto al 1995. Sin embargo, en los dos últimos años se observa una tendencia hacia la estabilización. Por territorios históricos es en Álava donde el porcentaje de ocupación hospitalaria ha aumentado de manera más sensible, pasando de un 74,6% en 1995 a un 84,7% en el 2003.

Ospitaleetako dispositiboek jasaten duten asistentzia-presioa ongi islatuta dago ospitaleetako okupazio eta maiztasun indizeetan. 5. grafikoan ikusten denez, okupazio indizeak etengabe gora egin du azken urteetan eta 2003an %85,3ra iritsi zen EAEn, 1995arekin alderatuz gero lau puntuko hazkundera egon zen. Baina azken bi urteetan egonkortzeko joera dago. Lurralde historikoen arabera Araba da ospitaleetako okupazio portzentajea gehien igo dena, 1995ean %74,6koa izatetik 2003an %84,7koa izatera igaro baita.

Índice de ocupación en los hospitales públicos (%)

5

Ospitale publikoetako okupazio indizea (%)



Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadística hospitalaria.

La tasa de frecuentación hospitalaria en los hospitales de agudos públicos de la C.A. de Euskadi se sitúa en el año 2003 en 96 personas por 1.000 habitantes. La evolución del índice de frecuentación hospitalaria en los tres territorios confirma una tendencia ascendente de la demanda hospitalaria hasta el 2001, año a partir del cual se inicia un proceso de estabilización. Por territorios, las cifras reflejadas en el gráfico 6 muestran que la tasa de frecuentación más elevada corresponde a Álava con 108 pacientes por 1.000 habitantes en el año 2003. Bizkaia es quien tiene una tasa más baja durante todo el período, seguida de Gipuzkoa que es quien ha experimentado un incremento mayor, de 85 pacientes por 1.000 habitantes en 1995 a 104 pacientes en 2003, lo que supone un aumento por encima del 20% durante este período.

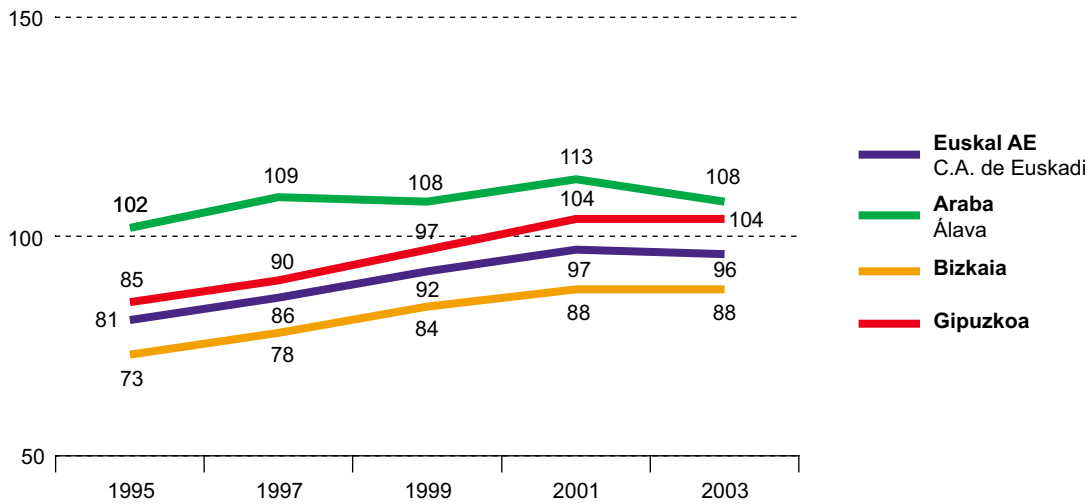
Los principales parámetros del funcionamiento general del conjunto de hospitales públicos y privados de la C.A. de Euskadi, que se muestran en el gráfico 7, ofrecen un buen resumen de la evolución de la situación de la actividad asistencial.

A lo largo del período 1995-2003 junto al aumento de la frecuentación hospitalaria se produce un descenso de la estan-

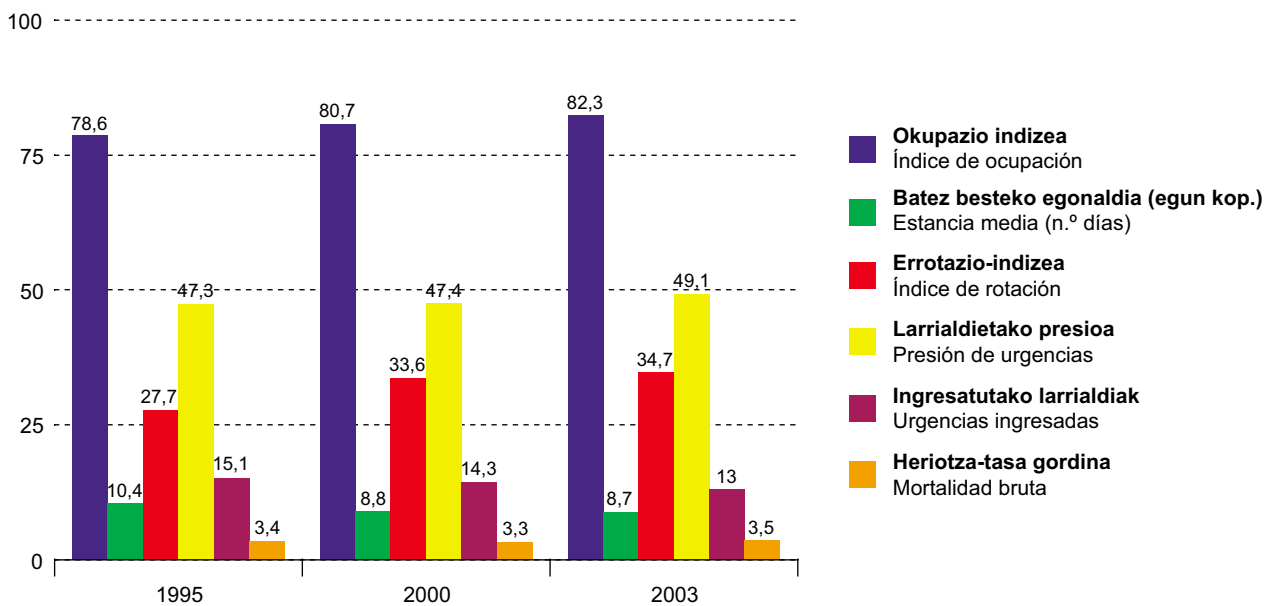
EAEko ospitale akutu publikoetako maiztasun-tasa 2003an honakoa zen: 1.000 biztanleko 96 pertsona. Hiru lurraldeetan maiztasun indizeak izan duen eboluzioak baieztatzen duenez, 2001era arte eskariak gora egin zuen, eta urte horretatik aurrera prozesua egonkortzen hasi zen. Lurraldeen arabera, 6. grafikoan ageri diren taulek adierazten dutenez maiztasun-tasa altuena Arabari dagokio 108 gaixo 1.000 biztanleko 2003an. Bizkaia da tasa baxuena duena aldi osoan, jarraian Gipuzkoa dator; hazkunderik handiena Gipuzkoak izan du, 1995ean 85 gaixo 1.000 biztanleko eta 2003an 104 gaixo, hau da, aldi horretan %20 baino gehiago hazi da tasa hori.

7. grafikoan EAEko ospitale publiko eta pribatuetako funtzionamendu orokorraren parametro nagusiak ageri dira eta asistentzia-jarduerak duen egoeraren eboluzioaren laburpen egokia da.

1995-2003 aldian ospitaleetako maiztasunak gora egin zuen eta aldi berean batez besteko egonaldiak behera, ingresatu-



Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadística Hospitalaria.



Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadística hospitalaria.

cia media que se traduce en una mayor rotación de los pacientes que ingresan, lo que contribuye a equilibrar el incremento del índice de ocupación. Por otra parte, aunque la presión de urgencias continúa experimentando un aumento progresivo del número de pacientes que han acudido a este tipo de servicios, pasando de un 47,3% en 1995 a un 49,1% en 2003, sin embargo, de manera paralela se ha ido rebajando el número de pacientes que han quedado ingresados por esta vía, descendiendo las urgencias ingresadas en casi

tako gaixoek errotazio handiagoa dute eta horrek okupazio-indizearen hazkundera orekatu egin du. Bestetik, larrialdietako presioak pixkanaka gora egiten jarraitzen du zerbitzu horietara joan den paziente kopuruarengandik, 1995ean %47,3 izan ziren eta 2003an %49,1. Baina paraleloan behera egin du bide honetatik ingresatu den paziente kopuruak eta ingresatutako larrialdiak ia bi puntu jaitsi dira 1995-2003 artean; horrek sistema drainatzen laguntzen du. Heriotza-tasa gordina da adierazlerik onenetakoa eta erabilienetakoa ospitalee-

dos puntos entre 1995 y 2003, aspecto que sin duda contribuye al drenaje del sistema. La mortalidad bruta es uno de los indicadores mejores y más utilizados para valorar la calidad de la atención hospitalaria por lo que el mantenimiento experimentado durante el período analizado es un buen dato de la praxis sanitaria.

Los motivos por los que se producen las altas hospitalarias en cada tipo de hospital ofrecen una radiografía bastante aproximada de los resultados de salud que se producen tras la prestación de la atención sanitaria. Como se aprecia en la tabla 9 y, como era de esperar, durante el período 1995-2003, la mayor parte de las altas hospitalarias se producen por la mejoría o curación de los pacientes, alcanzando en el 2003 un 93,4% en el caso de los hospitales de agudos, un 73% en los hospitales de media y larga estancia y un 71,8% en los hospitales psiquiátricos quienes, además, han experimentado el mayor aumento de altas por este motivo a lo largo del período estimado. Sin embargo, analizando el porcentaje de variación de los motivos de alta entre 1995 y el 2003 llama la atención el crecimiento del volumen de pacientes que en el momento del alta han sido trasladados a otros centros, ascenso especialmente espectacular en los pacientes dados de alta en los hospitales psiquiátricos que han representado un incremento del 148,9%.

En los hospitales de agudos también el crecimiento de los traslados ha sido considerable suponiendo entre 1995 y el

tako arretaren kalitatea baloratzeko, beraz, aztertutako aldian mantendu izana praxi sanitarioaren datu ona da.

