

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

**BERDINTASUN, JUSTIZIA
ETA GIZARTE POLITIKETAKO SAILA**

*Zerbitzu Zuzendaritza
Estatistika Organo Espezifikoa*

**DEPARTAMENTO DE IGUALDAD,
JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES**

*Dirección de Servicios
Órgano Estadístico Específico*

EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOA

COVID-19ko heriotza-tasa adinekoen egoitzetan 2020-2021

*Emaitza nagusiak
2022ko maiatzaren 6a*

*Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Sailaren estatistika
organo berezia*



AURKIBIDEA

1. Egoera eta eragiketa estatistikoaren metodologia	5
1.1. Egoera orokorra	5
1.2. Eragiketaren metodologia orokorra	8
Unibertsoa eta eremu geografikoa	8
Helburuak	9
Edukia	9
Informazio-iturriak	9
Egozketak	10
Aldagarriak eta definizioak	11
1.3. Gehiegizko heriotza-tasa kalkulatzeko metodologia	16
Populazioa esposizio bihurtzea	16
Gehiegizko heriotza-tasa kalkulatzeko ereduak	17
Egoitzetan bizi diren pertsonen joera iraunkorra baliozkotzea	20
2. Emaiza nagusiak. Orokorrean	23
2.1. COVID-19aren kutsapenak EAEko egoitza-zentroetan	23
2.2. COVID-19aren heriotza-tasa egoitza-zentroetan	30
2.2.1. Heriotzen adierazle orokorrak	30
2.2.2. Hilgarritasunaren adierazleak	36
2.3. Adierazle nagusiak zentroen ezaugarrien arabera	42
3. Emaiza nagusiak: Gehiegizko heriotza-tasa	47
3.1. Mendeko pertsonen heriotza-tasa eta gehiegizko heriotza-tasa. IMSERSO	47
3.1.1. Heriotza-tasaren bilakaera azken urteotan	48
3.1.2. 65 urtetik gorako gehiegizko heriotzen zenbatespena	63
3.2. EAEko bigarren mailako arretako egoitza-zerbitzuak erabiltzen dituzten pertsonen heriotzak eta gehiegizko heriotzak. Datu osagarriak.	70
3.2.1. Heriotza-tasaren bilakaera azken urteotan	70
3.2.2. 2020ko eta 2021eko gehiegizko heriotzen zenbatespena	75
Bibliografia	81



1. Egoera eta eragiketa estatistikoaren metodologia

1.1. Egoera orokorra

COVID-19 (SARS-CoV-2) birusaren pandemiak ondorio larriak izan ditu Euskadiko eta Espainiako zein munduko osoko ia herrialde guztietako adinekoen egoitza-zentroetan, bai gizakientzat, bai ekonomiaren aldetik.

Pandemiak ekarri zuen egoera ikusirik, eta sailaren egitura politikoan ardura gorena duten pertsonak eskatuta, 2020ko apirilaren 6an orduan Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila zenaren Estatistika Organo Espezifikokoak (EOE) gaixotasunak adineko pertsonen egoitzetan eragindako heriotzen jarraipenerako lehen barneko txostena egin zuen. Harrezkero beste batzuk egin ditu ildo beretik. Lehen txostenaren helburua izan zen zenbait datu orokor ematea argitzeko ea adineko pertsonen egoitzetan COVID-19a heriotza-tasa igotzen zuen eragile adierazgarria zenez.

EOEren ahaleginak eragozpen bat izan zuen hasiera-hasieratik: ez zegoen azterlan protokolizaturik jarraian eta antolatuz neurtzen zuen heriotza-tasa adineko pertsonen egoitzetan. Orduan informazio partziala baino ez zegoen bilduta, baina datu batzuk interesgarriak ziren. Esaterako, Gizarte Zerbitzuen eta Gizarte Ekintzaren Estatistika-Erakundeak eta Zentroak proiektuari esker EOEk bazuen informazioa adineko pertsonen egoitza-zentroetako alden eta bajeen dinamika buruz. Horrez gainera, zentro soziosanitarioetako heriotzei buruz Eustatek bildutako datuak ere erabilgarri zeuden.

Harrezkero, gero eta informazio gehiago bildu da, batez ere foru aldundiek egunero kasuez eta heriotzez emandako informazioari esker, eta aldundiek aldi-aldi Osasun Ministeriora, lehenbizi, eta Fiskaltzara, geroago, adineko pertsonen egoitza-zentroetako heriotzez bidali izan duten informazio normalizatuari esker. Informazio-hutsuneak Sailaren EOEk zuzenean egindako zenbatespenekin estaltzen ziren.

Horiei guztiei esker pandemiaren dinamika jarraipen fidagarriagoa egin ahal izan da, batez ere Araban eta Gipuzkoan. Horrela txosten sintetikoagoa egin zen 2020ko martxoaren 8tik maiatzaren 31ra arteko aldiari buruz, egoitzetan izan zen gehiegizko heriotza-tasa argitu nahian.

EOEk 2021eko martxoaren amaierara arte egin zituen txosten horiek. Hain zuzen ere, lanak amaitu ziren aldi txertaketa bete-betean ari zen zentroetan, eta COVIDaren ondoriozko heriotzak nabarmen gutxitu ziren.

Interesgarriak izan arren, txosten horiek ez ziren jendartean zabaltzen, eta horretarako funtsezko arrazoia zegoen: egoeraren barneko jarraipen orokorra egiteko baliagarriak izanik ere, datuen oinarriak ez ziren estatistika publikotzat jotzeko eta herritarrei aurkezteko behar bezain sendoak. Haien funtsezko helburua zen Enplegu eta Gizarte Politiketako Saileko unitate politikoek eta administratiboek informazio zehatza edukitzea egoitzetako heriotzen nondik norakoez.

Informazioa estatistikaren aldetik sendoa ez izateko zenbait arrazoi zeuden. Ikuspegi enpiriko hutsetik begiraturik, ez zegoen egoitzetako heriotzak biltzen zituen datu-base ofizialik eta guztiz homologagarriak, ongi bereizten zituenik COVIDaren inguruko arrazoiekin lotutako heriotzak beste arrazoi batzuegatik gertatutakoetatik. Halaber, ez zegoen datu zehatz fidagarriak egoitzetan epidemia hasi aurreko aldi normaletan gertatzen ziren heriotzei buruz.

Ikuspegi teorikora etorruta, eragozpen bat zegoen adinekoen egoitzetako heriotzen jarraipen estatistikoa egiteko: ez zegoen egoitzetako heriotza-tasak eta gehiegizko heriotza-tasak



argitzeko erabil zitekeen eredu demografiko findurik. Izan ere, eredu horren bidez egoitzetako populazioaren egiturazko dinamika aztertzeaz gainera heriotza-tasaren joera normalizatua zenbatetsi behar da egoitza-motak eta haietan bizi diren populazioak kontuan hartuz. Horretarako erabili ohi den prozedura, azken urteetako heriotza kopuruaren batez bestekoak aztertzea, ez da nahikoa informazio estatistiko sendoa eratzeko.

Hain zuzen ere, egoitzetako heriotza-tasa orokorraren bilakaeraren berri zehatza ere ez genuen. Horretan eragina zuen azterlanaren xedeak berak, azterlanean kontuan eduki beharreko egoitzak mota jakin batekoak soilik baitziren. Pandemiaren hasieran erabili ziren datuak baldintza horren menpean zeuden. Erreferentzia-oinarriak desberdinak ziren lurralde batetik bestera. Izan ere, Gipuzkoan eta Bizkaian informazioa egoitzen sektorekoa baizik ez zen, eta Araban, aldiz, heriotzei buruzko informazioa egoitza-egitura guztietan biltzen zen, are etxebizitza komunitarioetan eta tutoretzapeko apartamentuetan ere (horietako batzuk pribatuak ziren eta populazio-profilak 65 urtetik populazio orokorraren profilen antzekoak ziren).

Nolanahi ere, EOBk egindako informazioaren jarraipenari esker zenbait gertaera demografiko garrantzitsu detektatu ziren, oso ezagunak diren faktore orokor batzuk (pandemia-olatuak eta birusaren aldagarriekin lotutakoak, esaterako) gaindituta.

Gertaera demografiko horietako lehena honako hau da: pandemiaren hasieran gaixotasunak egoitzetan izan zuen eragina gainerako sektoretakoa baino handiagoa izan zen, batez ere hasiera-hasierako agerraldiak izan ziren tokietan, Araban eta Gasteizen, alegia. Hala ere, luze gabe ohartu ginen egoitza-zentroetan aldi batean heriotza-tasaren gehikuntza izan ondoren heriotza-tasa normala izaten zela aldi batez, eta are heriotza-tasaren gutxikuntza ere, hau da, uste baino heriotza gutxiago (heriotza defizita edo falta).

Lurralde batzuetan, gainera, ohi baino heriotza gutxiagoko aldi horiek kontrapisu handia egin zieten ohi baino heriotza gehiagoko aldiei. Kopuruak erabat zehazterik ez badago ere, badirudi agerikoa dela 2020ko fase batzuetan, eta lurralde jakin batzuetan, heriotza-tasa ohikoaz beheiti ibili den aldiak nahiko luzeak izan direla. Esaterako, 2021eko otsailaren 21etik martxoaren 14ra bitartean heriotza-tasa ohi baino txikiagoa izan zen Euskadiko egoitza-egitura osoan.

Bigarren gertaera demografiko garrantzitsua honako hau izan da: egoitza-egiturak gauza izan dira epe ertainean moldatzeko pandemiaren erronkara, kutsapenak kontrolatu ahal izan dituzte, eta kutsatuen artean heriotza-tasa baxua izatea lortu dute. Izan ere, pandemiako olatuetan nabarmena izan da batetik bestera geroz eta heriotza gutxiago izan direla; gainera, egoitza-zentroak eraginkorragoak izan dira heriotzak saihesten 65 urtetik gorako gainerako herritarren artean baino.

Horren adierazle deigarriena honako hau da: pandemiaren aldiaren beherako joera gertatu da egoitzen sektoreak COVID-19ari egotzitako heriotza guztietan duen ehunekoan. Are pandemiaren lehen faseetan, egoitzetako heriotzen gaineko kontrol geroz zorrotzagoari esker egoitzetan izan diren heriotzen gutzirako kopuruak eragin txikiagoa izan du gutzirako heriotza-tasa orokorrean.

2020ko martxotik maiatzera bitarteko datuek erakusten dute EAeko egoitzetako heriotza-tasa baxuetan beste eragile bat ere izan zela kasu positiboaren prebentzioa geroz hobea izateaz gainera: kutsatutako pertsonen hilgarritasunak behera egin zuen denborak aurrera egin ahala, are gaixorik luzaroan egon zirenen artean ere.

Horren ildotik, 2020ko abenduaren amaierako txostenean adierazten zenaren arabera, denbora igaro ahala COVID-19aren ondoriozko heriotzen gutzirako kopuruan geroz eta baxuagoa zen egoitzetan hildakoen ehunekoak. COVID-19aren ondorioz egoitzetan hildakoak guztira hildakoen



% 38,1 izan ziren 2020ko martxoaren 8tik ekainaren 21era bitartean. Abuztuaren 2tik urriaren 11ra bitartean, joera beheranzkoa bazen ere, artean egoitzetako heriotzak % 31,7 izan ziren. Aldiz, urriaren 25etik abenduaren 6ra bitartean % 17,1 baino ez ziren izan. Egoitzetako heriotza-tasa ohikoa edo ohikoa baino apur bat txikiagoa zen aldietan egoitzetan hildakoak guztira hildakoen % 15 baino gutxiago izaten ziren.

Datuek agerian jartzen zuten 2020ko udazkenean pandemiaren ondoriozko heriotza gehienak egoitzetatik kanpo gertatu zirela. Izan ere, COVID-19aren diagnostikoarekin lotutako egoitzetako heriotzen % 70,1 2020ko martxoaren 8tik ekainaren 21era bitartean gertatu ziren, eta epidemiaren udako eta udazkeneko olatuetan hildakoak % 29,9 baino ez ziren izan. Gainerako herritarren artean, berriz, aldi horretan hildakoak guztira hildakoen % 49,4 izan ziren. Hain zuzen ere, martxoaren 8tik ekainaren 21era bitartean adinekoen egoitzetatik kanpo 994 pertsona hil ziren, ekainaren 21etik urriaren 11ra bitartean beherakada gertatu zen eta 310 baino ez ziren hil, eta urriaren 11tik abenduaren 13ra bitartean kopuruak gora egin zuen: 661 hildako.

Badago kontuan eduki beharreko beste gertaera garrantzitsu bat ere, hirugarrena, pandemiaren aldiaren COVIDaren ondorioz heriotza-tasan gertatu den igoeraren eta beste faktore batzuen eraginez gertatutakoaren arteko erlazio konplexua: fase batzuetan COVIDaren ondoriozko heriotzen kopuruan izan den igoera % 100 ingurukoa izan da (edo hortik gorakoa), batez ere neguan, eta beste batzuetan, berriz, igoera askoz motelagoa izan da, eta inoiz ez da igoerarik egon ere egin, batez ere udan.

Eskura zeuden estatistikak mugatuak zirenez gero, COVID-19ak adinekoen egoitzetan eragindako heriotzen azterketaren ondorioak behin-behinekotzat jo behar ziren. Hau da, hipotesiak baino ez ziren, eta alderatu egin behar ziren helburura doitutako ikerketa-prozesu zehatz batean, aurreikusitako heriotza-tasa eta benetako heriotza-tasa ongi neurtu ondoren (aldiak eta heriotza-kausak zehaztuta). Neurketa zuzena izango bazen, azterketa espezializatua izan behar zen ezinbestean, eta informazio-oinarria nahikoa eduki behar zuen.

Ikerketa hori estatistika ofizialez baliatuz egitea komenigarria izatea izan zen arrazoi nagusia proposatzeko "COVID-19ko heriotza-tasa adinekoen egoitzetan" eragiketa estatistiko hau 2021eko Estatistika Programan sartzea Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Sailak. Gainera, eragiketa honek beste gako bat ere argitu behar zuen: zer lotura dagoen pandemiaren eraginaren eta dinamikaren eta egoitza-mota jakin batzuen artean.

Praktikara etorrira, eragiketa estatistikorako "COVID-19ko heriotza-tasak adinekoen egoitzetan duen eraginaren estatistika- azterlana" (COVIDaren ondoriozko heriotzak egoitzetan) izeneko dokumentuan ezarritako jardueren bidez egin da. Horren bidez Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Sailak pandemiak egoitzetan eragindako heriotzez bildutako informazioa laburbildu nahi izan du. Laguntza espezializatua behar zenez, lana entitate espezializatu bati adjudikatu zitzaion, Eguía-Careaga Fundazioari (SIIS).

COVID-19ko heriotza-tasa adinekoen egoitzetan eragiketa estatistikoa 2021eko urritik abendura bitartean egin da. Egindako lanen emaitzak SIISek egindako txosten luzean azaltzen dira (SIISen txostena); txostenak taulak dauzka lagungarri.

Txostenean Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Sailaren EOBen iritziz egindako lanen alderdi nagusiak direnak azaltzen dira. Funtsean, SIISen txostenaren laburpen gisakoa da.



1.2. Eragiketaren metodologia orokorra

Unibertsoa eta eremu geografikoa

COVIDaren ondoriozko heriotzak adineko pertsonen egoitzetan eragiketa estatistikoaren unibertsoa Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan bizi diren pertsonen populazioa da¹.

Estatistiketarako, honako hauek hartu dira egoitza-zentrotzat: arreta behar duten edo gizarte-arazoren bat duten adineko pertsonen aldi batez edo modu iraunkorrean ostatua eta arreta ematen dizkieten establezimendu kolektiboak. Horietatik, Euskadiko Gizarte Zerbitzuen Zorroari buruzko 185/2015 Dekretuak “2.4.1. Adineko pertsonentzako egoitza-zentroak” kategorian ezartzen dituenak baino ez dira hartu kontuan estatistiketarako.

Estatistiketarako erabili diren zentroak identifikatzeko Eusko Jaurlaritzako Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Sailaren EOBek egiten duen Gizarte Zerbitzuen eta Gizarte Ekintzaren, Erakundeen eta Zentrozen Estatistika (GZEZE) erabili da. Zentroak hautatzeko irizpideak SIISen txostenaren eranskin egokian zehazten dira.

Guztira, 307 zentro hautatu dira unibertsoa osatzeko (19.411 plaza), haietan 2020ko martxotik 2021eko irailera bitartean bizi izan diren pertsonen populazioarekin².

¹ Nolanahi ere, egoitzetan izan diren heriotzen azterketan batez ere instituzionalizatutako 65 urtetik gorako pertsonak hartu dira kontuan.

² Baliagarri dauden datuen arabera egoitza-zentrozen unibertsoa aldatu egin daiteke kasu batetik beste batera. Hain zuzen ere, gehiegizko heriotza-tasaren analisisian unibertsoak (zentroak, erabiltzaileak eta heriotzak) ez datoz guztiz bat IMSERSOk emandako datuez eta hiru foru aldundien datuez baliatuz egindako zenbatespenekin.



Helburuak

Estatistikaren bi helburu nagusiak honako hauek dira:

1. Euskal Autonomia Erkidegoko adinekoen egoitzetako heriotza-tasan COVID-19ak eta horrekin lotutako sintomak eduki duten eragina zehaztea. Horren adierazle nagusia gehiegizko heriotza-tasa da.
2. Eragin hori adinekoen egoitza-moten arabera mugatzea.

Xehetasunetara etorrira, azterlan honen helburu zehatzak honako hauek dira:

1. COVID-19aren ondoriozko heriotzak eta gaixotasunaren hilgarritasuna aztertzea, eta zehaztea zenbatekoa izan den gehiegizko heriotza-tasa pandemian zehar.
2. Heriotza-tasa denboran zehar nola aldatu den jakitea, batez ere gehiegizko heriotza-tasa handiena izan den aldietan.
3. Egoitzetan izan den gehiegizko heriotza-tasa 65 urtetik gorako populazio orokorrean izan denarekin alderatzea, bai eta mendekotasuna edukita eta etxean bizi direla mendekotasunaren arretako sistemaren (AMAS) zerbitzu edo prestazioren bat jasotzen duten 65 urtetik gorako pertsonen artean izan denarekin era bai.
4. COVID-19aren ondorioko heriotzen eta gehiegizko heriotza-tasaren adierazleak aztertzea egoitza-zentroen moten arabera.

Edukia

Estatistiketako adierazleak bi multzo handitan biltzen dira:

- A. COVID-19aren kutsapenak, heriotzak eta hilgarritasuna egoitza-zentroetan (2020ko martxoa - 2021eko iraila).
 - Egoiliarren artean COVID-19aren kasuak egon diren zentroen kopurua eta ehunekoa.
 - SARS-CoV-2 birusaren proba diagnostiko (PD) batean gutxienez positibo eman duten egoiliarren kopurua eta tasa (kutsatutako egoiliarren tasa).
 - EAEn PD positibo bat izan duten pertsona guztietatik adineko zentroetan bizitzen egon direnen ehunekoa (egoitzetan kutsatutakoen ratioa).
 - COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen kopurua eta heriotza-tasa.
 - EAEn PD positiboa izan ondoren hil diren pertsona guztietatik adineko zentroetan bizitzen egon direnen ehunekoa (egoitzetan hildakoen ratioa).
 - COVID-19aren hilgarritasuna.
- B. Heriotza-tasaren eta gehiegizko heriotza-tasaren adierazleak (2015 – 2021).
 - Heriotzen kopurua, kausa gorabehera.
 - Heriotza-tasa gordina.
 - Gehiegizko heriotza-tasa.
 - Ohiko kopuruaren gaineko heriotzen ehunekoa.

Informazio-iturriak

COVIDaren ondoriozko heriotzak adineko pertsonen egoitzetan eragiketa estatistikoa egiteko bigarren mailako informazio-iturriak erabili dira. Honako informazio-iturri hauek erabili dira (edukiaren arabera taldekatu dira):

1. Gehiegizko heriotza-tasaren kalkulua:
 - a. **IMERSO. AMASen kudeaketa-datuak** Egoitza-prestazioa edo ZLPE jasotzen duten pertsonen buruzko informazioa, hilekako, 2017ko urtarrilaren 1etik 2021eko abenduaren 31ra bitartekoa, lurraldeka xehatuta (EAE).



- b. Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako **foru aldundiak**. Erabiltzaileen eta heriotzen datu historikoak, 2015eko urtarrilaren 1etik 2021eko irailaren 30era arte, egoitza-zentroaren eta urtearen arabera xehatuta.
- c. **EIN**. Euskadiko biztanleriari eta biztanleria orokorreko heriotzei buruzko datu historikoak. IMSERSOren datuekin lotutako oinarrizko erreferentziak direlako erabili dira EINen datuak.
2. COVID-19aren kutsapenak, heriotzak eta hilgarritasuna egoitza-zentroetan (2020ko martxoa - 2021eko iraila).
- a. Adinekoen egoitza-zentroetako **COVID adierazleen asteko txostenak**, foru aldundiek egin eta Osasun Sailaren bidez Euskadiko Justizia Auzitegi Nagusiko Fiskaltza Nagusiaren fiskal autonomiko delegatuari bidalitakoak (Fiskaltzaren datu-basea). Txosten horietan honako datu hauek ematen dira, asteka eta zentroaren arabera xehatuta:
- erabiltzaileen kopurua aste hasieran
 - positibo berriak / aktiboak astean zehar
 - COVIDaren ondoriozko heriotzak astean zehar
 - astean zehar beste arrazoi batzuegatik izan diren heriotzak
- b. **Osakidetzaren OBI-OAS informazio-sistema**. 2020-03-01etik 2021-09-30era bitartean egoitzetan bizi izan diren pertsona guztien banakako datu-base anonimizatua. Honako informazio hau pertsona bakoitzeko: PD positiboa eduki duen eta azterketaren aldian hil den (hil bada, lehen kutsapenaren data, eta heriotza-eguna).
3. Informazio osagarria
- a. Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Sailaren EOBek egiten duen Gizarte Zerbitzuen eta Gizarte Ekintzaren, Erakundeen eta Zentroen Estatistika (GZEZE). Zentro bakoitzari buruzko informazioa xehatua: plazak eta erabiltzaileak, langileak, eta gastua.
- b. Osasun Saila (Eusko Jaurlaritza). Asteko buletin epidemiologikoak eta datu irekiak. PD positiboa izan duten pertsonak eta heriotzak biztanleria orokorrean, sexuaren, adinaren eta udalerraren arabera xehatuta
- c. UdalMap adierazleak, Eusko Jaurlaritzako Ogasun eta Administrazio Publikoko Sailak eta Euskal Estatistika Erakundeak (EUSTAT) egindakoak.

Iturri bakoitzetik bildutako informazioaren zerrenda zehatzagoa dago SIISen txostenean. Txosten horretan zehatz-mehatz azaltzen da nolako informazioa dagoen baliagarri. Halaber, datuak arazteko erabili den estrategia orokorra ere azaltzen da, eta iturri bakoitzeko informazioa arazteko erabili diren prozeduraren inguruko metodologia argitzen da.

Egozketak

Zabaltzen diren datuen kalitatea hobetzeko, eta interesdunek errazago ulertu ahal izan ditzaten, honako egozketa hauek egin dira:

1. Zentroaren ezaugarriari buruzko datuak (ESSEC).

Informazio-iturririk egon ez den kasuetan (6 zentro), lurralde historiko, titulartasun eta tamaina bereko zentroetako batez besteko kopuruak hartu dira aintzat.

2. Heriotzei buruzko datuak, sexuaren eta adinaren arabera xehatuta (EIN, IMSERSO, foru Aldundiak).

Adin ezezaguneko kasuak oso gutxi izan dira. Adin ezezaguneko hildakoak modu proportzionalean banatu dira beste adinen artean. Egozketa hau lurralde historiko bakoitzean eta sexuen arabera egin da.



3. COVID-19aren adierazleen asteko txostenetako datuak.

- 2020ko apirilaren 26an hasi ziren biltzen datuak modu sistematikoan. Aurreko datuak (pandemiaren hasieratik ordura artekoak) lehen txostenean agertzen dira agregatuta. Lehen fitxategi horretako heriotzen datuak hil bakoitzari egozteko (martxoa eta apirila) Osakidetzak bi hilabete horietan PD positiboarekin hildakoez bildutako datuak erabili dira, zentroyen arabera xehatuta. Lehen asteko txosteneko heriotzen datuak (2020ko martxoaren 1etik apirilaren 26ra artekoak) modu proportzionalean banatu dira zentroyen artean.

Aste osoko datuak dira; beraz, ez datoz bat egutegiko hilekin. Datuak beste era batera ez banatzea hautatu da; izan ere, doikuntzak zentroka egin beharko lirateke, eta horrek zenbatespen asko egin beharra ekarriko luke. Aldiz, elkarren ondoko asteetako datuak hurrengo hilean sartu dira.

4. Mendekotasunean ez dauden biztanleak.

Mendekotasunean ez dauden pertsonen artean izan diren heriotzen gehikuntza kalkulatzeko, 65 urtetiko gorako biztanleria orokorrean izan diren heriotzetatik IMSERSOren arabera AMASen arreta jasotzen duten pertsonen heriotzak kendu dira. IMSERSOK ez duenez ematen informaziorik mendekotasuna onartuta eduki arren ez prestaziorik ez zerbitzurik jasotzen ez duten pertsonen, aztertutako populazioaren barruan mendekotasunean ez dauden pertsonak ez ezik prestaziorik edo zerbitzurik jasotzen ez duten mendekoak ere badaude (ebazpenaren zain daudenak, eskatu ez dutenak, etab.). Hala ere, biztanle gutxi dira, eta horregatik mendekotasunik ez duten herritarren artean sar daitezke ulermenaren mesederako.

Aldagarriak eta definizioak

Eragiketaren adierazleak

Heriotza-tasaren igoera – gehiagizko heriotza-tasa

Populazio jakina hartuta, aldi baterako aurreikusitako heriotza-tasaren aldean (erreferentziako heriotza-tasa edo baseline) gertatzen den heriotza-gehikuntza adierazten du.

Tasa negatiboa izateak esan nahi du uste baino heriotza gutxiago gertatu direla (heriotza-tasaren jaitsiera).

Balioak bi modutan ematen dira: zenbateko absolutuak eta ehunekoak, baseline edo heriotza-tasa erreferentzia hartuta.

Erreferentziako heriotza- tasa edo baseline

Populazio jakina hartuta, aurreko urteetako joerak bere hartan jarraituz gero izango den heriotza-tasaren zenbatespena da.

Gehiagizko heriotzak kalkulatzeko aplikatzen den alderatze-elementua da.

Erreferentziako heriotza-tasan, edo baseline, ez dira kontuan hartzen gehiagizko heriotza-tasa gertatzen den edo heriotzetan anomaliak antzematen direnaldiak.

Proba diagnostikoa (PD)

COVID-19 diagnostikatzeko proba da: proteina C errektiboko proba (PCR), antigeno-proba eta antigorputzen proba.

COVID kasua – kutsapena

Eragiketa estatistiko honetan, gutxienez proba diagnostiko (PD) batek positibo eman dion pertsona da.



COVIDaren ondoriozko heriotza – COVIDari egotzi ahal zaion heriotza	Heriotza-ziurtagiriaren arabera heriotza eragin duten kausen artean COVID-19 agertzen den heriotza.
COVIDarekin hildakoa – PD positiboarekin hildako pertsona	COVID diagnostiko positiboa egin ondoren hildako pertsona. Eragiketa honetan bi hilabeteko muga ezarri da diagnostikotik heriotza gertatu arte, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak finkatutako irizpideari jarraikiz.
Kausa guztiengatik hildakoak – Guztirako heriotzak	Populazio jakin batean guztira izan diren heriotzak, kausa gorabehera.

Populazioak

Adineko populazio orokorra	65 urtetik gorako herritar guztiak.
Mendeko populazioa	Autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzko abenduaren 14ko 39/2006 Legeak ezartzen duen balorazio-prozeduraren bidez mendekotasuna onartuta duten pertsonak.
AMASen onuradunen populazioa	Mendekotasunaren arretarako sistemaren zerbitzua edo prestazio ekonomikoa jasotzen duten mendeko pertsonak.
Mendekotasunean ez daudenen populazioa	Mendekotasuna onartuta ez duten herritarrak. Eragiketa honetan, talde honetan sartzen dira mendekotasuna onartuta eduki arren horretarako zerbitzurik edo prestazio ekonomikorik jasotzen ez duten pertsonak. Hala ere, biztanle gutxi dira, eta horregatik mendekotasunik ez duten herritarren artean sar daitezke.

Egoitza-zentroyen ezaugarrien arabeko aldagarriak

Zona klimatikoak	<p>Sailkapen hau Eusko Jaurlaritzak ozono atmosferikoa neurtzeko erabiltzen duenean oinarritzen da. Sailkapen honetarako lurraldeko klimarekin lotutako irizpideak aplikatu dira batik bat; hala ere, barreadura atmosferikoan eragina duten beste irizpide batzuk ere hartu dira kontuan (kostaldetik hurbil egotea, herrigune handia egotea, etab.), interesgarriak izan baitaitezke COVID-19an inguruko analisietarako.</p> <p>Azterlan honetan, zentro-multzo homogeenak eta tamaina nahikoa dutenak eratzeko, ozonoa neurtzeko proposatutako aldagarria eta lurralde historikoaren aldagarria konbinatu dira, eta horrela 6 kategoria sortu dira:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gipuzkoako kostaldea - Bizkaiko kostaldea - Gipuzkoako kostaldeko haran kantauriarrak - Bizkaiko eta Arabako kostaldeko haran kantauriarrak (herrigune handiak izan ezik) - Arabako barnealdeko arroak - Arabako eta Bizkaiko gainerako eremuak: Ebroko harana Araban eta Bilbo – Barakaldo herrigune handiak barne
-------------------------	---



**Landatasuna
(zentroaren
kokapena)**

Aldagarri honetan zentroa dagoen herriguneko biztanleriaren tamaina (udalerrria baino lurralde-eremu txikiagoak) eta udalerrietako aldagarri sozioekonomiko batzuk konbinatzen dira. Kategoría hauek daude:

- Landa-eremuak eta horiekin parekatzen diren hiri-eremuak: 2.000 biztanletik beherako biztanle-entitateak (udalerrria baino lurralde-eremu txikiagoak); 2.000 biztanletik gorako biztanle-entitateak, nekazaritzako BEGd guztirako BEGd-aren % 3 baino gehiago izanez gero; 2.000 biztanletik gorako biztanle-entitateak, -2,20tik beherako hiritasun-indizea duten udalerrietan daudenak.
- Tarteko hiri-eremuak: 2.000 biztanletik gorako biztanle-entitateak, -2,20 eta 0,60 bitarteko hiritasun-indizea duten udalerrietan daudenak.
- Hiri-eremuak: 2.000 biztanletik gorako biztanle-entitateak, 0,60tik gorako hiritasun-indizea duten udalerrietan daudenak.

Hiritasun-indizea kalkulatzeko, Euskadiko udalerrri bakoitzak UdalMap-eko aldagarri sozioekonomiko hauetan dituen puntuazio estandarren (z puntuazioak) batura da:

- Biztanleriaren dentsitatea. 2020. urtea. *Udalerrian azalerako km²-ko bizi diren pertsonen guztirako kopurua.*
- Txikizkako denden dentsitatea. 2021. urtea. *Udalerrian txikizka ari diren denden guztirako kopurua 1.000 biztanleko.*
- Ostalaritzako eta sukaldaritzako establezimenduen dentsitatea. 2021. urtea: *Udalerrian dauden Ostalaritzako eta sukaldaritzako establezimenduen guztirako kopurua 1.000 biztanleko.*
- Hiri-lurzoruaren ehunekoa. 2021. urtea. *Udalerrian hiri-lurzoruaren kalifikazioa daukan guztirako azaleraren ehunekoa.*

Tamaina

Zenbait talde ezarri dira 2019ko abenduko plazzen kopuruaren arabera.

Titulartasuna

Honen bidez zentroak titularraren nortasun juridikoaren arabera bereizten dira. 4 multzo daude:

- *Publikoak*
- *Irabazteko asmorik gabeko pribatuak*
- *Sozietate anonimoak*
- *Merkataritzako beste entitate batzuk*

**Hurbiltasuna
GZESarekiko**

Aldagarri honek Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemarekiko (GZES) hurbiltasuna adierazten du; hona sailkapena:

- *Publikoak*: titularra administrazio publikoa den zentroak.
- *Sistematik hurbil dauden pribatuak*: entitate pribatuen zentroak, finantzabideen % 50 edo gehiago administrazio publikoen dirulaguntzetatik edo haiekin egindako hitzarmenetatik jasotzen dutenak.
- *Sistematik urrunago dauden pribatuak*: entitate pribatuen zentroak, finantzabideen % 50 baino gutxiago administrazio publikoen dirulaguntzetatik edo haiekin egindako hitzarmenetatik jasotzen dutenak.

**Erabiltzailearen
profila**

Sailkapen bat eratu da irizpidetzat hartuta 2019ko abenduaren 15ean zentroan zeuden erabiltzaileetatik zenbatekoa zen 85 urtetik gorako 2. edo 3. graduko mendekoen ehunekoa. Mota bakoitzean hiru kategoría ezarri dira (baxua, ertaina eta altua; gutxi gorabehera zentroen 1/3 bakoitzean) eta 6 kategoríako aldagarri batekin konbinatu dira:



- *Erabiltzaile gehienak mendekotasun handikoak eta oso zaharrak: 2. edo 3. graduko mendekotasuna duten erabiltzaileen ehunekoa altua (% 75 edo gehiago) eta 85 urtetik gorako erabiltzaileen ehunekoa ertaina-altua (% 55 edo gehiago).*
- *Erabiltzaile gehienak mendekotasun handikoak, baina ez hain zaharrak: 2. edo 3. graduko mendekotasuna duten erabiltzaileen ehunekoa altua (% 75 edo gehiago) eta 85 urtetik gorako erabiltzaileen ehunekoa baxua (% 55etik beherakoa).*
- *Erabiltzaileak mendekotasuna mistokoak eta oso zaharrak: 2. edo 3. graduko mendekotasuna duten erabiltzaileen ehunekoa ertaina (% 45 eta % 74 artekoa) eta 85 urtetik gorako erabiltzaileen ehunekoa ertaina-altua (% 55 edo gehiago).*
- *Erabiltzaileak mendekotasun mistokoak eta ez hain zaharrak: 2. edo 3. graduko mendekotasuna duten erabiltzaileen ehunekoa ertaina (% 45 eta % 74 artekoa) eta 85 urtetik gorako erabiltzaileen ehunekoa baxua (% 55etik beherakoa).*
- *Erabiltzaile gehienak mendekotasun moderatu-arinekoak, baina oso zaharrak: 1. graduko mendekotasuna duten erabiltzaileen ehunekoa altua (% 55 edo gehiago) eta 85 urtetik gorako erabiltzaileen ehunekoa ertaina-altua (% 55 edo gehiago).*
- *Erabiltzaile gehienak mendekotasun moderatu-arinekoak, eta ez hain zaharrak: 1. graduko mendekotasuna duten erabiltzaileen ehunekoa altua (% 55 edo gehiago) eta 85 urtetik gorako erabiltzaileen ehunekoa baxua (% 55etik beherakoa).*

Arreta-ratioa

Aldagarri honek adierazten du 2019ko abenduaren 15ean egoitzan zenbat profesional aritzen ziren arduraldi osoarekin erabiltzaile bakoitzeko.

Arduraldi osoarekin ari diren profesionalen kopurua kalkulatzeko, langilea propioek eta azpikontratatuak urtean egindako orduak batu behar dira, urteko jardunaldia 1.592 ordukoa dela.

Horren emaitzekin hiru taldeko eskala sortu da (baxua, ertaina eta altua, zentroen heren bat talde bakoitzean):

- *Arreta-ratio baxua:* arduraldi osoko 0.60 langile edo gutxiago erabiltzaile bakoitzeko.
- *Arreta-ratio ertaina:* arduraldi osoko 0.60 langile baino gehiago edo 0.75 baino gutxiago erabiltzaile bakoitzeko.
- *Arreta-ratio altua:* arduraldi osoko 0.75 langile edo gehiago erabiltzaile bakoitzeko.

Espezializazioa

Aldagarri honek zentroetako arreta-ratio orokorra eta zentroko langile medikoen baliagarritasuna konbinatzen ditu, eta 6 kategoria sortzen dira:

- *Langileen ratioa ertain-altua (>0.60) eta zerbitzu medikorik ez zentroan*
- *Langileen ratioa ertain-altua (>0.60) eta zerbitzu medikoa zentroan*
- *Langileen ratioa baxua (<=0.60) eta langile mediko propioak*
- *Langileen ratioa baxua (<=0.60), langile mediko propiorik ez, baina zerbitzu medikoa zentroan*
- *Langileen ratioa baxua (<=0.60), langile mediko propiorik ez, eta zerbitzu medikorik ez zentroan*

Zentro-mota (sintetikoa)

COVIDaren ondoriozko heriotzak adineko pertsonen egoitzetan eragiketa estatistikoaren helburu nagusietako bat zen GZEZEK ematen duen informazioaz baliatuz aldagarri sintetikoa sortzea COVIDaren heriotza-tasa zentroen arabera nola aldatu den azaltzeko.



Helburu hori gogoan hartuta, erabaki zen ezinbestekoa zela kontuan hartzea gaixotasunaren eragina handitzen duten zentroyen ezaugarriak. Eratu den zentroyen sailkapenerako erabili diren faktoreak/aldagarriak –beherago azaltzen dira– honako irizpide hauen arabera hautatu ziren:

- COVIDak egoitza-zentroetan izan duen eraginari buruzko literaturan aldagarriaren edo faktorearen garrantziari buruzko ebidentzia egotea;
- Datuak baliagarri egotea GZEZEN edo beste iturri batzuetan;
- Baliagarri dauden aldagarrien eta zentroyen heriotza-tasen adierazleen arteko lotura-graduaren analisi estatistikoa.

Jarraian eratu den sailkapeneko zentro-motak azalduko dira labur-labur. Mota horiei eta sailkapena eratzeko kontuan hartutako inguruabarrei buruzko informazio gehiago dago SIISen txostenean.

Kalteberatasuna

Aldagarri honen bidez zentroyen kalteberatasuna zehaztu nahi da, bai heriotza-tasa orokorrarekiko, bai COVIDaren ondoriozko heriotza-tasarekiko. Hiru faktore hartu dira aintzat:

- Erabiltzaileen arabeko kalteberatasuna: pertsona oso zahar edo mendekotasun altuko asko bizi diren zentroak identifikatzen ditu.
- Langileen antolamenduaren inguruko faktoreen arabeko kalteberatasuna: azpikontrataturako langileen edo zeharkako arretako langileen ehunekoa altua den zentroak edo jardunaldi osoko lanpostuetan aritzen diren langile propioak maiz txandakatzen diren zentroak.
- Ingurunearekin lotutako kalteberatasuna: COVID-19 biztanleria orokorrean asko hedatutako udalerrietan dauden zentroak (2021eko irailera arteko datuen arabera).

Aldagarri honekin modu operatiboan lan egitean honako hauek hartzen dira kontuan:

- Arreta jasotzen duten pertsonen arabeko kalteberatasuna: 85 urtetik gorako erabiltzaileak % 57 baino gehiago izanik (bigarren terzileko balioa) 2. edo 3. graduako mendekotasuna dutenak % 75 baino gehiago diren (3. terzila) edo erabiltzaile autonomoak % 16 baino gutxiago (1. terzila) diren zentroak.
- Langileen inguruko faktoreen arabeko kalteberatasuna: honako aldagarrietako batean tamaina, titulartasun eta lurralde bereko zentroyen mediana gainditzen duten zentroak: langile propioen kopurua arduraldi osoko lanpostuko; arreta zuzenekoak ez diren langileen ehunekoa.
- Ingurunearekin lotutako kalteberatasuna: honen arabera kaltebera dira honako adierazle hauek batean lurralde historiko eta landatasun-gradu bereko zentroyen mediana gainditzen duten udalerriak: biztanleria orokorraren COVIDaren kutsapen-tasa metatua edo biztanleria orokorraren hilgarritasun-tasaren mediana.

Tipologia sintetikoa

Aldagarri honek zentroyen kalteberatasuna eta COVID-19aren ondoriozko heriotza-tasarekin lotutako bi faktore konbinatzen ditu:

- Zentroa dagoen tokiaren landatasuna (ikus definizioa gorago)
- Zentroaren tamaina

Azken tipologia zentroak 10 kategoriatan multzokatzen dira:

- 1. mota: Zentro handiak (>50 plaza), kalteberatasun altua (2 faktore edo gehiago)
- 2. mota: Zentro handiak (>50 plaza), ingurunearekin lotutako kalteberatasuna
- 3. mota: Zentro handiak (>50 plaza), arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren arabeko kalteberatasuna
- 4. mota: Zentro handiak (>50 plaza), kalteberatasun-faktorerik ez
- 5. mota: Zentro txikiak eta ertainak (<=50 plaza), hiri-eremuetan, kalteberatasun altua (2 faktore edo gehiago)
- 6. mota: Zentro txikiak eta ertainak (<=50 plaza), hiri-eremuetan, ingurunearekin lotutako kalteberatasuna



- 7. mota: Zentro txikiak eta ertainak (≤ 50 plaza), hiri-eremuetan, arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren arabera kalteberatasuna
- 8. mota: Zentro txikiak eta ertainak (≤ 50 plaza), hiri-eremuetan, kalteberatasunik ez
- 9. mota: Zentro txikiak eta ertainak (≤ 50 plaza), landa-eremuetan eta horiekin parekatzen direnetan, kalteberatasun altua (2 faktore edo gehiago)
- 10. mota: Beste zentro txiki eta ertain batzuk landa-eremuetan eta horiekin parekatzen direnetan

1.3. Gehiegizko heriotza-tasa kalkulatzeko metodologia

Gehiegizko heriotza-tasa aldi berean da i) hiltzeko arriskua epe laburrean gehitzeak heriotzetan daukan eragina zehatz adierazten duen balioa, eta ii) zalantzazko kopurua, ohiko heriotza-tasa erregularren proiektzioan oinarritzen baita (erreferentziako heriotza-tasa edo *baseline*). Beraz, gehiegizko heriotza-tasaren zenbatespena erreferentziako heriotza-tasaren arabera da. Horregatik, funtsezkoa da zehaztea nola kalkulatu den erreferentziako heriotza-tasa.

Erreferentziako heriotza-tasa 2020 eta 2021era arteko ohiko heriotza-tasaren proiektzioa da. Balio kontrafaktuala da. Erreferentziako heriotza-tasak adierazten du zenbat heriotza gertatuko liritekeen populazio batean ezohiko edo aparteko aldaketarik egon ezean (esaterako, COVID-19aren pandemia edo gripe-epidemia). Baseline-tasa hori erabaki metodologikoen arabera da, hau da, ez da bera gehiegizko heriotzak gertatu diren aurreko aldi guztiak kontuan hartu edo ez hartu. Eragiketa estatistiko honetarako hautatu da erreferentziako heriotza-tasa kalkulatzeko ez hartzea kontuan aurreko urteetan gertatu diren gehiegizko heriotzak.

Oro har, erreferentziako heriotza-tasaren zenbatespenerako ereduetan patroia adierazgarri eta erregular guztiak eduki nahi dira kontuan. Adierazgarria izateko, heriotza-patroian arriskua bereizi behar da. Erregularra izango bada, heriotza-patroia aldian-aldian, nonahi edo modu gradualean gertatu behar da. Ahal dela, hiru patroia adierazgarri eta erregular aplikatzen dira erreferentziako heriotza-tasa zenbatesteko:

- 1) Epe ertaineko joera sekularrak; batez beste, heriotza-tasak linealak izaten dira.
- 2) Adin-gradienteak; hau da, kontuan hartzen da hiltzeko arriskua adinean aurrera egitearekin batera gehitzen dela.
- 3) Urtaroen arabera gorabeherak; kurba sinusoidalak eratzen dute: gailurrak neguan eta haranak udan.

Azterlan honetan erabili diren ereduak kontuan hartu dira populazioaren egituraren aldaketak, eta erreferentziako heriotza-tasaren zenbatespenean datuak sexuaren arabera eta interesgarritzat jo diren populazioko azpitaldeen arabera xehatu dira.

Populazioa esposizio bihurtzea

Gehiegizko heriotza-tasa kalkulatzeko aplikatu diren eredu estatistikoetan kontuan hartzen da populazioaren egitura adin-tarte bakoitzean eta aldi bakoitzean bizi izandako urteen eskalan (arriskuarekiko esposizioa, urteka). Populazioaren eta heriotzen kopuruaren arabera esposizioak kalkulatzeko, zenbait teknika erabili dira iturriaren eta aztertutako populazioaren arabera.

- 1) EAEko eta lurralde historikoetako biztanleria orokorrari dagokionez, urtarilaren 1eko zenbatespenak erabili dira, adin soiletan. Kalkuluetarako 50 urteko eta hortik gorako biztanleria hartu da aintzat, honako arrazoi hauengatik: batetik, adin horretatik beherakoan artean heriotza-tasa askoz txikiagoa izan da; bestetik, azterlan honen unibertsoan batez ere adin horretatik gorako pertsonak biltzen dira (65 urte eta hortik gorakoak).



Hala ere, erabaki da 50 - 64 urte bitarteko pertsonak sartzera, gehiegizko heriotza-tasaren eredia egiaztatzen eta begiztatzen. Bihurketarako honako urrats hauek egin dira:

- a. Adinen barruan, interpolazio lineala egin da urtarrilaren 1eko zenbatespenen artean ISO-8601 (ISO, 2019³) aste bakoitzeko esposizioa kalkulatzeko. Populazio-datuak ISO aste bakoitzeko erdiko egunekoak dira, hots, ostegunekoak.
 - b. Urteko populazio-datuak 7/365,25ez biderkatzen dira ISO aste bakoitzeko esposizioa urtera eramateko.
 - c. Urtarrilaren 1eko zenbatespenetan, adin ezezaguneko populazioak modu proportzionalan banatzen dira, eta horrela, adin guztiak batuta, populazioaren guztirakoa kalkulatu da. Eragiketa hori sexuka, aldika eta lurraldeka egiten da, bereizita.
 - d. Ondoren, aste bakoitzeko datuak bost urtekoka biltzen dira, 50etik 90 eta gehiagora arte.
- 2) Mendekotasunean dauden pertsonen populaziorako IMSERSOren Autonomiaren Aldeko eta Mendetasunari Arreta Eskaintzeko Sistemaren (AMAS) onuradun direnen estatistika erabili da. AMASen estatistikan prestazioen onuradunak bi adin-tartetan multzokatzen dira; horren arabera gehiegizko heriotzak sexuaren eta hilaren arabera kalkulatu dira: 65-79 eta 80 urte eta gehiago. Hortik beherako adinekoak honako bi arrazoi hauengatik utzi dira prozesutik kanpo: kopuruak txikiak dira, eta ondorioz ausazkotasuna handia da eta horrek estatistikan funsgabetasuna dakar; gainera, adin horietan hautakortasuna handiagoa da, eta denborarekin batera aldatu daiteke. Hain zuzen ere, honako urrats hauek egin dira esposizioak kalkulatzeko:
- a. Sexuari buruzko daturik ez dagoen onuradunak hil, lurralde, adin eta egoitza-mota bakoitzeko (zentroa / etxea) proportzioaren arabera banatu dira gizonen eta emakumeen artean.
 - b. Erabiltzaileei buruzko datuen erreferentzia-data hileko azken egunenez, hileko heriotzak batu dira, eta emaitzako kopurua 2z zatitu da, aldi horretan hildako pertsonak hilean bizi izandako urteak sartzeko, pentsaturik heriotzak hilaren erdian gertatu direla batez beste.
 - c. Aurreko b. apartatuko datuak HE/UE zatiketaren emaitzaz biderkatzen dira (HE: hileko egunen kopurua; UE: urteko egunen kopurua).
 - d. Prestazio-motaren kategoriak multzokatu egin dira: alde batetik egoitza-arreta jasotzen duten pertsonak (egoitzetan dauden mendekoak), eta bestetik gainerako prestazioak jasotzen dituztenak (etxean bizi diren mendekoak).
- 3) Zentroen ezaugarrien arabera sailkatutako egoitzetako erabiltzaileen datuak lurralde historikoetako foru aldundiek eman dituzte. Zentro bakoitzeko erabiltzaileak eta heriotzak sexuaren eta adin-tarte irregularren arabera sailkatu dira (65etik behera, 65-74, 75-79, 80-84, 85-89 eta 90 eta gehiago).
Urteko datuak dira: urtean gertatu diren heriotzak bildu dira, eta erabiltzaileen populazioaren erreferentzia urteko azken eguna da. Beraz, esposizioaren hurbilketarako urtean izan diren heriotzen erdia eta urte amaierako populazioa batu dira. 2021eko datuen erreferentzia iraileko azken eguna da; beraz, urteko 3/4 hartzen dira kontuan.
Gehiegizko heriotzak aztertzen, esposizioen datuak (adinaren, sexuaren eta egoitza-zentroaren arabera xehatuta) azterlaneko zentro-mota bakoitzeko agregatu dira, adin-tartean eta ezaugarri demografikoen arabera.

Gehiegizko heriotza-tasa kalkulatzeko ereduak

Gehiegizko heriotza-tasak adierazten du zenbatekoa den aldi jakin bateko heriotzen eta ezohiko inguruabarririk ezean gertatuko ziren heriotzen (erreferentziako heriotza-tasa edo *baseline*) arteko diferentzia. Ezohiko inguruabarrak dira gripe-epidemiak, udako berroteak, eta oraingo

³ International Organization for Standardization (2019): ISO 8601-2004. Online (2020-04-24): <https://www.iso.org/standard/40874.html>.



koronabirusaren pandemia, esaterako (Simonsen et al., 2005; Thompson et al., 2009; Fedeli et al., 2017; Nielsen et al., 2019).

Adierazle hau zehaztenetakoa eta fidagarrietakoa da COVID-19ak heriotza-tasan izan duen eragina kalkulatzeko (Beaney et al., 2020.; Németh et al., 2021; Schöley, 2021; Nepomuceno et al., 2021). Izan ere, kausa guztiengatik gertatzen diren heriotzak kontuan hartzen direnez, gehiegizko heriotza-tasa ez dago lotuta COVID-19aren ondoriozko heriotzen definizioarekin, ez COVID-19 diagnostikatzeko probak egiteko ahalarekin, ez heriotzen kausak sailkatzeko irizpideen akatsekin ez alborapenekin.

Euskadiko egoitzetan gertatu diren gehiegizko heriotzak aztertzeke, proposatu zen kontuan hartzea datuen inguruko zenbait alderdi aurreikusitako heriotza-tasa edo erreferentziakoa (*baseline*) kalkulatzeko, emaitza sendoak izan zitezten.

Gogoan eduki behar da erreferentziako heriotza-tasa zenbait ziurgabetasunen menpean dagoela; hona:

- erreferentziako heriotza-tasa (*baseline*) kalkulatzeko ereduaren hautapenaren inguruko ziurgabetasuna,
- ereduaren doikuntzaren arabera ziurgabetasun estatistikoa,
- datuen ziurgabetasun estokastikoa,
- ereduaren doitzeko hautatutako erreferentziako aldiaren arabera ziurgabetasuna,
- analisiaren denbora-unitateen arabera ziurgabetasuna (astea, hila edo urtea),
- adierazle sintetikoaren hautapenaren inguruko ziurgabetasuna, eta
- datuen kalitatearen inguruko ziurgabetasuna.

Erreferentziako heriotza-tasa zenbatesteko (eta ondoren gehiegizko heriotza-tasa kalkulatzeko) landu den oinarriko ereduaren egokitu egin da iturrietako datuen ezaugarriak kontuan edukitzeko (EIN/IMSERSO edo foru aldundiak). Kontuan eduki dira EAeko biztanleria orokorraren azpitaldeen ezaugarri bereziak eta etxean eta egoitzetan bizi diren mendekoen ezaugarri bereziak, eta horien arabera berariazko doikuntzak egin dira azpitalde bakoitzeko eredurako.

- 1) EAeko eta lurralde historikoetako biztanleria orokorrarekin eredu aseagoa erabili da. Behaketa askotan kopurua zero (0) denez, hautatu da ereduaren adierazteko joera orokorra urteka, urtaroka edo asteka, eta arriskuaren profil erregularra aplikatzea adineari. Ereduak iragarpen bat egiten du adin, sexu, aste eta lurralde bakoitzeko (*baseline*).

Ereduak urtera eramandako esposizioa erabiltzen du *offset* gisa, hau da, heriotzen guztirako kopurua ez ezik populazioaren egitura ere kontuan hartzen du. Tasen joera erregularra da, eta ez dago lotuta populazioaren egiturarekin. Beraz, eredu honetan egitura horrek adinaren arabera eduki lezakeen eragina ezabatzen da.

Ereduak lurralde bakoitzeko eta sexuaren arabera doitzen da, bereizita. Ereduaren doitzeko 2015eko lehen astetik 2020ko otsaileko lehen astera arteko heriotzak eta esposizioak erabili dira, asteka bilduta. Ereduaren doituaz baliatuz heriotzen iragarpena egin da (aurreikusitako heriotzak edo *baseline* heriotzak) 2015eko lehen astetik 2021eko azken astera bitartean.

Baseline heriotzak (\hat{D}) cuasi-Poisson familiako link logaritmikodun eredu orokor gehigarri (GAM, ingelesez) baten bidez zenbatesten dira. Ereduak 3 faktore edo elementu leundu dauzka:

1. Joera sekularra (t); eragin lineala dauka tasetan, eta gutxika aldatu daiteke gainerako osagaiekin batera.
2. Adin-gradientearen (a), P-spline baten bidez zenbatesten dena
3. *Baseline*-aren ziklikotasuna, igarotako urte-zatikaren (f) arabera dena, P-spline zikliko baten bidez zenbatesten dena



$$\widehat{D}(a, t) \sim t + \text{tentsorea-spline-ziklikoa}(f) + \text{tentsorea-P-spline}(a) + \text{offset}(\ln(\text{esposizioa})) + \text{errorea}$$

Estrapolazioaren gidaria joera sekularra (t) da, baina 2 faktore leunduekin -adina (a) eta ziklikotasuna (f)- dituen elkarreragiketa inplizituek egonkortzen dute. Eredu malgua da, zeren tentsore-spline-ei esker hiru elementuek elkarri eragiten baitiote.

Ereduaz kontuan eduki beharreko beste ohar batzuk:

- Ereduan adinari P-spline malgua aplikatzen bazaio ere, sortzen den adinaren kurba (50-90+) bat dator Gompertz ereduarekin (gehiakuntza proportzional iraunkorra adinaren arrisku-profilaren arabera).
 - Joera sekularrak zentuzkoa dirudi doikuntza-aldian eta proiektzio-aldian (2020-2021), iragarpena epe laburrekoa da eta.
 - Ziklikotasuna adinaren arabera aldatu daiteke, baina aldaketa txikiak eta gradualak dira; beraz, joera ona dute.
 - Eredua 2015aren hasieratik 2020ko otsailera arteko aldirako doitu da (hau da, pandemiaren ondoriozko gehiegizko heriotzak hasi arte), eta ondoren datuak bildu diren azken aldira arte (2021eko azken astea) gertatuko heriotzen iragarpena egin da.
 - Esposizioen zenbatespenaren erreferentzia-puntuak (f aldagarria) ISO asteko zentroideak dira, hau da, ostegunak.
 - Eredua doitzeko 9. astetik 23. astera bitartekoak eta 29.etik 49.era bitartekoak baino ez dira kontuan eduki. Horrela ereditik kanpo utzi dira aldira-aldian gehiegizko heriotzak gertatzen diren aldiak (gripe-sasoia eta berroteak) eta, horrenbestez, gertaera horiek ez dute eragozten aurreikusitako *baseline* heriotzen ziklikotasunaren zenbatespena. Erreferentziako heriotza-tasaren zenbatespenean kontuan hartuko balira iraganean gehiegizko heriotzak eragin dituzten gertaerak, ezarriko litzatekeen batez bestekoa ez litzateke izango 2020an eta 2021ean gertatutako gehiegizko heriotzak islatzeko behar bezain fina. Gainera, aldi horiek kanpoan utzita, erreferentziako heriotza-tasak aukera ematen du iraganean gehiegizko heriotzak gertatu diren aldiak.
- 2) IMSERSOK emandako datuen araberrako mendeko pertsonen populazioari (etxean eta egoitzetan bizi direnak) beste eredu bat aplikatu zaio honako arrazoi hauengatik: 1) populazioa txikiagoa da; 2) bi adin-tarte baino ez daude (65-79 eta 80+); 3) doikuntza-aldia datuen iturriak mugatzen du, 2017an hasi baitziren biltzen. Beraz, 3 urtetako datuak baino ezin dira erabili (2017-2019) 2020ra eta 2021era proiektatzen den joera lineala ezartzeko.

Horrenbestez, joera sekular lineala mantendu da, baina adin-tarte, sexu eta lurralde bakoitzean bereizita zenbatetsi da. Heriotza-tasaren urtarokotasuna islatzeko hiru korapiloko P-spline ziklikoa aplikatu da. Horrela pauta sinusoidal nahiko zurruna sortzen da. Eredua adin-tarte, sexu eta lurralde historiko bakoitzeko doitu da, eta egoitzetan bizi diren mendeko pertsonetarako, alde batetik, eta etxean bizi diren mendeko pertsonetarako, bestetik, ere bai:

$$\widehat{D}(a, t) \sim t + \text{tentsorea-spline-ziklikoa}(f) + \text{offset}(\ln(\text{esposizioa})) + \text{errorea}$$

\widehat{D} = *baseline*; t = hilaren erdiko data dezimala; f = hilaren erdian igarotako urte-zatikia. Emaitzak erreferentziako bi populaziora alderatu dira: EAEko eta lurralde historikoetako populazio orokorra, eta mendekotasunik ez dutenen populazioa (honela zenbatetsi da: IMSERSOren arabera mendekotasunean dauden pertsonen kopura kendu da biztanleria orokortetik, bai esposizioetarako, bai heriotzetarako). Eragiketa koadratzeko, EINen asteko datuak hilabeteka multzokatu dira, ISO asteetan banaketa uniformea dela pentsaturik, eta EINen bost urteko adin-tarteak azterlanetako taldeetara moldatu dira: 65-79 eta 80+. Geroago, mendekoen populaziorako eredu bera doitu da, doikuntza-aldi bera aplikatuz.



Doikuntza-aldian ez dira sartzen urtarrila, otsaila eta abuztua. Horren emaitzako erreferentziako heriotza-tasaren pautak ziklikoak zentzuzkoa eta sendoa dirudi. *Baselineko* joera sekularra iraunkorra da, eta ondorioz kanpoko baliozkotzea gertatu da.

- 3) Foru aldundiek adinekoen egoitzetan dauden pertsonen buruz emandako datuetako populazioa handiagoa da (~% 40 handiagoa) IMSERSOk emandako datuetakoa baino. Iturri hau datuak egoitza-zentroen ezaugarrien arabera sailkatzeko erabili da. Aztertutako aldagarri guztiak erreferentziako populazio berari aplikatu zaizkio, baina kasu bakoitzean gehiegizko heriotzetan egon litezkeen desberdintasunak islatzeko moduan berrantolatuta. Datuak urte soilen arabera sailkatu dira (2015-2021), ez hileko ez asteko informazioz xehatu gabe, eta erabiltzaileen ezaugarri demografikoen arabera bereizi dira: adina (tarte irregularrak: 65-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 eta gehiago) eta sexua. Eredu orokor gehigarriaren hirugarren doikuntza ziklikotasunik gabe egin da, datuak urtekoak baitira, eta berriz ere adinaren P-spline-a aplikatuz.

$$\widehat{D}(a, t) \sim t + \text{tentsorea-spline}(a) + \text{offset}(\ln(\text{esposizioa})) + \text{errorea}$$

\widehat{D} = *baseline*; t = urtearen erdiko data dezimala; a = adina. Eredua 2015-2019 aldiko bost urteetara doitu da, honako bereizketa hauek eginda: gizonak alde batetik, emakumeak bestetik, eta zentroen ezaugarrien araberrako aldagarrien azpitaldeak. Beraz, zentroen sailkapeneko azpitaldeetan (landatasunaren araberrakoak, esaterako) bereizita doitutako joerak agertzen dira.

Egoitzetan bizi diren pertsonen joera iraunkorra baliozkotzea

IMSERSOren 2017-2019 aldiko datuen araberrako heriotza-tasaren joera iraunkorra da (gauza bera gertatzen da joera foru aldundien datuez baliatuz kalkulatu bada ere). Aldia hiru urteko baino ez denez, ezin da zuzenean egiaztatu (i) adinekoen egoitza-zentroetan bizi diren pertsonen heriotza-tasaren iraunkortasuna hautapen-prozesu baten ondoriozkoa den edo (ii) doikuntza-aldian egoitzetako erabiltzaileen heriotza-tasa geldituta egon den.

Horregatik, erabaki da joera baliozkotu behar dela beste iturri bateko datuak erabiliz, foru aldundiek emanak, alegia. Aldundiek 2015 - 2021 aldiko erabiltzaileen eta heriotzen datuak eman dituzte lurraldeka, hilabeteka, sexuka eta adin-tarteka xehatuta. Datu horiekin heriotza-tasak kalkulatu dira, eta tasa-arrazoiak IMSERSOren jatorrizko datuekin. Orokorrean, nahiz eta populazioaren definizioa bera ez izan:

1. Heriotza-tasak oso antzekoak dira bi iturrietako datuen araberrako (1etik gertuko arrazoiak, denboran zehar gutxi aldatzen direnak). Salbuespen gutxi daude, eta seguruenik horien eragileak iturrietako erregistroko akatsak dira.
2. Bigarren iturriko datuen araberrako ere 2015 - 2019 aldiko bost urteetako joera iraunkorra da.

Gipuzkoako adinekoen egoitzetako pertsonen arteko heriotza-tasaren joera egiaztatzeko beste iturri bateko datuak ere erabili dira. Iturri horretako datuak aldi luzeago batekoak dira: 2010 - 2019. Iturri horretan heriotzak eta populazioak hilabeteka xehatuta daude, baina ez adinaren ez sexuaren araberrako. Urte kopuru nahikoarekin egindako egiaztapenak erakutsi du Gipuzkoako egoitzetako erabiltzaileen heriotza-tasa gordinetan ez dagoela ageriko joerarik ez onerako ez txarrerako.

Egin diren egiaztapen guztien bidez erreferentziako heriotzak zenbatesteko erabilitako eredu baliozkotu da. Beraz, egoitza-zentroetan bizi diren adinekoen heriotza-tasetan ez da gertatu ageriko hobekuntzarik ez gaizkitzerik. Kontuan eduki behar da populazio hori zorrotz hautatu dela, pertsona horiek osasun-ezaugarri bereziak eduki ohi dituztela, eta egoera hauskorrean izaten direla luzaroan eta modu iraunkorrean.

2. Emaidza nagusiak. Orokorrean

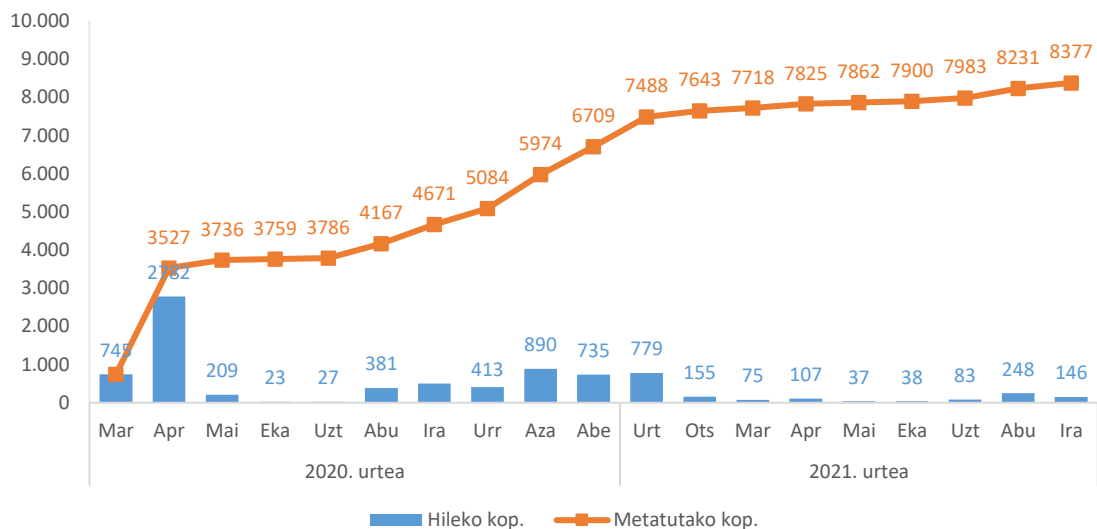
Eragiketa estatistikoaren emaitza nagusiak ondoko apartatuetan laburtzen dira. Datuen aurkezpenaren edukiaren xehetasunetarako, batez ere aldagarri jakinen araberrako emaitzen analisirako eta emaitza horiek testuinguruan jartzeko, zehatz-mehatz irakurri behar litzateke SII Sen txostena. Gainera, txosten horretan hemen erabilitako adierazle bakoitza finkatzeko erabili diren iturriak zehazten dira.

2.1. COVID-19aren kutsapenak EAEko egoitza-zentroetan

2020ko martxotik 2021eko irailera bitartean, EAEko adinekoen bigarren mailako arretako zentroetan bizi diren 8.377 pertsonak eduki dute gutxienez SARS-CoV-2 birusaren PD⁴ positibo bat. Beraz, kutsapen-tasa % 34,35 izan da EAEko egoitza-zentroetan arreta jasotzen duten pertsonen artean⁵. Gutxienez proba batean positibo eman duten zentro-erabiltzaileak dira; positibo eman ondoren bigarren olatuan edo hurrengo batean berriz ere kutsatu direnak behin bakarrik zenbatu dira.

Kutsapen-datu nagusiak 1. grafikoan eta 1. taulan ageri dira.

1. grafikoa. Bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-30era arte PD positiboak eduki duten erabiltzaile berrien kopurua, hilabeteka xehatuta. EAE, 2020-2021.



Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server). PD: Proba diagnostikoa. PD positiboak daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatzen, lehen positiboak eman duen hilean.

⁴ Proba diagnostikoa (PD). Denetariko probekin (PCR, antigeno-proba zein antigorputzen proba) antzemandako kasuak zenbatu dira.

⁵ Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen arriskuarekiko esposizioa zenbatetsi da; horretarako, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokio urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldiko esposizio guztiak batu dira. Horri esker tasak parekagarriak dira, nahiz eta alderatzen diren aldiak egun kopuru berekoak ez izan.



1. taula. Bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-30era arte PD positiboa eduki duten erabiltzaile berrien kopurua, pandemiako olatuen arabera xehatuta⁶. EAE, 2020-2021.

Pandemiako olatuak	Aldiak	Lehen PD positiboak	
		Guztira	%
Pandemiako lehen olatua	2020, martxoa-apirila	3.527	42,1
	2020, maiatza-ekaina	232	2,8
	1. OLATUA, GUZTIRA	3.759	44,9
Pandemiako bigarren olatua	2020, uztaila-urria	1.325	15,8
	2020ko azaroa-2021eko otsaila	2.559	30,5
	2. OLATUA, GUZTIRA	3.884	46,4
Txertaketaren ondoko aldia	2021, martxoa-ekaina	257	3,1
	2021, uztaila-iraila	477	5,7
	3. ALDIA, GUZTIRA	734	8,8
KUTSAPENAK, GUZTIRA		8.377	100,0

Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server). PD: Proba diagnostikoa. PD positiboa daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatzen, lehen positiboa eman duen hilean.

1. taulan ikusten den bezala, lehen kutsapenetako asko 2020ko martxotik apirilera bitartean gertatu ziren. Izan ere, aldi osoan (2021eko irailera arte) gutxienez behin kutsatu ziren erabiltzaile guztien % 42,1 bi hilabete horietan kutsatu ziren lehenengoz. COVID-19aren pandemiako lehen olatuan, 2020ko martxotik ekainera bitartean, egoitzetan bizi ziren 3.759 pertsona kutsatu ziren, 2021eko irailera bitartean egoitzetan kutsatu ziren erabiltzaile guztien % 44,9.

Bigarren olatua luzeagoa izan zen, 2020ko uztailetik 2021eko otsailera arte: 3.884 pertsona kutsatu ziren, guztira kutsatutakoen % 46,4. Nolanahi ere, olatu honetan bi alde bereizten dira. Lehenengoan, 2020ko uztailetik urrira bitartean, 1.325 pertsona kutsatu ziren, kutsatutako guztien % 15,8. Bigarrean, 2020ko azarotik 2021eko otsailera bitartean, 2.559 pertsona kutsatu ziren, guztira kutsatutakoen % 30,5.

Txertaketaren ondoko aldiak, 2021eko martxotik irailera bitartean, egoitzetan bizi ziren 734 pertsona kutsatu ziren lehenengoz, guztira kutsatutakoen % 8,8. Horietatik 257 (% 3,1) 2021eko martxorik ekainera bitartean kutsatu ziren, eta 477 (% 5,7) uztailetik irailera bitartean.

Beraz, ikusten den bezala, lehen kutsapenen intentsitatea asko moteldu zen 2021eko otsailetik aurrera txertaketaren eraginez. Hain zuzen ere, 1. grafikoan ikusten da nola metatutako kutsapen berrien kurba ia erabat leuntzen den 2021eko otsailetik aurrera; gainera, uztailetik aurrera berriz ere goraka hasi arren, gehikuntzaren malda 2020ko hil beretakoa baino txikiagoa da.

Kutsapenen intentsitatea erabiltzaileen populazioaren hileko esposizioen arabera aztertzen bada, 2. grafikoan ikusten da 2020ko apirilean kutsapen-gorakada handia gertatu zela: tasa % 228 izan zen, aurreko hilekoa (% 61,2) baino askoz handiagoa. Ondoko hiletan kutsapen berrien tasa asko murriztu zen, eta ekainean jo zuen behera: % 1,5.

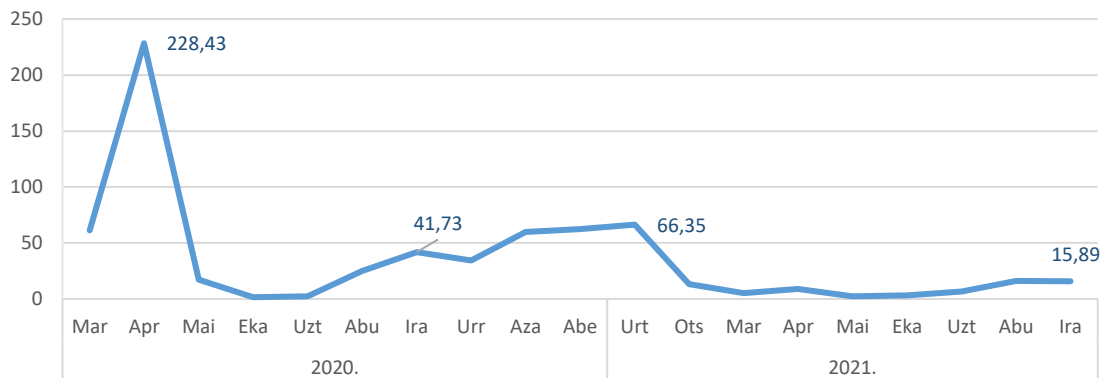
⁶ Egoitzetan izan diren COVIDaren kutsapenak eta gaixotasun horren ondoriozko heriotzak oinarritzat hartuta, bi olatu handi zehaztu dira, eta "txertaketaren ondoko aldia" esaten dioguna ere bai. Lehen olatua 2020ko martxotik ekainera arte izan zen, bigarrena 2020ko uztailetik 2021eko otsailera arte, eta 2021eko martxoaz geroko aldia "txertaketaren ondokoa" da.



Uztailean ere behetik (% 2,2) jarraitu ondoren esposizioak gora egin zuen atzera, eta irailean % 41,7koa izan zen. Urrian apur bat jaitsi zen, eta gero goraka hasi zen berriz, harik eta 2021eko urtarrilean beste maximo bat jo arte, % 66,4, pandemiako bigarren olatuaren azken fasean.

Bigarren gailu horretatik aurrera kutsapen-tasa oso azkar txikitu zen, eta 2021eko maiatzean behea jo zuen, % 2,5. Harrezkero % 10etik behera egon zen abuztura arte. Baliagarri dagoen serieko azken bi hiletan, udan, gorakada izan da, eta tasa % 15,9 izan da irailean.

2. grafikoa. Bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-30era arte PD positiboa eduki duten erabiltzaile berrien tasa, hilabeteka xehatuta (%)⁽¹⁾⁽²⁾. EAE, 2020 – 2021



Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server).

(1) PD: Proba diagnostikoa. PD positiboa daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatzen, lehen positiboa eman duen hilean.

(2) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokio urte-zatikiaz biderkatu) eta hilabete bakoitzeko esposizio guztiak batu dira. Horri esker tasak alderagarriak dira, nahiz eta alderatzen diren aldiak egun kopuru berekoak ez izan.

Egoitza-zentroetako kutsapenei buruzko datuak beren testuinguruan jartzeko, 2. taulan zehazten da zenbat kutsapen berri izan diren 65 urtetik gorako populazio orokorrean eta zenbat egoitza-zentroetako erabiltzaileen artean, sexuaren arabera eta 2021eko irailera arte egoitzetan gertatu diren olatuak xehatuta. Daturik garrantzitsuena da egoitza-zentroetan izan diren kutsapenen ehunekoa asko txikitu dela pandemiako lehen fasearen ondoren. Izan ere, lehen olatuan egoitzetan izan ziren kutsapenen eta biztanleria orokorrean guztira izan zirenen arteko proportzioa oso altua izan zen.

Datuen arabera aztertutako 19 hiletan 65 urtetik gorako 42.736 pertsona kutsatu ziren behin gutxienez Euskadin. Aldi horretan egoitza-zentroetan SARS-CoV-2 birusak kutsatutako pertsonak Euskadin kutsatutako adineko pertsona guztien % 18,5 izan ziren. Hala ere, 3. grafikoa erakusten duen bezala, kutsapenen kopurua asko aldatu da aldi batetik bestera.

Izan ere, pandemiak eragin oso gogorra izan zuen egoitzetan lehen olatuan, eta une batean egoitza-zentroetan kutsatutako erabiltzaileak adineko pertsona guztien artean kutsatutakoen % 46 izan ziren. Bigarren olatuan ehuneko hori asko murriztu zen, eta egoitzetan kutsatutakoak guztira kutsatutakoen % 15,2 izan ziren. Nolanahi ere, ehuneko hori oso altua da egoitzetako erabiltzaileen eta adinekoen guztirako kopuruaren arteko proportzioaren aldean. Azkenik, txertaketaren ondoko aldiak egoitzetan kutsatutako adinekoak guztira kutsatutakoen % 6,1 baino ez ziren zian. Hori hurbilago dago egoitzetan bizi diren adinekoen ehunekotik: % 3.

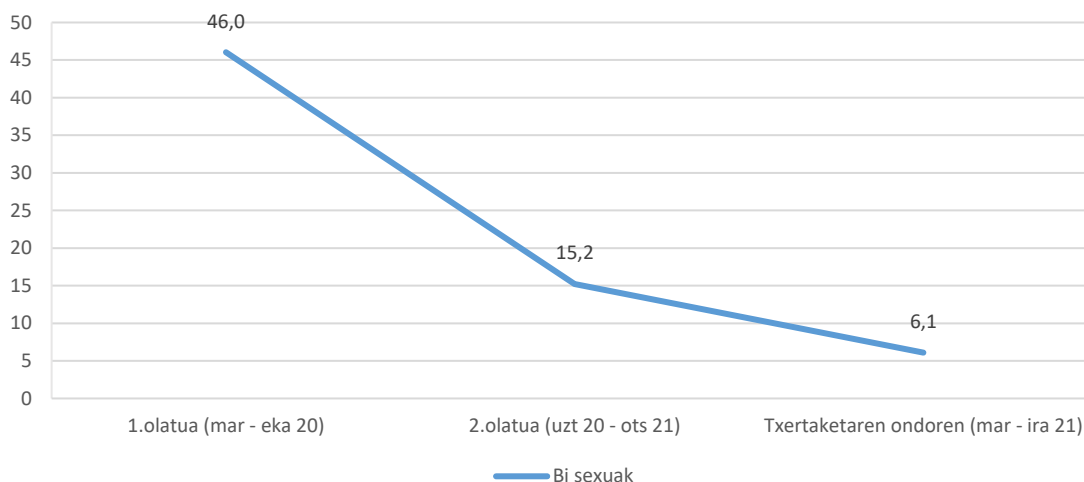


2. taula. 65 urtetik gorako pertsona guztien artean izan diren positibo berriak, populazioaren arabera (orokorra / egoitzetakoak) eta pandemiako olatuaren arabera xehatuta. EAE, 2020 – 2021

		Populazio orokorra (A)	Egoitzetakoak (B)	B / A (%)
Aldia, guztira: 2020-03-01 - 2021-09-30	Bi sexuak	42.736	7.914	18,5
1. olatua: 2020-03-01 - 2020-06-30	Bi sexuak	7.858	3.618	46,0
2. olatua: 2020-07-01 - 2021-02-28	Bi sexuak	23.738	3.617	15,2
Txertaketaren ondoren: 2021-03-01 - 2021-09-30	Bi sexuak	11.140	679	6,1

Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server). PD positiboak daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatzen, lehen positiboak eman duen hilean.

3. grafikoa. EAEko egoitza-zentroetan COVID-19ak kutsatutako erabiltzaileen eta 65 urtetik gorakoen populazio orokorrean kutsatu direnen arteko proportzioa, pandemiako olatuaren arabera xehatuta



Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server). Datuak populazio orokorrean eta egoitza-zerbitzuetako erabiltzaileen populazioan PD positiboak eduki duten pertsonen dagozkie. PD positiboak daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatzen, lehen positiboak eman duen hilean.

4. grafikoko beheranzko lerroak erakusten du egoitzetako kutsapenen proportzioa 65 urtetik gorako guztien kutsapenetan geroz eta txikiagoa izan dela pandemiako fase guztietan sexuaren eta adinaren arabera talde nagusietan. Hala ere, aldaketa nagusia 85 urtetik gorakoen artean gertatu da, emakume zein gizonetan, lehen olatuan multzo horretan nagusi izan baitziren egoitzetan kutsatuak.