Ospitale mota bakoitzean altak izateko arrazoiek nahiko erradiografía zehatza ematen dute arreta sanitarioa eskaini ondoren izaten den osasun emaitzena. 9. taulan ikusten den bezala, eta espero zitekeenez, 1995-2003 aldian ospitaleetako alta gehienak gaixoak hobetu edo sendatu izanagatik gertatu dira, 2003an %93,4ra iritsi zen ospitale akutuen kasuan, %73 egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan eta %71,8 ospitale psikiatrikoetan; gainera, azken horiek altetan hazkunde handiagoa izan dute aipatutako arrazoiarengatik 1995-2003 aldian. Baina alten zergatien bariazio portzentajea aztertuz gero 1995-2003 artean, deigarria da alta jaso duten unean beste zentro batzuetara igaro den paziente kopurua, hazkundera bereziki handia izan da ospitale psikiatrikoetan alta jasotako kasuan, %148,9koa hain zuzen.

Akutuen ospitaleetan ere trasladoen hazkundera handia izan da: 1995-2003 artean %90,2koa. Ospitaleetako zerbitzuen

Motivos de altas hospitalarias en los hospitales públicos de la C.A. de Euskadi (%)

9

Ospitaleetako alten zergatiak Euskal AEko ospitale publikoetan (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Aldea 1995-2003 (%) Dfª 1995-2003 (%)
Akutuak / Agudos										
Sendatu edo hobetu / Curación o mejoría	95,3	95,1	94,9	94,7	91,8	92,6	92,5	94,0	93,9	13,4
Beste zentro batera eraman / Traslado a otro centro	1,3	1,7	1,9	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	2,2	90,2
Hil / Fallecimiento	3,0	2,9	2,8	2,9	2,9	2,8	2,9	3,0	3,0	16,4
Bestelakoak / Otras causas	0,3	0,3	0,4	0,4	3,2	2,4	2,6	1,1	0,9	188,2
Ospitaleko altak / Altas del hospital	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Egonaldi ertain-luzeak / Media-larga estancia										
Sendatu edo hobetu / Curación o mejoría	78,9	78,0	77,2	75,8	76,1	76,5	73,9	74,1	73,0	-17,9
Beste zentro batera eraman / Traslado a otro centro	3,7	3,4	3,8	2,8	2,7	2,9	2,3	2,1	2,0	-51,4
Hil / Fallecimiento	15,9	17,3	17,4	18,5	19,6	18,7	21,2	22,0	23,1	29,0
Bestelakoak / Otras causas	1,5	1,2	1,6	2,9	1,7	1,9	2,6	1,9	1,9	13,6
Ospitaleko altak / Altas del hospital	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Psikiatrikoak / Psiquiátricos										
Sendatu edo hobetu / Curación o mejoría	76,9	82,3	82,1	83,4	84,6	84,5	85,7	86,0	71,8	20,7
Beste zentro batera eraman / Traslado a otro centro	10,5	10,0	13,1	11,8	9,8	7,6	7,9	6,2	20,3	148,9
Hil / Fallecimiento	4,0	2,9	2,5	2,7	2,7	3,1	2,8	2,6	3,2	2,3
Bestelakoak / Otras causas	8,6	4,8	2,3	2,0	2,9	4,8	3,7	5,1	4,8	-27,5
Ospitaleko altak / Altas del hospital	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Iturria: Eustat. Geuk egina.
Fuente: Eustat. Elaboración propia.

2003 un 90,2%, lo que puede interpretarse como resultado de una política interna de ajuste y coordinación entre servicios hospitalarios que favorece el drenaje del sistema. Por el contrario, en los centros hospitalarios de media y larga estancia las altas debidas a la mejoría y los traslados han descendido notablemente, concretamente en un 17,9% en el primer caso y en un 51,4 % en el segundo, lo cual tiene su explicación dada la cronicidad de los procesos que atienden que se ve reflejada en el elevado porcentaje de fallecimientos que sostienen estos centros con respecto al resto y que ha ascendido a lo largo del período un 29%.

7.2. Recursos hospitalarios

Las variaciones de estos índices guardan relación con la oferta de recursos hospitalarios. A la luz de los datos disponibles podemos observar un descenso generalizado del número de camas hospitalarias en todas las modalidades. Así, el número de camas en los *hospitales de agudos* ha pasado de 6.141 en 1995 a 5.521 en 2003. La pérdida se hace más acusada en el año 1997 en el que se experimenta una reducción de 289 camas lo que supone un descenso del -4,79%. El Índice de crecimiento anual de todo el período es de -1,33%. Ver tabla 10.

doiketa eta koordinazio barne-politikaren emaitzatzat jo daiteke hori eta horrek sistema drainatzeari mesede egiten dio. Aitzitik, egonaldi ertain eta luzeko ospitaleetan hobetu edo tokitz aldatu izanagatik altek behera egin dute nabarmen, lehenbizikoen kasuan %17,9 eta bigarrenen kasuan %51,4; badu bere azalpena, artatzen dituzten prozesuen kronikotasuna dela eta, zentro horiek besteekin alderatuz gero heriotza-tasa altuagoa dute eta aldi honetan %29 igo dira.

7.2. Ospitaleetako baliabideak

Indize horien bariazioek lotura dute ospitaleetako baliabideen eskaintzarekin. Eskura ditugun datuen arabera, ospitaleetako ohe kopuruak behera egin duela ikus dezakegu mota guztietan. Horrela, bada, *akutuuen ospitaleetako* ohe kopurua 1995ean 6.141 zen eta 2003an 5.521. Galera nabarmenagoa izan zen 1997an, 289 ohe gutxitu ziren, %-4,79ko hazkundea egon zen, alegia. Aldi osoko urteko hazkundea %-1,33koa da. Ikus 10. taula.

Número de camas hospitalarias en funcionamiento según finalidad y territorio histórico

10

Ospitaleetan erabiltzen den ohe kopurua, xedearen eta lurralde historikoaren arabera

	Ospitaleetako ohe kopurua Nº Camas Hospitalarias								
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Akutuak / Agudos	6.141	6.036	5.747	5.653	5.663	5.564	5.605	5.640	5.521
Egonaldi ertain eta luzea / Media y larga estancia	777	779	768	789	784	777	650	625	664
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	1.841	1.876	1.887	1.892	1.888	1.865	1.856	1.845	1.800
Lurralde historikoak / Territorios históricos									
Araba / Álava	1.385	1.387	1.348	1.318	1.287	1.234	1.249	1.248	1.253
Bizkaia	3.992	3.876	3.677	3.668	3.701	3.660	3.617	3.619	3.642
Gipuzkoa	3.382	3.428	3.377	3.348	3.347	3.312	3.245	3.243	3.090
Euskal AE / C.A. de Euskadi	8.759	8.691	8.402	8.334	8.335	8.206	8.111	8.110	7.985
	Δ (%) aurreko urtearekiko Δ (%) sobre año anterior								
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	UHI (%) 95/03 I.C.A. (*) (%) 95/03
Akutuak / Agudos	-1,71	-4,79	-1,64	0,18	-1,75	0,74	0,62	-2,11	-1,33
Egonaldi ertain eta luzea / Media y larga estancia	0,26	-1,41	2,73	-0,63	-0,89	-16,35	-3,85	6,24	-1,96
Psikiatrikoak / Psiquiátricos	1,90	0,59	0,26	-0,21	-1,22	-0,48	-0,59	-2,44	-0,28
Lurralde historikoak / Territorios históricos									
Araba / Álava	0,14	-2,81	-2,23	-2,35	-4,12	1,22	-0,08	0,40	-1,25
Bizkaia	-2,91	-5,13	-0,24	0,90	-1,11	-1,17	0,06	0,64	-1,15
Gipuzkoa	1,36	-1,49	-0,86	-0,03	-1,05	-2,02	-0,06	-4,72	-1,13
Euskal AE / C.A. de Euskadi	-0,78	-3,33	-0,81	0,01	-1,55	-1,16	-0,01	-1,54	-1,16

(*) Urteko hazkundearen indizea (UHI).

Índice de crecimiento anual (I.C.A.).

Iturria. Eustat, Ospitale estatistika.

Fuente. Eustat, Estadística hospitalaria.

Por lo que afecta a los *hospitales de media y larga estancia* se observa idénticamente una sensible disminución del número de camas disponibles. El porcentaje de reducción del período es del -1,96%, mayor que la de los hospitales de agudos. La sensible pérdida de 127 camas producida en el año 2001 (-16,34%) destaca sobre el conjunto del período. Ver tabla 10.

Por lo que a los *hospitales psiquiátricos* afecta, cabe señalar que la reducción de las camas disponibles ha sido sensiblemente inferior, el -0,28% anual. A pesar de ello, destaca la disminución producida en el año 2003 respecto a las del 2002, un -2,44%. Ver tabla 10.

Por Territorios Históricos, la disminución más importante durante el período se ha producido en Álava, un -1,25%, pasando de 1.385 camas en el año 1995 a 1.253. Bizkaia, -1,15% y Gipuzkoa, -1,13%, por este orden, manifiestan también una disminución relativamente significativa.

En el conjunto de la C.A. de Euskadi la reducción ha sido del -1,16% anual, pasándose de 8.759 camas a 7.985, lo que supone una reducción de 774 camas. Ver tabla 10.

Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleei dagokienez, berdin hautematen da ohe kopuruak apur bat behera egin duela. Aldi horretan izandako murrizketa %-1,96koa izan da, ospitale aku-tuetan baino handiagoa. 2001ean galdutako 127 oheak (%-16,34) nabarmentzen dira besteen artean. Ikus 10. taula.

Ospitale psikiatrikoen kasuan, murriztutako ohe kopurua zertxobait txikiagoa izan dela esan beharra dago, urteko %-0,28. Dena dela, 2002arekin alderatuz gero 2003an izan-dako murrizketa azpimarragarria da, %-2,44. Ikus 10. taula.