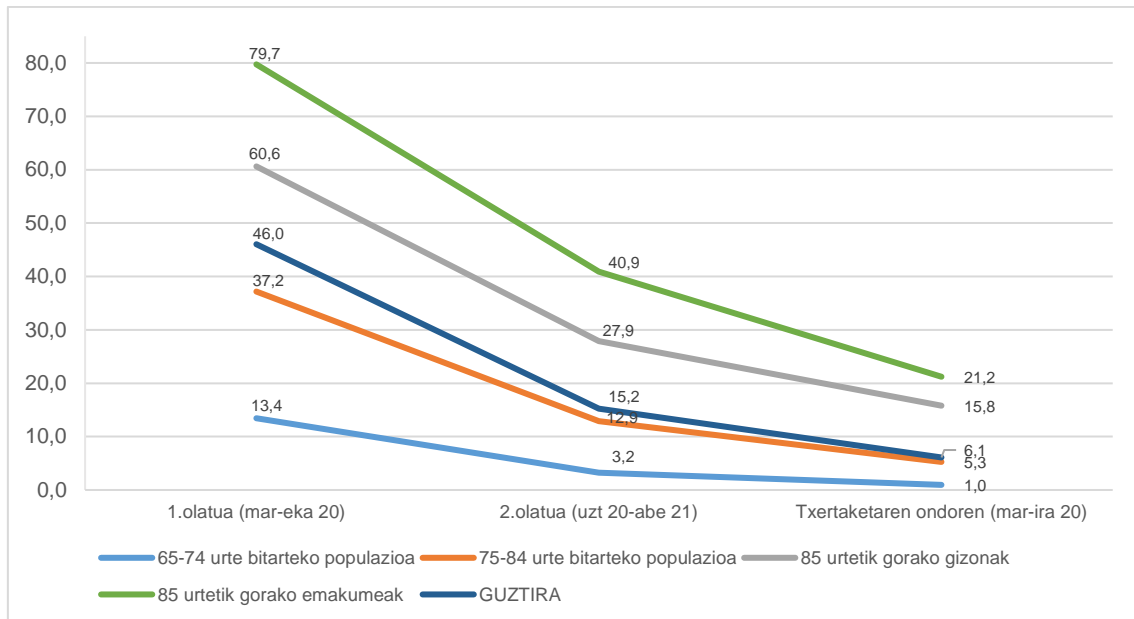
85 urtetik gorako emakumeak hartuta, lehen olatuan kutsatutako % 79,7 egoitzetan kutsatu ziren. Bigarren olatuan proportzio horrek behera egin zuen (% 40,9) eta txertaketaren ondoko aldirian % 21,2 baino ez zen izan. 85 urtetik gorako gizonen artean joera bera egon da: lehen olatuan kutsatutako 65 urtetik gorako pertsona guztien % 60,6 egoitzetan kutsatu ziren, bigarren olatuan % 27,9, eta txertaketaren ondoko aldirian % 15,8.

75 - 84 urte bitarteko populazioan, bi sexuetan joera antzekoa izan zen: lehen olatuan adin-tarte honetako kutsatuak guztien % 37,2 izan ziren, bigarren olatuan % 12,9, eta txertaketaren ondoko aldirian % 5,3 baino ez.

Azkenik, 65 - 74 urte bitarteko populazioan ere bi sexuetan joera antzekoa izan zen: lehen olatuan adin-tarte honetako kutsatuak guztien % 13,4 izan ziren, bigarren olatuan % 3,2, eta txertaketaren ondoko aldirian % 1,0 baino ez.



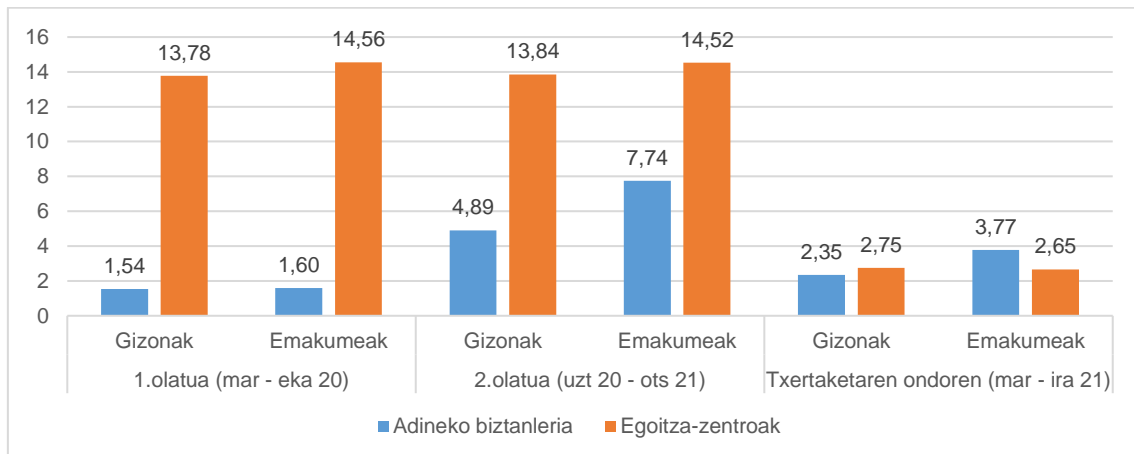
4. grafikoa. EAEko egoitza-zentroetan COVID-19ak kutsatutako erabiltzaileen eta 65 urtetik gorakoen populazio orokorrean kutsatu direnen arteko proportzioa, sexuaren eta adinaren arabera eta pandemiako olatuaren arabera xehatuta



Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server). Datuak populazio orokorrean eta egoitza-zerbitzuetako erabiltzaileen populazioan PD positiboa eduki duten pertsonen dagozkie. Positibo bat bakarrik zenbatu da pertsonako (lehenaren ondoko kutsapenak ez dira kontuan hartu).

Nolanahi ere, bigarren olatuko bilakaera onaren eragilea ez da egoitzetako kutsapenen murrizketa, baizik eta 65 urtetik gorako gainerako populazioaren kutsapenen intentsitateak okerrera egitea.

5. grafikoa. COVID-19aren eragin metatua (%) EAEko adinekoen artean, populazioaren arabera (orokorra / egoitzetako), sexuaren eta aldiaren arabera xehatuta



Iturriak:

(1) PD positiboa eduki duten pertsonak Osakidetzaren OBI-OAS informazio-sisteman

(2) Populazioa 2020ko urtarrilaren 1ean, EIN - Errolda jarraituaren estatistika.

Oharrak: (1) PD: proba diagnostikoa. PD positiboa daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatzen aldi bakoitzean, lehen positiboa eman duen dataren arabera. (2) Euskadiko adinekoen bigarren mailako arretako 258 egoitza-zentrori buruzko informazioa bildu da (zentroen % 84).

5. grafikoa erakusten duenaren arabera, lehen eta bigarren olatuetan kutsapen-maila egonkorra izan da egoitzetan, bai gizonen artean, bai emakumeen artean: gizonen artean % 13,78 eta % 13,84, eta emakumeen artean % 14,56 eta % 14,52. Hala ere, egoitza-sisteman, bigarren olatuan ez zen gertatu egoitzetatik kanpoko 65 urtetik gorakoen artean aldi horretan izan zen

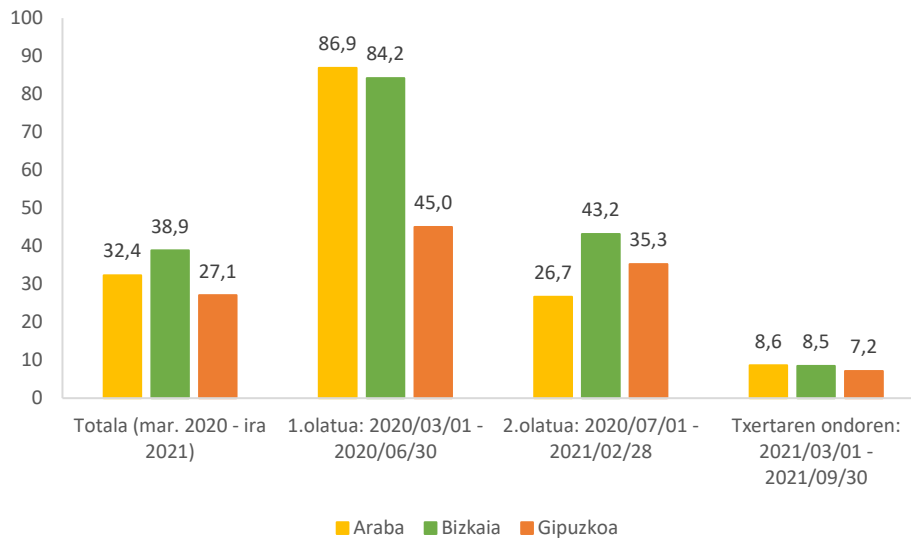


kutsapen-gorakada (gizonen kutsapenak % 1,54tik % 4,89ra igo ziren, eta emakumeenak % 1,60tik % 7,74ra).

Aldiz, txertaketaren ondoko aldiaren egoitzetako kutsapenetan izan zen beherakada 65 urtetik gorako populazio orokorrean gertatu zena baino handiagoa izan zen. Ondorioz, aldi horretan kutsapen-tasak berdindu egin ziren. Gizonen artean, egoitzetako kutsapen-tasa populazio orokorrekoa baino apur bat altuagoa izan zen: egoitzetan % 2,75 kutsatu ziren eta orokorrean % 2,35. Emakumeen artean, berriz, egoitzetan % 2,65 kutsatu ziren eta orokorrean % 3,77.

Kutsapenen intentsitateari dagokionez, kutsapenen kopuruaren eta populazioaren arteko erlazioa kalkulatu kutsapen-tasa zehaztu da, eta 6. grafikoa egin da. Horren arabera, eragiketa estatistikoan aztertzen den aldiaren pandemiaren eragina zertxobait handiagoa izan da Bizkaian eta Araban Gipuzkoan baino. Hain zuzen ere, egoitzetan arreta jasotzen dutenen artean kutsapen-tasa % 38,9 izan da Bizkaian, % 32,4 Araban, eta % 27,1 Gipuzkoan.

6. grafikoa. Bigarren mailako arretako egoitza-zentroetako positibo berrien tasa (%), lurralde historikoaren eta pandemiako olatuaren arabera xehatuta.



Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server).

Oharrak: (1) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokio urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldiko esposizio guztiak batu dira. (2) 258 zentrori buruzko informazioa bildu da (% 84): Arabako zentroen % 59,3, Bizkaikoen % 91,8, eta Gipuzkoakoen % 98,4. Erabiltzaileen populazioari dagokionean: Arabako % 84, Bizkaikoen % 96,8, eta Gipuzkoakoen % 99,9. Erabiltzaileen populazioari dagokionean: Arabako % 84, Bizkaikoen % 96,8, eta Gipuzkoakoen % 99,9.

Hala ere, diferentzia horiek ulertzeko, kontuan eduki behar da lurralde bakoitzean kutsapen-intentsitate bat izan dela pandemiako olatuetan, eta desberdintasun geografikoek eragin handiagoa dutela eskualdeka lurralde historikoa osorik hartuta baino.

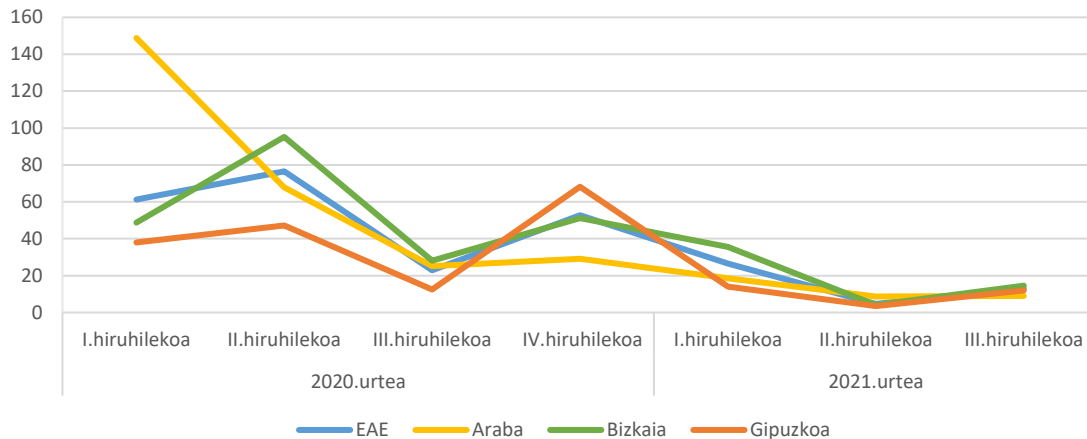
Lehenengo gaiari dagokionez, 6. grafikoa erakusten du Bizkaian eta Araban kutsapen-tasa handiagoa izatea lehenengo olatuarekin lotuta dagoela, aldi horretan pandemiak eragin handiagoa eduki baitzuen barnealdean: Araban % 86,9; aldiz, Bizkaian % 84,2 eta Gipuzkoan % 45,0. Bigarren olatuan, kutsapen-tasarik handiena Bizkaian izan zen, % 43,2; Gipuzkoan % 35,3 izan zen eta Araban % 26,7. Txertaketaren ondoko aldiaren tasak oso antzekoak izan ziren: Araban % 8,6, Bizkaian % 8,5 eta Gipuzkoan % 7,2.

Aldiz, 7. grafikoa erakusten du lurraldeen arteko diferentziak are handiagoak direla aldi laburragoak aztertuz gero. Esaterako, grafikoen arabera 2020ko lehen hiruhilekoa oso txarra



izan zen Araban, baina bigarren hiruhilekoa txarragoa izan zen Bizkaian. Gipuzkoan, bi hiruhileko horietan beste bi lurraldeetan baino tasa askoz baxuagoa eduki ondoren, 2020ko azken hiruhilekoan tasarik altuenak eduki zituen. Pandemiako aldi hori oso txarra izan zen Gipuzkoarako. Txertaketa hasi zenean, hiru lurraldeetako kutsapen-tasak antzekoak izan ziren. Tasak parekatzeko prozesua agerikoa izan zen 2021eko lehen hiruhilekorako.

7. grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetako kutsapen berrien tasaren bilakaera, lurralde historikoaren eta hiruhilekoaren arabera xehatuta. EAE, 2020 eta 2021



Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server).

Oharrak: (1) PD: Proba diagnostikoa. PD positiboa daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatzen, lehen positiboa eman duen hiruhilekoan. (2) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokion urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldi osoko esposizio guztiak batu dira. (3) 258 zentrori buruzko informazioa bildu da (% 84): Arabako zentron % 59,3, Bizkaikoen % 91,8, eta Gipuzkoakoen % 98,4. Erabiltzaileen populazioari dagokionean: Arabako % 84, Bizkaikoen % 96,8, eta Gipuzkoakoen % 99,9.

Lurraldeen arteko diferentziak zehatzago azaldu nahian, 8. grafikoa ikusten da eskualdeen kutsapen-tasen arteko diferentziak askoz nabarmenagoak direla lurralde historikoen tasen artekoak baino. Grafiko honetan gizarte zerbitzuen eskualdeen arabera xehatu dira eragiketa estatistikoa aztertutako aldiko datuak.

Datuok argi erakusten dute diferentzia handiak izan direla eskualdeen artean. Kutsapen-tasa altuena Bilbon gertatu zen. Bilboaldea izan zen egoitzetan kutsapen-tasa altuena izan zuen eremua: % 51,60, hau da, EAEko batez bestekoa baino (% 34,35) hamabost puntu portzentual gehiago. Bizkaiko Galdakao-Arratia aldean ere kutsapen-tasa Erkidegoko batez bestekoa baino askoz altuagoa izan zen: % 46,85.

Bizkaiko bi eskualde-eremu handitan egoitzetako erabiltzaileen kutsapen-tasak askoz gertuago ibili ziren EAEko batez besteko tasatik (% 35,63 - % 38,57 artean), baina gaineratik, hala ere: Basauri-Nerbioi (% 36,60) eta Mungialde-Txorierri-Erandio-Leioa (% 38,57). Talde horretan Bizkaitik kanpoko beste bi eskualde daude: Araban, hiriburua, Gasteiz (% 38,23), eta Gipuzkoan Debabarrena-Debagoiena (% 35,63).

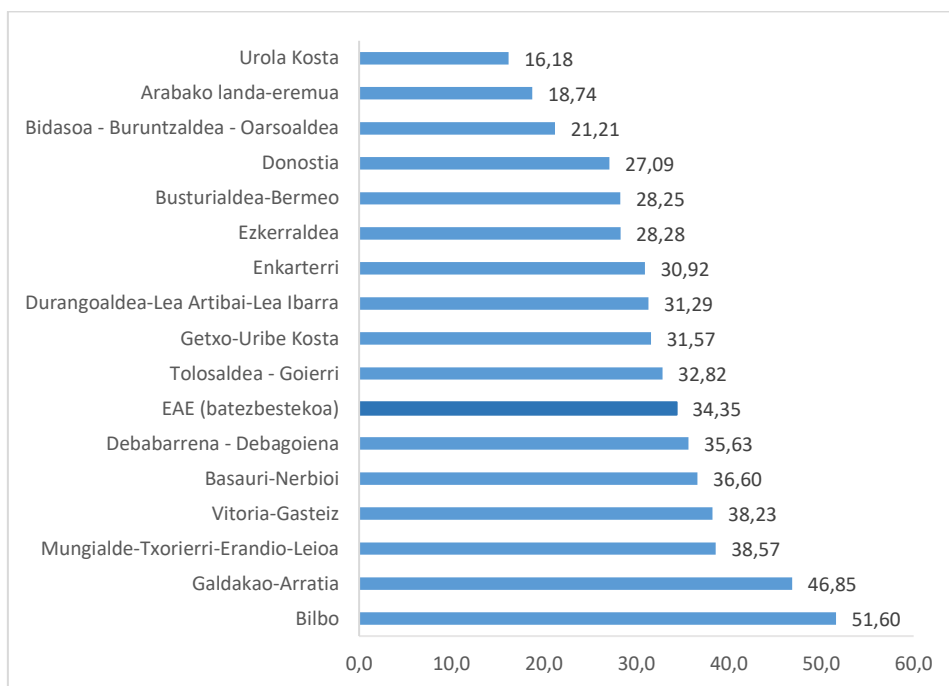
EAEko gainerako eskualdeetan kutsapen-tasa batez bestekotik behera ibili zen, % 27,09 - % 32,82 bitartean. Tarte horretan daude Bizkaiko gainerako eskualde-eremu guztiak: Getxo-Urbe Costa (% 31,57), Durangaldea-Lea Artibai-Lea Ibarra (% 31,29), Enkarterri (% 30,92), Ezkerraldea (% 28,28) eta Busturialdea-Bermeo (% 28,25). Eta horiez gainera Gipuzkoako bi eskualde-eremu ere tarte berean daude: Tolosaldea-Goierri (% 32,82) eta Donostia (% 27,09).

Kutsapen-tasarik baxuenak Arabako landa-eremuan (% 18,74) eta Gipuzkoako bi eskualdetan gertatu ziren: Bidasoa-Buruntzaldea-Oarsoaldea (% 21,21) eta Urola-Kosta (% 16,18).

Datu hauek agerian jartzen dituzte lurraldeen barruko diferentziak (esaterako, Gasteizko kutsapen-tasa Arabako landa-eremukoa halako bi baino altuagoa izan zen, Bilbo eta Ezkerraldearen arteko diferentziatik gertu), bai eta urbanizazioaren aldetik antzekoak diren eremuen artekoak ere. Hori EAEko hirigune nagusietan nabaritzen da batik bat. Hain zuzen ere, Bilboko kutsapen-tasa % 51,60 izan zen, Gasteizkoa % 38,23, Getxo-Urbe Kostakoa % 31,57, Ezkerraldean % 28,28, eta Donostian % 27,09 baino ez.

Urbanizazioa antzekoa den beste eremu batzuen artean ere gertatu ziren horrelako diferentziak. Adibidez, kutsapen-tasa % 46,85 izan zen Galdakao-Arratia eta % 38,57 Mungialde-Txorierrri-Erandio-Leioa eremuan, baina % 21,21 baino ez Bidasoa-Buruntzaldea-Oarsoaldea eremuan.

8. grafikoa. 2021-09-30era arte PD positiboak eduki duten erabiltzaileen tasa (%), gizarte zerbitzuen eskualdearen arabera xehatuta (taldekatuta).



Iturria: Osakidetzaren informazio-sistema (Osakidetza Business Intelligence – Oracle Analytic Server).

Oharrak: 258 zentrori buruzko informazioa bildu da (% 84): Arabako zentroen % 59,3, Bizkaikoen % 91,8, eta Gipuzkoakoen % 98,4. Erabiltzaileen populazioari dagokionean: Arabakoen % 84, Bizkaikoen % 96,8, eta Gipuzkoakoen % 99,9.

2.2. COVID-19aren heriotza-tasa egoitza-zentroetan

2.2.1. Heriotzen adierazle orokorrak

3.a taulako datuen arabera, eragiketa estatistikoan aztertutako aldirian 1.125 pertsona hil ziren Euskadiko egoitza-zentroetan COVID-19aren gaixotasunaren zuzeneko eraginaren ondorioz: 578 Bizkaian, 338 Gipuzkoan eta 209 Araban. Aldi horretan EAE osoan 6.940 pertsona hil ziren kausa guztiengatik; beraz, COVIDak eragindako heriotzak guztien % 16,2 izan ziren. Proporziorik altuena Gipuzkoan gertatu zen, % 21,3; ondoren beste bi lurraldeak datoz: Araban % 16,6 eta Bizkaian % 14,1.



3.a taula. 2021-09-26ra arte adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan gertatutako heriotzen kopurua, banaketa eta tasa, kausaren arabera (kausa guztiak / COVID-19) eta lurralde historikoaren arabera xehatuta

	COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzak		Kausa guztiek eragindako heriotzak		COVIDaren ondoriozko heriotzen proportzioa (guztirako heriotzen %)	Heriotza-tasa (%)	
	Kop.	% ber.	Kop.	% ber.		COVID	Guztira
Guztira	1.125	100,0	6.940	100,0	16,2	4,61	28,46
Araba	209	18,6	1.256	18,1	16,6	5,31	31,93
Bizkaia	578	51,4	4.099	59,1	14,1	4,36	30,93
Gipuzkoa	338	30,0	1.585	22,8	21,3	4,69	22,02

Iturriak: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak.

3.b taula. 2021-09-26ra arte adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan gertatutako heriotzen kopurua, banaketa eta tasa, kausaren arabera (kausa guztiak / COVID-19) eta lurralde historikoaren arabera xehatuta

	COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzak eta berarekin lotutakoak		Kausa guztiek eragindako heriotzak		COVIDaren ondoriozko heriotzen proportzioa (guztirako heriotzen %)	Heriotza-tasa (%)	
	Kop.	% ber.	Kop.	% ber.		COVID	Guztira
Guztira	1.680	100	6.940	100	24,2	6,89	28,46
Araba	249	14,8	1.256	18,1	19,8	6,33	31,93
Bizkaia	1012	60,2	4.099	59,1	24,7	7,64	30,93
Gipuzkoa	419	24,9	1.585	22,8	26,4	5,82	22,02

Iturriak: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak.

Oharrak: (1) EAEko adinekoen bigarren mailako arretako 258 egoitza-zentroetako kutsapenei eta heriotzei buruzko informazioa bildu da (zentro guztien % 84). (2) PD positiboa daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatu, lehen positiboa eman duen egunaren arabera. (3) PD positiboarekin hildako pertsonen artean zenbatu dira hil aurreko bi hiletan test batean positibo eman dutenak.

4. taulan eta 9. grafikoan ikusten den bezala, egoitzetan izan diren heriotzetatik COVIDari egotzi ahal zaizkionen patroia kutsapenenaren antzekoa da: heriotza gehienak 2020ko martxoan eta apirilean gertatu ziren. Hala ere, hasierako heriotza-gorakada kutsapenena baino handiagoa izan zen: eragiketa estatistikoan aztertutako aldiko heriotza guztien % 50,3 bi hilabete horietan gertatu ziren. Lehen olatuan, 2020ko martxotik ekainera bitartean, proportzioa % 53,9ra heldu zen, hau da, kutsapenen % 44,9 baino altuagoa izan zen.

Bigarren olatuan COVIDari egotzi ahal zaizkion heriotzak heriotza guztien % 39,7 izan ziren, 2020ko uztailetik urrira bitartean % 13,0, eta 2020ko azarotik 2021eko otsailera bitartean % 26,8. Kutsapen-tasa zertxobait altuagoa izan zen: % 46,4.

Azkenik, txertaketaren ondoko aldiak (2021eko martxoaz geroztik) heriotzen % 6,4 egotzi ahal zaizkio COVIDari; 2021eko uztailetik irailera bitartekoak (% 4,8) martxo-ekaina aldi osokoak baino gehiago izan ziren (% 1,6). Aldi horretako kutsapenak kutsapen guztien % 8,8 izan ziren.



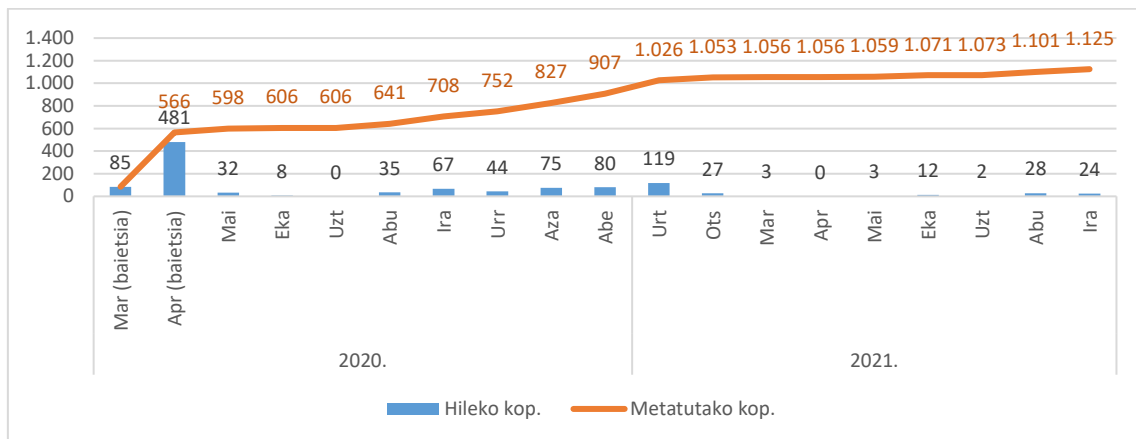
4. taula. Bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-26ra arte COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen kopurua, pandemiako olatuen arabera xehatuta. EAE, 2020-2021.

Pandemiako olatuak	Aldiak	Heriotzak	
		Guztira	%
Pandemiako lehen olatua	2020, martxo-a-apirila	566	50,3
	2020, maiatza-ekaina	40	3,6
	1. OLATUA, GUZTIRA	606	53,9
Pandemiako bigarren olatua	2020, uztaila-urria	146	13,0
	2020ko azaroa-2021eko otsaila	301	26,8
	2. OLATUA, GUZTIRA	447	39,7
Txertaketaren ondoko aldia	2021, martxo-ekaina	18	1,6
	2021, uztaila-iraila	54	4,8
	3. ALDIA, GUZTIRA	72	6,4
KUTSAPENAK, GUZTIRA		1.125	100,0

Iturria: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak.

Oharrak: (1) Txostenak aste osoei buruzkoak dira. Datuak hilabeteka xehatzeko, aste bakoitza amaitzen den egunaren hila erabili da. (2) 2020ko martxoko eta apirilko datuak (txostenetan bateratuta agertzen direnak) Osakidetzak proba diagnostiko positiboarekin hil bakoitzean hildako pertsonen proportzioaz emandako datuen arabera zenbatetsi dira. (3) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokio urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldiko esposizio guztiak batu dira. Horri esker tasak alderagarriak dira, nahiz eta alderatzen diren aldiak egun kopuru berekoak ez izan.

9. grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-26ra arte COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen kopuruaren bilakaera, hilabeteka xehatuta eta metatuta EAE

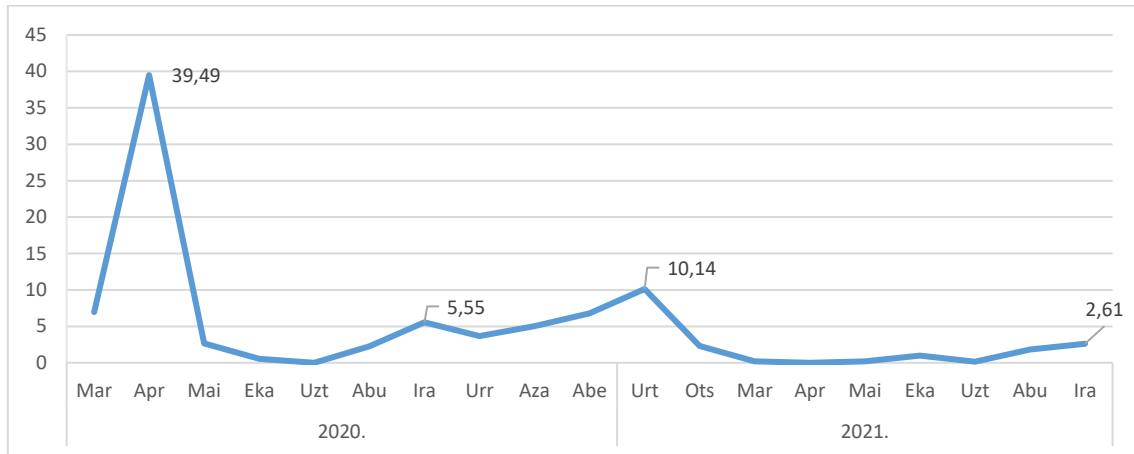


Iturria: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak. Ikus aurreko taulako oharrak.

10. grafikoan islatzen den COVID-19aren ondoriozko heriotza-tasaren bilakaera aztertuta, berriz ere agerian dago kutsapenetan ikusitako bi olatu handien patroia. Lehen olatuan, 2020ko martxotik ekainera bitartean, gorakada handia izan zen apirilean; bigarren olatuan, 2020ko uztailetik 2021eko otsailera bitartean, gorakada ez zen izan hain handia, baina luzeago iraun zuen.

Lehen olatuko gailurrean COVIDaren heriotza-tasa % 39,5 izan zen. Heriotza-tasa maila horretan egon balitz aztertutako aldi osoan, hamar erabiltzailetik ia lau COVIDarekin hilko ziren. Zorionez, bigarren olatuko gailurra, 2021eko urtarrilean, askoz motelagoa izan zen: % 10,1.

10. grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-26ra arte COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen tasaren (%) bilakaera, hilabeteka xehatuta. EAE, 2020-2021



Iturria: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak.

Oharrak: (1) Txostenak aste osoei buruzkoak dira. Datuak hilabeteka xehatzeko, aste bakoitza amaitzen den egunaren hila erabili da. (2) 2020ko martxoko eta apirilko datuak (txostenetan bateratuta agertzen direnak) Osakidetzak proba diagnostiko positiboarekin hil bakoitzean hildako pertsonen proportzioaz emandako datuen arabera zenbatetsi dira. (3) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokio urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldiko esposizio guztiak batu dira. Horri esker tasak alderagarriak dira, nahiz eta alderatzen diren aldiak egun kopuru berekoak ez izan.

3.a taulan ikusten den bezala, COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen tasarik altuena Arabakoa izan zen: % 5,31. Gipuzkoakoa % 4,69 izan zen eta Arabakoa % 4,36. Aldiz, kutsapen-tasa altuena Bizkaikoa izan zen: % 38,9. Arabakoa % 32,4 izan zen eta Gipuzkoakoa % 27,1.

Ostera, 3.b taulara etorrira, azken bi hiletan COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzak eta gaixotasunarekin lotutakoak batera aztertuz gero, COVID-19aren heriotza-tasa hurbilago dago kutsapen-tasatik: % 7,64 Bizkaian, % 6,33 Araban eta % 5,82 Gipuzkoan.

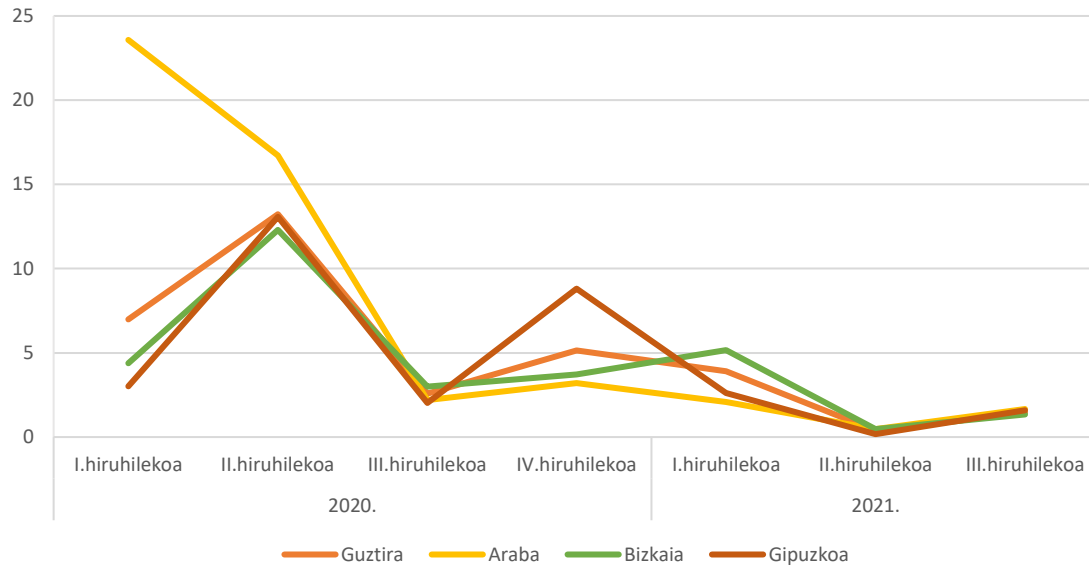
11. grafikoak EAEko bigarren arretako egoitza-zentroetako erabiltzaileen artean COVID-19aren eraginez izan ziren heriotza-tasak erakusten ditu, hiruhilekoaren eta lurralde historikoaren arabera xehatuta.

Horren arabera, tasa oso altua izan zen Araban 2020ko lehen eta bigarren hiruhilekoetan: lehen hiruhilekoan % 23,6 eta bigarrenetan % 16,7. Bizkaiko eta Gipuzkoako tasak baxuagoak izan ziren lehen olatuan, eta oso parekoak. Tasarik altuena bigarren hiruhilekoan gertatu zen: % 13 inguru.

Aldiz, bigarren olatuko gertaera bereizgarriena 2020ko laugarren hiruhilekoan Gipuzkoan izan zen gorakada izan zen: heriotza-tasa % 8,8 izan zen, hots, Bizkaikoa eta Arabakoa halako bi baino gehiago, bi lurralde horietan % 4tik behera ibili baitzen.

2020ko hirugarren hiruhilekoan heriotza-tasek behea jo zuten: % 2-3. Hain tasa baxuak ez ziren atzera gertatu erabiltzaileak 2021eko martxoan txertatu arte. Nolanahi ere, 2020ko hirugarren hiruhilekoan tasek apur bat gora egin zuten berriro. EAEko hiru lurraldeetan gertatu zen gorakada.

11. grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-26ra arte COVID-19ari egotzi ahal zaizkien heriotzen tasa, lurralde historikoaren eta hiruhilekoaren arabera xehatuta.



Iturria: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak.

Oharrak: (1) Txostenak aste osoei buruzkoak dira. Datuak hilabeteka xehatzeko, aste bakoitza amaitzen den egunaren hila erabili da. (2) 2020ko martxoko eta apirilko datuak (txostenetan bateratuta agertzen direnak) Osakidetza probei diagnostiko positiboarekin hil bakoitzean hildako pertsonen proportzioak emandako datuen arabera zenbatetsi dira. (3) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokio urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldiko esposizio guztiak batu dira. Horri esker tasak alderagarriak dira, nahiz eta alderatzen diren aldiak egun kopuru berekoak ez izan.

12.a grafikoa. Gizarte zerbitzuen eskualdeen arabera xehatu dira eragiketa estatistikoan aztertutako aldiko COVID-19aren ondoriozko heriotza-tasak.

Adierazle honen arabera COVID-19aren ondoriozko heriotza-tasa altuenak kutsapen-tasa altueneko eskualdeetan gertatu ziren; Bizkaian: Galdakao-Arratian % 5,96, Bilbon % 5,47 eta Basauri-Nerbioin % 5,39. Halaber, heriotza-tasa altua izan zen Gasteizen, % 5,93, bai eta Gipuzkoako Debabarrena-Debagoiena eskualdean ere, % 6,56. Hain zuzen ere, azken horretan izan zen eskualdeen artean COVID-19aren ondoriozko heriotza-tasa altuena.

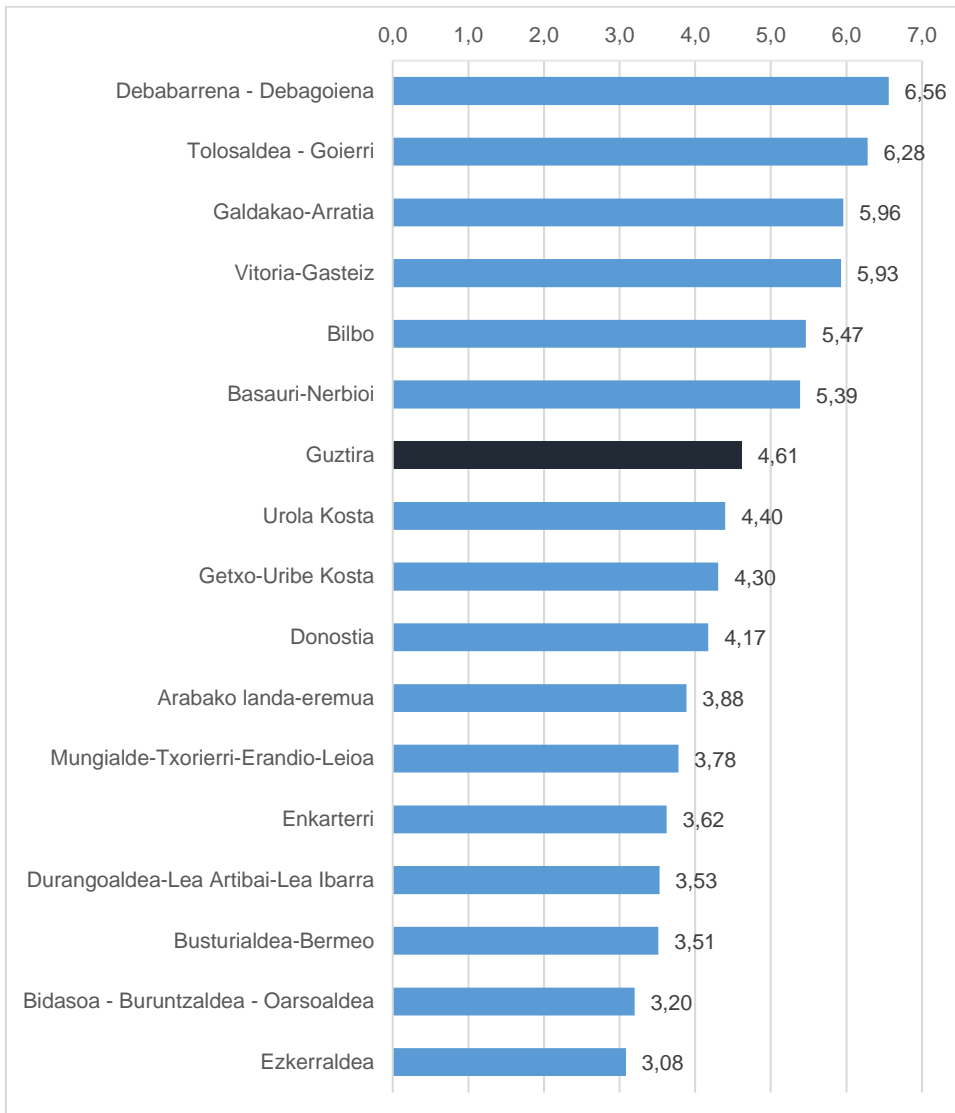
COVID-19aren kutsapenetan eta heriotzetan batez bestekotik gora ibili ziren eskualde horiekin batera Tolosaldea-Goierri aipatu behar da: % 6,28, Debabarrena-Debagoiena baino maila bat beherago heriotza-tasa altueneko eskualdeen artean. Kutsapenetan, eskualde hau batez bestekoa baino apurtxo bat beherago ibili zen.

EAEko batez besteko kutsapen-tasatik behera ibili ziren gainerako eskualdeetan heriotza-tasa EAEko batez bestekoa baino baxuagoa izan zen. Hala ere, kasu batzuetan, konparazioan heriotza-tasa kutsapen-tasa baino zerbait altuagoa da. Hala gertatu zen Urola-Kostan (% 4,40) eta Donostian (% 4,40). Getxo-Urbe Kosta ere batez bestekotik hurbil ibili zen (% 4,30), kutsapen-tasaren arabera eduki behar zuenetik gertuago.

Gainerako eskualdeetan, COVID-19aren heriotza-tasa % 3,51 - % 3,88 artean ibili zen Arabako landa-eremuan eta Bizkaiko Mungialde-Txorierrri-Erandio-Leioa, Enkarterri, Durangaldea-Lea Artibai-Lea Ibarra eta Busturialdea-Bermeo eskualdeetan. Azken bi horietan 2021eko heriotza-tasak 2020koen antzekoak izan ziren (guztira, horrelako gutxi daude), baina konparazioan bietan ere tasa baxua izan zen (ikus A3 eranskineko 14. taula).

Heriotza-tasa baxuenak Bidasoa-Buruntzaldea-Oarsoaldea eskualdean (% 3,20) eta Ezkerraldean (% 3,08) gertatu ziren.

12.a grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-26ra arte COVID-19ari egotzi ahal zaizkien heriotzen tasa (%), gizarte zerbitzuen eskualdearen arabera xehatuta.



Iturria: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak.

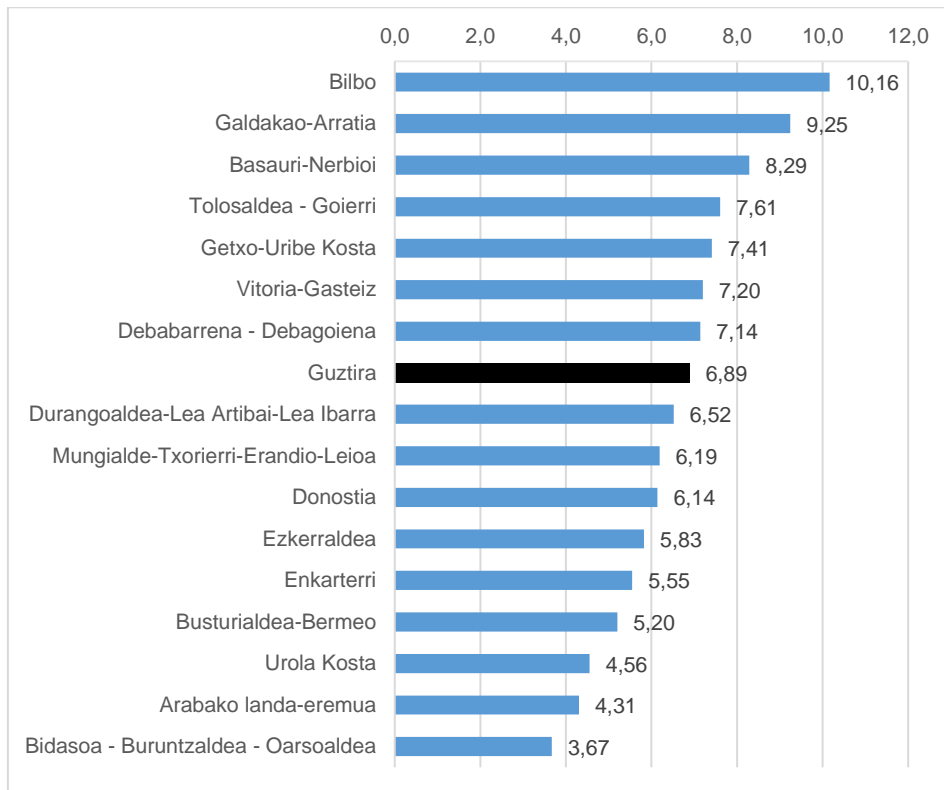
Oharrak:

(1) Txostenak aste osoei buruzkoak dira. Datuak hilabeteka xehatzeko, aste bakoitza amaitzen den egunaren hila erabili da.

(2) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokion urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldi bakoitzeko esposizio guztiak batu dira. Horri esker tasak alderagarriak dira, nahiz eta alderatzen diren aldiak egun kopuru berekoak ez izan.

Ikuspegia zerbait desberdina da COVID-19aren zuzeneko eraginaren ondoriozko heriotzak eta horrekin lotutakoak batera aztertzen badira, 12.b grafikoa egiten den bezala. Hain zuzen ere, heriotza-tasak altuagoak dira kutsapen-tasa altuko eskualdeetan: Bilbon % 10,16, Galdakao-Arratian % 9,25, eta Basauri-Nerbioin % 8,29.

12.b grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan 2021-09-26ra arte COVID-19ari egotzi ahal zaizkien heriotzen eta horrekin lotutako heriotzen tasa (%), gizarte zerbitzuen eskualdearen arabera xehatuta.



Iturria: COVID adierazleen asteko txostenak, EAEko Fiskaltza Nagusira bidalitakoak.

Oharrak: (1) Txostenak aste osoei buruzkoak dira. Datuak hilabeteka xehatzeko, aste bakoitza amaitzen den egunaren hila erabili da. (2) Tasak kalkulatzeko, erabiltzaileen populazioa esposizio bihurtu da (erabiltzaileen asteko datua asteari dagokion urte-zatikiaz biderkatu) eta aztertutako aldi bakoitzeko esposizio guztiak batu dira. Horri esker tasak alderagarriak dira, nahiz eta alderatzen diren aldiak egun kopuru berekoak ez izan. (3) PD positiboarekin hildako pertsonen artean zenbatu dira hil aurreko bi hiletan test batean positibo eman dutenak.

2.2.2. Hilgarritasunaren adierazleak

Atal honetan aztertzen da nolakoa izan den hilgarritasun-tasa (CFR, Case Fatality Ratio, ingelesez) egoitza-zentroetako erabiltzaileen artean. Honetaz bildu diren datuen arabera, 2021eko irailera arte egoitza-zentroetan gutxienez behin kutsatu ziren 8.377 erabiltzailetatik 1.680 hil ziren diagnostikoaren ondoko bi hiletan. Beraz, aldi osoko hilgarritasun-tasa % 20,1 izan zen⁷. Hilgarritasun-tasa handia da, egoitza-zentroetan kutsatutako lau pertsonatik bat hil baita COVID-19aren gaixotasunaren ondorioz, zuzenean zein zeharka.

5. taulan alderatuta agertzen dira Euskadiko egoitza-zentroetako PD positibodun erabiltzaileen artean izan diren heriotzak eta populazio orokorreko PD positibodunen artean izan direnak, pandemiako olatuen arabera xehatuta.

Horrenbestez, Euskadiko populazio orokorrean (adin guztiak, 65 urtetik beherako herritarrak barne) 264.574 kutsapen izan ziren (kutsapen bat pertsonako) eta 4.730 heriotza azken bi hiletan

⁷ Atal honetan batera aztertzen dira COVID-19aren zuzeneko hilgarritasuna (1.125 heriotza) eta gaixotasunarekin lotutakoa (PD positiboa azken hiletan).



PD positiboa eduki zuten pertsonen artean. Adinekoen egoitzetako erabiltzaileen artean 7.914 kutsapen izan ziren eta 1.124 heriotza PD positibodunen artean.

Beraz, EAEko kutsapen guztien % 3,2 adinekoen egoitzetako erabiltzaileen artean gertatu bazen ere, PD positiboarekin hildakoen % 35,5 hil ziren egoitzetan.

5. taula. PD positiboa eduki duten pertsonak eta PD positiboarekin hildakoak, populazio orokorrekoak eta adinekoen egoitza-zentroetakoak berezita, pandemiako olatuaren arabera xehatuta. EAE, 2020 – 2021*

	2021-09-30era arte PD positiboa eduki duten pertsonak			2021-09-30era arte PD positiboarekin hil diren pertsonak		
	Populazio orokorra, guztira (A)	Egoitzetakoak (B)	B / A (%)	Populazio orokorra (A)	Egoitzetakoak (B)	B / A (%)
1. olatua	13.454	3.759	27,9	1.619	837	51,7
2. olatua	138.551	3.884	2,8	2.267	729	32,2
Txertaketaren ondoren	112.569	734	0,7	844	114	13,5
Guztira	264.574	8.377	3,2	4.730	1.680	35,5

Iturria: (1) Egoitza-zentroetako pertsonak: Osakidetzaren OBI-OAS informazio-sistema; (2) Populazio orokorra: Osasuneko Sailburuordetzaren asteko txosten epidemiologikoa (Euskadiko egoera epidemiologikoa 2021-09-27an). PD positiboaren diagnostikoaren ondoko bi hiletan hildako pertsonak hartu dira kontuan azterketarako.

Hala ere, egoitzetan kutsatutakoen proportzioa eta PD positiboarekin hildakoen proportzioa askoz baxuagoak izan dira bigarren olatuan lehenengoan baino, eta bigarreanean baino baxuagoak txertaketaren ondoko aldian.

Euskadi osoan hildako pertsonen dagokienez, lehenengo olatuan aurreko bi hiletan proba diagnostiko positiboa eduki ondoren hildako pertsonen % 51,7 egoitzetako erabiltzaileak hil ziren: 837. Aldiz, bigarren olatuan heriotzen % 32,2 gertatu ziren egoitzetan: 729 pertsona guztira. Azkenik, txertaketaren ondoko aldian egoitzetan hildakoen proportzioa asko murriztu zen, baina, hala ere, egoitzetan gertatu ziren heriotza guztien % 13,5: 114 pertsona.

Datuek argi erakusten dute populazio orokorraren adin-egitura eta egoitza-zentroetan bizi diren pertsonen adin-egitura desberdinak direla; izan ere, egoitzetako erabiltzaileak askoz zaharragoak dira, ezinbestean. Adierazle bera adin-tarteen arabera aztertuz gero (6. taula), gradiente argia ikusten da: pertsona zaharrenean artean izan diren kutsapenen eta heriotzen ehunekoak populazio orokorrean izan direnak baino altuagoak dira.

Hain zuzen ere, 70 urtetik beherakoen artean, egoitza-zentroetako kutsapenak kutsapen guztien % 0,3 izan dira, baina heriotzak heriotza guztien % 11,7. 70 - 79 bitartekoen artean, egoitza-zentroetako kutsapenak kutsapen guztien % 7,8 izan dira, baina hildako guztien % 19,6 % egoitzetan hil dira. 80 - 89 urte bitartekoen artean proportzioak oso altuak izan dira: kutsapen guztien % 30,2 eta heriotza guztien % 37,8 egoitzetan gertatu dira. Proportziorik altuenak 90 urte eta gehiagoko pertsonen artean gertatu dira: kutsapen guztien % 62,6 eta PD positiboa egon den heriotza guztien % 54 egoitzetan gertatu dira.



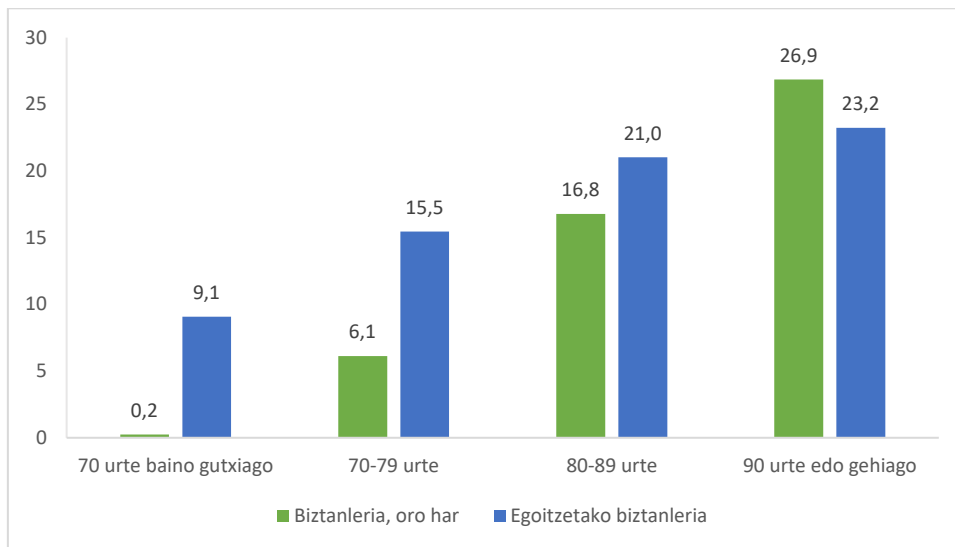
6. taula. PD positiboa eduki duten pertsonak eta PD positiboarekin hildakoak, populazio orokorrekoak eta adinekoen egoitza-zentroetakoak berezita, pandemiako olatuaren arabera xehatuta. EAE, 2020 – 2021*

	PD positiboa eduki duten pertsonak			PD positiboarekin hildako pertsonak		
	Populazio orokorra (A)	Egoitzetakoak (B)	B / A (%)	Populazio orokorra (A)	Egoitzetakoak (B)	B / A (%)
< 70 urte	232.419	716	0,3	558	65	11,65
70-79 urte	14.642	1.138	7,8	896	176	19,64
80-89 urte	11.515	3.476	30,2	1933	731	37,82
90 urte edo gehiago	4.869	3.047	62,6	1308	708	54,13
Guztira	263.445	8.377	3,2	4.730	1.680	35,52

Iturria: (1) Egoitza-zentroetako pertsonak: Osakidetzaren OBI-OAS informazio-sistema; (2) Populazio orokorra: Osasuneko Sailburuordetzaren asteko txosten epidemiologikoa (Euskadiko egoera epidemiologikoa 2021-09-27an). PD positiboaren diagnostikoaren ondoko bi hiletan hildako pertsonak hartu dira kontuan azterketarako.

Datuak aztertzeko, kontuan eduki behar da adinekoen egoitza-zentroen adin-egitura berezia dela. Horregatik, adin-tarteen hilgarritasun-tasak alderatu behar dira. Hori dela-eta, nabarmendu behar da COVID-19aren hilgarritasun-tasa ez dela kasu guztietan altuagoa instituzionalizatutako pertsonen artean, 13. grafikoan ikusten den bezala.

13. grafikoa. COVID-19an hilgarritasun-tasa (%) populazio orokorrean eta adinekoen egoitza-zentroetako erabiltzaileen artean, pandemiako olatuaren arabera xehatuta. EAE, 2020 – 2021



Iturria: (1) Egoitza-zentroetako pertsonak: Osakidetzaren OBI-OAS informazio-sistema; (2) Populazio orokorra: Osasuneko Sailburuordetzaren asteko txosten epidemiologikoa (Euskadiko egoera epidemiologikoa 2021-09-27an). PD positiboaren diagnostikoaren ondoko bi hiletan hildako pertsonak hartu dira kontuan azterketarako.

Grafikoan bildutako datuek erakusten dute hilgarritasun-tasa adierazgarria dela kopuru erlatibo txikiena duen adin-tartean, 80 urtetik beherakoan artean, hain zuzen ere. Egoitzetan, talde horretan hilgarritasun-tasa askoz altuagoa da: 70 urtetik beherakoan artean, % 9,1 egoitzetan eta % 0,2 populazio orokorrean, eta 70 - 79 bitartekoan artean, % 15,5 egoitzetan eta % 6,1 populazio orokorrean.

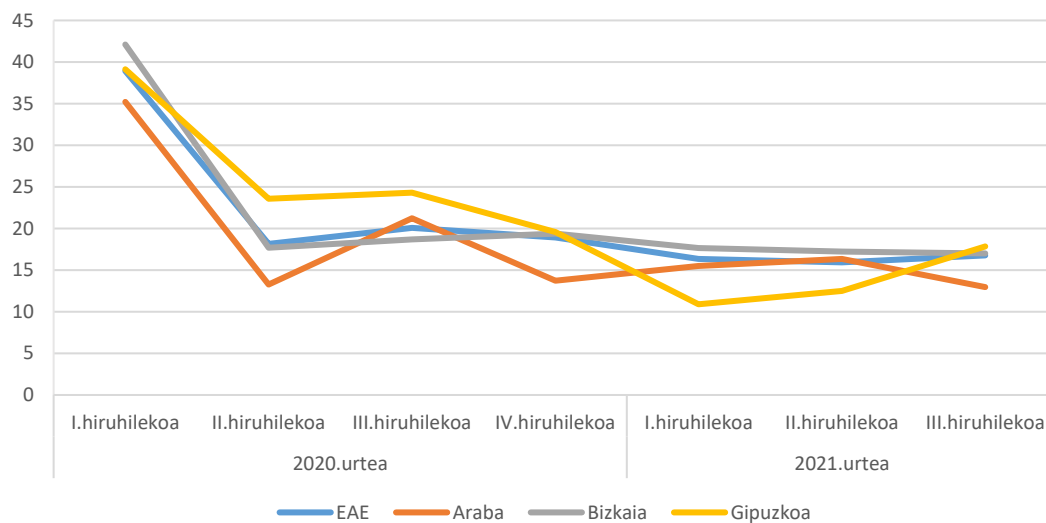
Ostera, egoitzetako erabiltzaile gehienak biltzen dituzten adin-tarteetan hilgarritasun-tasak antzekoak dira. Esaterako, 80 - 89 urte bitartekoan artean, COVID-19aren hilgarritasun-tasa % 21,0 izan da egoitzetan eta % 16,8 populazio orokorrean. Berriz, 90 urtetik gorakoan artean, hilgarritasun-tasa altuagoa izan da populazio orokorrean: % 26,9; egoitza-zentroetan % 23,2.



Orokorrean, estandarizazioaren oinarritzat egoitza-zentroetako adin-egitura hartuz gero, aztertutako aldi osoan 70 urtetik gorakoen arteko hilgarritasun-tasa estandarizatu oso antzekoa izan da populazio orokorrean eta egoitza-zentroetan: % 19,2 eta % 21,1 hurrenez hurren.

14. grafikoan aztertzen da nolako bilakaera izan duen egoitza-zentroetako hilgarritasun-tasak lurralde historiko bakoitzean, eta ikusten den patroia zerbait desberdina da kutsapen eta heriotzen analisisian ikusi denaren aldean. Hilgarritasun-tasarik altuenak (% 35-40 inguru) 2020ko lehen hiruhilekoan gertatu ziren, eta ez zen izan diferentzia handirik lurraldeen artean, aurretik aztertutako adierazleekin alderatuta behintzat. 2020ko bigarren hiruhilekotik aurrera, epe ertainean eta luzean kopuruek zertxobait behera egin zuten, baina hilgarritasun-tasek egonkortzeko joera izan zuten.

14. grafikoa. COVID-19aren hilgarritasun-tasaren bilakaera adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan, hiruhilekoaren eta lurralde historikoaren arabera xehatuta.



Iturria: (1) Egoitza-zentroetako pertsonak: Osakidetza OBI-OAS informazio-sistema. PD positiboaren diagnostikoaren ondoko bi hiletan hildako pertsonak hartu dira kontuan azterketarako.

Nolanahi ere, deigarria da pandemiaren faserik larrienean, 2020ko lehen hiruhilekoan, Araban adierazle hau ez izatea altuagoa; aitzitik, Araban izan ziren baxuenak, Gipuzkoan altuagoak, eta altuenak Bizkaian izan ziren. Bizkaian hilgarritasun handixeagoa izan zuen 2020ko lehen hiruhilekoan. Beraz, aldi horretan pandemiak eragin handia izan zuen Araban, baina lurralde horretako egoitzetako erabiltzaileen artean COVID-19ak izan zuen hilgarritasun-tasa ez zen izan beste bi lurraldeetako egoitzetan baino altuagoa.

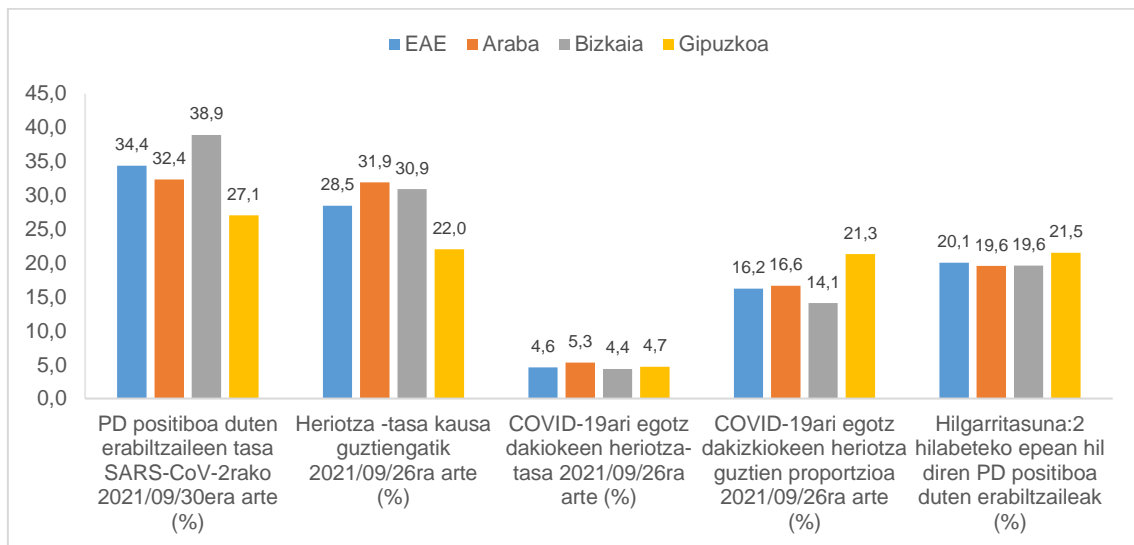
2020ko lehen hiruhilekoaren ondoren, 2020. urtean hilgarritasun-tasa altuena Gipuzkoako zentroetan gertatu zen. 2021eko lehen bi hiruhilekoetan, berriz, Bizkaiko zentroetan izan zen tasarik altuena, baina beste bi lurraldeekiko aldea ez zen izan Gipuzkoako zentroetan 2020ko bigarren eta hirugarren hiruhilekoetan izan zen bezain handia. 2021eko hirugarren hiruhilekoan Bizkaiko eta Gipuzkoako egoitzetako hilgarritasun-tasak antzekoak izan ziren. Arabako egoitzetako baxuagoa izan zen.

Pandemian zehar lurraldeetako hilgarritasun-tasak antzekoak izan baziren ere, joerak erakusten du orokorrean Araban COVID-19aren hilgarritasun-tasa beste bi lurraldeetan baino baxuagoa izan zela, salbuespenak salbuespen. Hala ere, Arabako dinamika nahiko ezegonkorra izan zen: hilgarritasun-tasak gorakada handia jo zuen 2020ko udazkenean, jarraian magnitude bereko beherakada izan zuen, eta 2021eko lehen bi hiruhilekoetan gora egin zuen gutxi-gutxika.

Dena den, hilgarritasun-tasen aldakuntzarik handienak Gipuzkoan gertatu ziren. 2020ko lehen hiruhilekoan Gipuzkoako tasa Bizkaiko tasatik hurbil ibili zen, baina 2020ko ondoko hiletan behera egin zuen argiro, eta 2021eko lehen hiruhilekoan beste bi lurraldeetako tasak baino askoz baxuagoa zen. Geroztik tasak gora egin zuen, eta urteko hirugarren hiruhilekorako lurralde guztietan altuena zen, Bizkaikoa gertu bazegoen ere. Bizkaiko hilgarritasun-tasaren bilakaera egonkorragoa izan da, eta, orokorrean, askoz leunagoa, ez baita izan gorabehera handirik, Araban eta Gipuzkoan ez bezala (salbuespen bakarra 2020ko lehen hiruhilekoaren eta bigarrenaren artean izan zen beherakada orokorra izan zen).

15. grafikoak erakusten duen bezala, aztertutako aldi osoan lurralde historikoetako hilgarritasun-tasak oso antzekoak izan ziren: Araban eta Bizkaian % 19,6, eta Gipuzkoan % 21,5.

15. grafikoa. Kutsapen-tasa, heriotza-tasa eta hilgarritasun-tasa, lurralde historikoaren arabera xehatuta.



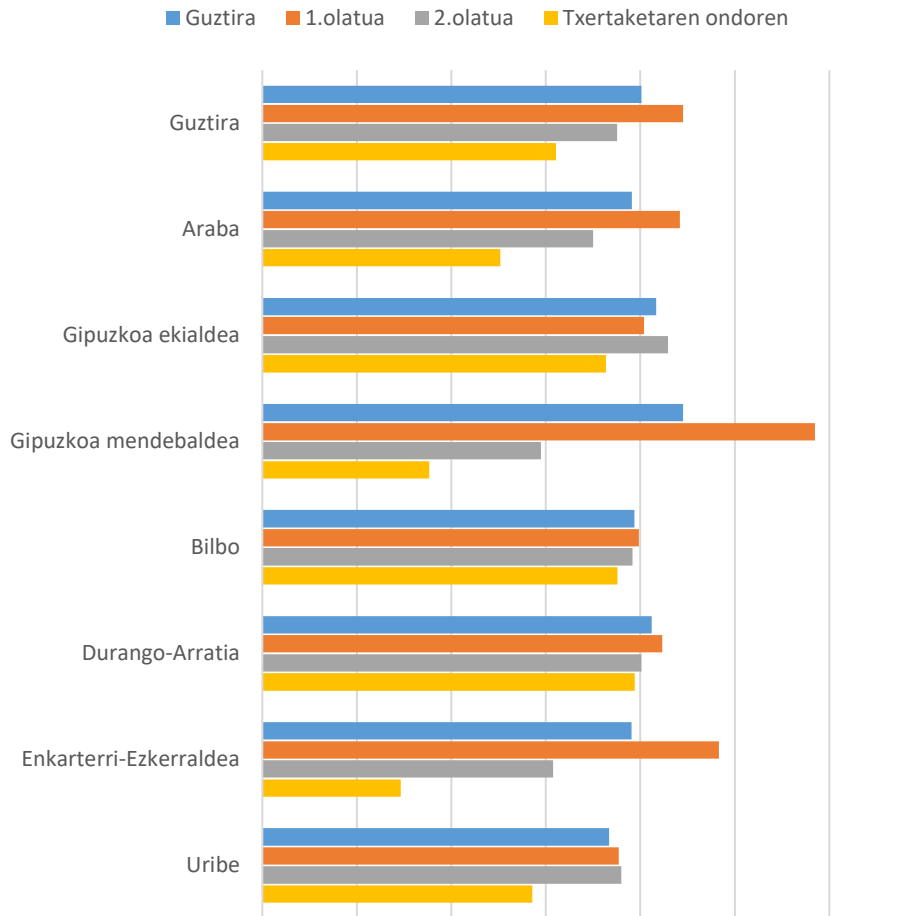
Iturria: Geuk egina txostenean zehar adierazitako iturriez baliatuz.

Grafikoan bildutako datu sintetikoek erakusten duten bezala, Gipuzkoako egoitza-zentroetan erabiltzaile gutxiago kutsatu ziren beste bi lurraldeetan baino (Gipuzkoan % 27, Araban % 32,4 eta Bizkaian % 38,9), eta kausa guztien ondoriozko heriotzak ere nahiko gutxiago izan ziren (Gipuzkoan % 22, eta beste bi lurraldeetan % 31-32). Hala ere, COVID-19ari egotzitako heriotza-tasa EAEko batez bestekotik gertu ibili da, eta batzuetan apur bat gorago. Horrek esan nahi du pandemiak heriotzetan izan duen eragina (COVIDari egotzitako heriotza guztien ehunekoa) handiagoa izan dela Gipuzkoan beste bi lurraldeetan baino. Osakidetzaren datuen arabera hilgarritasun-tasa (test positiboarekin hildakoak, ez COVIDaren ondorioz nahitaez) ildo beretik doa: Gipuzkoako egoitza-zentroetako hilgarritasun-tasa (% 21,5) beste bi lurraldeetako egoitzetako baino zertxobait altuagoa da.

16. grafikoak lurraldeei buruzko informazioa osatzen du, aztertutako hiru olatuetako hilgarritasun-tasen bilakaeraren datu sintetikoak gizarte zerbitzuen eskualde handien arabera xehatuta erakusten baititu.



16. grafikoa. COVID-19aren hilgarritasun-tasa adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan, gizarte zerbitzuen sektorearen eta pandemiako olatuaren arabera xehatuta.



Iturria: Osakidetzaren OBI-OAS informazio-sistema

Oharrak: (1) PD: Proba diagnostikoa. (2) 1. olatua: 2020ko martxoa-ekaina; 2. olatua: 2020ko uztaila-2021eko otsaila; txertaketaren ondoko aldia: 2021eko martxoa-iraila. (3) EAEko adinekoen bigarren mailako arretako 258 egoitza-zentroetako PD positibodun pertsonen eta heriotzei buruzko informazioa bildu da (zentro guztien % 84). (4) PD positiboa daukan pertsona bakoitza behin baino ez da zenbatu, lehen positiboa eman duen egunaren arabera. (5) PD positiboarekin hildako pertsonen artean zenbatu dira hil aurreko bi hiletan test batean positibo eman dutenak.

Orokorrean, grafikoa ikusten den bezala, adierazle honek hobera egin zuen aztertutako aldi osoan, baina ez ziren gertatu aurreko adierazleetako aldaketa handiak. Hain zuzen ere, lehenengo olatuan, 2020ko martxotik ekainera bitartean, egoitzetako hilgarritasun-tasa % 22,3 izan zen, bigarren olatuan, 2020ko uztailatik 2021eko otsailera bitartean, % 18,8, eta txertaketaren ondoko aldian, 2021eko martxotik irailera bitartean, % 15,5. Aldi osoko batez besteko hilgarritasun-tasa % 20,1 izan zen adinekoen egoitzetan.

Lehenengo olatutik txertaketaren ondoko aldira hilgarritasun-tasan izan zen beherako joera oso nabarmena izan zen eskualde-eremu batzuetan. Esaterako, Arabako eskualdeetan % 22,1etik % 12,6ra jaitsi zen, Gipuzkoako mendebaldean % 29,2tik % 8,8ra, eta Enkarterri-Ezkerraldea eremuan % 24,2tik % 7,3ra. Aldiz, beste eskualde batzuetan hilgarritasun-tasa egonkorragoa izan zen: Gipuzkoako ekialdean % 18,2 - % 21,5 artean ibili zen, Durango-Arratian % 19,7 - % 21,2 artean, eta Bilbon % 18,8 - % 19,9 artean. Uribe aldean lehenengo eta bigarren olatuetan



hilgarritasun-tasa egonkorra izan zen (% 18,9 - % 19,0), baina txertaketaren ondoko aldian % 14,3ra jaitsi zen.

2020ko martxotik 2021eko irailera arteko aldia kontuan hartuta, eskualde-eremuetako hilgarritasun-tasak oso antzekoak izan ziren, % 18,3 - % 22,3 artean ibili ziren eta.

Tasarik altuena Gipuzkoako mendebaldekoa izan zen (% 22,3), ondoren Gipuzkoako ekialdekoa (% 20,8), eta hirugarren altuena Durango-Arratiakoa (% 20,6). Horiek denak Euskadiko batez besteko tasa (% 20,1) baino apur altuagoak izan ziren.

Aldi osoko EAEko batez bestekotik beherako hilgarritasun-tasetara etorria, % 19,5 eta % 19,7 tasen artean ibili ziren Arabako eskualdeak, Bilbo eta Enkarterri-Ezkerraldea eremua.

Apur bat beherago Uribealdea dugu, hilgarritasun-tasarik baxuenarekin (% 18,3).

Olatuak kontuan hartuta, hilgarritasun-tasa altuenak lehenengo olatuan gertatu ziren: Gipuzkoako mendebaldea (% 29,2) eta Enkarterri-Ezkerraldea (% 24,2). Nolanahi ere, hilgarritasun-tasa altuenak ez ziren kasu guztietan gertatu kutsapen-tasa altuko eremuetan.

Lurraldeetako datuek erakusten dute aldien arteko heriotza-tasen diferentziak ez direla kutsapen-tasen eta heriotza-tasen arteko diferentziak bezain handiak. Horren ildotik, talde eta eskualde batzuetan hilgarritasun-tasa handiak txertaketaren ondoko aldian ere iraun zuen.

2.3. Adierazle nagusiak zentroen ezaugarrien arabera

SIISen txostenaren ezaugarri berritzaileenetako bat da xehetasun handiarekin aztertzen direla COVID-19aren pandemiaren adierazle nagusiak 3.1.4 atalean. Sailaren EOBek egindako laburpen-txostenaren atal honetan 7. taula baino ez da aztertzen. Bertan adierazle nagusiak azaltzen dira, eragiketa estatistikorako prestatutako zentroen sailkapenaren arabera xehatuta.

Analisiaren ardatza COVID-19ari zuzenean egotzi ahal zaizkion heriotzetan ipinita, honako egitura tipologiko hau ageri da:

a) COVID-19aren heriotza-tasa altuena honako egoitza-zentro hauetan izan zen: egoitza-zentro txikiak eta ertainak, 50 plaza baino gutxiagoak, landa-eremuetan edo horiekin parekatzen diren etan daudenak, ingurunearekin lotutako kalteberatasun altua dutenak (bi faktore edo gehiago) (9. mota).

Honelako zentroetan izan da COVID-19aren heriotza-tasa altuena aztertutako aldian: % 7,69. Halaber, zentro hauetan gertatu da COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen proportzio altuena: % 23,6. Zentro hauetan PD positiboak eduki duten erabiltzaileen tasa batez bestekoa baino baxuagoa izan da (% 33,1; batez bestekoa % 34,4), baina hilgarritasun-tasa altuagoa izan da (% 22,8; batez bestekoa % 20,0). Kasuren bat gertatu den zentroen proportzioa EAEko batez bestekoa baino txikiagoa izan da (% 68,4; batez bestekoa % 70,1).

b) Aurreko zentro horietako tasara heldu ez diren zentroetara etorrita, honako zentro hauetan ere COVID-19aren heriotza-tasa EAEko batez bestekoa baino altuagoa izan da:

- 1. mota: zentro handiak, 50 plazatik gorakoak, kalteberatasun altukoak (2 faktore edo gehiago).
- 3. mota: zentro handiak, 50 plazatik gorakoak, arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren araberrako kalteberatasuna dutenak.
- 5. mota: zentro txikiak eta ertainak, 50 plazatik beherakoak, hiri-eremuetan daudenak, eta kalteberatasun altukoak.



- 7. mota: zentro txikiak eta ertainak, 50 plazatik beherakoak, hiri-eremuetan daudenak, eta arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren arabera kalteberatasuna dutenak.

Ikusten den bezala, denetan dago kalteberatasuna (kalteberatasun altua edo populazio-motaren edo langileen antolamenduaren arabera kalteberatasuna), edo zentroa nahiko handia izatearekin lotutako kalteberatasuna edo zentroa hiri-eremuan egotearekin lotutakoa.

Zentro hauetan COVID-19arekin lotutako heriotza-tasa % 5,34 eta % 6,12 artekoa izan da. % 6,12eko tasa 5. motako zentroetan gertatu da; mota hau 9. motaren antzekoa da (heriotza-tasa handienekoa), baina hiri-eremuan dago.

Lau zentro-mota horietan COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen proportzioa % 18,1 eta % 20,6 artekoa izan da. Tasarik altuenak zentro handietan gertatu dira. Zentro handietan, halaber, oso altua da kasuren bat gertatu den egoitzen proportzioa (1. motako zentroen % 91,4 eta 3. motakoen % 85,7; aldiz, 5. motakoen % 72,7 eta 7. motakoen % 59,1 baino ez).

Zentro hauetan guztietan hilgarritasun-tasa antzekoa izan da, % 21,8 eta % 22,1 artekoa izan da eta, hau da, 9. motako zentroetan baino apur bat baxuago. Hortik behera 3. motakoak baino ez dira ibili: % 20,5.

PD positiboa eduki duten erabiltzaileen tasa altua izan da 3. eta 5. motetako zentroetan (% 36,6 eta % 37,1); 1. motako zentroetakoa hurbilago ibili da batez bestekotik (% 35). Aldiz, 7. motako zentroetakoa baxuagoa izan da (% 25,6).

- c) COVID-19arekin lotutako heriotza-tasa batez bestekotik hurbilago egon da (% 4,48) honako zentro hauetan: zentro handiak, 50 plazatik gorakoak, ingurunearekin lotutako kalteberatasuna baino ez dutenak. 2. motako zentroak dira. Zentro hauen % 91,2an COVID kasuren bat egon da; erabiltzaileen % 45,5ek PD positiboa eduki dute, kutsapen-tasa nahiko altua.

Hala ere, mota honetako zentroetan hilgarritasun-tasa baxua izan da besteekin alderatuta: % 17,37, hau da, EAEko batez bestekoa baino 2,5 puntu gutxiago. COVID-19ari egotz dakizkiokeen heriotzen proportzioa ere batez bestekoa baino baxuagoa da: % 15,2.

- d) 6. eta 8. motetako zentroetan (zentro txikiak eta ertainak, 50 plazatik beherakoak, hiri-eremuetan edo horiekin parekatzen direnetan daudenak, kalteberatasun-faktorik ez dutenak edo ingurunearekin lotutako kalteberatasuna baino ez dutenak) COVIDaren heriotza-tasa EAEko batez bestekoa baino nahiko baxuagoa izan da: % 3,37 eta % 3,84 artekoa.



7. taula. EAEko bigarren mailako arretako egoitza-zentroetako COVIDaren kutsapenen, heriotza-tasen eta hilgarritasun-tasen adierazle nagusiak, zentro-motaren arabera xehatuta.