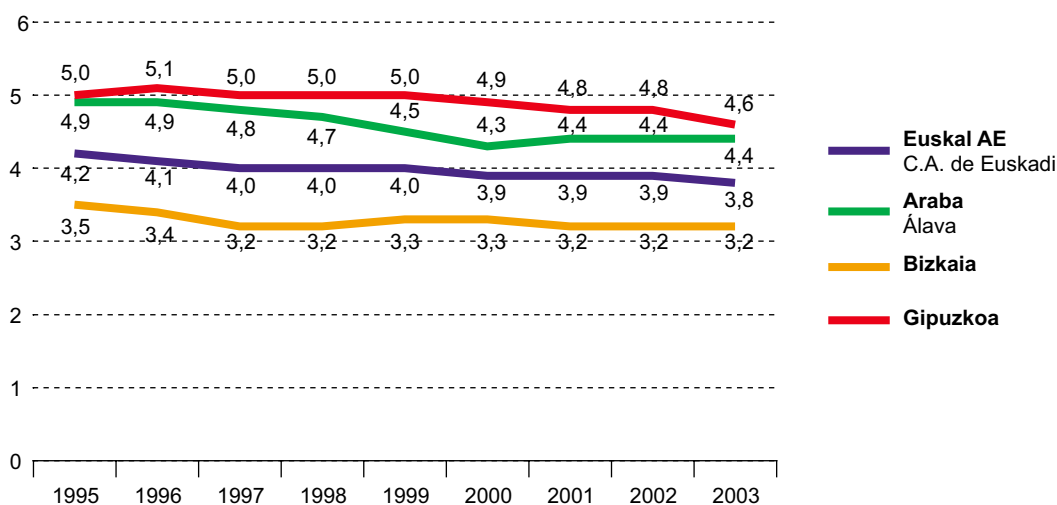
Lurralde historikoei dagokienez, aldi honetan murrizketarik handiena Araban izan da %-1,25, 1995ean 1.385 ohe egote-tik 1.253 egotera. Bizkaian, %-1,15 eta Gipuzkoan, %-1,13. Ordena horretan, beherakada nahiko esanguratsua izan dela ere adierazten dute datuok.

EAEn urteko %-1,16ko beherakada egon da, 8.759 ohetik 7.985era igaro da, 774 gutxiago. Ikus 10. taula.

Evolución de las camas hospitalarias por 1.000 habitantes en la C.A. de Euskadi

8

Ospitaleetako oheen eboluzioa 1.000 biztanleko Euskal AEn



Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadística hospitalaria.

Un aspecto complementario, ilustrativo, es el relativo al ratio *camas por mil habitantes*. Analizando el gráfico 8, se observa que a pesar de la reducción demográfica producida en este período, este ratio ha disminuido ligeramente, pasando en el caso de la C.A. de Euskadi, de las 4,2 camas por mil habitantes a 3,8. En cualquier caso, la situación es diferente por Territorios Históricos. Gipuzkoa con 4,6 camas por 1.000 habitantes en el año 2003 tiene la mejor cobertura, seguida de Álava con 4,4; y, en último lugar, Bizkaia con 3,2 camas por mil habitantes. Los datos aparecen reflejados en el gráfico 8.

Otro ratio comúnmente empleado en el análisis de los recursos es el relativo al *número de habitantes por médicos*. Con-

Alderdi osagarria da *mila biztanleko oheak* ratioari buruzkoa. 8. grafikoa aztertuz gero, aldi honetan demografian beherakada egon den arren ratio horrek ere apur bat behera egin duela ikusten da eta EAEn mila biztanleko 4,2 ohe izatetik 3,8 izatera igaro da. Dena dela, egoera desberdina da lurraldearen arabera. Gipuzkoak 2003an 4,6 ohe zituen 1.000 biztanleko eta estaldura onena berak du, ondoren dator Araba 4,4rekin eta azkena Bizkaia da 3,2 oherekin mila biztanleko. Datuak 8. grafikoan daude islatuta.

Baliabideen azterketan erabili ohi den beste ratio bat *sendagile bakoitzeko biztanle kopuruari* dagokiona da. Esan beha-

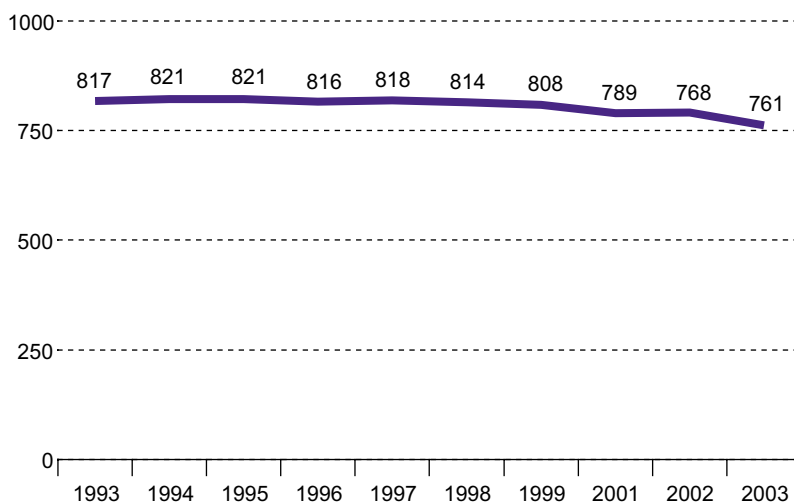
viene señalar que se ha producido una mejora sustancial respecto a la situación preexistente. Si en 1993 la proporción era de 817 habitantes por médico en la C.A. de Euskadi, este ratio se ha reducido a 761, a pesar de haber aumentado el número de médicos en plantilla a una media anual del 1,37%. Ver gráfico 9 y tabla 11 (columna de la derecha).

rra dago funtsezko hobekuntza egon dela aurreko egoerarekin alderatuz gero. 1993an 817 biztanle zeuden sendagile bateko EAEn eta ratio hori 761era murriztu da, nahiz eta plantillan dagoen sendagile kopurua urteko %1,37 igo batez beste. Ikus 9. grafikoa eta 11. taula (eskuineko zutabea).

Evolución del número de habitantes por médicos en la C.A. de Euskadi

9

Sendagile bakoitzeko biztanle kopuruaren eboluzioa Euskal AEn



Iturria: Eustat.
Fuente: Eustat.

Por otra parte, conviene señalar que el sistema hospitalario de la C.A. de Euskadi emplea en el año 2003 a 19.887 personas, de las que el 80% corresponde al personal asistencial y el 20% restante a personal no asistencial. Por categorías y función, caben señalar las siguientes conclusiones (Ver tabla 11):

Bestetik, EAeko ospitale sisteman 2003an 19.887 lagun ari ziren lanean, horietatik %80 langile asistentzialak ziren eta %20 ez asistentzialak. Kategoriei eta funtzioei dagokienez, ondorio hauek aipatu behar (Ikus 11. taula):

- El número de médicos contratados ha subido significativamente, pasando de 3.746 en 1995 a 4.180 en el año 2003, lo que supone un crecimiento medio anual del 1,37%. Todas las especialidades médicas han visto aumentada su plantilla (únicamente obstetricia y ginecología experimentan un ligero retroceso, -0,37% anual). Sin embargo, si atendemos a aquellas especialidades que más han crecido conviene señalar: *Psiquiatría*, 4,5%, *Radiología*, 4,38%, *Rehabilitación*, 3,29%, *UCI*, 3,18% y *Especialistas en Análisis Clínicos*, 2,96%, destacan sobre el resto.
- Los servicios de enfermería también han crecido, aunque más moderadamente. Se ha pasado de una plantilla de 5.175 a 5.633 personas, lo que supone un incremento medio anual del 1,06%. Ahora bien, dentro de este servicio conviene destacar el crecimiento de los *Fisioterapeutas* y *Terapeutas Ocupacionales* que han experimentado un crecimiento del 4,72%.
- En sentido negativo, conviene destacar el descenso de las *Asistentes Sociales*, que han disminuido en una tasa del 3,06% anual. Parece como si se estableciera una política de desprenderse de los servicios sociales en el ámbito hospitalario. Posiblemente eso tendrá como consecuencia la pérdida de calidad de la atención sociosanitaria.
- Kontratutako sendagile kopurua nabarmen hazi da, 1995ean 3.746 ziren eta 2003an 4.180; hau da, urteko batez besteko hazkundea %1,37koa izan da. Espezialitate mediko guztietan egin du plantillak gora (obstetrician eta ginekologian bakarrik egon da beherakada txiki bat, urteko %-0,37). Baina gehien hazi diren espezialitateak kontuan hartzen baditugu, honakoak aipatzea komeni da: *Psiquiatría*, %4,5 urteko; *Erradiologia*, %4,38 urteko; *Errehabilitazioa*, %3,29, *ZIU*, %3,18 eta *Analisi klinikoetan espezialistak*, %2,96. Horiek dira nabarmentzen direnak.
- Erizaintza zerbitzuek ere gora egin dute, horrenbeste ez egin arren. 5.175 laguneko plantilla izatetik 5.633 izatera igaro da, hau da, urtean %1,06 igo da. Baina zerbitzu horren barne azpimarratu beharra dago *Fisioterapeutek* eta *Lanaren bidezko terapeutek* izandako hazkundea, %4,72 hazi baitira.
- *Gizarte laguntzaileek* egindako beherakada dago azpimarratu beharra beste zentzuan. Urtean %3,06 gutxitu baitira. Ospitaleetan gizarte laguntzaile zerbitzuak kanpora uzteko politika dagoela dirudi. Seguruenez, horren ondorioz arreta sozio-sanitarioaren kalitateak behera egingo du.

Por último, y por lo que al personal no asistencial hace referencia, dos aspectos llaman la atención; por una parte el *incremento de plantilla del staff directivo* dedicado a la gestión hospitalaria cuya tasa de crecimiento ha sido en este periodo del 3,06% anual; y por la otra, el incremento en plantilla de *titulados medios* contratados, 9,11%.

Azkenik, eta langile ez asistentzialei dagokienez, bi alderdi dira deigarriak: batetik, ospitaleetako kudeaketan aritzen diren *zuzendaritza staffeko plantillaren* hazkundera,aldi honetan urteko %3,06 hazi dena, eta bestetik, kontratatuko *erdi mailako tituladun* plantillaren hazkundera, %9,11koa.