	2021-09-26ra arte kasuren bat izan den zentroak (%)	2021-09-30era arte PD positiboa eduki duten erabiltzaileen tasa (%)	2021-09-26ra arte COVIDari egotzi ahal zaion heriotza-tasa (%)	2021-09-26ra arte COVIDari egotzi ahal zaizkion heriotzen proportzioa (%)	Hilgarritasun-tasa: PD positiboa eduki ondoko 2 hiletan hildako erabiltzaileen tasa (%)
Guztira	70,1	34,35	4,61	16,21	20,05
1. Zentro handiak (>50 plaza), kalteberatasun altua (2 faktore edo gehiago)	91,4	34,95	5,62	20,39	22,13
2. Zentro handiak (>50 plaza), ingurunearekin lotutako kalteberatasuna	91,2	45,55	4,48	15,21	17,37
3. Zentro handiak (>50 plaza), arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren arabeko kalteberatasuna	85,7	36,57	5,87	20,59	20,46
4. Zentro handiak (>50 plaza), kalteberatasun-faktorerik ez	81,0	27,77	2,56	9,66	16,03
5. Zentro txikiak eta ertainak (<=50 plaza), hiri-eremuetan, kalteberatasun altua	72,7	37,12	6,12	18,24	21,81
6. Zentro txikiak eta ertainak (<=50 plaza), hiri-eremuetan, ingurunearekin lotutako kalteberatasuna	64,0	36,22	3,37	10,49	24,53
7. Zentro txikiak eta ertainak (<=50 plaza), hiri-eremuetan, arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren arabeko kalteberatasuna	59,1	25,57	5,34	18,10	21,98
8. Zentro txikiak eta ertainak (<=50 plaza), hiri-eremuetan, kalteberatasunik ez	55,0	35,22	3,84	10,99	19,23
9. Zentro txikiak eta ertainak (<=50 plaza), landa-eremuetan eta horiekin parekatzen direnetan, kalteberatasun altua	68,4	33,12	7,69	23,56	22,75
10. Beste zentro txiki eta ertain batzuk landa-eremuetan eta horiekin parekatzen direnetan	40,0	17,66	1,27	5,23	17,87

Geuk egina txostenean zehar adierazitako iturriez baliatuz. Kalteberatasun altua (bi faktore edo gehiago)

Zentro hauetan kutsapen-tasa batez bestekoa baino apur bat altuagoa izan da (% 35,2 eta % 36,2 artekoa). Batzuetan, (6. mota, ingurunearekin lotutako kalteberatasuna) hilgarritasun-tasa nahiko handia izan da (% 24,5); hori mota guztietako hilgarritasun-tasarik altuena da, eta 8. motako tasa baino nahiko altuagoa da (% 19,2). Dena dela, gaixotasunak bi eragozpen eduki ditu: batetik, COVID kasuren bat gertatu den zentroen proportzioa % 55 eta % 64 artekoa izan da; bestetik, COVIDaren heriotzen proportzioa guztirako heriotzetan baxua izan da, % 10,5 eta % 11,0 artekoa.

e) 4. motako zentroetan (50 plazatik gora, baina kalteberatasun-faktorerik ez) COVIDaren heriotza-tasa baxua izan da: % 2,56. Beste alde batetik, 10. motako zentroetan (zentro txikiak eta ertainak, kalteberatasun-faktorerik ez, landa-eremuan edo horiekin parekatzen direnetan daudenak) heriotza-tasa % 1,27 izan da.



Zentro hauetan kutsapen-tasak batez bestekoa baino nahiko baxuagoak izan dira (4. motako zentroetan % 27,8 eta 10. motakoetan % 17,7), hilgarritasun-tasak baxuak izan dira (% 16,0 eta % 17,9), eta COVIDaren heriotzen proportzioa % 10etik beherakoa izan da (% 9,7 4. motakoetan eta % 5,2 10. motakoetan).

Datuen analisiak zenbait ondorio jakingarria azalarazi ditu. Tamaina eta landatasuna kontuan hartuta, kalteberatasun altuko zentro handietan (50 plaza baino gehiago), hau da, 1. motakoetan, kutsapen-tasak ertainak izan dira, baina heriotza-tasak eta hilgarritasun-tasak altuak. Beste alde batetik, 2. motako zentroetan (zentro handiak, ingurunearekin lotutako kalteberatasuna baino ez dutenak) kutsapen-tasak altuak izan dira, baina heriotza-tasak eta hilgarritasun-tasak ez. 3. motako zentroetan (zentro handiak, arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren araberrako kalteberatasuna dutenak) heriotza-tasak eta hilgarritasun-tasak batez bestekoak baino zerbait altuagoak izan dira. Zentro horietan COVID-19ari egotzitako heriotzen proportzioa ere batez bestekoa baino altuagoa da.

Zentro txiki eta ertainetan, diferentziak egon dira landa-eremuetako zentroen (10. mota) eta kalteberatasun-faktorerik gabeko hiri-eremuetakoen artean (8. mota): adierazleak baxuagoak dira 10. motako zentroetan. Hain zuzen ere, 10. motako zentroetan heriotza-tasa % 1,27 izan da, 8. motakoetan % 3,8; kutsapen-tasa % 1,66 izan da 10. motako zentroetan eta % 32,22 8. motakoetan, eta hilgarritasun-tasa % 17,87 eta % 19,23 hurrenez hurren. Gainera, 8. motako zentroetan COVIDari egotzitako heriotzen proportzioa 10. motako zentroetakoa halako bi izan da.

Hiri-eremuetako zentro txikiak eta ertainak direla-eta, arreta jasotzen duten pertsonen edo langileen antolamenduaren araberrako kalteberatasuna dutenetan (7. mota) heriotza-tasa altuagoa izan da (% 5,34) kalteberatasun-faktorerik ez duten zentroetan (8. mota) baino (% 3,84). Beste alde batetik, ingurunearekin lotutako kalteberatasun-faktoreak dituzten zentroetan (6. mota) kutsapen-tasak nahiko altuak izan dira (% 36,22), bai kalteberatasun-faktorerik ez duten zentroekin (8. mota) alderatua, eta hilgarritasun-tasak oso altuak izan dira (% 24,5).

Azkenik, 5. motako zentroetan (zentro txikiak eta ertainak, hiri-eremuetan daudenak, kalteberatasun altukoak) kutsapen-tasak eta heriotza-tasak altuagoak izan dira landa-eremuetako tamaina bereko zentroetan baino.



3. Emaidza nagusiak: Gehiegizko heriotza-tasa

Txostenaren kapitulu honetan Euskadiko adinekoen egoitza-zentroetako gehiegizko heriotza-tasa aztertzen da. Analisi honetarako bi iturritatik jasotako datuak erabili dira.

Batetik, IMSERSOk EAEko mendeko pertsonen artean izan diren heriotza-tasari eta gehiegizko heriotza-tasari buruz bildutako informazioa. Bestetik, hiru foru aldundiek emandako informazioa erabili da Euskadiko adinekoen egoitza-zentroei buruzko informazioa osatzeko.

3.1. Mendeko pertsonen heriotza-tasa eta gehiegizko heriotza-tasa. IMSERSO

Atal honetan IMSERSOk EAEko mendekoen heriotzez emandako datuen analisiaren emaitzak azaltzen dira. 2017az gero mendekotasuna onartuta eduki eta Autonomiaren Aldeko eta Mendetasunari Arreta Eskaintzeko Sistemaren (AMAS) prestazioren bat jasotzen duten 65 urtetik gorako pertsoneri buruz bildutako datuak dira, hilabeteka taldekatuta daude, eta sexuaren eta adin-tartearen arabera xehatuta. Beraz, eragiketa estatistiko honen unibertsoa azpipopulazioa da (unibertsoan EAEko adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zerbitzuen erabiliztaile guztiak daude). Hori dela-eta, ez dago informaziorik AMASetik kanpo (finantzaketa publikorik gabeko zentro pribatuetan) artatzen diren pertsonen, ez eta beren kabuz moldatzeko gauza izanik (mendekotasunik ez) arreta plaza publikoetan edo ardura publikoetan jasotzen dutenez ere.

Muga horiek kontuan edukita, IMSERSOk emandako datuek badute berariazko balio bat, eragiketa estatistiko honetan erabiltzea justifikatzen duena: datu horiek alderatu egin daitezke zerbitzuak edo prestazioak etxean jasotzen dituzten mendeko pertsonen datuekin eta mendekotasunik ez duten 65 urtetik gorako datuekin⁸. Horren ildotik, iturri honetako datuen analisiak foru aldundiek ematen duten informazioa osatzen du. Aldundien informazioa lotuago dago eragiketa estatistiko honen xede-populazioarekin; txosten honen 3.2 atalean xehatzen da.

Atal honetako analisiaren lehen urratsa EAEko adineko pertsonen arteko heriotza-tasaren aspaldiko urteotako bilakaeraren azalpen orokorra da. Bi interesgune daude batik bat: batetik, heriotza-tasan eragina duten elementuak identifikatzea, hau da, aurreikusitako heriotza-tasa kalkulatzeko ereduak prestatzeko kontuan eduki behar diren elementuak; bestetik, aztertutako azpipopulazioen heriotza-patroien arteko diferentziak identifikatzea, arreta bereziak ipinita egoitzetan bizi diren adinekoen populazioan, zenbatespen-eredua ongi doitzeko azpipopulazio bakoitzera. Atal honetako emaitzak deskriptiboak baino ez dira. Izan ere, populazio jakin bateko heriotzak aztertzen dira –EAEko mendeko pertsonak, eta horietatik egoitzetan bizi direnak–, eta horiez baliagarria dagoen informazioa, informazio publikoa, oso urria da.

Lehenbizi 65 urtetiko gorako populazio orokorra aztertzen da, eta ondoren azpipopulazioak: egoitzetan bizi diren mendekoak, etxean bizi diren mendekoak, eta mendekotasunik ez dutenak.

Bigarren zatian 2020–2021 aldian, koronabirusaren pandemian, izan diren gehiegizko heriotzen ereduaren emaitzak azaltzen dira. Horixe da eragiketa estatistiko honen ekarpen nagusia.

⁸ Mendekotasunean ez dauden pertsonen populazioa kalkulatzeko, IMSERSOk emandako datuak (pertsonek eta heriotzen kopuruak) 65 urtetik gorako populazio orokorreko pertsonen eta heriotzen kopuruetatik kendu dira. Gogoan eduki behar da eragiketa horren emaitzako populazioan mendekotasuna onartuta eduki ez eta ez prestaziorik ez zerbitzurik jasotzen ez duten pertsonak sartzen direla (itxaron-zerrendan dauden pertsonak, zerbitzua esleitzeko prozesuan daudenak, etab.). Nolanahi ere, talde honek guztirakoan duen pisu erlatiboa zein txikia den kontuan hartuta, praktikan emaitzak mendekotasunean ez dauden pertsona guztien datuak erabiliz gero izango liratekeenekin parekatu daitezke.



3.1.1. Heriotza-tasaren bilakaera azken urteotan

IMSERSOk emandako datuen arabera (8. taula), pandemiaren aurreko urteetan EAEn 65 urtetik gorako 18.900 pertsona inguru hiltzen ziren urtean. EAeko 65 urtetik gorako heriotzen % 45,4 AMASen onuradunak izan dira; proportzio hori oso altua da azpipopulazio horrek populazio orokorrean duen pisurako. Beste alde batetik, urtean 2.700 pertsona inguru hiltzen ziren egoitza-zentroetan, hildako 65 urtetik gorako pertsona guztien % 14,4.

8. taula. EAeko 65 urtetik gorako heriotzak urtean, populazio-motaren eta urtearen arabera xehatuta.

Urtea	Populazio orokorra	Mendekotasunean ez dauden populazioa	AMASen onuradun diren mendeko pertsonen populazioa	
			Etxean	Egoitza-zentroan
2017	18.867	10.715	5.517	2.635
2018	18.985	10.244	5.896	2.845
2019	18.866	10.015	6.156	2.695
2020	21.361	11.288	6.787	3.286
2021	20.095	10.655	7.049	2.391

Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

8. taulak erakusten duen bezala, aztertutako populazioan urtean izan diren heriotzen kopurua ez da asko aldatu 2017–2019 aldian, bai 65 urtetik gorako guztirako populazioan, bai egoitzetan bizi diren mendekoen artean. Aldiz, etxean bizi diren mendeko pertsonen heriotzek gora egin dute gutxika, eta, berriz, mendekotasunean ez dauden pertsonen heriotzak apur bat gutxitu dira.

Beste alde batetik, 2020.urtean taulako datuen arabera heriotza-gorakada handia gertatu zen populazio-talde eta lurralde guztietan. 2021ean joerak lehengora egin zuen hein batean, batez ere egoitza-zentroetan bizi diren mendeko pertsonen artean, horien heriotzen kopurua pandemiaren aurreko mailan egon baitzen. Etxean bizi diren mendekoen artean, berriz, 2021eko joera ez da izan hain ona: heriotzen kopurua ez da izan 2020koa baino txikiagoa (Arabian izan ezik; heriotzak apur bat urritu dira); aitzitik, gehitu egin da berriz ere, batez ere Bizkaian (2020an baino % 4,5 gehiago). Joera bera –eta antzeko magnitudekoa– gertatu da Gipuzkoan mendekotasunean ez dauden artean⁹.

Nolanahi ere, 9. taulan argi ikusten den bezala, IMSERSOren datuek erakusten dute nolako eragina eduki duen COVID-19ak 65 urtetik gorako heriotza-tasan. Izan ere, taula horren arabera 2018-2019 aldian heriotza-tasa gordina 7 aldiz handiagoa izan zen etxean bizi ziren mendeko pertsonen artean mendekotasunean ez zeuden pertsonen artean baino, eta 11,3 aldiz handiagoa egoitzetan bizi ziren mendeko pertsonen artean.

⁹ Lurraldeetako datuak zehatzago aztertzen dira SIISen txostenaren 6. eranskinean.



9. taula. Heriotza-tasa gordina (mila biztanleko) 65 urtetik gorako herritarren artean, populazio-motaren eta urtearen arabera xehatuta.

Urtea	Populazio orokorra	Mendekotasunean ez daudenen populazioa	AMASen onuradun diren mendeko pertsonen populazioa	
			Etxean	Egoitza-zentroan
2017	39,28	24,62	159,88	248,86
2018	38,90	23,24	161,81	263,76
2019	38,05	22,44	158,19	254,64
2020	42,39	24,84	171,75	331,66
2021	39,76	23,33	180,88	244,70

Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

Batetik, 2019 eta 2020 artean tasa gehiago igo da egoitza-zentroetan bizi diren pertsonen artean. Hain zuzen ere, 2019 eta 2020 artean mendekotasunean ez dauden 65 urtetik gorako heriotza-tasa % 10,7 gehitu zen (2019an % 22,44 eta 2020an % 24,84), etxean bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasa % 8,6 gehitu zen (2019an milako 158,19 eta 2020an milako 171,75), eta egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasa % 30,2 gehitu zen (2019an milako 254,64 eta 2020an milako 331,66). Milako puntuetan, mendekotasunean ez daudenen heriotza-tasa 2,4 puntu igo zen, etxean bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasa 13,56 puntu igo da, eta egoitza-zentroetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasa 77,02.

Hala ere, 2021ean heriotza-tasek behera egin zutenean, jaitsiera handiagoa izan zen egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen artean: 2021eko heriotza-tasa 2020koa baino % 26,2 baxuagoa izan zen, hau da, heriotza-tasa 86,96 milako urritu zen (2020an milako 331,66 izan zen eta 2021ean milako 244,70). Jaitsieraren intentsitatea oso nabarmena da mendekotasunean ez daudenen artean gertatutakoarekin alderatuz gero: 2021eko heriotza-tasa 2020a baino % 6,1 baxuagoa izan zen, hau da, 2020an milako 24,84 izan zen eta 2021ean milako 23,33.

Egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasan hoberako joera gertatu arren, etxean zerbitzuak edo prestazioak jasotzen dituzten mendeko pertsonen artean heriotza-tasak gora egin zuen berriz ere: % 5,3 igo zen. Hain zuzen ere, talde horretan heriotza-tasa milako 171,75 izan zen 2020an eta milako 180,88 2021ean.

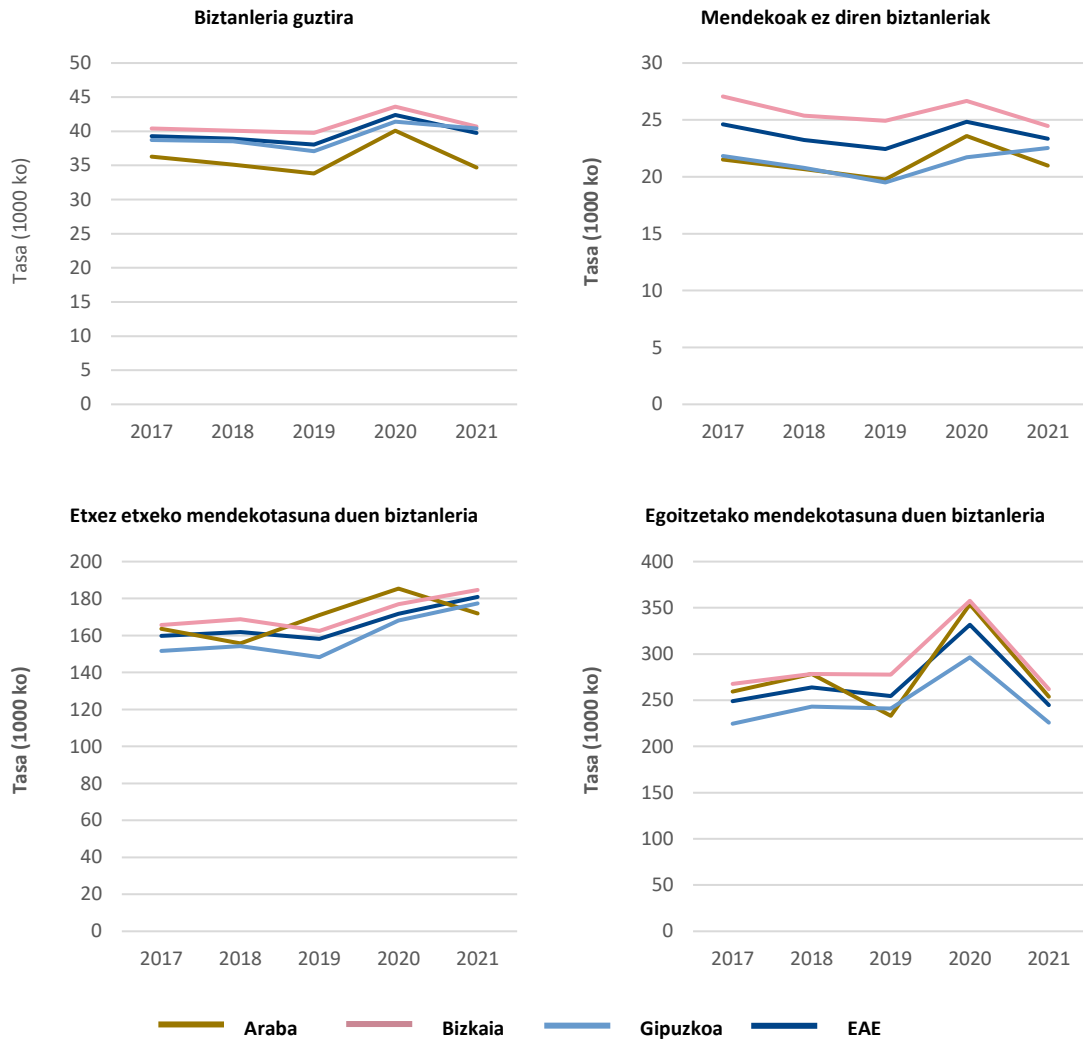
17. grafikoak erakusten duenaren arabera, pandemiaren aurretik 2019ra arte 65 urtetik gorako pertsonen heriotza-tasak goranzko joera zuen, bai 65 urtetik gorako populazio orokorrean, bai mendekotasunean ez dauden pertsonen artean. Aldiz, mendekotasunean dauden pertsonen artean (etxean zein egoitzetan bizi direnak) joera nahiko egonkorra izan da. 2020an heriotza-tasaren joera ona eten zen, eta gora jo zuen populazio guztietan. Gero, 2021ean berriz ere hobetu zen hein batean.

Hala ere, aurrean esan den bezala, batez ere egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasa itzuli zen pandemiaren aurreko mailetara, eta lurralde guztietan, gainera. Hain zuzen ere, horien heriotza-tasa 2017koa edo baxuagoa izan zen.

Etxean bizi diren mendeko pertsonen artean, berriz, 2021ean egoera 2020an baino hobea izan zen, baina ez zen itzuli pandemiaren aurreko mailetara. Mendekotasunik ez duten herritarren artean (eta, beraz, populazio orokorrean), hiru lurraldeetan 2021ean egoera 2020an baino hobea izan bazen ere, Araban soilik murriztu zen heriotza-tasa 2019ko mailara itzultzeko beste. Bizkaian eta Gipuzkoan, 2021ean mendekotasunik gabeko adinekoen heriotza-tasa 2017koa baino altuagoa izan zen.



17. grafikoa. Heriotza-tasa gordinaren (milako) bilakaera, populazio-motaren, lurraldearen eta urtearen arabera xehatuta 2017-2021



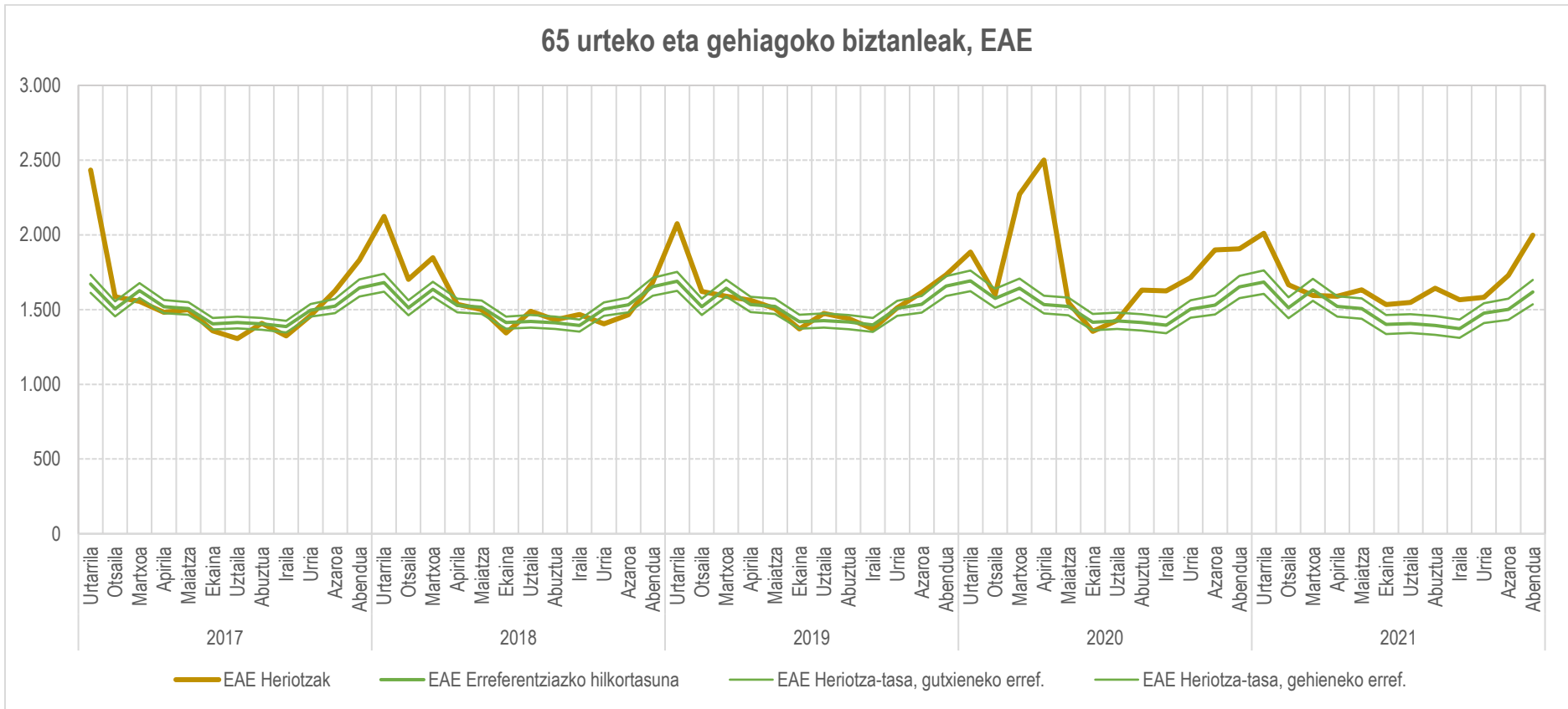
Iturria: Geuk egin IMSESOren datuez baliatuz.

Oharrak: Eskalak desberdinak dira populazio-mota bakoitzean.

Adierazitako joerez gainera, IMSESOren datuak erakusten dute heriotza-tasa patroï baten arabera aldatzen dela urtean zehar. Patroï hori lurralde eta populazio-talde guztietan gertatzen da, eta argi ikusten da 18 - 20 bitarteko grafikoetan EAE osorako.



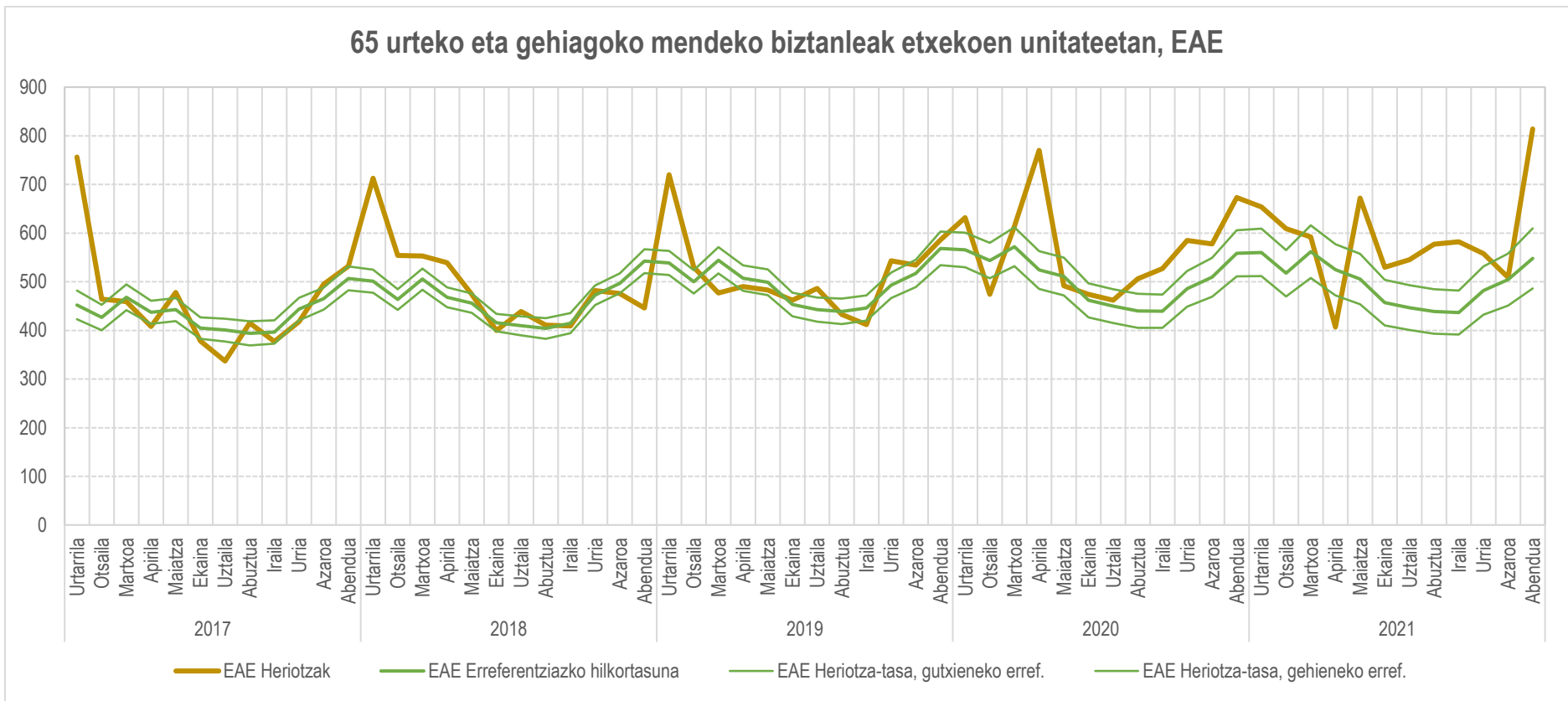
18. grafikoa. 65 urtetik gorako populazio orokorraren heriotzen eta erreferentziako heriotza-tasaren bilakaera, hilaren eta lurralde historikoaren arabera xehatuta. 2017-2021



Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.



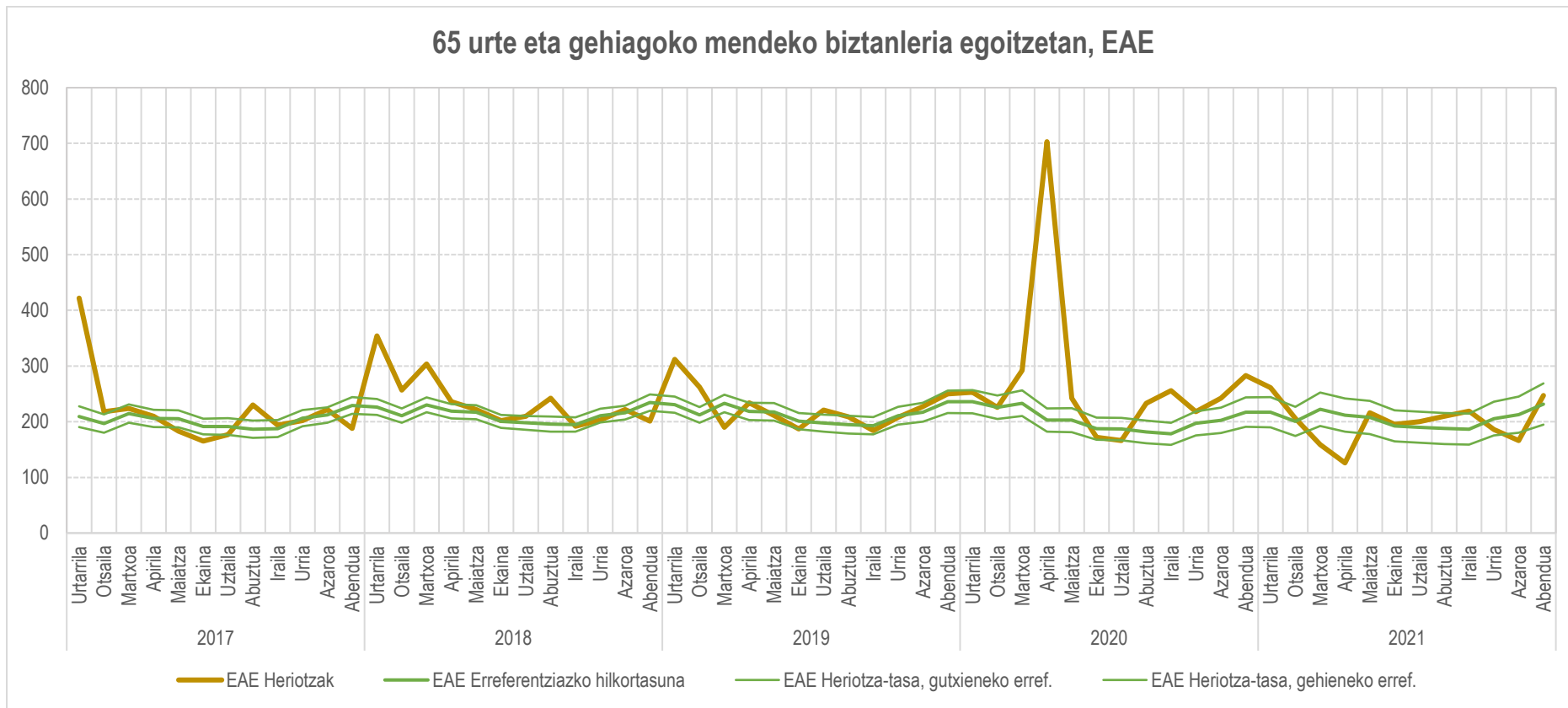
19. grafikoa. Etxean bizi diren 65 urtetik gorako mendeko pertsonen heriotzen eta erreferentziako heriotza-tasaren bilakaera, hilaren eta lurralde historikoaren arabera xehatuta. 2017-2021



Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.



20. grafikoa. Egoitzetan bizi diren 65 urtetik gorako mendeko pertsonen heriotzen eta erreferentziako heriotza-tasaren bilakaera, hilaren eta lurralde historikoaren arabera xehatuta. 2017-2021



Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.



Aurreko grafikoetan ikusten den bezala, urtero, heriotzen kopurua neguko hiletan igotzen da gehien, eta udazkenean eta udazkenean jaitsi egiten da. Neguko heriotzak gripearekin lotuta egoten dira. Negu batzuetan (2017koan esaterako) gripeak heriotza asko eragiten ditu mendekotasunean ez dauden 65 urtetik gorako artean. Udan ere izaten dira heriotza-gorakadak beroteen eraginez, batez ere uztailean eta abuztuan. Nolanahi ere, udako heriotza-gehikuntzak negukoak baino askoz apalagoak izaten dira. Grafikoetan *baseline* edo erreferentziako heriotza-tasa horiz agertzen da, goiko eta beheko konfiantza-tartearekin; lerro horrek adierazten du zenbat heriotza aurreikusten diren ohiko inguruabarretan aztertutako aldian zehar.

Ohar garrantzitsu bat egin behar da datu horiez: ereduan pandemiaren aurreko urteetako heriotza-gorakadak gehiegizko heriotza-tasatzat hartzen dira. Hori dela-eta, grafikoek erakusten dute gehiegizko heriotzak gertatu direla urtero neguko hiletan, eta egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen artean 2017an eta 2018an gehiegizko heriotzen gorakadatxoak gertatu zirela.

Gehiegizko heriotzen gorakada horiek alderatzen badira 2020ko martxoan eta apirilean gertatu ziren heriotzen gorakadekin (ohiko inguruabarretan, sasoi horretan heriotza-tasa baxua izango zen), agerian geratzen da pandemiak eragin oso handia izan zuela heriotza-tasan¹⁰. Alderatzen baditugu 18. grafikoa, populazio orokorrari buruzkoa, eta 20. grafikoa, egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen heriotzei buruzkoa, argi eta garbi ikusten da 2020ko udaberriko heriotza-gorakada handiagoa izan zela pertsona horien artean beste guztien artean baino. Hala ere, egoitzetako egoera asko hobetu zen 2021ean, eta urtarrilaz gero heriotza-tasa erreferentziako heriotza-tasaren goiko mugaren barruan egon zen. Aldiz, populazio orokorrean eta etxean bizi diren mendeko pertsonen artean gehiegizko heriotza-tasak egon ziren 2021. urteko zatirik handienean.

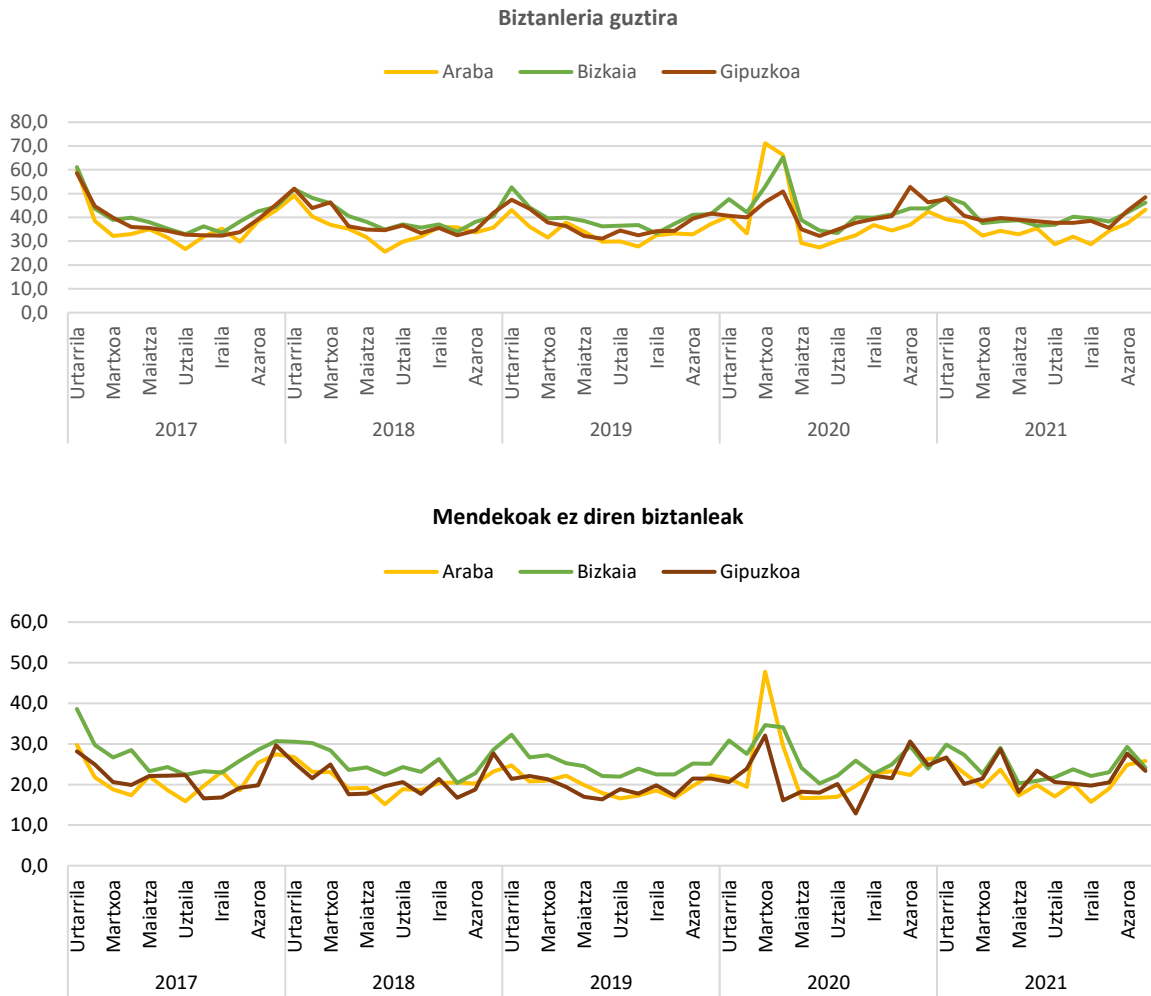
21. grafikoan 65 urtetik gorako populazio orokorraren heriotza-tasa gordinak ageri dira, lurralde historikoaren arabera eta hilabeteka xehatuta. Horren arabera, 2020ko udaberrian Covid-19aren epidemiaren eraginik handiena jasan zuena Arabako heriotza-tasa izan zen, betidanik Gipuzkoakoa eta batez ere Bizkaikoa baino baxuagoa izan dena: heriotza-tasak altuagoak izan ziren, eta eragina lehenago nabaritu zen. Hala ere, heriotzak aurreikusitako mailetara itzuli zirenean, Arabako heriotza-tasa beste bi lurraldeetakoak baino baxuagoa izan zen aztertutako aldi osoan.

Aldiz, Gipuzkoan pandemiaren lehen ondorioak leunagoak izan ziren (heriotza-tasa 2017koa baino baxuagoa izan zen), baina 2020ko azaroko heriotzen gorakada 2020ko apirilekoa baino askoz handiagoa izan zen, batez ere mendekotasunik ez duten pertsonen artean. Gainera, Araban eta Bizkaian ez zer gertatu gorakada hori.