Personal por categoría en la C.A. de Euskadi.
Índice crecimiento anual

11

Euskal AEn langileak kategoriaren arabera. Urteko hazkunde indizea

	1995	2000	2001	2002	2003	Δ (%) 95/03
I. Asistentzialak / Personal asistencial	14.915	15.217	15.570	15.799	16.001	0,88
I.1. Sendagileak / Médicos	3.746	4.007	4.051	4.077	4.180	1,37
I.1.1. Barne medikuntza eta esp. medikoak / Medicina interna y esp. médicas	789	866	872	882	899	1,63
I.1.2. Kirurgia orokorrak eta esp. kirurgikoak / Cirugía general y esp. quirúrgicas	896	973	984	943	953	0,77
I.1.3. Traumatologia / Traumatología	320	319	315	333	329	0,35
I.1.4. Obstetrizia eta ginekologia / Obstetricia y ginecología	273	258	266	269	265	-0,37
I.1.5. Pediatría / Pediatría	159	171	157	166	170	0,84
I.1.6. Psikiatria / Psiquiatría	91	105	121	128	131	4,5
I.1.7. Analisi klinikoak / Análisis clínicos	179	147	190	203	227	2,96
I.1.8. Anestesia eta erreanimazioa / Anestesia y reanimación	311	325	343	341	355	1,65
I.1.9. Erradiologia / Radiología	161	183	198	213	228	4,31
I.1.10. ZIU / UCI	72	86	85	88	93	3,18
I.1.11. Errehabilitazioa / Rehabilitación	66	76	83	86	86	3,29
I.1.12. Larrialdiak - guardia / Urgencias - guardia	240	320	286	276	260	1
I.1.13. Beste espezialistak / Otros especialistas	189	178	151	149	184	-0,34
I.2. Farmazeutikoak / Farmacéuticos	64	77	78	76	77	2,3
I.3. Funtzio sanitarioa duten beste goi tituladunak Otros titulados superiores con función sanitaria	61	71	74	84	86	4,25
I.4. Erizainak / Enfermería	5.175	5.296	5.448	5.585	5.633	1,06
I.4.1. OLET eta EUD / ATS y DUE	4.814	4.887	5.028	5.144	5.165	0,88
I.4.2. Emaginak / Matronas	155	150	152	160	166	0,86
I.4.3. Fisioterapeutak eta lanaren bidezko terapeutak Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales	206	259	268	281	302	4,72
I.5. Funtzio sanitarioa duten beste erdi mailako tituladunak Otros titulados medios con función sanitaria	15	12	15	19	20	3,57
I.6. Laguntzaile sanitarioak / Ayudantes sanitarios	4.884	4.812	4.939	4.991	5.012	0,32
I.6.1. Klinikako laguntzaileak / Auxiliares de clínica	4.556	4.402	4.465	4.474	4.477	-0,22
I.6.2. Osasun teknikariak / Técnicos sanitarios	328	410	474	517	535	6
I.7. Gizarte Langileak / Asistentes sociales	55	54	47	47	43	-3,06
I.8. Zelariak / Celadores	915	888	918	920	950	0,47
II. Ez asistentzialak / Personal no asistencial	4.196	3.939	3.882	3.917	3.886	-0,96
II.1. Zuzendaritza eta kudeaketa / Dirección y gestión	192	249	246	258	265	3,99
II.2. Goi tituladunak / Titulados superiores	151	166	165	170	177	1,98
II.3. Erdi mailako tituladunak / Titulados medios	41	83	81	88	88	9,11
II.4. Goi mailako beste tituladunak / Otros titulados superiores	120	91	107	114	118	-0,21
II.5. Erdi mailako beste tituladunak / Otros titulados medios	103	82	92	93	95	-1,01
II.6. Administrariak / Administrativos	1.348	1.399	1.401	1.433	1.467	1,06
II.7. Lanbide kualifikatuko langileak / Personal de oficio cualificado	411	374	376	361	354	-1,86
II.8. Beste langileak / Otro personal	2.022	1.744	1.658	1.658	1.587	-3,01
Euskal AE / C.A. de Euskadi	19.111	19.156	19.452	19.716	19.887	0,5

Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadística hospitalaria.

7.3. Las consultas hospitalarias

La evolución y tipología de las consultas realizadas constituye un excelente indicador de la naturaleza de las demandas realizadas al sistema vasco de salud. Analizando la tabla 12, en la que se desglosan las consultas por especialidades, puede observarse lo siguiente:

- Se ha experimentado un aumento generalizado de las consultas a los facultativos, que han pasado durante el período de 1995-2003 de 1,6 millones a 2,1, lo que significa que en tan sólo 8 años el número de consultas hospitalarias ha aumentado en 500.000 aproximadamente. El índice de crecimiento anual durante el período 1996-1999 ha sido del 3,24%, y durante el período 1999-2003 del 2,66%. Los datos confirman la demanda creciente sobre el sistema sanitario.
- Por especialidades, la situación es bastante dispar. *Medicina y especialidades, Cirugía y Traumatología y Ortopedia* representan aproximadamente el 70% de las consultas. Aunque, si atendemos al ritmo de crecimiento, vemos que las enfermedades psiquiátricas constituyen con creces las que más han crecido, un 44,68% anual en el período 1995-1999 y un 24,60% anual en el período 1999-2003. El crecimiento de las consultas derivadas de estas patologías es realmente espectacular.

Evolución del número de consultas por especialidades en la C.A. de Euskadi. Índice de crecimiento anual

12

7.3. Ospitaleetako kontsultak

Izandako kontsulten eboluzioa eta tipologia oso adierazle onak dira euskal osasun sistemak izandako eskarien izaerarenak. 12. taula aztertuz gero, kontsultak espezialitateen arabera banatuta baitaude, honakoak ikusten dira:

- Sendagileei egindako kontsultek gora egin dute orokorrean, 1995-2003 aldian 1,6 milioitik 2,1 milioira igaro dira. Horrek esan nahi du 8 urtean soilik ospitaleetako kontsultak 500.000 gehitu direla gutxi gorabehera. 1996-1999 aldian izandako urteko hazkunde indizea %3,24koa izan da, eta 1999-2003an, %2,66koa. Osasun sistemak dituen eskariak igotzen ari direla baieztatzen dute datuek.
- Espezialitateei dagokienez, egoera ez da berdina. *Medikuntza eta espezialitateak, Kirurgia eta Traumatologia eta Ortopedia* kontsulten %70 dira gutxi gorabehera, nahiz eta hazkunde erritmoari begiratu gero gaixotasun psikiatrikoak igo direla gehien ikusi, alde handiarekin gainera, urteko %44,68 1995-1999 aldian eta urteko %24,60 1999-2003 aldian. Patologia horien ondoriozko kontsulten hazkundera benetan ikaragarria da.

Euskal AEn espezialitatearen arabera kontsulta kopuruak izandako eboluzioa. Urteko hazkunde indizea

	1995	1999	2003	UHI (*) 1999-1995 I.C.A. 1999-1995 (%)	UHI (*) 2003-1999 I.C.A. 2003-1999 (%)
Medikuntza eta espezialitateak / Medicina y especialidades	515.423	558.214	647.608	1,99	3,71
Kirurgia eta espezialitateak / Cirugía y especialidades	463.022	514.519	552.903	2,63	1,80
Traumatología eta ortopedia / Traumatología y ortopedia	281.369	354.011	354.448	5,72	0,03
Pediatría / Pediatría	116.429	106.239	109.329	-2,29	0,72
Obstetrizía / Obstetricia	35.473	33.305	36.178	-1,58	2,07
Ginekología / Ginecología	93.567	121.910	143.325	6,58	4,04
Psiquiatría (akutuen unitatea) / Psiquiatría (unidad de agudos)	18.706	33.537	29.950	14,19	-2,82
Psiquiatría (egonaldi luzea) / Psiquiatría (larga estancia)	119	2.118	6.220	44,68	24,60
Errehabilitazioa / Rehabilitación	94.437	103.588	123.214	2,31	4,33
Egonaldi luzea / Larga estancia	2.280	3.249	3.396	8,76	1,11
Zaintza intentsiboak / Cuidados intensivos	40.650	54.928	63.998	7,47	3,81
Besterik / Otros	14.773	22.690	51.837	10,57	19,55
Euskal AE / C.A. de Euskadi	1.676.248	1.908.308	2.122.406	3,24	2,66

(*) **Urteko hazkundearen indizea (UHI).**
Índice de crecimiento anual (I.C.A.).

Iturria: Eustat, Ospitale estatistika.
Fuente: Eustat, Estadísticas hospitalarias.

8. LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA PÚBLICA

Analizando los datos relativos a la asistencia extrahospitalaria pública, tal y como aparecen en la tabla 13, cabe señalar lo siguiente:

Evolución de los centros asistenciales por tipo en la C.A. de Euskadi

13

Zentro asistentzialen eboluzioa motaren arabera Euskal AEn

	1993	1995	2000	2001	2002	2003	2004	Δ (%) 2004-1993
Anbulatorioa / Ambulatorio	27	27	28	28	28	28	28	3,70
Kontsultategia / Consultorio	47	41	55	55	52	52	51	8,51
Osasun zentroa / Centro de salud	94	98	101	102	107	108	108	14,89
Larrialdiko arreta zerbitzua / Servicio de atención urgente	32	38	37	37	37	37	37	15,63
Zentro periferikoa (sendagile etxea) Centro periférico (casa de médico)	120	119	118	118	118	118	119	-0,83
Osasun mentaleko kontsultategia Consultorio de salud mental	41	47	47	49	50	50	50	21,95
Mutua-asistentzia zentroa / Centro asistencial mutual	40	40	39	39	44	44	46	15,00
Besteak / Otros	31	36	3	3	3	3	4	-87,10
Euskal AE / C.A. de Euskadi	432	446	428	431	439	440	443	2,55

Iturria: Eustat, Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa.

Fuente: Eustat, Estadística extrahospitalaria pública.

En los últimos años se ha realizado un esfuerzo muy importante en materia de equipamientos asistenciales; de los 432 centros asistenciales que había al comienzo de la década de los 90 se ha pasado a los 443, lo cual supone un incremento del 2,55%. Se observa, que el esfuerzo de construcción de nuevos equipamientos asistenciales se ha concentrado fundamentalmente en: *Consultorios de Salud Mental*, 21,95%, *Servicios de Atención Urgentes*, 15,63% y *Centros de Salud*, 14,69%. Por lo que afecta a los *ambulatorios*, se aprecia que el crecimiento ha sido más modesto, lo cual nos lleva a pensar que se trata de un recurso asistencial ya consolidado.

Por lo que a la asistencia extrahospitalaria se refiere se observa un esfuerzo muy importante en materia de gasto. Tan sólo en el último año se ha pasado de un desembolso de 335 millones de euros a 354, lo que significa un incremento del 5,82%. La tasa de crecimiento anual para el período 1994-2004, es del 4,26%, lo que supone un ritmo de crecimiento del gasto realmente significativo. Idénticamente, el incremento del *gasto de personal* es realmente importante. En el último año ha supuesto del orden de 12 millones de euros, lo que representa un incremento del 4,45% a una tasa de crecimiento anual durante el período 1994-2004 del 3,84%. No es extraño que todo esto redunde en un incremento de *gasto por habitante*, sólo en el período 2003-2004 el incremento representa el 3,07%, alcanzando la cifra de los 168 euros por persona.

Las consultas (ver tabla 14) son indicativas del ritmo de actividad, algo que es clave en la asistencia extrahospitalaria a todos los niveles, dado que ésta hace de filtro respecto al sistema hospitalario. El incremento de actividad es constante, es más, nos atreveríamos a decir que evoluciona a una velocidad de vértigo. En tan sólo un año se ha aumentado en

8. OSPITALEZ KANPOKO ASISTENTZIA PUBLIKOA

Ospitaleez kanpoko asistentzia publikoko datuak aztertuz gero, eta 13. taulan adierazten denez, honakoa azpimarratu beharra dago:

Azken urteetan oso esfortzu handia egin da ekipamendu asistentzialen arloan; 90eko hamarkadaren hasieran zeuden 432 zentro asistentzialetatik 443ra igaro da, hau da, %2,55eko hazkundea egon da. Ekipamendu asistentzial berriak eraikitzerakoan ahalegina honakoetan egin dela ikusten da: *Osasun mentaleko kontsultategiak*, %21,95; *Larrialdiko arreta zerbitzuak*, %15,63 eta *Osasun zentroak*, %14,69. *Anbulatorioei* dagokienean, hazkundea txikiagoa izan da, eta horrek esan nahi du jada finkatuta dagoen baliabide asistentziala dela.

Ospitaleez kanpoko asistentziari dagokionez, ahalegin garrantzitsua egin dela nabari da gastuen arloan. Azken urtean bakarrik 335 milioi euro ordaintzetik 354 ordaintzera igaro da, hau da %5,82ko hazkundea egon da. 1994-2004 aldirako urteko hazkunde-tasa %4,26koa da, horrek gastuaren hazkunde esanguratsua esan nahi du. Era berean, langileen gastuan izandako gehikuntza ere oso handia izan da. Azken urtean 12 milioi euro ingurukoa izan da, hau da, %4,45eko hazkundea, 1994-2004 aldian urteko hazkunde-tasa %3,84koa izanda. Ez da harrizkoa horrek guztiak eragina izatea *biztanleko gastua* haztean, 2003-2004 aldian bakarrik personako %3,07 hazi da, edo beste era batera esanda, 168 euro hazi da.

Kontsultek (ikus 14. taula) jarduera erritmoa adierazten dute, funtsezkoa ospitaleez kanpoko asistentziaren maila guztietan, iragazki lanak egiten baititu ospitale sistemarekiko. Jarduera etengabe hazten ari da, are gehiago, sekulako abiadan ari dela eboluzionatzen esan dezakegu. Urtebetean bakarrik 281.000 kontsultatan gehitu da, hau da, urtebetean %2,23ko

	2004	2003	2002	1994	UHI (*) I.C.A. (*) 2004-1994	Δ % 2004-2003
1. Guztizko gastua (milaka euro) Gasto total (miles de euros)	354.638	335.144	323.169	230.196	4,26	5,8
1.1. Ohiko gastuak / Gastos corrientes	344.817	327.817	307.114	222.186	4,33	5,1
1.1.1. Langileen ordainsariak / Retribuciones al personal	291.752	279.323	262.432	197.664	3,84	4,45
1.1.2. Ohiko beste gastuak / Otros gastos corrientes	53.065	48.494	44.682	24.522	7,36	9,4
1.2. Kapital gastuak / Gastos de capital	9.821	7.327	16.055	8.010	2,03	34,04
Biztanleko kostua (€) / Coste por habitante (€)	168	163	157	110		3,07
2. Jarduera asistentziala / Actividad asistencial						
2.1. Kontsultak guztira (milaka) / Total consultas (miles)	12.889	12.608	12.401	11.734	0,94	2,23
2.1.1. Medikuntza orokorra (milaka) / De medicina general (miles)	8.964	8.727	8.630	8.068	1,05	2,72
2.1.2. Pediatría (milaka) / De pediatría (miles)	1.485	1.482	1.429	1.275	1,52	0,20
2.1.3. Familiako medikuko (Batez beste) Por médico de familia (Promedio)	6.308	6.220	6.213	6.283	0,04	1,41
2.1.4. Pediatrako (Batez beste) / Por pediatra (Promedio)	5.119	5.164	5.086	4.411	1,49	-0,87

(*) **Urteko hazkundearen indizea (UHI).**

Índice de crecimiento anual (I.C.A.).

Iturria: Eustat, Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa.

Fuente: Eustat, Estadística extrahospitalaria pública.

281.000 consultas, esto supone una tasa de crecimiento del 2,23% en tan sólo un año a un ritmo del 0,94% para el conjunto del período 1994-2004 en el que se ha producido en términos absolutos un aumento de consultas de 1.155.000. Esto da una idea de la verdadera magnitud del cambio y de la presión que el envejecimiento demográfico (unido a otros factores) ejerce sobre el sistema de salud.

Por último, parece oportuno analizar la variable personal empleada en la asistencia extrahospitalaria, que nos da una idea bastante aproximada de la envergadura de la problemática asistencial. Analizando las cifras de la tabla 15 podemos observar lo siguiente:

- El personal facultativo representa el 39% del total, habiendo experimentado un crecimiento del 0,49% anual durante el período 1993/2004. En el año 2004 el número de facultativos era de 2.741.
- Por especialidades, *Medicina General*, como no podía ser de otra forma, representa el contingente más importante. El número de médicos de medicina general es de 1.421, habiendo aumentado la plantilla en el período 1993-2004 a una tasa media anual del 1,11%.
- Las especialidades que más han aumentado plantilla han sido por este orden: *Otros Facultativos*, 8,58%, *Rehabilitación*, 4,47%, *Ginecología*, 1,59%. Por el contrario, las especialidades o áreas más recesivas son las siguientes: *Análisis Clínicos*, -12,79%, *Tocología*, -8,80%, *Cirugía General*, -2,37%, *Oftalmología*, -2,21 y *Otorrinolaringología*, -1,49%.
- Por lo que hace referencia a *Otro Personal Sanitario*, conviene decir que representa el 41% de la plantilla y, aunque los *A.T.S./D.U.E.* constituyen con creces el grupo profesio-

hazkunde-tasa izan du 1994-2004 aldirako %0,94ko erritmoan. Aldi horretan kontsulten osoko hazkundera 1.155.000ekoa izan da. Horrek aldatetaren egiazko magnitudeen ideia bat ematen digu eta zahartze demografikoak (beste faktore batzuekin batera) osasun sisteman duen presioarena ere bai.

Azkenik, egokia dirudi aztertzea ospitaleez kanpoko asistentzian lana egiten duten langileak, asistentzia arazoa zenbatekoa den nahiko gertutik ikusteko aukera izango baitugu. 15. taulako zifrak aztertuta, honakoa ikusten dugu:

- Langile guztien %39 fakultatiboak dira eta 1993-2004 aldiran urteko %0,49ko hazkundera izan dute. 2004an 2.741 fakultatibo zeuden.
- Espezialitateei dagokienez, *Medikuntza orokorra* da, (bestela ezin zitekeen), talderik garrantzitsuen. *Medikuntza orokorrean* 1.421 mediku daude, eta 1993-2004 aldiran plantilla urteko %1,11 igo da batez beste.
- Plantilla gehien hazi duten espezialitateak honakoak izan dira, ordena honetan: *Beste fakultatiboak*, %8,58; *Errehabilitazioa*, %4,47; *Ginecologia*, %1,59. Aitzitik, atzeraka egin duten espezialitateak edo arloak honakoak izan dira: *Análisis klinikoak*, %-12,79; *Tokologia*, %-8,80; *Kirurgia orokorra*, %-2,37; *Oftalmologia*, %-2,21 eta *Otorrinolaringologia*, %-1,49.
- *Beste langile sanitarioei* dagokienez, plantillaren %41a dira eta OLT/EUDak den arren talde profesional ugariena, osoren %69 (1979 profesionalekin), ez da, ordea, azken urte-