¹⁰ Nolanahi ere, zehaztu beharra dago 2020ko neguan ez zela gertatu heriotza-gorakadarik, beharbada prozesua atzeratu zelako edo.

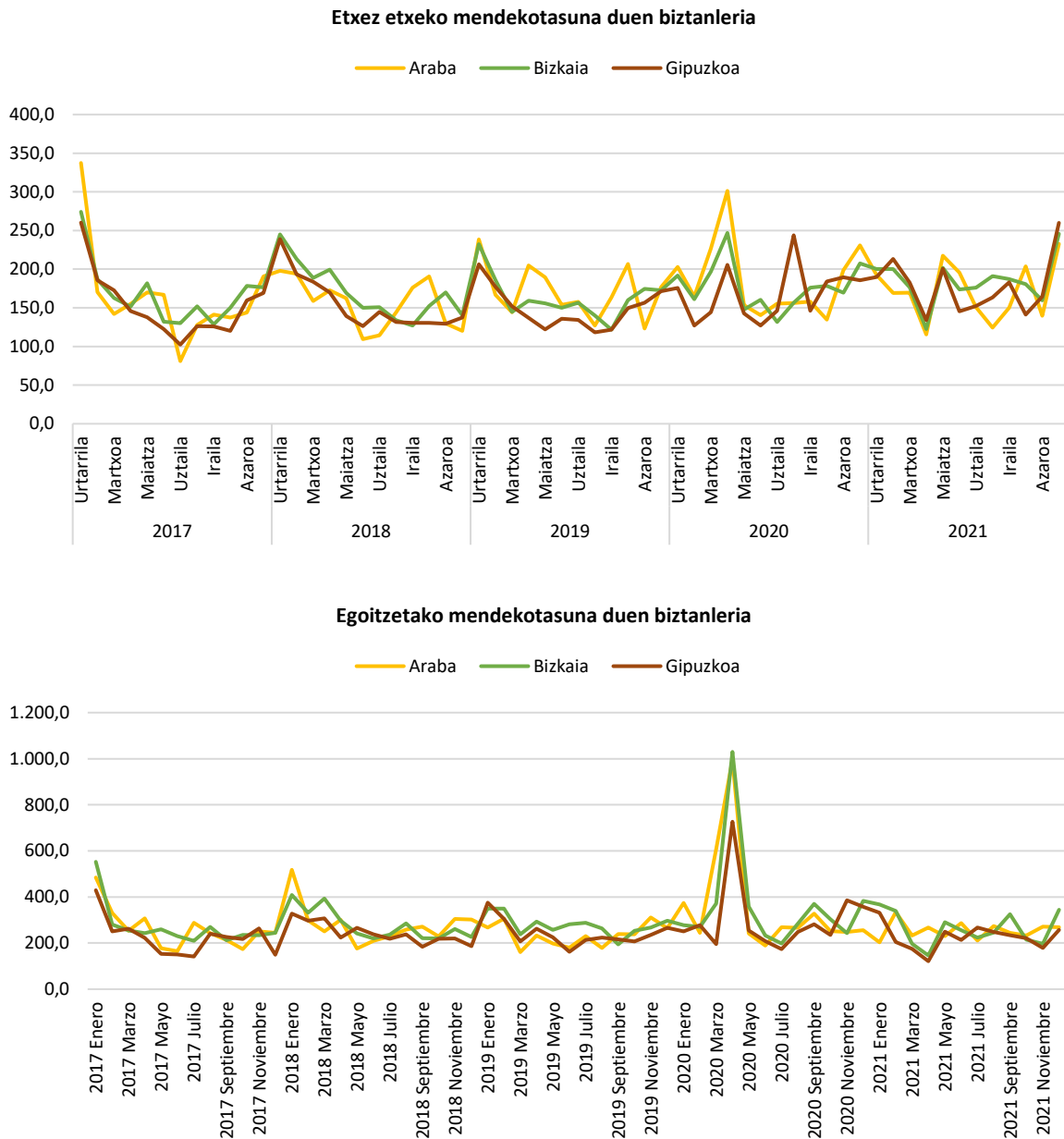


21. grafikoa. EAEko populazio orokorraren eta mendekotasunik gabeko 65 urtetik gorako pertsonen heriotza-tasa gordinaren (HTG, milako) bilakaera, lurralde historikoaren arabera eta hilabeteke xehatuta.



Iturria: Geuk egina, IMSERSOren datuetan oinarrituta.

22. grafikoa. EAEko 65 urtetik gorako mendeko pertsonen heriotza-tasa gordinaren (HTG, milako) bilakaera, lurralde historikoaren arabera eta hilabeteka xehatuta.



Iturria: Geuk egina, IMSERSOren datuetan oinarrituta.

22. grafikoa AMASen zerbitzu edo prestazioren bat jasotzen duten mendeko pertsonen heriotza-tasen bilakaera ageri da. Grafikoa zenbait gauza argitzen du. Batetik, etxean bizi diren mendeko pertsonak direla-eta, 2020ko udaberrian Gipuzkoan egoera oso ona izan zen, heriotza-tasak aurreko urteetakoak baino baxuagoak izan baitziren. Aldiz, Araban egoera oso larria izan zen: 2020ko apirileko heriotza-tasa azken negukoa hala bi izan zen (hau da, 2020ko urtarrilekoa baino % 98 altuagoa izan zen). Bizkaian ere egoera ez zen ona izan: apirileko heriotza-tasa urtarrilekoa baino % 29 handiagoa izan zen. Hala ere, Gipuzkoan, etxean bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasak okerrera egin zuen abuztuan: gorakada martxokoa baino handiagoa izan zen, eta 2017ko neguko tasetatik hurbil ibili zen.



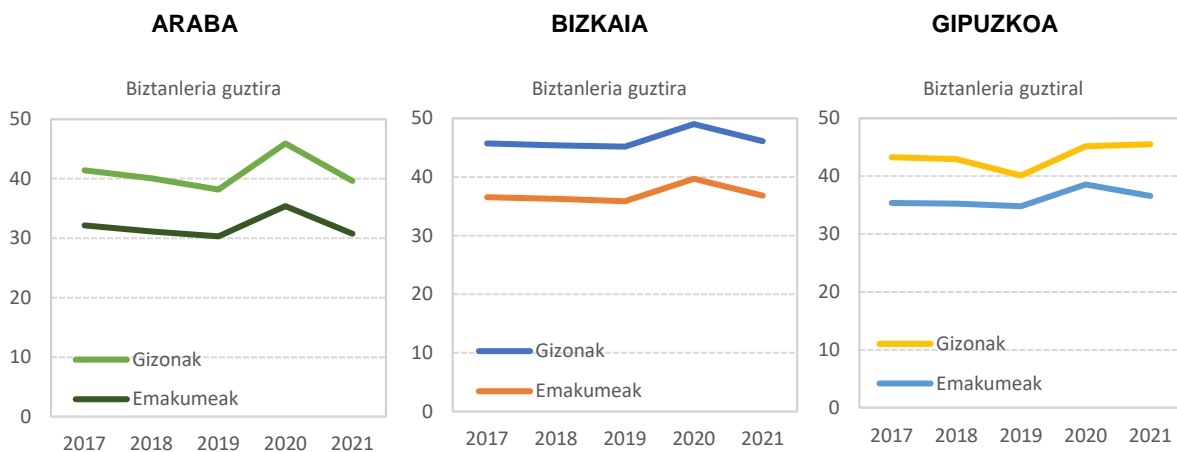
Egoitzetan bizi diren mendeko pertsonak direla-eta (horiek ere 22. grafikoan aztertzen dira), horien heriotza-tasak izugarriko gorakada izan zuen 2020ko udaberrian. Hain zuzen ere, 2020ko apirilean heriotza-tasa gordina pandemiaren aurreko aldirik txarrenekoa (2017ko urtarrilekoa) halako bi inguru izan zen. Izan ere, Arabako heriotza-tasa 2,1 aldiz handiagoa izan zen, Bizkaian 1,8 aldiz handiagoa, eta Gipuzkoan 1,7 aldiz handiagoa. Halaber, tasak aurreko urteko apirilekoak baino hiru - lau aldiz altuagoak izan ziren.

Beste alde batetik, Gipuzkoako eta Bizkaiko egoitzetan beste heriotza-gorakada bat gertatu zen 2020ko udazkenean, baina askoz leunagoa. Udazkeneko gorakada ohi baino lehenago gertatu zen, aurreko urteetan heriotza-gehikuntza neguan izaten zen eta. Gainera, aipatu beharra dago Arabako egoitzetan ez zela izan heriotza-gorakadarik 2020ko udazkenean. Oso deigarria da Arabako egoitzetan olatu hura saihestu izana.

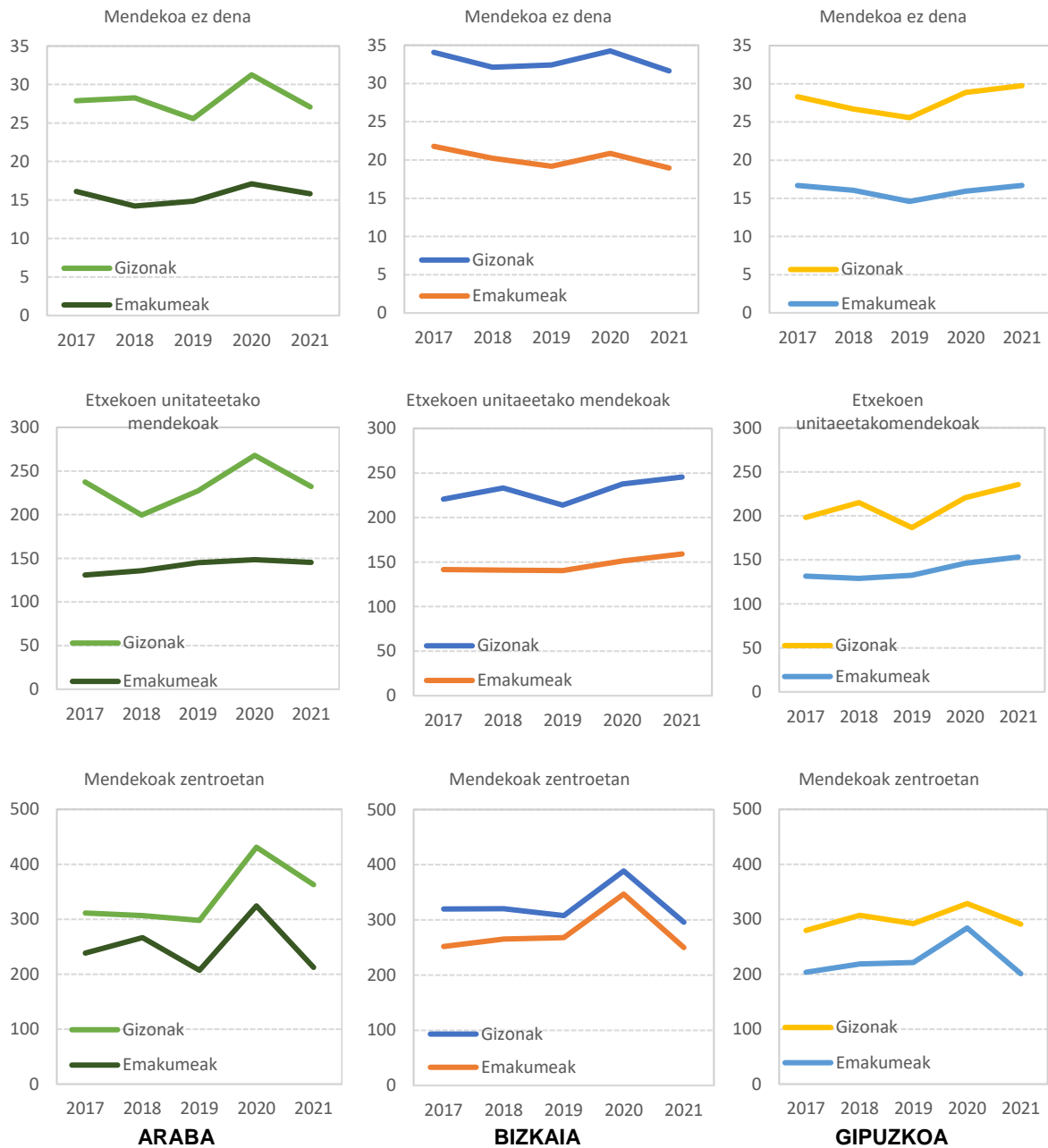
23. grafikoan heriotza-tasak ezaugarri soziodemografikoen arabera aztertzen dira (populazio-motak tamainaren eta sexuaren arabera xehatuta), lurralde bakoitzeko datuak bereizita.

Grafiko horrek lehenbizi erakusten du emakumeen heriotza-tasak gizonenak baino baxuagoak izan zirela, lurraldea eta populazio-mota gorabehera. Hala ere, gizonen eta emakumeen heriotza-tasen arteko diferentzia handiagoa mendekotasunik ez duten pertsonen eta etxean bizi diren mendeko pertsonen artean egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen artean baino.

23. grafikoa. Heriotza-tasa gordinaren (milako) bilakaera, populazio-motaren, sexuaren, urtearen eta lurraldearen arabera xehatuta



23. grafikoa. Heriotza-tasa gordinaren (milako) bilakaera, populazio-motaren, sexuaren, urtearen eta lurraldearen arabera zehatuta (jarraipena)



Iturria: Geuk egina, IMSERSOren datuetan oinarrituta.

Oharra: grafikoetako eskalak desberdinak dira populazio-mota bakoitzean

Grafikoan ageri den heriotza-tasa gordinaren bilakaera aztertuz gero, honako ondorio hauek ateratzen dira:

- a) Lehenbizi, pandemiaren aurreko aldiarekin (2017-2019), alderatuta, heriotza-tasak egonkorrak izan dira edo beherako joera izan dute talde gehienetan.



Bi salbuespen daude: Arabako egoitzetan bizi diren mendeko emakumeen heriotza-tasak gora egin du apur bat, eta gauza bera gertatu da Bizkaiko eta Gipuzkoako egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasekin (Bizkaiko egoitzetan, gizonen artean izan ezik).

Joera hori nahiko adierazgarria da. Izan ere, egoitzetan bizi diren pertsonen heriotza-tasaren bilakaera eta gainerako pertsonen heriotza-tasaren bilakaera desberdinak izan ziren, eta hori kontuan eduki behar da talde honetan gertatu diren gehiegizko heriotzen eredia eratzeko¹¹.

- b) Bigarrenik, heriotza-tasek pandemiaren urteetan izan duten bilakaera dela-eta, 2020. urteetan gehikuntza oso handia gertatu de talde guztietan. Gehikuntza zerbait handiagoa izan da Araban beste bi lurraldeetan baino.
- c) Azkenik, 2021. urtean Araban heriotza-tasek hobera egin dute aztertutako populazio-talde guztietan. Salbuespena: etxean bizi diren mendeko emakumeen heriotza-tasaren hobekuntza oso txikia izan da, ia ez igartzeko modukoa.

Bizkaian, mendekotasunik ez dauden pertsonen eta egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen egoera hobea izan da, baina etxean bizi diren mendeko pertsonen artean heriotza-tasak gora egin du.

Gipuzkoan, azkenik, 2021. urtean heriotza-tasak gora egin du mendekotasunik ez duten pertsonen artean zein etxean bizi diren mendeko pertsonen artean, batez ere gizonen artean. Aldiz, egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasaren bilakaera koherentea da beste lurraldeetakoarekin, 2021eko heriotza-tasa 2020koa baino askoz baxuagoa izan da eta (baxuagoa emakumeen artean gizonen artean baino).

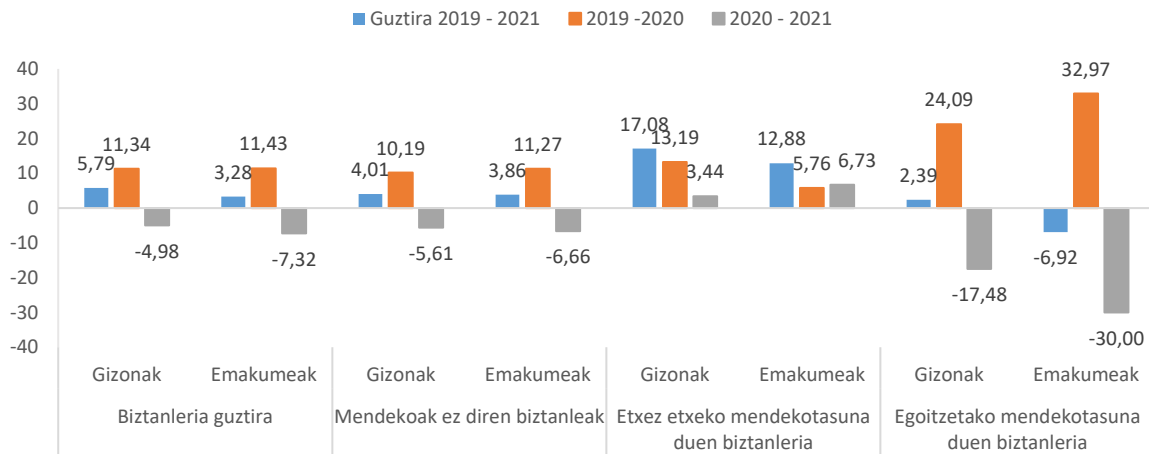
Laburbilduta, esan daiteke 2020. urtean heriotza-tasen bilakaera txarragoa izan zela egoitzetan bizi diren artean, eta gero, 2021. urtean, hobea izan dela, batez ere etxean bizi diren pertsonen heriotza-tasen bilakaerarekin alderatuz gero, ia-ia pandemiaren aurreko mailetara itzuli baitira. Salbuespen bakarra Arabako egoitzetako mendeko gizonen artean gertatu da: 2021eko heriotza-tasak 2019koak baino % 22 altuagoak izan dira.

24. grafikoan islatzen da nolako diferentziak izan diren sexuaren arabera pandemiak eragindako heriotzen intentsitatean. Horren arabera, orokorrean, egoitzetan bizi diren pertsonen artean, emakumeen heriotza-tasaren bilakaera hobea izan da gizonena baino.

Mendekotasuna duten pertsonen artean, beste alde batetik, egoitzetan bizi diren pertsonen heriotza-tasaren bilakaera hobea izan da beste guztiena baino, bai gizonen artean, bai emakumeen artean. Hain zuzen ere, egoitzetan bizi diren emakumeen heriotza-tasa 2021. urtean 2019koa baino % 7 baxuagoa izan da.

¹¹ Egitate demografiko egiaztatua da populazioaren heriotza-tasak geroz hobeak direla denbora igaro ahala, are adinekoen artean ere; horren ondorioz, azken hamarkadetan bizi-itxaropena luzatu da. Beraz, Bizkaiko eta Gipuzkoako egoitzetako mendeko pertsonen heriotza-tasaren bilakaera aurreikusitakoaren kontrakoa da. Joera hori IMSERSOren datuak urte gutxitakoak izateak eragindako akatsa ote den argitzeko, egiaztapenak egin dira foru aldundiek emandako datuekin (2015etik aurrerako datuak), hain zuzen ere Gipuzkoako Foru Aldundiak azken 10 urteetan egoitzetan izan diren heriotzei buruz emandako datuekin. Bi iturrietako datuek emaitza bera ematen dutenez, erabaki da joera baliozkoa dela eta aplikatu daitekeela gehiegizko heriotzen ereduetan.

24. grafikoa. EAEko 65 urtetik gorakoen heriotza-tasa gordinaren aldakuntza (%), populazio-motaren eta urtearen arabera xehatuta.



Iturria: Geuk egina, IMSERSOren datuetan oinarrituta.

10. taulan adin-taldearen heriotza-tasen arteko diferentziak islatzen dira. Nabarmendu beharreko lehen datua honako hau da: 2019. urtean, 65 urtetik gorako taldean, 80 urte eta gehiagoko pertsonen heriotza-tasa (88,22 milako) sei aldiz handiagoa izan zen 65 - 79 urte bitarteko pertsonena baino (14,42 milako).

Ostera, mendeko pertsonen heriotza-tasen arteko diferentziak askoz txikiagoak dira, etxean edo egoitza-zentroetan bizitzea gorabehera. Horren ildotik, 80 urtetik gorako mendeko pertsonen heriotza-tasa bi aldiz altuagoa da adin horretatik beherako mendeko pertsonena baino: adibidez, 2019an, etxean bizi diren mendekoen taldean, 80 urtetik gorako heriotza-tasa milako 178,65 izan zen eta adin horretatik beherakoena milako 91,76; egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen taldean, 80tik gorako heriotza-tasa milako 287,16 izan zen eta adin horretatik beherakoena milako 133,49.

Beste alde batetik, 10. taulako datuek erakusten dute mendekotasunak heriotza-arriskua handitzen duela, bai pertsona oso zaharren artean, bai gazteagoen artean. Hain zuzen ere, 2019an, mendekotasunik gabeko pertsonen heriotza-tasa milako 11,42 izan zen, etxean bizi diren mendeko pertsonena milako 91,76 izan zen, eta egoitza-zentroetan bizi direnena milako 133,49.

10. taula. Heriotza-tasa gordina (mila biztanleko) 65 urtetik gorako herritarren artean, herritar motaren eta adin-taldearen arabera, urteka xehatuta. EAE 2017-2021.

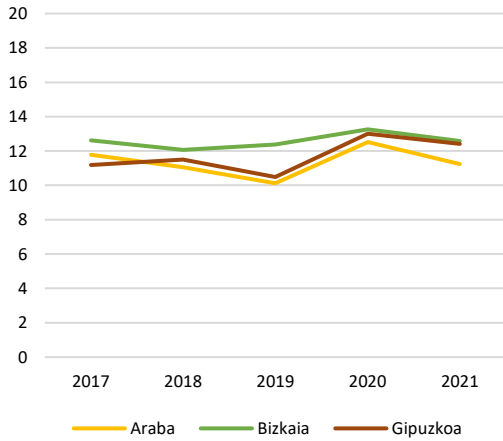
	Populazio orokorra		Mendekotasunik ez dutenak		Mendekoak etxean		Mendekoak zentroan	
	65-79 urte	80 urte eta gehiago	65-79 urte	80 urte eta gehiago	65-79 urte	80 urte eta gehiago	65-79 urte	80 urte eta gehiago
2017	14,97	88,40	12,03	56,15	93,46	180,36	143,37	275,82
2018	14,64	88,85	11,73	52,92	85,87	185,29	155,81	291,34
2019	14,42	88,22	11,42	52,17	91,76	178,65	133,49	287,16
2020	16,32	98,81	13,08	57,12	93,93	195,93	178,59	375,08
2021	15,57	92,27	12,33	53,44	99,65	206,53	149,35	272,89

Iturria: Geuk egina, IMSERSOren datuetan oinarrituta.

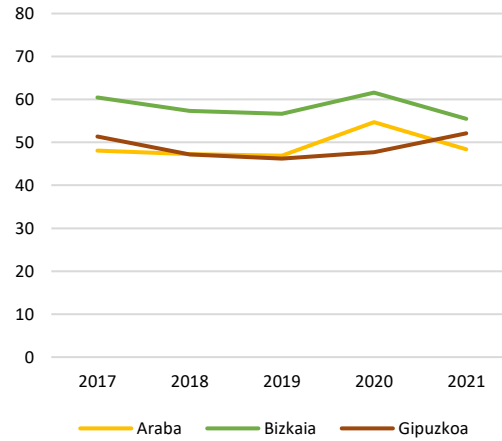
25. grafikoa. 65 urtetik gorako heriotza-tasaren (milako) bilakaera, populazio-motaren, adin-taldearen, lurralde historikoaren eta urtearen arabera xehatuta. 2017-2021.



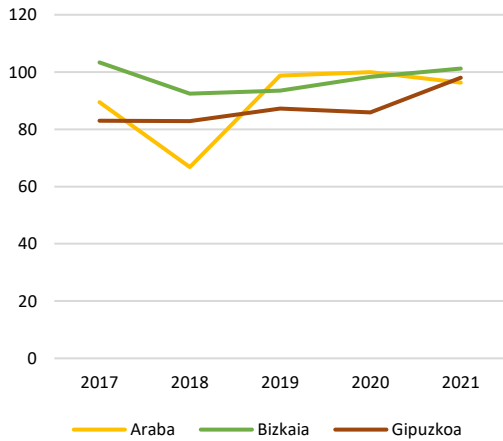
Mendekoak ez direnak: 65 -79 urte



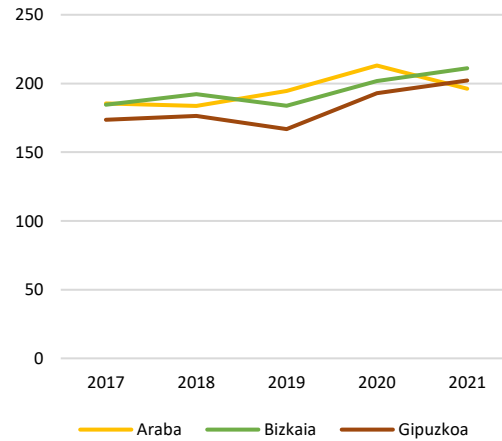
Mendekoak ez direnak: 80 urte eta gehiago



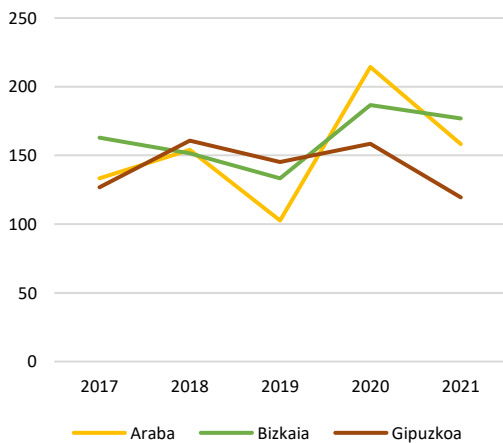
Etxetako mendekoak: 65 - 79 urte



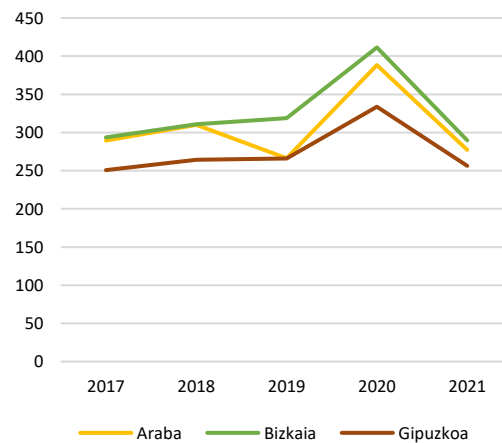
Etxetako mendekoak: 80 urte eta gehiago



Egoitzetako mendekoak: 65 - 79 urte



Egoitzetako mendekoak: 80 urte eta gehiago



Iturria: Geuk egina, IMSERSOren datuetan oinarrituta.
 Oharra: grafikoetako eskalak desberdinak dira populazio-mota bakoitzean



25. grafikoak erakusten du nolakoa izan den heriotza-tasen bilakaera lurralde historiko bakoitzean, populazio-motaren eta adin-taldearen arabera. Honako diferentzia hauek ageri dira adinaren arabera:

- a) Pandemiaren aurreko urteetan mendekotasunik gabeko pertsonen heriotza-tasa apur bat beheraka ibili zen; beheranzko joera handiagoa zen 65 - 79 urte bitartekoen artean 80tik gorakoen artean baino.

Etxean bizi diren mendeko pertsonen taldean ez da ikusten joera argirik: tasak goraka joan ziren Araban, eta Gipuzkoako 80 urtetik gorako pertsonen artean; aldiz, Bizkaian eta Gipuzkoako 65 - 79 urte bitarteko taldean jaitsi egin ziren.

Egoitza-zentroetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasen bilakaeran patroia argia dago: Araban, tasek behera egin zuten bi adin-taldeetan; Gipuzkoan, 65 - 79 urte bitartekoen tasak behera egin zuten, baina 80tik gorako pertsonak gora egin zuten; Gipuzkoan, tasak igo egin ziren bi adin-taldeetan.

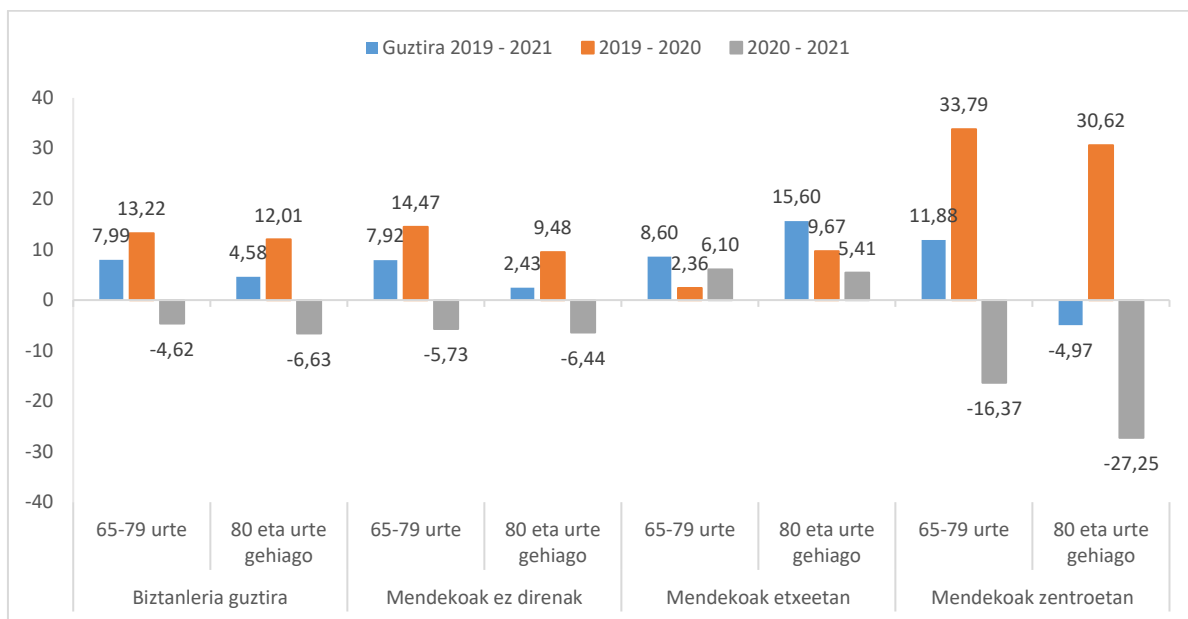
- b) 2020. urtean, heriotza-tasek gorakada handia izan zuten populazio eta adin-talde gehienetan Nolanahi ere, salbuespen aipagarria egon zen: Gipuzkoako 65 - 79 urte bitarteko adinekoak, etxean bizi direnak. 2020. urtean pertsona horien heriotza-tasa ez zen igo; aitzitik, zertxobait jaitsi zen.
- c) Azkenik, 2021eko bilakaera ona izan zen talde gehienetan, 2020ko tasekin alderatuta. Salbuespenak: Gipuzkoako eta Bizkaiko mendeko pertsonak, etxean bizi direnak (tasak gora egin zuen bi lurraldeetan) eta Gipuzkoako 80 urtetik gorako mendekotasunik gabeko pertsonak. Arinki bada ere, kolektibo horrek 2020an hasitako goranzko joerari eusten dio.

26. grafikoan 65 urtetik gorakoen heriotza-tasaren bilakaera islatzen da, adin-taldeen arabera xehatuta. Hona joera-datu nagusiak:

- a) 65 urtetik gorako populazio orokorrean, 2019-2021 aldian heriotza-tasaren gehikuntza orokorra % 8 izan zen 65 - 79 urte bitarteko pertsonen artean eta 80tik gorako pertsonen artean % 4,6.
- b) Mendekotasunik gabeko pertsonak kontuan hartuta, 2020-2021 aldian egoera hobetu bazen ere, 2021eko heriotza-tasa 2019koa baino % 7,9 altuagoa izan zen 65 - 79 urte bitarteko pertsonen artean. 80 urtetik gorakoen artean gorakada % 2,4 baino ez zen izan.
- c) AMASen onuradun diren mendeko pertsonen populazioan, etxean bizi direnen heriotza-tasak gora egin zuten 2019tik 2020ra, bai eta 2020tik 2021era ere. Guztira, 65 - 79 urte bitarteko pertsonen heriotza-tasaren gorakada % 8,6 izan zen eta 80 urtetik gorako pertsonen heriotza-tasarena % 15,6.
- d) Azkenik, egoitza-zentroetan bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasa asko igo zen 2020. urtean zehar (% 30 baino gehiago), eta igoera handiagoa izan zen 65 - 79 urte bitartekoen artean 80tik gorakoen artean baino (% 33,8 eta % 30,6 hurrenez hurren).

Gehikuntza hori 2021eko heriotza-tasen beherakada handiak konpentsatu zuen. Etxean bizi diren mendeko pertsonen taldearen barruan balantzea hobea izan zen 80 urtetik gorakoen artean, 2021eko heriotza-tasa 2019koa baino ia % 5 baxuagoa zen eta. Aldiz, 2019-2021 aldian % 11,9 igo zen 65 - 79 urte bitartekoen heriotza-tasa, hau da, adin-talde horretako beste populazio batzuetan baino gehiago.

26. grafikoa. 65 urtetik gorakoen heriotza-tasaren bilakaera, populazio-motaren, adin-taldearen eta urtearen arabera xehatuta.



Iturria: Geuk egina, IMSERSOren datuetan oinarrituta.

3.1.2. 65 urtetik gorako gehiegizko heriotzen zenbatespena

11. taulan zenbatetsi diren heriotzen kopuruak ageri dira, populazio-motaren eta lurralde historikoaren arabera xehatuta, aurreko atalean azaldu diren joerak kontuan hartuz. 12. taulan aurreikusitako heriotza-tasak (ehunekoak) ageri dira, urteka xehatuta.

11. taulako zenbatespenen arabera, EAEko 65 urtetik gorako populazioan gehiegizko 5.134 heriotza gertatu ziren: 2020.urtean 3.061 (% 59,6) eta 2021. urtean 2.073 (% 40,4). Gehiegizko 5.134 heriotza horietatik, 758 (% 14,8) egoitzetan bizi ziren mendeko pertsonak izan ziren.

12. taulak erakusten duenez, EAEko datu orokorren arabera gehiegizko heriotza-tasen artean desberdintasun nahiko handiak izan ziren populazio-motaren arabera. Mendekotasunik gabeko pertsonen artean gehiegizko heriotza-tasa handiagoa izan zen 2020an 2021ean baino, baina diferentzia ez da handia: 2020an % 17,1 eta 2021ean % 13,5. Egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen artean gehiegizko heriotza-tasa oso altua izan zen 2020an (% 34, aurreikusitako heriotza-tasaren aldean), baina 2021. urtean aurreikusitakoaren barruan egon zen (% -3,1)¹². Aldiz, etxean prestazio edo zerbitzuren bat jasotzen duten mendeko pertsonen gehiegizko heriotza-tasa altua izan zen bai 2020an bai 2021ean, eta urte batetik bestera gora egin zuen: 2020an % 12 eta 2021ean % 17,8.

¹² Nahiz eta 2021ean egoitzetan bizi ziren pertsonen heriotza-tasa negatiboa izan (hau da, aurreikusitakoak baino heriotza gutxiago), kontuan eduki behar da konfiantza-tartean 0 balioa dagoela, zeren eta, horren arabera, pentsa baliteke 2021. urtean egoitzetako egoera ez dela ibili aurreikusitakotik oso urrun.



11. taula. 65 urtetik gorakoen populazioaren gehiegizko heriotzen kopurua, populazio-taldearen eta lurralde historikoaren arabera xehatuta. 2020 eta 2021

Populazio-mota	EAE		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotzak	KT*
65 urtetik gorakoak, guztira	2.02	[2333-3789]		[406-707]		[1231-1892]		[696-1189]
	0	3.061	556	707	1.562	1892	942	1189
	2.02	[1245-2901]	221	[49-393]	956	[580-1331]	897	[617-1177]
Mendekotasunik ez dutenak	202	[973-2318]		[128-470]		[434-1309]		[40-733]
	0	1.646	299	470	872	1309	386	733
	202	[390-2142]	164	[-60-388]	515	[-55-1084]	579	[120-1038]
Mendekoak etxean	202	[275-1178]		[-66-183]		[117-760]		[167-536]
	0	727	58	183	439	760	351	536
	2.02	[462-1670]	-26	[-207-156]	617	[180-1054]	479	[241-716]
Mendekoak egoitzetan	2.02	[576-1092]		[108-282]		[196-477]		[120-454]
	0	834	195	282	337	477	287	454
	2.02	[-430-278]	23	[-104-151]	-73	[-263-118]	-40	[-270-191]

Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

*KT: Konfiantza-tartea. Lodiz ageri dira estatistiketarako adierazgarriak diren balioak.

12. taula. 65 urtetik gorako populazioaren gehiegizko heriotza-tasa, populazio-taldearen eta lurralde historikoaren arabera xehatuta. 2020 eta 2021

Populazio-mota	EAE		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*
65 urtetik gorakoak, guztira	20	[12.3-21.6]		[16.5-32.7]		[11.8-19.3]		[11.4-21.2]
	20	16,7	24,0	32,7	15,4	19,3	16,1	21,2
	21	[6.6-16.9]	9,7	[2-18.7]	9,6	[5.6-13.9]	15,5	[10.2-21.4]
Mendekotasunik ez dutenak	20	[9.4-25.8]		[9-43.2]		[7.2-25.4]		[1.3-30]
	20	17,1	23,8	43,2	15,6	25,4	13,8	30
	21	[3.8-25.2]	13,4	[-4.1-38.7]	9,5	[-0.9-22.3]	21,2	[3.8-45.6]
Mendekoak etxean	20	[8.5-34.6]		[-8.5-34.6]		[3.2-24.8]		[7.6-29.3]
	20	12,0	8,9	34,6	13,0	24,8	17,4	29,3
	21	[4.2-21]	-3,8	[-24-31.3]	18,2	[4.7-35.8]	25,0	[11.2-42.7]
Mendekoak egoitzetan	20	[21.3-49.8]		[22-89]		[16.4-52.2]		[10.3-54.8]
	20	34,0	48,3	89	32,0	52,2	28,8	54,8
	21	[-15.2-13.2]	5,4	[-18.8-50.8]	-6,9	[-21.1-13.6]	-4,0	[-22-24.9]

Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

2020 - 2021 bitartean egoitza-zentroetako heriotza-tasaren bilakaera ona izan zen: 2019 - 2020 bitartean 65 urtetik gorako gehiegizko heriotza-tasaren % 27,2 zentro horietan gertatu zen, eta, aldiz, 2020 eta 2021 bitartean egoitza-zentroek ia ez zuten eraginik izan adin-tarte horretako pertsonen gehiegizko heriotza-tasan; are gehiago, heriotza-tasa aurreikusitakotik behera ibili zen (edo egonkortu egin zen behintzat).

Lurralde historikoetara etorruta, 2020. urtea oso txarra izan zen Araban egoitzetako mendeko pertsonentzat, heriotza-tasa aurreikusitakoa baino % 48,3 altuagoa izan baitzen. Gainera, Bizkaian eta Gipuzkoan ere gehikuntzak izan ziren, % 32 eta % 28,8 hurrenez hurren. 2021. urtean, berriz, egoera lurralde guztietan hobetu zen: ez zen gertatu gehiegizko heriotza-tasa adierazgarririk inon



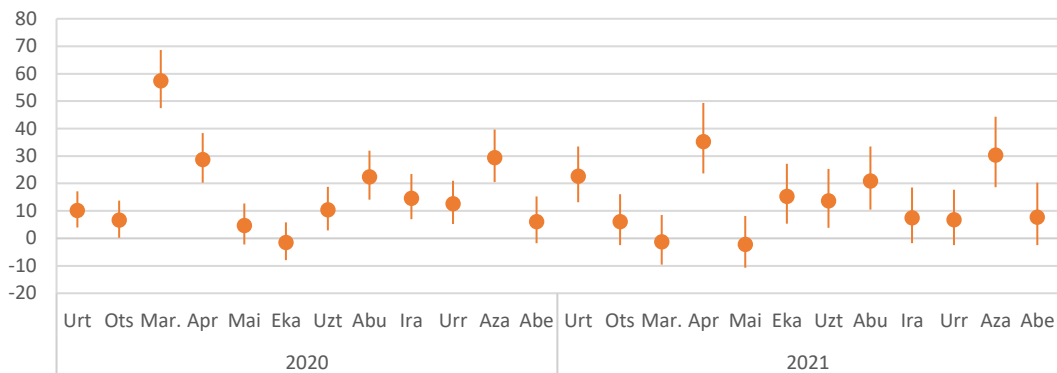
(Arabian zenbatetsitako gehiegizko heriotza-tasa % 5,4 baizik ez zen izan), eta Bizkaian eta Gipuzkoan heriotza-tasa aurreikusitakoa baino baxuagoa izan zen (Bizkaian -% 6,9 eta Gipuzkoan -% 4).

2020an, etxean bizi diren mendeko pertsonen artean gehiegizko heriotza-tasak egon ziren hiru lurraldeetan: Gipuzkoan % 17,4, Bizkaian % 13, eta Araban % 8,9. Hala ere, egoitzetan bizi diren mendeko pertsonen populazioan ez bezala, 2021ean ere gehiegizko heriotza-tasak egon ziren etxean bizi diren mendeko pertsonen artean Bizkaian eta Gipuzkoan, % 18,2 eta % 25 hurrenez hurren. Araban, ostera, etxean bizi diren mendeko pertsonen heriotza-tasa ohiko mugen barruan egon zen, baina zertxobait lerratuta uste baino tasa txikiagora (-% 3,8).

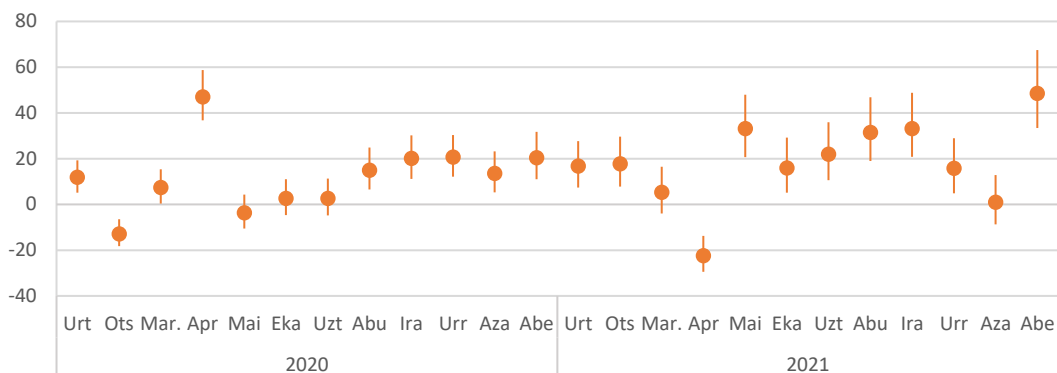
2020an, mendekotasunik gabeko pertsonen artean gehiegizko heriotza-tasa izan zen hiru lurraldeetan: % 23,8 Araban, % 15,6 Bizkaian eta % 13,8 Gipuzkoan. 2021ean ere gehiegizko heriotza-tasak egon ziren hiru lurraldeetan, baina ez hain handiak: % 21,2 Gipuzkoan, % 13,4 Araban, eta % 9,5 Bizkaian.

Aurreko informazioaren osagarri gisa, 27. grafikoan EAEko gehiegizko heriotza-tasa azaltzen da (aurreikusitako heriotzen ehunekoa), hilabeteka eta populazio-motaren arabera xehatuta.

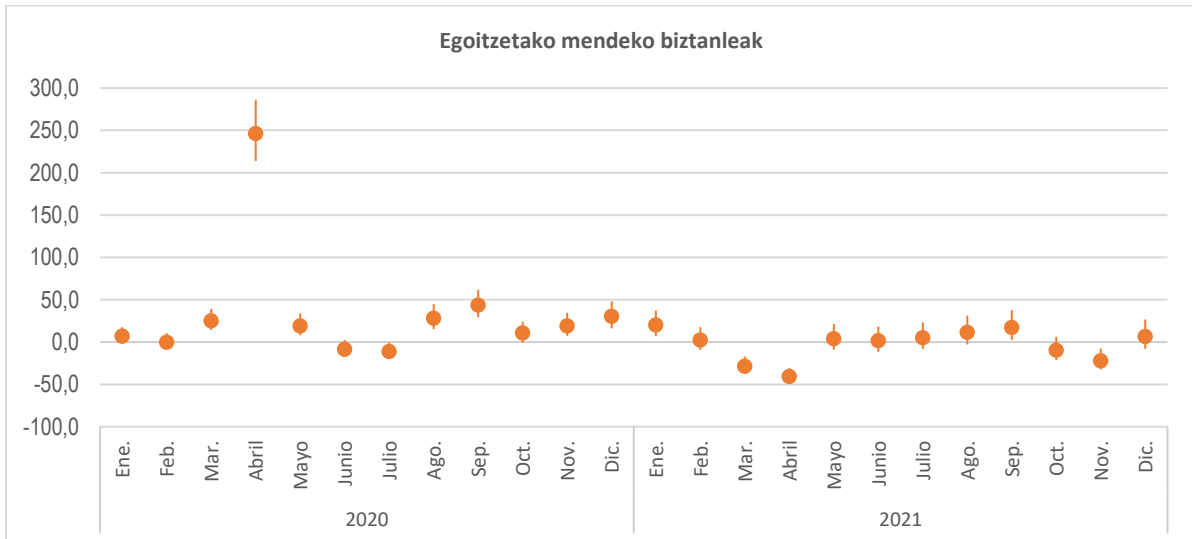
Mendekoak ez diren biztanleriak



Etxeetako mendeko biztanleak



Egoitzetako mendeko biztanleak



Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

Datuen aurkezpena errazteko, eskala ez da bera grafikoko atal guztietan.

Grafikoan argi ikusten da zein latza izan zen 2020ko apirila egoitzetan bizi zirenentzat, gehiegizko heriotza-tasa % 246 izan baitzen (hau da, aurreikusitakoa halako 3,5). Aurretik ere, heriotza-tasa gehiegizkoa izan zen martxoan: % 25,3. Maiatzean joerak bere hartan jarraitu zuen, eta gehiegizko heriotzak izan ziren, aurreikusitakoak baino % 19,2 gehiago.

2020ko abuztuan gehiegizko heriotza-tasa izan zen berriz ere, eta joerak 2021eko urtarrilera arte iraun zuen. Abuztuan gehiegizko heriotza-tasa % 28,0 izan zen, eta irailean % 43,8. Urrian jaitsi egin zen (% 10,7), baina azaroan gora egin zuen berriz ere (% 19,2), abenduan % 30,4ra iritsi zen, eta 2021eko

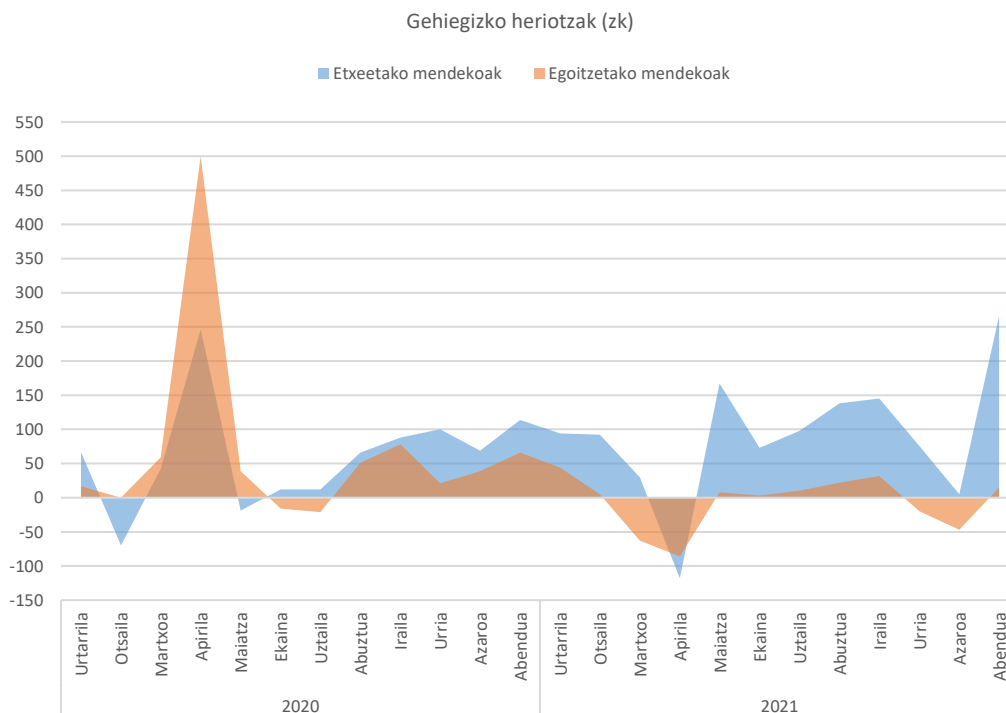
urtarrilean % 20,3 izan zen. 2021ean, abuztuan eta irailean baino ez ziren izan % 10etik gorako gehiegizko heriotza-tasak: abuztuan % 11,7 eta irailean % 17,1.

Gainera, aipatu behar da hil batzuetan aurreikusitakotik beherako heriotza-tasak izan zirela. 2020. urtean bi hilabete baino ez ziren izan, eta tasa ez zen handia izan (-% 8,5 ekainean eta -% 11,2 uztailean), baina 2021ean igo egin ziren, batez ere martxoan (-% 28,4) eta apirilean (-% 40,6). Urte amaieran azaroa nabarmendu behar da, heriotza-tasa aurreikusitakoa baino askoz baxuagoa izan baitzen: -% 22,1. Aurreikusitakotik beherako heriotza-tasa handiko aldi horien ondorioz 2021ean guztira heriotza-tasa aurreikusitakoa baino % 3,2 txikiagoa izan zen.

Beste alde batetik, 2020ko apirila txarra izan zen etxean bizi ziren mendeko pertsonentzat ere: heriotzak aurreikusitakoak baino % 46,9 gehiago izan ziren. 2020ko abuztutik 2021eko otsailera bitartean gehiegizko heriotza-tasa % 13,6 eta % 20,6 artean ibili zen. 2021eko apirilean heriotza-tasa aurreikusitakoa baino txikiagoa izan zen (-% 22,5), baina harrezkero, eta salbuespen bakarra azaroa dela, talde honetan gehiegizko heriotza-tasa % 15etik gora ibili zen. Maiatzean, abuztuan eta irailean gehiegizko heriotza-tasa % 31,4 eta % 33,2 bitartean ibili zen, eta tasarik handiena 2021eko abenduan izan zen: % 48,5.

Horrenbestez, 2020. urtean egoitzetako mendeko pertsonen gehiegizko heriotza-tasa etxean bizi ziren mendekoena baino handiagoa izan zen (% 34,0 eta % 12,0 hurrenez hurren), baina 2021. urtean egoera oso bestelakoa izan zen: egoitzetako mendekoen populazioan heriotza-tasa aurreikusitakoa baino apur bat txikiago izan zen (-% 3,1), eta etxean bizi ziren mendekoen populazioan gehiegizko heriotza-tasak gora egin zuen (% 17,8).

28. grafikoa. 65 urtetik gorako mendeko pertsonen gehiegizko heriotza zenbatetsiak, hilabetea eta populazio-motaren (etxean / egoitzan) arabera xehatuta. EAE, 2020-2021



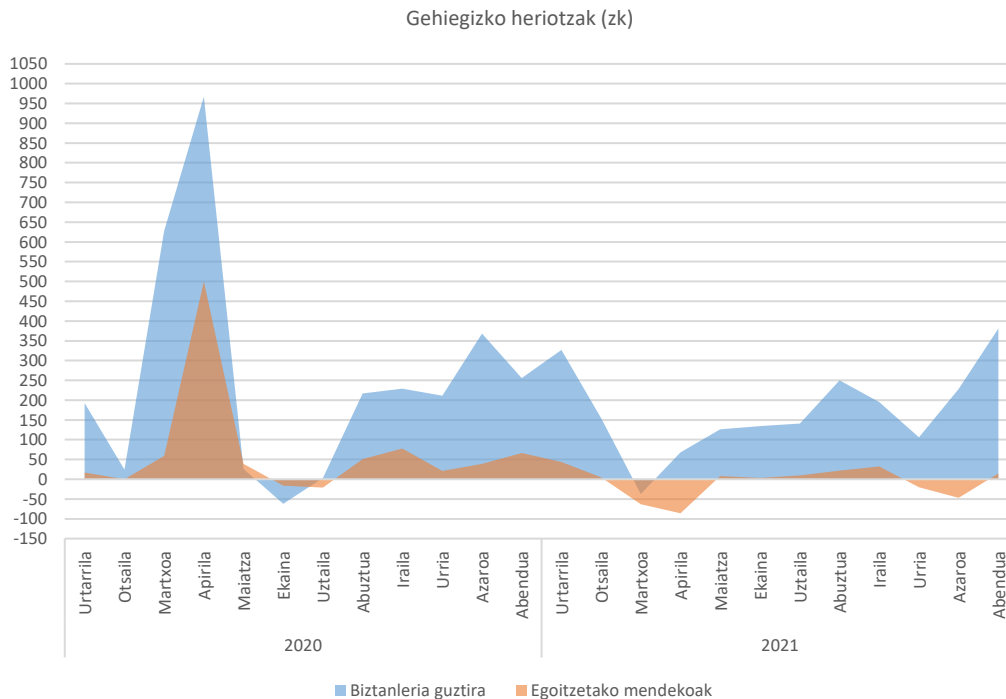
Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

28. grafikoan mendekoen artean gertatu diren gehiegizko heriotzak agertzen dira, hilabetea eta non bizi diren (etxean edo egoitza-zentroan) arabera xehatuta, eta argi ikusten da etxean bizi zirenen gehiegizko heriotzak banatuago dagoela aztertu diren 22 hiletan zehar. Berriz, egoitzetako mendekoen gehiegizko heriotza gehienak (% 61,2) 2020ko udaberrian gertatu ziren, martxotik

maiatzera bitartean batez ere. Etxean bizi ziren mendeko pertsonen artean, aldiz, 2020ko martxoan eta apirilean gehiegizko heriotza-tasa % 14,9 baino ez zen izan.

29. grafikoan antzeko alderatzea egin da: alde batetik, EAEko 65 urtetik gorakoen guztirako gehiegizko heriotza-tasa eta, bestetik, egoitzetako mendeko pertsonena. Grafikoak erakusten duenaren arabera, 65 urtetik gorako pertsonen guztirako gehiegizko heriotzetako asko pandemiaren hasieran gertatu ziren, baina ondoko hiletan egoitza-zentroetan gertatu ziren gehiegizko heriotzen proportzioa txikia izan zen, batez ere 2021. urtean.

29. grafikoa. 65 urtetik gorako mendeko pertsonen gehiegizko heriotza zenbatetsiak, hilabeteka eta populazio-motaren (populazio orokorra / egoitzetako mendekoak) arabera xehatuta. EAE, 2020-2021



Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

Prestatu diren ereduez baliatuz gehiegizko heriotzak sexuaren eta adinaren arabera ere aztertu daitezke azpipopulazio bakoitzaren barruan. 13. taulan zenbatetsi diren EAEko gehiegizko heriotzak ageri dira, sexuaren arabera xehatuta.

Taulan ikusten den bezala, 2020. urtean gehiegizko heriotzen kopurua nahiko handia izan zen bai gizonen artean bai emakumeen artean azpipopulazio guztietan. Gehiegizko heriotza-tasarik handiena egoitzetako emakumeen artean gertatu zen (% 35,9; gizonezkoena ere ez zen urrun ibili: % 29,6).

2021ean adierazgarriak izan ziren mendekotasunik gabeko pertsonen eta mendekotasunaren arretako prestazio edo zerbitzuren bat etxean jasotzen dutenen gehiegizko heriotza-tasak; aldiz, egoitzetako mendeko pertsonenak ez ziren handiak izan (ez gizonenak, ez emakumeenak).

Gizonen eta emakumeen arteko diferentziak direla-eta, orokorrean gehiegizko heriotza-tasa handiagoa izan da gizonen artean, salbuespen batekin: 2020an, egoitzetan, emakumeen gehiegizko heriotza-tasa gizonena baino handiagoa izan zen.

13. taula. 65 urtetik gorako pertsonen gehiegizko heriotzak (kopuruak eta ehunekoak), populazio-motaren eta sexuaren arabera xehatuta. EAE, 2020 eta 2021

Guztirako kopurua		Gehiegizko ehunekoak	
Gizonak	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak



		Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*
65 urtetik gorakoak, guztira	20		[1086-1777]	1.432	1.629	16,4	[11.9-21.2]	17,1	[12.5-21.9]
	20		[705-1490]				[7.8-18.1]		[5.5-15.7]
	21	1.098		976		12,8		10,4	
Mendekotasunik ez dutenak	20		[611-1314]	963	683	17,5	[10.5-25.6]	16,5	[8.1-26.2]
	20		[315-1232]				[5.4-25.2]		[1.7-25.1]
	21	773		492		14,4		12,2	
Mendekoak etxean	20		[143-557]	350	376	14,7	[5.5-25.5]	10,2	[3.3-18.1]
	20		[181-727]				[7-35.5]		[7-28.3]
	21	454		611		19,5		16,7	
Mendekoak egoitzetan	20		[128-323]	225	608	29,6	[14.9-48.7]	35,9	[24.2-50.2]
	20		[-87-182]				[-9.8-29.2]		[-17.8-6.4]
	21	48		-123		6,3		-7,2	

Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

14. taulan gehiegizko heriotzei buruzko informazioa bildu da, adin-taldearen arabera xehatuta. Guztirako kopuruetan, EAEko 65 urtetik gorako pertsonen gehiegizko heriotza gehienak 80 urtetik gorako artean gertatu dira. Zenbatespenaren arabera, 2020an populazio honetan gehiegizko 2.292 heriotza gertatu ziren, eta 2021ean 1.465; aldiz, 65 - 79 urte bitartekoaren populazioan gehiegizko 769 heriotza izan ziren 2020an eta 608 2021ean. Balio erlatiboak dagokienez, berriz, 2021ean gehiegizko heriotza-tasa apur bat handiagoa izan zen 65 - 79 urte bitartekoaren artean (% 12,7) 80tik gorakoaren artean baino (% 11,1).

14. taula. 65 urtetik gorakoaren populazioaren gehiegizko heriotzak (kopuruak eta ehunekoak), populazio-taldearen eta adin-taldearen arabera xehatuta. EAE, 2020 eta 2021

		Guztirako kopurua				Gehiegizko ehunekoa			
		65-79 urte		80 urte eta gehiago		65-79 urte		80 urte eta gehiago	
		Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*
65 urtetik gorakoaren populazioa, guztira	2020	769	[565-973]	2.292	[1768-2815]	15,8	[11.2-20.9]	17,1	[12.7-21.8]
	2021	608	[379-837]	1.465	[867-2064]	12,7	[7.6-18.4]	11,1	[6.3-16.3]
Mendekotasunik ez dutenak	2020	715	[479-952]	931	[494-1367]	19,6	[12.4-28]	15,5	[7.7-24.6]
	2021	596	[289-903]	670	[101-1239]	16,9	[7.5-28.1]	11,4	[1.6-23.4]
Mendekoak etxean	2020	60	[-46-166]	667	[321-1013]	7,3	[-5-23.2]	12,7	[5.7-20.7]
	2021	104	[-45-252]	962	[506-1417]	12,6	[-4.6-37.1]	18,7	[9-30.1]
Mendekoak egoitzetan	2020	103	[53-153]	730	[522-938]	35,8	[15.7-64.3]	33,7	[22-47.9]
	2021	44	[-29-116]	-120	[-401-162]	15,2	[-8-53.5]	-5,5	[-16.3-8.5]

Iturria: Geuk egina IMSERSOren datuez baliatuz.

Mendekotasunik ez dutenen populazioan, gehiegizko heriotzak gertatu dira bi urteetan eta bi adin-taldeetan. Gainera, ehunekoetara etorrira, gehiegizko heriotza-tasa (aurreikusitako heriotzen ehunekoa) zerbait handiagoa da pertsona zaharren artean.

Adinaren arabera diferentziarik handienak AMASen prestazio edo zerbitzuren bat etxean jasotzen duten mendeko pertsonen artean gertatu dira. Azpipopulazio horretan, bi urteetan gehiegizko heriotza-



tasa nahiko handia izan zen 80 urtetik gorako pertsonen artean: 2020an % 12,7 eta 2021ean % 18,7. Aldiz, 65 - 79 urte bitarteko pertsonen artean heriotzen kopuruak aurreikusitakoaren mugen barruan egon dira 2020an zein 2021ean (nolanahi ere, konfiantza-tartea alde positibora lerratu da, eta seguruenik horrek adierazten du gehiegizko heriotza batzuk gertatu direla).

Azkenik, arreta-zerbitzuak egoitzan jasotzen dituzten mendeko pertsonen populazioaren barruan ia ez dago diferentziarik adin-taldearen artean. Dena dela, guztirako kopuruetan, gehiegizko heriotza gehienak 80 urtetik gorakoaren artean gertatu badira ere (zenbatetsi da 2020. urtean egoitzetan hildako mendeko pertsonen % 87,6 adin-talde horretakoak izan zirela), kontuan eduki behar da egoitzetako erabiltzaile gehienak ere adin-talde berekoak direla eta, gainera, 80 urtetik gorakoaren aurreikusitako heriotza-tasa handiagoa dela.

Horren ildotik, gehiegizko heriotza-tasei erreparaturaz gero, bi adin-taldeetako tasak oso antzekoak dira. Hain zuzen ere, zenbatespenaren arabera 2020an gehiegizko heriotza-tasa % 35,8 izan zen egoitzetan bizi ziren 65 - 79 urte bitarteko mendekoen artean eta % 33,7 80 urtetik gorakoaren artean. 2021ean, egoitzetan ez zen gertatu gehiegizko heriotza-tasa adierazgarrikerik aztertutako bi adin-taldeetan, baina 65 - 79 urte bitartekoaren artean gehiegizko heriotza-tasa egon zen (konfiantza-tartea alde positibora lerratuta), eta 80 urtetik gorakoaren artean, aldiz, kontrakoa gertatu zen, hau da, heriotza-tasa aurreikusitakoa baino txikiagoa izan zen.

3.2. EAEko bigarren mailako arretako egoitza-zerbitzuak erabiltzen dituzten pertsonen heriotzak eta gehiegizko heriotzak. Datu osagarriak.

Txostenaren azken atalean EAEko egoitza-zentroetan gertatutako heriotzak eta gehiegizko heriotzak azaltzen dira foru aldundiek emandako heriotzei buruzko datuez baliatuz. IMSERSOk emandako informazioa dela-eta, analisi osagarri honen ekarpen nagusia honako hau da: informazioa egoitza-zentroen arabera xehatuta dagoenez, gehiegizko heriotzen zenbatespenak zentro-moten arabera egin daitezke. Horrela datuak zentroen ezaugarrien arabera alderatu daitezke, eta hori ez da ohiko honelako azterlanetan.

Zenbatespenetarako erabili den informazioan 2015az geroko erabiltzaileei eta heriotzei buruzko datuak bildu dira, urteka eta zentroaren, sexuaren eta adin-taldearen arabera xehatuta. Emaitzak ongi kokatuko badira, ezinbestekoa da SIISen txostenaren 3.3.1 atalean azaldutako alderdi metodologikoak kontuan edukitzea, batez ere adierazten dutenak balitekeela egoitzetako gehiegizko heriotzen zenbatespenak behar baino baxuagoak izatea, erreferentziako heriotzak kalkulatzeko hileko datuak gabe urtekoak erabili direlako.

Lurraldeak direla-eta, Euskadiko egoitzetan bizi diren pertsonen populazioa nahikoa txikia da, eta horregatik EAEko guztirako datuak ematen dira, lurralde historikoaren arabera xehatu gabe.

3.2.1. Heriotza-tasaren bilakaera azken urteotan

15. taulan modu sintetikoan ikus daiteke Euskadiko adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetako heriotzen bilakaera. Heriotza-tasa gordina ia ez zen aldatu 2015 - 2019 aldian: tasarik txikiena 2016koa izan zen (% 22,97) eta handiena 2018koa (% 23,79).

15. taula. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroen erabiltzaileen heriotzak (kopuruak eta tasa gordinak), adin-taldearen eta sexuaren arabera xehatuta. EAE, 2015-2021*

		Sexua		Adina		Guztira
		Gizonak	Emakumeak	65-79	80 urtetik gora	
Heriotzen kopurua	2015	937	2.022	370	2.589	2.959
	2016	1.001	2.082	341	2.742	3.083

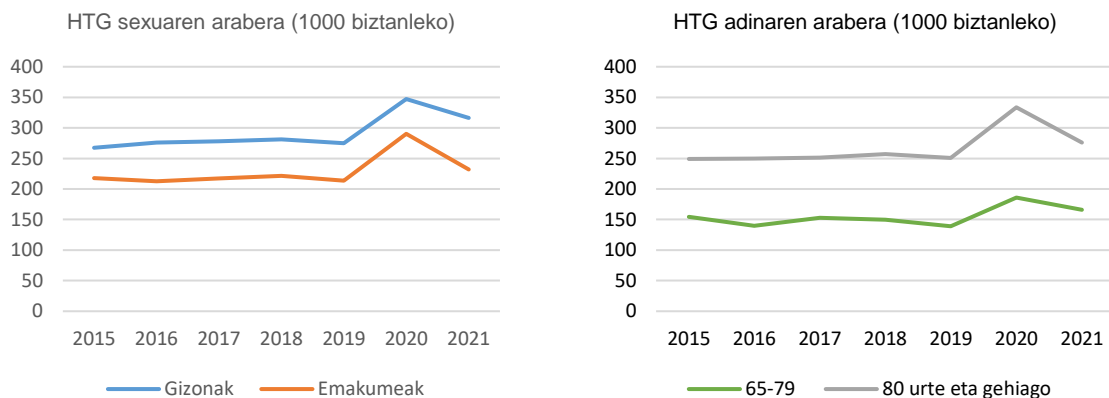


	2017	1.049	2.232	386	2.895	3.281
	2018	1.110	2.336	389	3.057	3.446
	2019	1.112	2.284	374	3.022	3.396
	2020	1.309	2.937	488	3.758	4.246
	2021	853	1.689	321	2.221	2.542
	2015	267,45	217,89	154,68	249,15	231,47
	2016	275,80	212,64	139,95	249,64	229,72
	2017	278,06	217,37	152,87	251,40	233,68
Heriotza-tasa gordina (1.000 biztanleko)	2018	281,16	221,67	149,47	257,25	237,88
	2019	274,84	213,82	139,03	251,04	230,58
	2020	347,17	290,26	185,98	333,60	305,71
	2021	316,06	231,94	166,18	275,92	254,68

Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta. Oharra: 2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen.

30. grafikoak erakusten du 80 urtetik gorako heriotza-tasak egonkorak izan zirela, bai gizonenak, bai emakumeenak, 2019ra arte. Pandemiaren aurreko aldian, 65 - 79 urte bitarteko egoitzen erabiltzaileen artean soilik egon zen beheranzko joera heriotza-tasetan; dena dela, baliteke gorabehera horiek populazioaren tamaina handiaren ondorioak izatea.

30. grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroen erabiltzaileen heriotza-tasa gordinaren bilakaera, sexuaren eta adin-taldearen arabera xehatuta. EAE, 2015 – 2021*



Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta. Oharra: 2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen.

Foru aldundiek emandako datuen arabera, 2020an heriotza-tasa gordinak gorakada handia izan zuen. Patroia IMSERSOren datuez egindako grafikoek erakusten dutenaren oso antzekoa da. Pandemiaren ondorioz heriotzak asko gehitu ziren 2020an: heriotzak 2019an baino % 25 gehiago izan ziren, eta heriotza-tasa gordina % 32,6 handiagoa izan zen. 2020ko heriotza-tasa gordina % 30,57 izan zen, 2019koa baino 7,51 puntu portzental handiagoa.

Ez daukagu 2021eko azken hiruhileko daturik, baina 2021eko urtarriletik irailera bitarteko datuen arabera heriotza-tasa 2019koa baino % 10,5 baxuagoa izan zen. Izan ere, 2021eko heriotza-tasa % 25,47 izan zen, 2019koa (% 23,06) baino 2,41 puntu portzental gehiago. Aldiz, IMSERSOren datuen arabera egoitzetako mendekoen heriotza-tasa % 25,46tik % 24,47ra jaitsi zen.

Beste alde batetik, 15. taulako datuek erakusten dutenez, pandemiak ez zuen ezabatu egoitzetako mendeko gizonen heriotza-tasa emakumeena baino handiagoa izatea, baina pandemiaren lehen urtean diferentziak apur bat murriztu ziren, emakumeen heriotza-tasaren gehikuntza erlatiboa handiagoa izan baitzen (emakumeen heriotza-tasa % 35,7 gehitu zen, eta gizonena % 26,3 baino ez). Hala ere, puntu portzentaletan emanez gero, heriotza-tasaren gehikuntzen arteko diferentzia ez da



hain deigarria: emakumeen heriotza-tasa 7,64 puntu portzentual gehitu zen, eta gizonena 7,23 puntu portzentual. 2020an, gizonen populazioan heriotza-tasa % 34,72 izan zen, eta emakumeen populazioan % 29,03.

Nolanahi ere, pandemiaren bigarren urtean, 2020 eta 2021 artean, emakumeen heriotza-tasaren bilakaera hobea izan zen, eta ondorioz 2015etik honako datuetan diferentzia handia dago sexuen artean: 8,41 puntu portzentual, gizonen heriotza-tasa % 31,61 eta emakumeena % 23,19 izan baitzen (aldiz, 2015era arteko aldiaren diferentziarik handiena 6,32 puntu portzentualekoa izan zen, 2016an). 2021ean gizonen heriotza-tasa 2020koa baino % 15,0 handiagoa izan zen; emakumeen artean, berriz, gehikuntza % 8,5ekoa baino ez zen izan.

Gainera, bilakaera horrekin lotuta dago 65 - 79 urte bitarteko pertsonen heriotza-tasaren 2019 eta 2021 arteko gehikuntza (% 19,5) 80 urtetik gorako heriotza-tasaren aldi bereko gehikuntza (% 9,9) baino handiagoa izatea. Hori dela-eta, gogoan eduki behar da egoitzetako erabiltzaile gazteen artean gizonak emakumeak baino gehiago direla eta kontrakoa gertatzen dela erabiltzaile zaharren artean.

16. taulan laburbilduta ageri dira heriotza-tasaren bilakaerari buruzko datu nagusiak, zentroen ezaugarrien arabera xehatuta. Ezbaitik gabe, heriotzen analisiaren atalik interesgarriena da estatistikaren aldetik.

Taulako datuak erakusten dute bilakaerak patroi orokorra duela: 2020 eta 2021 artean heriotza-tasaren jaitsiera erlatiboa handiagoa izan zen 2019 eta 2020 artean tasa horiek gehien igo ziren zentro-motetan. Horrek moteldu egiten du pandemiaren gorakadarik handieneko aldiaren gertatu ziren diferentziak, eta kasu batzuetan guztiz aldatzen du 2021eko azken eragina, erreferentziatzat pandemiaren aurreko heriotza-tasak hartzen dituenak.

Esate baterako, zentro handietan (100 plazatik gora), heriotzen gorakadarik handiena 2019 eta 2020 artean gertatu zen, bai guztirako kopuruetan, bai tasetan (8,6 puntu portzentual gehiago; 51 - 99 plazako zentroetan gorakada 6,6 puntukoa izan zen, eta 50 plaza arteko zentroetan 6,3 puntukoa). Hala ere, zentro horietan murriztu zen gehien heriotza-tasa 2020 eta 2021 artean (6,3 puntu gutxiago; 51 - 99 plazako zentroetan 4,2 puntu gutxiago, eta 50 plaza arteko zentroetan 3,7 puntu gutxiago). Beraz, 2021eko heriotza-tasa 2019koarekin alderatuz gero, gorakadarik txikiena zentrorik handienetan gertatu zen: 2,28 puntu portzentual 100 plazatik gorako zentroetan, 2,41 puntu 51 - 99 plazako zentroetan, eta 2,65 puntu 50 plaza arteko zentroetan.

Zentrorik handienetan ez ezik, joera bera gertatu zen 2019-2020 aldiaren heriotza-tasaren gorakada izan zen beste zentro batzuetan ere: hiri-eremuko zentroetan, pandemiak kanpo-eragin handiena izan duen zentroetan, EAEko barnealdeko zentroetan (bai eta Bilbo eta Barakaldokoetan ere), plaza bakoitzaren urteko kostua handia den zentroetan (hori zentroren tamainarekin lotuta dago) eta COVID-19ak eragin handia izan duen egoitza-zentroetan. Beraz, zentro horietan izan zen heriotza-gehikuntzarik handiena pandemiaren lehen urtean, baina, beste alde batetik, 2021ean azkarrago iritsi ziren COVID-19ari egotzi ahal zaizkion heriotzen dinamika normalizatuagora.

16. taula. Adinekoen bigarren arretako egoitza-zentroen erabiltzaileen heriotza-tasa gordina (1.000ko) eta tasa horren aldakuntza (%), zentroen ezaugarrien arabera xehatuta EAE, 2019 – 2021*

		HTG (1.000ko)			HTGaren aldakuntza (%)		
		2019ko HTG	2020ko HTG	2021eko HTG	2019 - 2021	2019 - 2020	2020 - 2021
Zona klimatikoa	Itsasaldea	237,65	291,22	248,86	4,7	22,5	-14,5
	Haranak	220,87	287,00	252,51	14,3	29,9	-12,0
	Gainerakoa	236,75	337,45	261,85	10,6	42,5	-22,4
Landatasuna	Landa-eremuak	242,36	277,44	268,60	10,8	14,5	-3,2
	Hiri-eremuak	226,39	316,22	249,43	10,2	39,7	-21,1



		HTG (1.000ko)			HTGaren aldakuntza (%)		
		2019ko HTG	2020ko HTG	2021eko HTG	2019 - 2021	2019 - 2020	2020 - 2021
	<= 9679	221,79	276,92	306,29	38,1	24,9	10,6
COVIDaren eragina udalerrian, metatua (1)	9680 - 11940	230,87	300,33	245,69	6,4	30,1	-18,2
	11941+	231,55	314,15	254,94	10,1	35,7	-18,8
COVIDaren eragina zentroan	Eragin handia	227,66	343,65	260,50	14,4	50,9	-24,2
	Gainerakoa	233,53	268,26	249,06	6,6	14,9	-7,2
Zentroaren tamaina	<= 50 plaza	233,58	296,73	260,04	11,3	27,0	-12,4
	51-99 plaza	235,96	302,06	260,01	10,2	28,0	-13,9
	100 <= plaza	226,39	312,15	249,17	10,1	37,9	-20,2
Titulartasuna	Publikoa	231,99	313,55	264,44	14,0	35,2	-15,7
	Pribatua	229,58	300,36	248,14	8,1	30,8	-17,4
Hurbiltasuna GZESarekiko (2)	Publikoak	231,99	313,55	264,44	14,0	35,2	-15,7
	Hurbilekoak	213,11	291,75	253,34	18,9	36,9	-13,2
	Ez hurbilekoak	237,82	304,65	245,47	3,2	28,1	-19,4
2. edo 3. graduko erabiltzaileen ratioak	Txikia	227,50	302,14	228,16	0,3	32,8	-24,5
	Ertaina	236,59	298,04	260,71	10,2	26,0	-12,5
	Handia	227,94	313,28	264,38	16,0	37,4	-15,6
Arreta-ratioa (arduraldi osoko langileak erabiltzaileko)	Txikia	214,78	299,66	263,82	22,8	39,5	-12,0
	Ertaina	238,22	296,25	247,10	3,7	24,4	-16,6
	Handia	235,19	318,44	254,86	8,4	35,4	-20,0
Zerbitzu medikoa zentroan	Ez dago	233,78	315,36	266,78	14,1	34,9	-15,4
	Badago	229,44	302,25	250,43	9,1	31,7	-17,1
Plazaren kostua urtean	Txikia	238,77	306,81	266,01	11,4	28,5	-13,3
	Ertaina	223,94	294,06	254,88	13,8	31,3	-13,3
	Handia	232,71	313,34	251,13	7,9	34,6	-19,9
COVIDaren eragina zentroan (3)	Eragin handia	227,66	343,65	260,50	14,4	50,9	-24,2
	Gainerakoa	233,53	268,26	249,06	6,6	14,9	-7,2
Guztira		230,58	305,71	254,68	10,5	32,6	-16,7

Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta.

Oharrak: *2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen.

(1) COVIDaren eragina zentroa dagoen udalerrian 2021-09-27ra arte, ehun mila biztanleko, Osasun Sailak argitaratutako asteko buletin epidemiologikoetako informazioaren arabera.

(2) Hurbiltasuna gizarte-zerbitzuen sistemarekiko: sistematik hurbilekotzat jotzen dira finantzabideen % 50 edo gehiago administrazio publikoetatik jasotzen dutenak.

(3) "COVID-19aren eragina zentroan" adierazlean "handia" balioak honako zentro hauek biltzen ditu: EAEANren Fiskaltzari 2020an eta 2021ean bidalitako informazioaren arabera, COVIDaren ondoriozko heriotza-tasa handia edo COVIDaren ondoriozko heriotza-proporzio handia (zentroko heriotza guztiekin alderatuta) izan duten zentroak. Beraz, "handia" balio erlatiboa da; mozketak-puntua adierazle bakoitzaren hiru taldeetatik gorengoan dago (hau da, balioa EAEko egoitza-zentroen % 75ekoa baino handiagoa da).

Dena den, bilakaera-patroi nagusia hori izan bada ere, kontuan eduki behar dira 2019 eta 2021 artean izan diren joera zehatzago batzuen ezaugarri adierazgarri batzuk.

Batetik, pandemian zehar COVIDaren eragin metatu txikiena izan duten udalerrietan dauden zentroetan gertatu dena aipatu behar da.