	1993	1995	2000	2001	2002	2003	2004	%	UHI I.C.A. 93/04
1. Fakultatiboak guztira / Total facultativos	2.573	2.556	2.624	2.633	2.683	2.703	2.741	39	0,57
1.1. Medikuntza orokorra / Medicina general	1.258	1.285	1.339	1.353	1.389	1.403	1.421		1,11
1.2. Pediatría / Pediatría	294	292	279	279	281	287	290		-0,12
1.3. Kirurgia orokorra / Cirugía general	78	69	67	62	61	61	60		-2,37
1.4. Traumatologia / Traumatología	125	118	117	120	128	128	130		0,36
1.5. Otorrinolaringologia / Otorrinolaringología	66	57	51	52	52	55	56		-1,49
1.6. Oftalmologia / Oftalmología	83	64	58	59	59	63	65		-2,21
1.7. Urologia / Urología	41	41	39	39	39	41	41		0,00
1.8. Ginekologia / Ginecología	78	85	95	92	91	92	93		1,59
1.9. Tokologia / Tocología	46	42	15	17	14	15	16		-8,80
1.10. Estomatologia/Odontologia / Estomatología/Odontología	53	57	63	61	60	59	59		0,97
1.11. Arnas eta zirkulazio aparatua Aparato respiratorio y circulatorio	63	68	57	62	60	61	60		-0,44
1.12. Digestio aparatua / Aparato digestivo	38	36	34	33	34	34	34		-1,01
1.13. Dermatologia / Dermatología	32	34	31	31	31	31	32		0,00
1.14. Endokrinologia / Endocrinología	18	17	18	18	17	16	16		-1,07
1.15. Analisi klinikoak / Análisis clínicos	46	44	18	15	15	8	8		-12,79
1.16. Erradiologia / Radiología	42	33	32	31	33	33	33		-2,18
1.17. Errehabilitazioa / Rehabilitación	23	25	28	34	38	38	38		4,47
1.18. Psikiatria / Psiquiatría	133	124	127	128	128	128	133		0,00
1.19. Beste fakultatiboak / Otros facultativos	56	65	156	147	153	150	156		8,58
2. Beste langile sanitarioak guztira / Total otro personal sanitario	2.686	2.709	2.716	2.739	2.808	2.842	2.868	41	0,60
2.1. OLT/EUD / A.T.S./D.U.E.	1.458	1.710	1.922	1.933	1.973	1.979	1.997		2,84
2.2. Emaginak / Matronas	140	135	134	137	141	141	143		0,19
2.3. Fisioterapeutak / Fisioterapeutas	63	72	81	86	99	106	110		4,94
2.4. Zonako OLT / A.T.S. de zona	454	237	30	26	31	31	28		-16,07
2.5. Klinikako laguntzailea / Auxiliar de clínica	367	369	323	322	324	335	335		-0,83
2.6. Psikologoak / Psicólogos	77	77	73	74	73	76	75		-0,24
2.7. Gizarte laguntzaileak / Asistentes sociales	83	74	70	71	71	74	73		-1,17
2.8. Beste langile sanitarioak / Otro personal sanitario	44	35	83	90	96	100	107		7,59
3. Langile ez sanitarioak guztira / Total personal no sanitario	1.537	1.331	1.309	1.340	1.383	1.421	1.427	20	-0,67
3.1. Goi tituluduna / Titulado superior	86	37	58	42	42	42	41		-6,44
3.2. Erdi mailako tituluduna / Titulado medio	71	31	40	42	38	39	39		-5,29
3.3. Administrariak / Administrativos	118	114	132	144	130	126	119		0,08
3.4. Administrari laguntzaileak / Auxiliares administrativos	598	517	610	641	676	708	725		1,75
3.5. Zelariak / Celadores	361	346	281	278	298	304	302		-1,62
3.6. Urgazleak / Subalternos	161	151	106	111	116	111	110		-3,42
3.7. Beste langile ez sanitarioak / Otro personal no sanitario	142	135	82	82	83	91	91		-3,98
Euskal AE / C.A. de Euskadi	6.796	6.596	6.649	6.712	6.874	6.966	7.036	100	0,32

(*) Urteko hazkundearen indizea (UHI).

Índice de crecimiento anual (I.C.A.).

Iturria: Eustat, Ospitaleez kanpoko estatistika publikoa.

Fuente: Eustat, Estadística extrahospitalaria pública.

nal más numeroso, 69% del total con 1.979 profesionales; sin embargo, no es el grupo profesional que más ha crecido en los últimos años; este privilegio le corresponde a los *fisioterapeutas*, que han visto incrementado su participación en un 4,94% anual. Paralelamente, ha habido una caída significativa de los *A.T.S. de Zona*, -16,07% anual, y de los *Asistentes Sociales*, -1,17%.

- Respecto al *personal no sanitario* cabe decir que ha visto reducida su presencia pasando de los 1.537 trabajadores en plantilla en 1993 a 1.427 en el 2003.

etan gehien hazi den taldea; pribilegio hori *fisioterapeutek* dute, urtero beraien partehartzea %4,94 hazi baita. Paraleloan, beherakada esanguratsua izan dute zonako OLTek, %-16,07 urtean eta Gizarte laguntzaileek, %-1,17.

- Langile ez sanitarioei dagokienez, gutxitu egin dira: 1993an 1.537 langile zeuden plantillan eta 2003an 1.427.

9. LA C.A. DE EUSKADI EN LA ESCENA INTERNACIONAL. ALGUNOS DATOS COMPARATIVOS

A efectos de tener una idea aproximada de la situación de la C.A. de Euskadi respecto al conjunto de países europeos, nos ha parecido oportuno destacar una serie de variables que, por su importancia, permiten apreciar la distancia existente respecto a países que por tradición o historia todavía suponen un referente para nosotros.

9. EUSKAL AE NAZIOARTEAN. DATU KONPARATIBO BATZUK

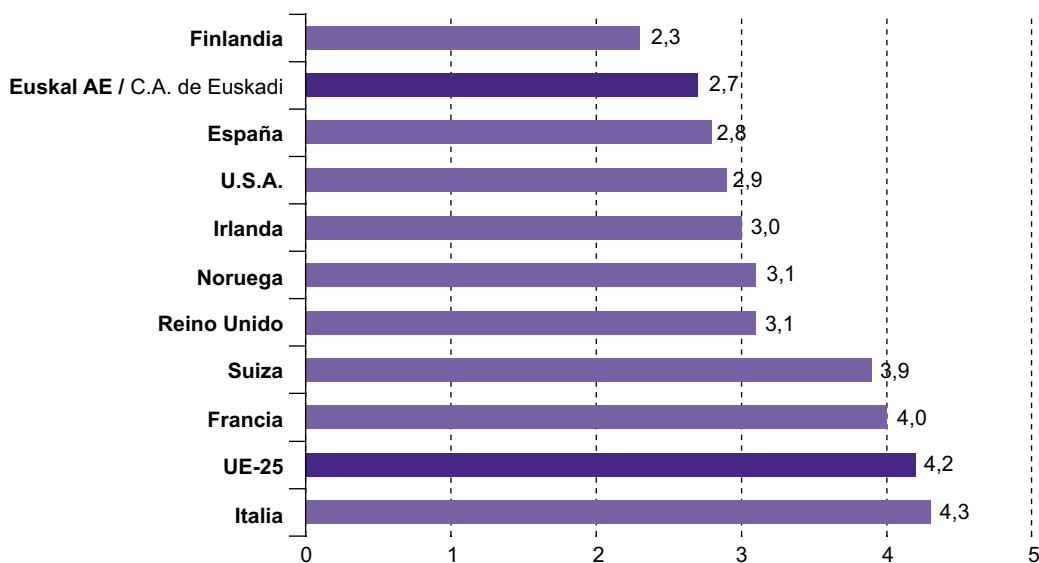
EAEk Europako herrialdeekiko duen egoeraren gutxi gorabeherako ideia izateko, egokia iruditu zaigu aldagai batzuk aipatzea, tradizioz edo historiagatik guretzat erreferentzia direnekiko dugun aldea ikusteko.

Camas de agudos por 1.000 habitantes

10

Akutuentzako oheak 1.000 biztanleko

2003



Iturria: Eustat, Euskadi Zenbakitan, 2006.

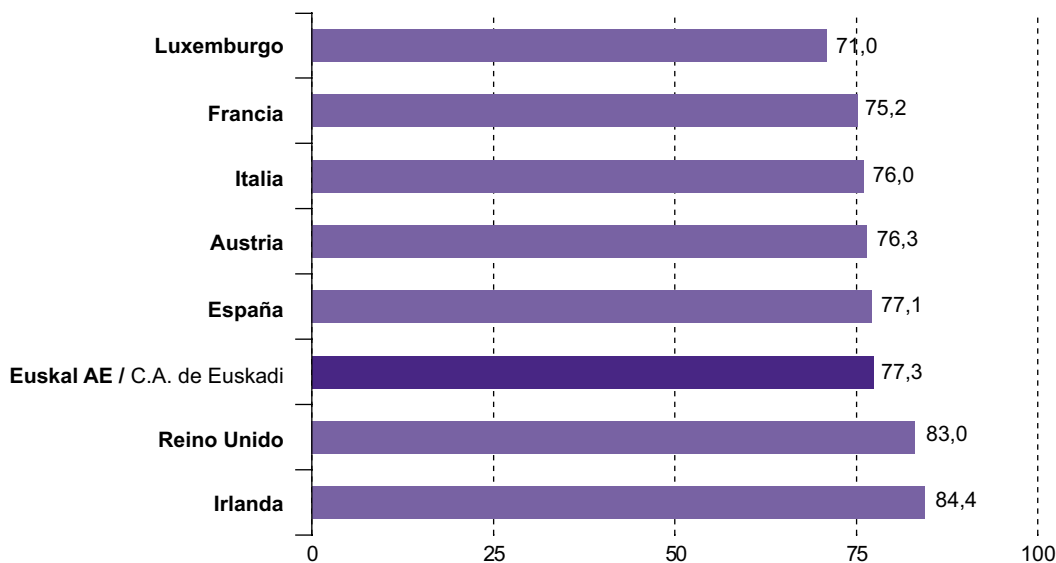
Fuente: Eustat, Euskadi en cifras, 2006.

Ocupación de camas en hospitales de agudos según países (%)

11

Akutu en ospitaleetako oheen okupazioa herrialdeen arabera (%)

2003



Iturria: Eustat, Euskadi Zenbakitan, 2006.

Fuente: Eustat, Euskadi en cifras, 2006.

La variable *Camas de Agudos por 1.000 habitantes*, sitúa a la C.A. de Euskadi lejos de la media europea, 4,2 camas frente a las 2,7. Por países, ocupamos el ante-último lugar, a mucha distancia de Italia, Francia o Suiza que ocupan las primeras posiciones (Ver gráfico 10).

En cuanto a la variable *ocupación de camas en hospitales de agudos*, cabe señalar que nuestra posición ha mejorado sensiblemente, por término medio, el 77,3% de las camas están ocupadas, lo que significa que el grado de aprovechamiento de este recurso está por encima de países como Luxemburgo, Francia, Italia, Austria o España; pero es inferior al Reino Unido o a Irlanda. Los datos aparecen reflejados en el gráfico 11.

En cuanto a la *estancia media* por países, aunque se observa, como ya se ha dicho, una disminución creciente, sigue siendo superior a la de países como: Austria, Dinamarca, Irlanda, Polonia, Hungría o Suecia. Los datos aparecen recogidos en la tabla 16.

Akutuen oheak 1.000 biztanleko aldagaiak EAE Europako batez bestekotik urrun jartzen du, 4,2 ohe Europan eta 2,7 EAEn. Herrialdeka azken-aurreko tokian gaude, Italia, Frantzia edo Suitzatik oso urrun, lehenbiziko postuetan horiek baitaude. Ikus 10. grafikoa.

Akutuen ospitaleetako ohe okupazioa aldagaiari dagokionez, esan beharra dago gure tokia apur bat hobetu egin dela, ohe-en %77,3 okupatuta daude batez beste, eta horrek esan nahi du baliabide hori gehiago aprobetxatuta dagoela honakoetan baino: Luxemburg, Frantzia, Italia, Austria edo Espainia; baina Erresuma Batuan edo Irlandan baino gutxiago. Datuak 11. grafikoa ageri dira.

Batez besteko egonaldia dagokionez herrialdeka, esan den bezala denbora murrizten ari da baina honakoetan baino luzeagoa da: Austria, Danimarka, Irlanda, Polonia, Hungría edo Suedia. Datuak 16. taulan ageri dira.

Estancia media hospitalaria según países

16

Ospitaleetako batez besteko egonaldia herrialdeen arabera

	1990	2000	2002
Austria	12,8	8,6	8,1
Dinamarca	8,2	6,0	5,7
Finlandia	18,2	10,3	10,4
Francia	15,1	13,2	13,5
Hungría	12,6	8,9	8,5
Irlanda	7,9	7,4	7,5
Italia	11,7	7,7	7,6
Polonia	12,5	8,9	7,9
Portugal	10,8	9,4	8,9
España	12,2	9,0	9,0
Suecia	18,0	6,4	6,2
Turquía	6,9	5,9	5,6
Euskal AE / C.A. de Euskadi	13,2	8,8	8,9

Iturria: Eustat, Euskadi Zenbakitan, 2006.
Fuente: Eustat, Euskadi en cifras, 2006.

El último apartado destinado a la variable *Tasas de Mortalidad por Causas*, suele ser un buen indicador del estado de salud de la población en general. Comparando los datos de la C.A. de Euskadi con el conjunto de Europa, vemos que por lo que a la mortalidad debida a enfermedades del sistema circulatorio se refiere, nuestra comunidad tiene unas tasas de mortalidad sensiblemente más bajas que la media europea.

Sin embargo, la mortalidad debida a enfermedades tumorales tiene más incidencia entre nosotros que en el conjunto de Europa. Lo mismo sucede con la mortalidad debida a enfermedades del aparato respiratorio, en nuestro caso es mayor que la media europea, del orden de 12 puntos en el caso de los hombres y 3 en el de las mujeres. La incidencia de los accidentes como causa de mortalidad es sensiblemente más baja en nuestro caso, 6 puntos menos en los hombres y en las mujeres.

Azkeneko atala *Heriotza-tasa zergatien arabera* aldagaiari buruzkoa da. Biztanleriaren orokorreko osasun egoeraren adierazgarri ona izaten da. EAeko datuak Europa osokoekin alderatuz gero, zirkulazio sistemako gaixotasunengatiko heriotza-tasa gure erkidean Europako batez bestean baino txikiagoa da.

Baina tumorengatiko heriotza gehiago dira gurean Europa osoan baino. Gauza bera gertatzen da arnas aparatuko gaixotasunei dagokionez, gurean dago Europako batez besteko altuena, 12 puntu ingurukoa gizonen kasuan eta 3 emakumeengan. Gurean istripuen eragina apur bat txikiagoa da, 6 puntu gutxiago gizonetan eta emakumeetan.

	Zirkulazio sistema Sistema circulatorio		Tumoreak Tumores		Arnas aparatua Aparato respiratorio		Istripuak Accidentes	
	Gizonak Hombres	Emak. Mujeres	Gizonak Hombres	Emak. Mujeres	Gizonak Hombres	Emak. Mujeres	Gizonak Hombres	Emak. Mujeres
UE-25	339,5	218,8	258,7	145,4	77,9	38,4	40,9	16,2
Austria	320,6	230,6	232,2	140,2	59,6	29,2	37,1	15,6
Chequia	568,2	384,3	320,9	177,4	59,6	30,9	63,0	27,3
Dinamarca	321,6	195,2	260,9	202,9	80,1	59,0	39,4	19,5
Estonia	753,8	427,2	298,3	139,4	69,5	17,9	153,8	34,3
Finlandia	352,0	198,0	194,3	122,7	73,1	30,8	67,9	22,2
Francia	214,8	126,2	277,3	132,0	51,0	23,8	49,5	22,8
Alemania	333,0	229,5	222,2	136,4	61,4	30,0	26,1	11,5
Grecia	355,4	297,0	218,0	113,2	54,4	39,1	45,1	12,0
Hungría	647,5	409,5	375,4	194,9	64,6	27,2	73,7	32,5
Irlanda	320,4	197,8	227,4	163,6	126,1	82,6	27,9	13,3
Italia	274,0	179,3	248,5	134,1	52,3	21,4	37,0	15,6
Letonia	795,5	465,2	293,8	142,1	53,8	14,5	145,1	41,8
Lituania	700,1	404,7	287,5	142,7	75,8	18,5	149,4	34,7
Luxemburgo	340,8	212,9	243,5	138,6	101,1	44,3	54,2	23,6
Malta	350,5	240,0	198,8	138,2	103,2	50,3	28,6	17,8
Holanda	274,0	165,2	255,6	162,0	90,8	47,2	23,1	12,4
Polonia	533,6	329,5	308,0	161,8	66,5	26,5	61,8	18,6
Portugal	309,6	222,9	227,9	118,8	87,5	40,6	53,8	15,4
Eslovaquia	678,0	448,2	330,2	155,4	78,7	35,8	64,2	13,5
Eslovenia	375,8	234,7	293,9	153,8	101,5	42,2	58,5	19,5
España	226,8	152,9	252,1	112,3	95,3	37,1	37,0	11,2
Suecia	318,6	193,9	191,1	145,1	46,2	28,8	33,0	13,1
Reino Unido	313,9	194,1	225,4	161,9	123,9	85,0	22,0	10,4
Euskal AE / C.A. de Euskadi	207,2	123,8	269,6	111,9	85,8	35,1	34,3	12,2

Iturria: Eustat, Euskadi Zenbakitan, 2006.
Fuente: Eustat, Euskadi en cifras, 2006.

10. A MODO DE CONCLUSIONES

El análisis de los principales parámetros sobre la evolución de la situación de salud y de los servicios sanitarios de la C.A. de Euskadi manifiesta unos patrones típicos de las sociedades desarrolladas y especialmente de los Estados de Bienestar. Los resultados que arrojan las cifras sobre el estado de salud/enfermedad en Euskadi indican que la población vasca goza de muy buena salud y que, además, ésta continúa mejorando.

Los patrones de morbilidad que se derivan del análisis de las altas hospitalarias confirman que son las enfermedades crónicas las de mayor prevalencia y, concretamente, las enfermedades del aparato circulatorio y digestivo, seguidas de las enfermedades del sistema nervioso y de las neoplasias malignas, enfermedades que en las sociedades modernas han suplantado el puesto a las enfermedades infecciosas y hacia las cuales se dirigen los mayores esfuerzos tanto en prevención como en asistencia curativa y en investigación. Sin duda, todas las campañas desarrolladas para modificar los estilos de vida no saludables y las condiciones del medio físico y social son un vivo ejemplo de cómo se está luchando para atajar los principales factores de riesgo conocidos asociados a este tipo de patologías. Las investigaciones llevadas a cabo para comprender la etiopatogenia de estos procesos y los mecanismos a través de los cuáles se desarrollan, están constituyendo, junto a los avances que está posibilitando la aplicación de las nuevas tecnologías al ámbito de la salud, la principal esperanza para atajarlas en los albores del siglo XXI.

El análisis desde la perspectiva de género continúa subrayando la presencia de desigualdades en salud en detrimento de las mujeres, tanto en lo que respecta a la salud percibida como a la morbilidad hospitalaria, lo que puede estar dando cuenta de un patrón específico de morbilidad derivado tanto de su posición de desventaja dentro de la estructura social como del hecho del alargamiento de su esperanza de vida y la cronicidad que ésta conlleva durante los últimos años de vida. El análisis de la morbilidad hospitalaria por grupos de edad no deja lugar a dudas sobre el impacto del envejecimiento demográfico sobre la salud de la población, puesto que la gran carga de morbilidad hospitalaria se sitúa en el grupo de mayores de 65. En el resto de los grupos, se observa una mejora generalizada consecuente con la mejora de la salud subjetiva que declara el conjunto de la población vasca.

En otro orden de cosas, hay que señalar que los principales indicadores de funcionamiento de los servicios sanitarios de Euskadi muestran los resultados de los ajustes y cambios desarrollados para hacer frente a los retos a los que se ha visto enfrentado el Sistema Vasco de Salud a fin de equilibrar la demanda y la oferta y evitar la tendencia hacia el crecimiento ilimitado del gasto sanitario. En consonancia con la filosofía del modelo sanitario propuesto en la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi de 1997 para mejorar la organización del sistema se pueden destacar las siguientes cuestiones:

- En primer lugar, que la demanda de recursos sanitarios continúa in crescendo como lo muestra las cifras sobre frecuentación hospitalaria, presión de urgencias y consultas externas tanto por especialidades como en atención primaria.
- En segundo lugar, que la oferta de recursos sanitarios se ha ido incrementando gradualmente para atender la pre-

10. ONDORIO GISA

EAEko osasunaren eta zerbitzu sanitarioen eboluzioari buruzko parametro nagusien azterketak, garatutako gizarteetako, eta bereziki ongizate egoeretak, patroik tipikoak erakusten dizkigu. Euskadiko osasun/gaixotasun egoerari buruz zifrek ematen dizkiguten emaitzek adierazten dute euskal gizarteak oso osasun ona duela eta, gainera, hobetzen ari dela.

Ospitaleetako altak aztertuta agertzen diren erikortasun patroiek egiaztatzen dute gaixotasun kronikoak direla gehien irauten dutenak eta, zehatz esateko, zirkulazio eta digestio aparatuko gaixotasunak, horien ondoren datoz nerbio sistemako gaixotasunak eta neoplasia txarrak. Gaixotasun horiek gizarte modernoetan postua kendu diete gaixotasun infekziosoei eta horien inguruan ari dira egiten ahalegin handienak nola prebentzioan hala sendatzeko asistentzian eta ikerketan. Zalantzarik gabe bizitza-estilo ez osasuntsuak eta inguru fisiko eta sozialeko baldintzak aldatzeko garatu diren kanpaina guztiak adibide garbia dira patologia mota horiekin loturiko faktore nagusi ezagunei aurre egiteko zer nolako borroka egiten den adierazten dutenak. Prozesu horien etiopatogenia eta garatzen diren mekanismoak ulertzeko egiten diren ikerketak dira XXI. mende hasieran gaixotasun horiek mozteko itxaropen nagusia, osasun arloak teknologia berriak ezarri eta egiten ari diren aurrerapenekin batera.