Zentro horietako heriotza-tasak beste zentro batzuetakoak baino txikiagoak izan ziren 2019an, eta 2021ean, aldiz, handiagoak. Esaterako, 2021ean, zentro horietan heriotza-tasa % 30,63 izan zen; berriz, pandemiak 2019 eta 2021 artean eragin ertaina izan zuen udalerrietako zentroetan % 24,57 izan zen, eta eragina handia izan zen udalerrietakoetan % 25,49 Zentro horietan 2019-2020 aldiko heriotza-gehikuntza txikiena izan bada ere (5,51 puntu portzental gehiago 2019 eta 2020 artean; aldiz, eragin ertaineko udalerrietako zentroetan 6,95 puntu gehiago, eta eragin handia izan den udalerrietakoetan 8,26 puntu gehiago), 2020 - 2021 artean horietan beretan baino ez da igo heriotza-tasa (2019an % 22,18, 2020an % 27,69, eta 2021ean % 30,63).

Nolanahi ere, azaldu berri den joerak ez du esan nahi mota horretako zentroetan pandemiaren eragin metatua gogorragoa izan denik: kontuan eduki behar da hilkortasun-tasa gordinak adierazten duela nolakoa izan den heriotzen intentsitatea une jakin batean, eta eragin metatua aldi osoan izan diren



heriotzen guztirako kopuruari dagokiola. Egoitza-zentroek Fiskaltzari bidalitako datuen arabera (SIISen txostenaren 3.1.4 atala), COVID-19ak populazio orokorrean eragin txikia (pandemia osoa kontuan hartuta) izan duen udalerrietan dauden zentroetan kutsapen-tasak gainerako zentroetan baino askoz baxuagoak izan dira, eta heriotza-tasak ere (kausa guztietako heriotzak zein COVID-19aren ondoriozko heriotzak) gainerako zentroetan baino askoz baxuagoak izan dira (ikus SIISen txostenaren 37. orrialdeko 8. taula).

Aldiz, emaitza horiek pandemiaren bilakaera orokorraren barnean koka litezke: ondorioak zorrotzago kontrolatu ziren 2021ean, eta heriotza-tasak asko jaitsi ziren 2020an gaixotasunak eragin handia izan zuen egoitza-zentroetan. Horren ildotik, IMSERSOren datuez baliatuz egindako gehiegizko heriotzen analisiak erakusten duen bezala, pandemiaren 2020-2021 aldiko bilakaera txarragoa izan zen etxean bizi diren 65 urtetik gorako pertsonen artean egoitza-zentroak erabiltzen dituzten mendeko pertsonen artean baino.

Nolanahi ere, aipatu beharra dago 2020 eta 2021 artean heriotza-tasa igo zen egoitza-zentroen erabiltzaileak gutxi direla egoitzetan bizi direnen populazioaren aldean.

Beste batetik, COVID-19aren ondorioz egoitzetan gertatu diren heriotzak aztertzean kontuan eduki behar da eragin handia dutela arreta-ratio txikiek (arduraldi osoko langileak erabiltzaileko). Arreta-ratio baxuko egoitzak direla-eta, zentro-mota hau 2019 eta 2020 artean heriotza-tasaren gorakada handia izan ondoren 2020 eta 2021 artean tasa horren jaitsiera are handiagoa izan ez den zentro-mota bakantekoa da. Ondorioz, zentro horietan 2021eko heriotza-tasa 2019koa baino 4,90 puntu portzentual handiagoa izan zen. Arreta-ratio ertaineko egoitzetan 0,89 puntua handiagoa izan zen, eta arreta-ratio handiko zentroetan 1,97 puntu handiagoa. Ezbairik gabe, hau oso garrantzitsua da zentro-moten araberrako heriotza-tasen diferentziak aztertzeke.

Alde askotatik, langileen ratioen joera zentroan zerbitzu medikorik ez egotearen antzekoa da. Izan ere, zerbitzu medikorik ez dagoen zentroetan heriotza-tasa 3,30 puntu portzentual igo zen 2019 eta 2021 artean; aldiz, zerbitzu medikoa dagoen zentroetan gehikuntza 2,10 puntu portzentualekoa baino ez zen izan.

Hirugarrenik, zentro-mota batzuetan 2019 eta 2020 artean izan zen heriotza-gorakada handia ez zen erabat konpentsatu 2020 eta 2021 arteko heriotza-tasen beherakadarekin. Hain zuzen ere, nahiz eta COVID-19aren pandemiak eragin handia¹³ izan zuen egoitza-zentroetan heriotza-tasa asko igo 2020an (% 50eko igoera), mota honetako egoitzetan pandemiaren ondorio diferentzialak oso nabarmenak izan ziren 2021ean ere.

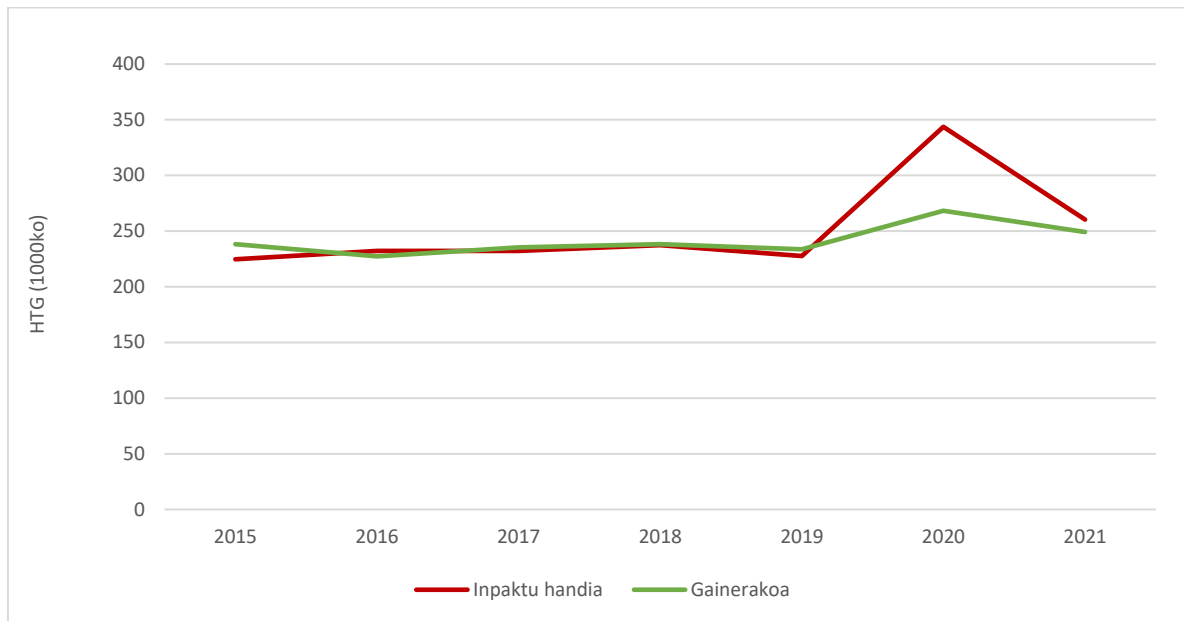
Horrenbestez, pandemiak eragin handia izan duen zentro hauetan 2021eko heriotza-tasa 2019koa baino 3,28 puntu portzentual handiagoa izan da. Aldiz, pandemiaren eragina txikiagoa izan den egoitzetan 2020ko heriotza-tasa 2019koa baino 1,55 puntu handiagoa izan da. Nahiz eta 2020-2021 aldiko bilakaera ona izan, pandemiaren eragina handia izan den zentroetako 2021eko heriotza-tasa 2019koa baino % 14 handiagoa izan da; gainerakoetan 2019koa baino % 6,6 handiagoa izan da.

Halaber, kontuan eduki behar da pandemiak eragin handia izan duen zentroetan heriotza-tasa gainerako zentroetan baino apur bat txikiagoa izan zela 2019an, eta 2021ean handiagoa izan zela: zentro hauetan % 26,05 eta gainerakoetan % 24,91. Horren ildotik, deigarria da pandemiaren aurretik

¹³ "COVIDaren eragina handia izan den zentroak" honako hauek dira: EAEANren Fiskaltzari pandemian zehar bidalitako informazioaren arabera, COVIDari egotzi ahal zaizkion heriotzen proportzioa erabiltzaileen populazioan handia izan den zentroak eta, heriotza-tasa oso handia ez izan arren, COVIDaren ondoriozko heriotzen proportzioa guztirako heriotzetan altua izan den zentroak. Atalase-balioak erlatiboak dira; beraz, adierazle bakoitzean balio handienak dituzten zentroen gorenko taldekoak sartzen dira.

zentro hauetan heriotza-tasak nahiko konstanteak izatea eta oso hurbil ibiltzea pandemian heriotza-tasa txikiagoak eduki dituzten zentroetako tasetatik, 31. grafikoan ikusten den bezala.

31. grafikoa. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroen erabiltzaileen heriotza-tasa gordinaren bilakaera, COVID-19ak zentroan izan duen eraginaren arabera xehatuta. EAE, 2015 – 2021*



Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta. Oharra: *2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen.

Azkenik, badago beste eragile bat kontuan eduki behar dena zentroen arteko heriotza-tasen diferentziak aztertzeko: 2. edo 3. graduko mendekotasuna duten pertsonen ratioa. Mendekotasun handiko erabiltzaileen ratioa handia izan den egoitzetan 2021eko heriotza-tasa 2019koa baino 3,64 puntu portzental handiagoa izan da, ratioa ertaina izan den egoitzetan 2,41 puntu handiagoa izan da, eta ratioa txikia izan den egoitzetan 0,07 puntu handiagoa izan da.

Gainera, zentro horietan heriotza-tasarik handiena 2021ean gertatu da. Pandemiaren aurretik heriotza-tasa denetan antzekoa izan zen, baina 2021ean 2. edo 3. graduko mendekotasuna duten pertsonen proportzioa handia izan den zentroetan heriotza-tasa % 26,44 izan da, proportzioa ertaina izan den zentroetan % 26,07 izan da, eta proportzioa txikia izan den zentroetan % 22,82 izan da.

Azkenik, noizbait aztertu beharko da zergatik iraun duten pandemiaren ondorioek luzeago zentro publikoetan 2021. urtean, jakinik horretan izan dutela eragina zentroen tamainak eta mendekotasun-gradu handiko erabiltzaileen proportzioa handiagoa izateak ere.

3.2.2. 2020ko eta 2021eko gehiegizko heriotzen zenbatespena

Gehiegizko heriotzez denaz bezainbatean, foru aldundien datu-baseetako informazioaren arabera (17. taula) 2020an EAeko bigarren mailako arretako egoitzetan aurreikusitakoak baino 1.010 heriotza gehiago gertatu ziren, eta 2021ean 222 gehiago. beraz, 2020an gehiegizko heriotza-tasa % 31,2 izan zen eta 2021ean % 9,5.

IMSERSOk egoitzetako mendeko pertsonen emandako kopuruei dagokienez, foru aldundien datuek erakusten dute 2021. urtean egoitzetako erabiltzaileen heriotza-tasa gehiegizkoa dela, baina ez oso



handia, estatistikako adierazgarritasun-mugatik gertukoa. Aldiz, IMSERSOren datuen arabera heriotza-tasa aurreikusitakoak baino apur bat txikiagoa da.

17. taula. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetako gehiegizko heriotzak (kopuruak eta ehunekoak), sexuaren, adin-taldearen eta urtearen arabera xehatuta. EAE, 2020 eta 2021.

	2020		2021		
	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotzak	KT*	
Guztirako kopuruak	Gizonak	258	[189-326]	101	[43-159]
	Emakumeak	752	[688-817]	121	[66-176]
	65-79 urte	106	[79-133]	38	[17-60]
	80 urte eta gehiago	904	[798-1010]	183	[92-275]
	Guztira	1.010	[877-1143]	222	[108-335]
Ehunekoa	Gizonak	24,5	[16.9-33.2]	13,4	[5.3-22.9]
	Emakumeak	34,4	[30.6-38.5]	7,7	[4.1-11.6]
	65-79 urte	27,7	[19.3-37.5]	13,4	[5.6-23]
	80 urte eta gehiago	31,7	[27-36.8]	9,0	[4.3-14.1]
	Guztira	31,2	[26-36.8]	9,5	[4.4-15.2]

Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta. Oharra: *2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen.

Urte guztietan gizonen heriotza-tasa emakumeena baino handiagoa bada ere, 2020an heriotza asko izan ziren egoitzetako emakumeen artean, eta guztirako gehiegizko 752 heriotza gertatu ziren, aurreikusitakoak baino % 34,4 gehiago (gizonen gehiegizko heriotza-tasa % 24,5 baino ez zen izan). Aldiz, 2021eko gehiegizko heriotza-tasa (2019koarekin alderatuta) handiagoa izan zen gizonen artean: gizonena % 13,4 eta emakumeena % 7,7.

Joera horiek adin-taldearen dinamikarekin lotuta daude. Izan ere, 2020. urtean, 80 urtetik gorako pertsonen gehiegizko heriotza-tasa % 31,7 izan zen eta 65 - 79 urte bitarteko pertsonena % 27,5. 2021ean gehiegizko heriotzek beste bide batetik jo zuten: 65 - 79 urte bitarteko pertsonen gehiegizko heriotza-tasa % 13,4 izan zen eta 80 urtetik gorakoena % 9,0.

18. taulan egoitza-zentroetako gehiegizko heriotzak zentroen ezaugarri nagusien arabera xehatzen dira, azterlanean ezarritako zentroen sailkapeneko motak kontuan hartuz (ikus SII Sen txostenean landutako xehetasunak).

18. taula. Adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetako gehiegizko heriotzak (kopuruak eta ehunekoak), zentroen ezaugarrien arabera xehatuta. EAE, 2021 eta 2021.

	Gehiegizko heriotzen kopurua				Gehiegizko heriotzen ehunekoa			
	2020		2021		2020		2021	
	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotzak	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*	Gehiegizko heriotza-tasa	KT*
Itsasaldea	204	[137-270]	46	[-13-105]	25,2	[15,7-36,4]	7,6	[-2-19,4]



Zona klimatikoa	Haranak	347	[256-438]	112	[35-190]	27,8	[19,2-37,9]	12,4	[3,5-22,8]
	Gainerakoa	461	[368-553]	65	[-10-141]	39,0	[29-50,9]	8,1	[-1,1-19,2]
Landatasuna	Landa-eremuak	116	[54-179]	50	[-6-107]	12,6	[5,4-20,7]	7,4	[-0,8-17]
	Hiri-eremuak	890	[769-1011]	165	[65-266]	38,5	[31,6-46,2]	10,1	[3,7-17,2]
COVIDaren eragina udalerrian, metatua	<= 9679	28	[-8-64]	36	[4-68]	11,2	[-2,9-30]	19,8	[1,9-45,4]
	9680 - 11940	415	[332-498]	79	[8-150]	31,5	[23,8-40,4]	8,2	[0,8-16,9]
	11941+	565	[466-664]	104	[20-187]	33,8	[26,3-42,3]	8,8	[1,6-17]
Zentroaren tamaina	< 50 plaza	171	[92-250]	26	[-42-94]	19,7	[9,7-31,7]	4,2	[-6,1-16,9]
	51 - 99 plaza	240	[173-307]	71	[11-130]	29,2	[19,4-40,7]	11,7	[1,7-24,1]
	100 plaza edo gehiago	597	[508-686]	122	[48-196]	38,6	[31-47]	11,1	[4,1-19,1]
Zentroaren titulartasuna	Publikoa	447	[362-533]	126	[55-196]	33,9	[25,7-43,2]	13,5	[5,5-22,8]
	Pribatua	561	[454-668]	93	[0-185]	29,2	[22,4-36,8]	6,7	[0-14,2]
Hurbiltasuna GZE Sarekiko	Publikoak	447	[362-533]	126	[55-196]	33,9	[25,7-43,2]	13,5	[5,5-22,8]
	Hurbilak	216	[171-262]	87	[47-128]	37,0	[27,1-48,5]	20,5	[10-33,1]
	Gainerakoak	344	[248-440]	6	[-76-88]	25,8	[17,4-35,6]	0,6	[-7,3-10]
Mendekotasun handiko erabiltzaileen %	Txikia	238	[163-312]	-3	[-68-61]	31,9	[19,9-46,5]	-0,6	[-11,2-12,9]
	Ertaina	267	[188-346]	64	[-3-132]	24,8	[16,2-34,6]	8,3	[-0,3-18,6]
	Handia	500	[424-577]	155	[91-218]	35,3	[28,4-43]	15,3	[8,5-23]
Arreta-ratioa	Txikia	316	[231-401]	137	[65-208]	37,5	[24,9-52,9]	23	[9,8-39,7]
	Ertaina	275	[186-365]	28	[-51-108]	24,7	[15,4-35,5]	3,5	[-5,7-14,6]
	Handia	418	[344-493]	55	[-7-117]	32,8	[25,5-41]	6	[-0,8-13,7]
Zerbitzu medikoa zentroan	Ez	254	[176-331]	52	[-14-118]	28,2	[18-40,2]	8,1	[-2-20,4]
	Bai	757	[651-862]	169	[81-258]	32,4	[26,7-38,7]	10,1	[4,6-16,2]
Kostua plazako	Txikia	109	[41-178]	8	[-51-67]	19,7	[6,6-36,5]	1,9	[-11,2-19,7]
	Ertaina	318	[232-403]	98	[26-170]	29,3	[19,9-40,4]	12,8	[3,1-24,4]
	Handia	579	[488-670]	110	[33-188]	36,2	[28,8-44,4]	9,5	[2,7-17,4]
COVIDaren eragina zentroan	Handia	775	[664-885]	147	[56-238]	48,5	[38,9-59,6]	13	[4,5-22,9]
	Gainerakoa	233	[128-339]	71	[-20-163]	14,2	[7,3-22]	6	[-1,6-14,9]

Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta. Oharra: *2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen. Balioak adierazgarriak dira konfiantza-tartean 0 balioa ez dagoenean.

Gehiegizko heriotzei buruzko datuek heriotza-tasen joera batzuk berresten dituzte, batez ere 2021. urtekoek. Hain zuzen ere, honako zentro-mota hauetan gehiegizko heriotzak gertatu ziren argi eta garbi:

a) Batetik, arduraldi osoko langileen ratioa txikia den zentroak.

Honelako zentroetan gehiegizko heriotza-tasa % 37,5 izan zen 2020an eta % 23 2021ean. Aldiz, 2021ean, ratio hori ertaina den zentroetan gehiegizko heriotza-tasa % 3,5 izan zen eta ratioa handia den zentroetan % 6, eta 2020an % 24,7 eta % 32,8 hurrenez hurren.

b) Bigarrenik, 2. edo 3. gradu mendekotasuna duten pertsonen ehunekoa handia den zentroak.

Honelako zentroetan gehiegizko heriotza-tasa % 35,3 izan zen 2020an; aldiz, halako mendekotasuneko pertsonen ehunekoa ertaina den zentroetan % 24,9 izan zen, eta beren kabuz moldatzen diren pertsonen ehunekoa handiagoa den zentroetan % 31,9. Gehiegizko heriotzek beheranzko joera izan zuten 2021ean, baina, hala ere, diferentziak egon ziren: mendekotasun-gradu handiko pertsonen proportzioa altua den zentroetan % 15,3 izan zen, proportzioa ertaina den zentroetan % 8,3 izan zen, eta proportzioa baxua den zentroetan -% 0,6.

d) Hirugarrenik, pandemiaren eragina txikia izan den udalerrietan dauden zentroak.

Udalerri horietako egoitzetan egoera larritu egin zen 2021. urtean, eta gehiegizko heriotza-tasa beste udalerri batzuetako zentroetakoa baino handiagoa izan zen: % 19,8; eragin ertaineko udalerrietako egoitzetan % 8,2 eta eragin handiko udalerrietako zentroetan % 8,8. Ostera, 2020ko datuak bestelakoak izan ziren: eragin txikiko udalerrietako zentroetan gehiegizko heriotza-tasa moderatua izan zen, % 11,2, eta besteetan handiagoa: % 31,5 eta % 33,8 hurrenez hurren.

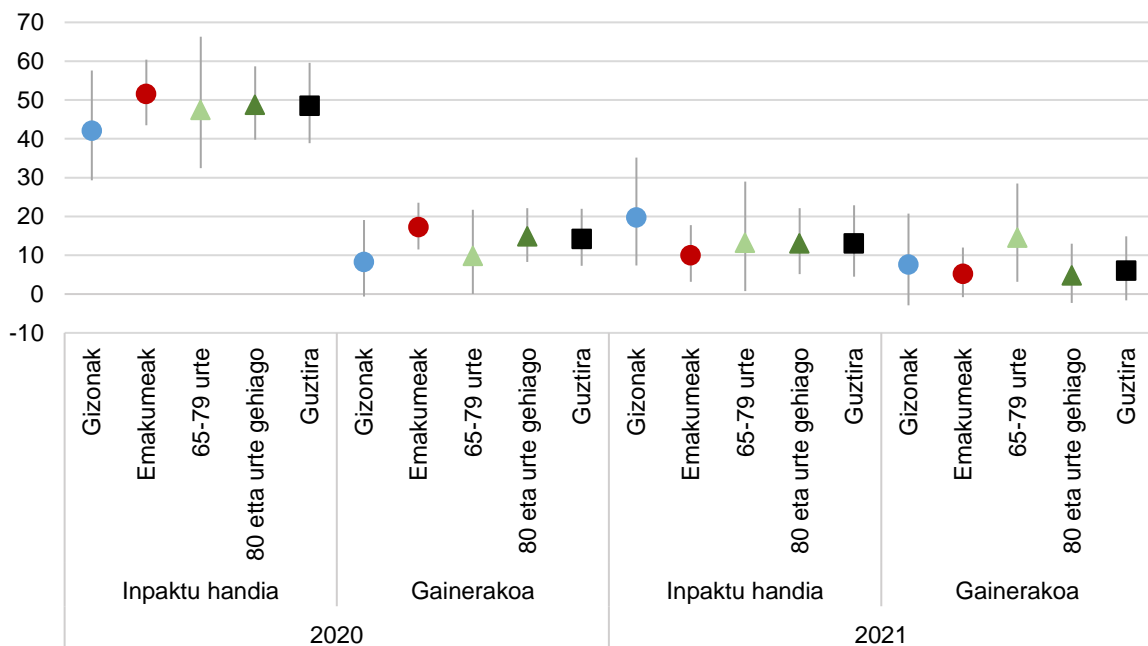
Guztirako kopuruei erreparatuta, zentro hauek aldiko gehiegizko heriotza-tasara egindako ekarpena txikia da, bai 2020an, bai 2021ean.

c) Laugarrenik, COVID-19ak eragin handia izan duen zentroak.

Horrelako egoitzetan 2020ko gehiegizko heriotza-tasa % 48,5 izan zen, eta gainerako zentroetan % 14,2. Beheranzko joera argiarekin bada ere, gehiegizko heriotza-tasen arteko diferentziak bere hartan iraun zuen 2021ean: % 13 eragin handiko egoitzetan eta % 6 gainerakoetan.

COVID-19ak eragin handia izan duen zentroak direla-eta, 32. grafikoak erakusten du 2020ko gehiegizko heriotza-tasa lotuta dagoela emakumeen populazioarekin eta 80 urtetik gorako gehiegizko heriotza-tasa handiekin. Aldiz, 2021eko gehiegizko heriotza-tasa, aurreko urtekoa baino txikiagoa, lotuagoa dago gizonekin eta 65 - 79 urte bitarteko pertsonekin.

32. grafikoa. Covid-19aren ondorioz zentroetan izan diren gehiegizko heriotzen ehunekoak. EAE, 2020 y 2021.



Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta. Oharra: *2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen.

Aldagarri honen arabera emaitzak aurreikusitakoak izanik, grafikoak zentroein egotzi ahal zaizkien gehiegizko heriotzen ehunekoak bistaritzen ditu. Egindako zenbatespenen arabera, 2020. urtean EAEko adinekoen bigarren mailako arretako egoitza-zentroetan gehiegizko 1.010 heriotza izan ziren guztira (konfiantza-tartea: 877 - 1.143), eta COVID-19ak eragin handia izan duen zentroetan 775 gertatu ziren (konfiantza-tartea: 664 - 885). Beraz, zentro horietan gertatu ziren 2020ko gehiegizko heriotzen % 75 inguru. Beste alde batetik, 2021. urtean zentro horietako heriotzak guztirako gehiegizko heriotzen % 66 izan ziren (konfiantza-tartea: % 51 - % 71).

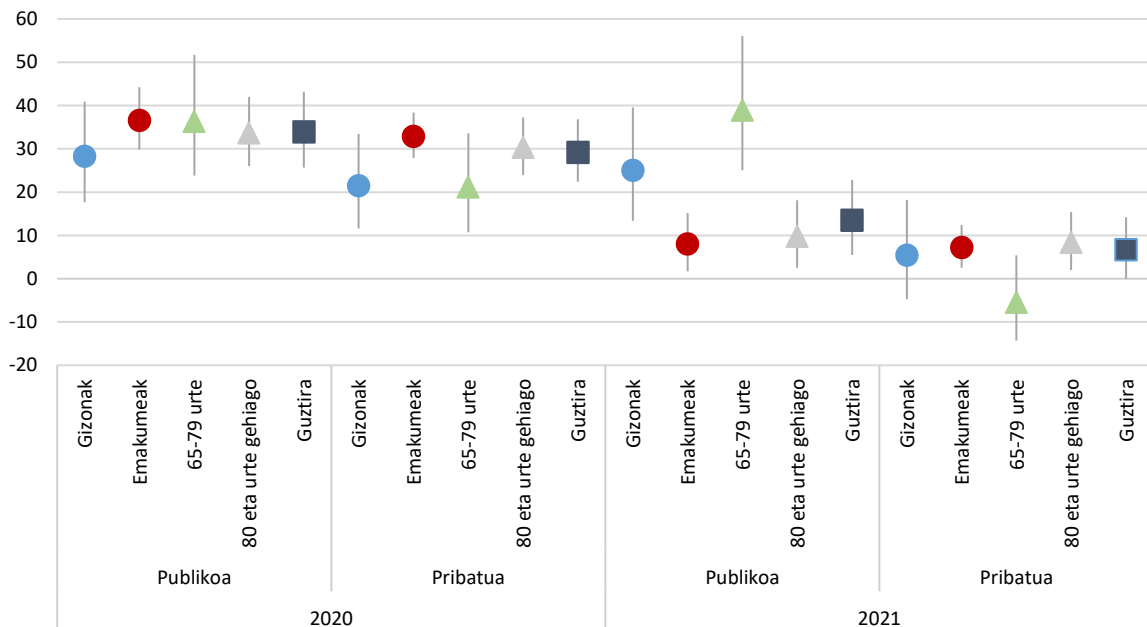
Gehiegizko heriotzak foru diputatuen datu-baseetako informazioaren bitartez aztertuz gero, berriz ere zentro publikoak nabarmentzen dira, pribatuek baino heriotza-tasa handiagoa eduki dute eta.

Hala ere, baliagarri dauden datuak ez dira aski ziurtatzeko diferentzia horiek ez diren zentroen egituraren eta osakeraren ondoriozkoak. Horren ildotik, zentro publikoen erabiltzaileen heriotza-tasak eta zentro pribatuaren erabiltzaileen heriotza-tasak ia berak izan ziren pandemiaren aurreko urteetan. Pandemiaren egoitza publikoetako heriotza-tasa gordina apur bat handiagoa izan da, baina diferentziak oso txikiak izan dira.

Gehiegizko heriotza-tasari dagokionez, pandemiaren ez da egon diferentzia handirik zentroen titulartasunaren arabera (publikoak edo pribatuak), batez ere 2020. urtean. Bi urteetan, zentro publikoetan gehiegizko heriotza-tasa apur bat handiagoa izan da: 2020an % 33,9 publikoetan eta % 29,2 pribatuetan; 2021ean, egoitza publikoetan aurreikusitakoak baino % 13,5 heriotza gehiago izan zen, eta pribatuetan aurreikusitakoak baino % 6,7 gehiago.

33. grafikoan ikusten den bezala, 2020. urtean diferentzia handienetako bat egoitzen erabiltzaile gazteenen artean gertatu zen: zentro publikoetan erabiltzaile horien gehiegizko heriotza-tasa % 36 izan zen eta zentro pribatuetan % 21. 65-79 urte bitarteko erabiltzaileen artean, 2021ean ere gehiegizko heriotza-tasa izan zen zentro publikoetan (% 40 ia), baina zentro pribatuetan, aldiz, ez zen izan gehiegizko heriotza-tasarik.

33. grafikoa. Gehiegizko heriotzen ehunekoak, zentroaren titulartasunaren arabera xehatuta. CAE, 2020 eta 2021.



Iturria: Geuk egina, foru aldundien datuetan oinarrituta. Oharra: *2021eko datuetan irailaren 30era arteko heriotzak baizik ez dira agertzen.

Gehiegizko heriotza-tasak direla-eta, zentro publikoetako eta Gizarte Zerbitzuen Sistemaren integratuen dauden zentro pribatuetako gehiegizko heriotza-tasak eta sistema horretatik urrunen dauden zentro pribatuetako gehiegizko heriotza-tasak arteko diferentziak baliteke lotuta egotea erabiltzaileak zaugarriagoak izatearekin, plazako kostuak eta zentroan zerbitzu medikoa egoteak edo ez egoteak adierazten duten bezala.

Horren ildotik, finantza-bide publikorik ez duten plaza pribatuak eskuratzeko erabiltzaileen beharrezko inguruko irizpiderik ez dagoenez, baliteke beharrezko objektibo txikiagoa duten pertsonen errazago eskuratzeko plaza horiek, behar diren baliabide ekonomikoak edukiz gero. Aldiz, sistema publikoko plazak eskuratzeko —titulartasun pribatu eta ardura publikoko plazak barne—, beharrezko inguruko baldintza batzuk bete behar dira, ezinbestekoa baita arreta handia behar izatea. Hori izan liteke, hein batean, zentro horietan gehiegizko heriotza-tasa besteetan baino handiagoa izatea eragin duena.



Halaber, baliteke horrek azaltzea zergatik izan den gehiegizko heriotza-tasa askoz handiagoa egoitzetako 80 urtetik beherako pertsonen artean. Izan ere, pertsona horiek arrisku handiagoa jasaten dute egoitzetan, eta plaza publikoak behar izaten dituzte.

Beste alde batetik, eta hipotesi modura, baliteke finantzabide pribatuaren ehunekoa handia den zentroen erabiltzaileen egoera sozioekonomikoa hobea izateak gradientea eragitea heriotza-tasan (populazio orokorrean egoera sozioekonomikoaren eta heriotza-tasaren arteko loturaz egin diren azterlanek erakusten duten bezala). Hala bada, horixe izango litzateke antzeman diren diferentzien beste zati bat eragiten duena.

Nolanahi ere, badirudi diferentziak lotuago daudela finantzaketarekin titulartasunarekin baino, zeren eta zentro publikoetako eta sistematik hurbil dauden zentro pribatuetako gehiegizko heriotza-tasen arteko diferentziak txikiagoak baitira horien guztien eta finantzabide pribatu gehiago dituzten zentro pribatuetako gehiegizko heriotza-tasen arteko diferentziak baino. Hala, egiaztatuta geratuko litzateke artatutako populazioaren profilak eragina daukala zentroen titulartasunaren araberrako emaitzetan.

Halaber, zentro publikoetako heriotza-tasetan badute eragina tamaina handiak, mendeko pertsonen tasa handiek eta hiri-eremuak izateak ere.

Hain zuzen ere, oso deigarria zentro handietan 2020. urtean izan zen gehiegizko heriotza-tasa: % 38,6 100 plaza edo gehiagoko zentroetan, % 29,2 51 - 99 plazako zentroetan, eta % 19,7 50 plazatik beherako zentroetan. 2021. urtean gehiegizko heriotza-tasak behera egin zuen, eta % 11,1 izan zen, tamaina ertaineko zentroetakoa baino txikiagoa (% 11,7), baina zentro txikitakoa baino handiagoa (% 4,2).

Beste alde batetik, hiri-eremuetako zentroetan ere gehiegizko heriotza-tasa handiagoa izan da: 2020an % 38,5 hiri-eremuetako zentroetan eta % 12,6 landa-eremukoetan, eta 2021ean % 10,1 eta % 7,4 hurrenez hurren. Antzemandako kasuen arabera gehiegizko heriotzen hiri-eremuetako fenomeno da batik bat.

Orokorrean, 2020an batez ere, gehiegizko heriotza-tasa handiagoa izan da isurialde atlantikoko (itsasaldea eta haran kantauriarrak) zona klimatikotik kanpoko zentroetan eta Bilbo-Barakaldo hirigune-multzo handian: % 39,0; haran kantauriarretan % 27,8 eta itsasaldean % 25,2. 2021. urtean, haranetako tasa handiagoa izan da itsasaldekoa baino (% 12,4 eta % 7,6 hurrenez hurren), baina barnealdekoa (Bilbo eta Barakaldo gehituta) % 8,1 baino ez da izan (konparazioan, gutxiago).

Azkenik, gehiegizko heriotza-tasa handiagoa izan da plazako kostua handiagoa den zentroetan eta zerbitzu medikoa dutenetan, seguruenik ere osasun-arazoak direla-eta arreta-beharrizan handiagoa duten pertsonak erabiltzen dituztelako.



Bibliografía

Hona SIISen txostenean aipatzen den bibliografía:

Abrams, H., Loomer, L., Gandhi, A., & Grabowski, D. (2020). "Characteristics of US Nursing Homes with COVID-19 Cases". *Journal of the American Geriatrics Society*, 68, 1653-1656. <https://doi.org/10.1111/jgs.16661>

Arartekoa. COVID-19aren pandemiak Euskadiko adinekoentzako egoitza-zentroetan izan duen eragina. Gasteiz: Arartekoa, 2021. [Online](#).

Bach-Mortensen M, Degli Esposti M. (2021) «Is area deprivation associated with greater impacts of COVID-19 in care homes across England? A preliminary analysis of COVID-19 outbreaks and deaths». *J Epidemiol Community Health*; 75, 624-627. <http://orcid.org/0000-0001-7804-7958>

Barrera-Algarín, Evaristo, Francisco Estepa-Maestre, José Luis Sarasola-Sánchez-Serrano, eta José Carlos Malagón-Siria. «COVID-19 y personas mayores en residencias: impacto según el tipo de residencia.» *Revista Española de Geriatría y Gerontología* (Elsevier), 2021. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.003>

Beaney, T., Clarke, J. M., Jain, V., Golestaneh, A. K., Lyons, G., Salman, D., & Majeed, A. (2020). «Excess mortality: the gold standard in measuring the impact of COVID-19 worldwide?» *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(9), 329–334. <https://doi.org/10.1177/0141076820956802>

Brown, Kevin A, eta beste batzuk. «Association between nursing home crowding and COVID-19 infection and mortality in Ontario, Canada.» 2020. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.6466>

Burton, Jennifer K, eta beste batzuk. «Evolution and impact of COVID-19 outbreaks in care homes: population analysis in 189 care homes in one geographic region.» *Lancet Healthy Longevity* (Lancet Publishing Group), 2020. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30012-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30012-X).

Emmerson, Chris, eta beste batzuk. «Risk factors for outbreaks of COVID-19 in care homes following hospital discharge: a national cohort analysis.» *medRxiv* (Cold Spring Harbor Laboratory Press), 2020.

Esnaola S, Martín JA, Calvo M, Audicana C, Aldasoro E, Elorriaga, E. (2017). *Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausaren nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2009-2012*. Gasteiz: Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza. Osasun Ikaskuntza eta Ikerketako Zerbitzua. [Ikus azterlana](#).

Fedeli, U., Capodaglio, G., Schievano, E., Ferroni, E., & Corti, M. C. (2017). «Excess mortality in 2015: a time series and cause-of-death analysis in Northern Italy». *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1291–1294. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0773-0>

Fresno García, José Manuel, Leticia Henar Lomeña, Raúl Ruiz Villafranca, eta Fernando Álvarez Puerta. «Auditoría de los centros residenciales de Navarra ante la crisis de la COVID-19.» 2020. [Online](#).

Gorges, Rebecca J eta R Tamara Konetzka. «Factors associated with racial differences in deaths among nursing home residents with COVID-19 infection in the US.» 4. libk., 2. zk. American Medical Association, 2021. e2037431--e2037431. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37431>

Gaztela eta Leongo Junta. «El impacto del COVID19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas.» 2020.

Li, Y., Temkin-Greener, H., Shan, G., & Cai, X. (2020). "COVID-19 infections and deaths among Connecticut nursing home residents: facility correlates". *Journal of the American Geriatrics Society*, 68 (9), 1899-1906. <https://doi.org/10.1111/jgs.16689>.



Mugarik Gabeko Medikuak. *TOO LITTLE, TOO LATE: The unacceptable neglect of the elderly in care homes during the COVID-19 epidemic in Spain.* MSF, 2020. <https://www.msf.es/file/164581/download?token=WWiimuB->

Nepomuceno, M., Klimkin, I., Jdanov, D., Alustiza Galarza, A., Shkolnikov, V. (2021). «Sensitivity of excess mortality due to the COVID-19 pandemic to the choice of the mortality index, method, reference period, and the time unit of the death series». PrePrint at medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.07.20.21260869>

Németh, L., Jdanov, D.A., Shkolnikov, V.M.: (2021): "An open-sourced, web-based application to analyze weekly excess mortality based on the Short-term Mortality Fluctuations data series", en Plos One (February 5); <https://doi.org/10.1371/journal.pone.02466630>.

Nielsen, J., Vestergaard, L. S., Richter, L., Schmid, D., Bustos, N., Asikainen, T., Trebbien, R., Denissov, G., Innos, K., Virtanen, M. J., Fouillet, A., Lytras, T., Gkolfinopoulou, K., An Der Heiden, M., Grabenhenrich, L., Uphoff, H., Paldy, A., Bobvos, J., Domegan, L., Krause, T. G. (2019). «European all-cause excess and influenza-attributable mortality in the 2017/18 season: should the burden of influenza B be reconsidered?» *Clinical Microbiology and Infection*, 25, 1266. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2019.02.011>

Simonsen L, Reichert TA, Viboud C, Blackwelder WC, Taylor RJ, Miller MA. Impact of Influenza Vaccination on Seasonal Mortality in the US Elderly Population. *Arch Intern Med.* 2005;165(3):265-272 or. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486407>

Schöley, J. (2021). «Robustness and bias of European excess death estimates in 2020 under varying model specifications». PrePrint at medRxiv 2021.06.04.21258353; <https://doi.org/10.1101/2021.06.04.21258353>

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa Revisión del impacto del COVID-19 en centros residenciales para personas mayores y de las medidas adoptadas para su prevención y control. Aubixa Fundazioa, 2020. [Online](#).

Stall, Nathan M., Aaron Jones, Kevin A. Brown, Paula A. Rochon, y Andrew P Costa. «For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths.» *CMAJ*, 2020. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201197>.

Thompson, W. W., Weintraub, E., Dhankhar, P., Cheng, P.-Y., Brammer, L., Meltzer, M. I., Bresee, J. S., & Shay, D. K. (2009). «Estimates of US influenza-associated deaths made using four different methods». *Influenza Other Respir Viruses*, Jan;3(1):37-49. <https://doi.org/10.1111/j.1750-2659.2009.00073.x>

Tinsley, Becky. «Impact of coronavirus in care homes in England: 26 May to 19 June 2020.» Office for National Statistics. 2020. [Online](#).

Willenborg, L., Scholtus, S., & van de Laar, R. (2014). Handbook on Methodology of Modern Business Statistics. European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/cros/content/handbook-methodology-modern-business-statistics_en