Genero ikuspegitik egindako azterketak azpimarratzen jarraitzen du osasunean desberdintasunak daudela emakumeen kaltean, nola hautemandako osasunari dagokionean hala ospitaleetako erikortasunaren kasuan. Horrek daitekeena da erikortasunaren berriazko patroik baten berri ematea, nola gizarteko egituraren duen desabantaila egoeraren ondoriozkoa hala bizi-itxaropena luzatu izanaren ondoriozkoa. Adin taldeen arabera aztertuz gero ospitaleetako erikortasuna, argi gelditzen da zahartze demografikoak biztanleriaren osasunean duen eragina, izan ere ospitaleetako erikortasunaren zama handia 65 urtez gorako taldean baitago. Beste taldeak orokorrean hobetu egin dira osasun subjektiboa hobetzearekin batera, euskal biztanleen osotasunak aitortu bezala.

Beste alde batetik, Euskadiko zerbitzu sanitarioen funtzionamenduaren adierazle nagusiek erakusten dituzte Euskal Osasun Sistemak erronkei aurre egiteko garatutako doitze eta aldaketen emaitzak; doitze eta aldaketa horiek egin behar izan ditu eskaria eta eskaintza orekatzeko eta gastu sanitarioak duen etengabeko hazkundea saihesteko. 1997ko Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren Legean proposatutako eredu sanitarioarekin bat, sistemaren antolakuntza hobetzeko honako gaiak nabarmendu daitezke:

- Hasteko, baliabide sanitarioen eskariak gora egiten jarraitzen du, hala adierazten dute maiztasuneko eta larrialdietako eta kanpo-kontsultetako (espezialitateen arabera eta lehen mailako arretan) presioaren zifrek.
- Bigarrenik, baliabide sanitarioen eskaintza pixkanaka gogortzen joan da eskariaren presioari erantzuteko, baina orain-

sión de la demanda pero, lo cierto es que aún estamos lejos de alcanzar los ratios de camas y profesionales por 1.000 habitantes que disponen los países más avanzados.

- En tercer lugar, que el gasto sanitario sigue creciendo y sobre todo en productos farmacéuticos y en nuevas tecnologías, aunque de manera desigual entre el sector público y privado, siendo este último el que ha sufrido un incremento menor. Las principales reformas organizativas dirigidas a contenerlo se han centrado fundamentalmente en la optimización de los recursos sanitarios disponibles y especialmente en potenciar la atención primaria de salud y la incorporación gradual de nuevas modalidades de asistencia en régimen diurno como alternativas a la hospitalización tradicional en régimen de internado; prueba de ello es la ampliación progresiva de la hospitalización domiciliaria y de la actividad en los hospitales de día médicos y quirúrgicos con estancia cero que, además de abaratar los costes de hospitalización, mejoran la satisfacción percibida por los enfermos. Esta orientación está contribuyendo a rebajar la estancia media y a poder mantener la política de reducción de camas hospitalarias sin detrimento de la calidad.
- En cuarto lugar, que el aumento progresivo de las patologías crónicas y degenerativas está presionando al sistema de salud a ampliar la oferta de servicios sociosanitarios que se está viendo abocado a continuar ajustando sus recursos hospitalarios a los diferentes perfiles de los demandantes para responder tanto a sus necesidades y expectativas como para evitar el colapso de los servicios por esta causa. Los protocolos de derivación y traslado de pacientes entre hospitales son un claro ejemplo de optimización de los recursos sanitarios para satisfacer este tipo de demanda.

Concluyendo, podemos decir que el panorama de salud de Euskadi ha mejorado en los últimos años, si bien y a la luz de los datos analizados se ve la necesidad de continuar acometiendo reformas dentro del sistema encaminadas a ajustar el equilibrio precario en el que aún se encuentra el binomio oferta-demanda. Las reformas en los modos de aseguramiento y de provisión de servicios que conlleva el desarrollo en profundidad de la nueva faceta de gestión pública iniciada dentro del sector sanitario pueden ser claves en lo sucesivo para el futuro de los servicios de salud, si bien es preciso avanzar en esta línea teniendo en cuenta los niveles de calidad que un sector tan esencial para la sociedad requiere para responder a la visión, misión y valores que propugna y en los que encuentra su razón de ser. La apuesta por la sostenibilidad del sistema resulta en estos momentos, más si cabe que nunca, una responsabilidad fundamental.

dik ere urrun gaude herrialde aurreratuenetan 1.000 biztanleko dituzten ohe eta profesional kopuruaren ratioetatik.

- Hirugarrenik, gastu sanitarioak gora egiten jarraitzen du, batez ere produktu farmazeutikoetan eta teknologia berrietan, nahiz eta modu desberdinean sektore publikoan eta pribatuan, azkeneko honek hazkunde txikiagoa izan baitu. Gastuari eusteko egin diren antolakuntza mailako berrikuntza nagusiak zentratu dira eskura dituzten baliabide sanitarioak optimizatzen eta bereziki lehen mailako arreta sustatzen osasunean, egunezko asistentzia mota berriak pixkanaka sartuta ohiko ospitalizazioaren orde; horren adierazle argia dira etxeko ospitalizazioa eta eguneko ospitale mediko eta kirurgikoetako jarduera inolako egonaldirik gabea. Jarduera horiek ospitalizazioko kosteak merketu egiten dituzte eta gaixoei satisfazio handiagoa izaten dute. Orientabide honen bidez, batez besteko egonaldia laburtzen ari da eta ospitaleetako oheak gutxitzeko politikari eusten zaio kalitateari kalterik egin gabe.
- Laugarrenik, patologia kronikoak eta degeneratiboak pixkanaka gehitzen ari direnez, osasun sistema presionatzen ari dira zerbitzu soziosanitarioen eskaintza zabal dezan. Sistema horrek ospitaleetako baliabideak doitzen jarraitu beharra dauka eskatzaileen profil desberdinetara, nola haien nahi eta beharrei erantzuteko hala arrazoi horregatik zerbitzuak ez kolapsatzeko. Ospitaleen artean gaixoak deribatze eta eramateko protokoloak adibide argia dira baliabide sanitarioak optimizatzearenak eskari mota horiek asetzeko.

Ondorioz, esan dezakegu Euskadiko osasun panorama hobetu egin dela azken urteetan, nahiz eta aztertu diren datuak kontuan hartuta sistema barruko berrikuntzekin jarraitu beharra dagoela ikusi, eskaintza-eskaria binomioak duen oreka eskasa doitzeko. Osasun sektorean kudeaketa publiko berria hasi da eta hori sakon garatzeak aseguratze moduak eta zerbitzuak hornitzekoa berritzea dakar; berrikuntza horiek izan daitezke osasun zerbitzuen etorkizunerako giltzarriak. Nahiz eta lerro honetan aurrera egin beharra dagoen gizarte-arentzat hain berezia den sektore honek eskatzen duen kalitate maila kontuan hartuta bultzatzen dituen ikuspegiari, misioari eta baloreei erantzuteko, horietan oinarritzen baita bere izatea. Sistemaren jasangarritasunaren aldeko apustua une hauetan inoiz baino erantzukizun funtsezkoagoa da.

11. BIBLIOGRAFÍA

- ARMERO, M.J., FRAU, M.J., COLOMER, C. (1991) «Indicadores de salud en el medio urbano. Variaciones en función de la coherencia social de las áreas geográficas urbanizadas» en *Gaceta Sanitaria*, 22, 5.
- BADKOCK, B., (1984) *Unfairly Structures Cities*, Oxford: Basil Blackwell.
- EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO (1986-1992-1997-2002) *Encuesta Vasca de Salud*, Departamento de Sanidad, Vitoria-Gasteiz.
- EUSTAT, 2000, *Panorama social de la C.A. de Euskadi*, Vitoria-Gasteiz.
- EUSTAT, *Estadística extrahospitalaria pública*, Vitoria-Gasteiz.
- EUSTAT, *Estadística hospitalaria*, Vitoria-Gasteiz.
- GARCIA GIL y SOLANO, A. (1993) «Salud y desigualdad Social», *Editorial Med. Clin.*, Barcelona, 100: 296-298.
- IDLER, E.L., BENJAMÍN, Y. (1997) «Self-rate health and mortality: a review of twenty-seven community studies» en *Journal of Health & Social Behavior* 38: 21-37.
- KAPLAN, G.A. ET AL. (1988) «Subjective state of health and survival in elderly subjects» en *Journal of Gerontology* 43 (4): 114-120.
- KAWACHI, I., KENNEDY, P.B. & WILKINSON, R.G. (1999) *The Society and Population Health Reader I: Income Inequality and Health*, The New Press, New York.

11. BIBLIOGRAFIA

- ARMERO, M.J., FRAU, M.J., COLOMER, C., (1991) «Indicadores de salud en el medio urbano. Variaciones en función de la coherencia social de las áreas geográficas urbanizadas», in *Gaceta Sanitaria*, 22, 5.
- BADKOCK, B., (1984) *Unfairly Structures Cities*, Oxford: Basil Blackwell.
- EUSKO JAURLARITZA-GOBIERNO VASCO (1986-1992-1997-2002) *EAEko Osasun-inkesta*, Osasun Saila, Vitoria-Gasteiz.
- EUSTAT, 2000, *Euskal AEko ikuspegi soziala*, Vitoria-Gasteiz.
- EUSTAT, *Ospitalezk kanpoko estatistika publikoa*, Vitoria-Gasteiz.
- EUSTAT, *Ospitale estatistika*, Vitoria-Gasteiz.
- GARCIA GIL eta SOLANO A., (1993) «Salud y desigualdad Social», *Med. Clin.* argitaletxea, Bartzelona, 100: 296-298.
- IDLER E.L., BENJAMÍN, Y. (1997) «Self-rate health and mortality: a review of twenty-seven community studies» in *Journal of Health & Social Behavior* 38: 21-37.
- KAPLAN, GA ET AL. (1988) «Subjective state of health and survival in elderly subjects» in *Journal of Gerontology* 43 (4): 114-120.
- KAWACHI, I. KENNEDY, P.B. & WILKINSON, R.G. (1999) *The Society and Population Health Reader I: Income Inequality and Health*, The New Press, New York.