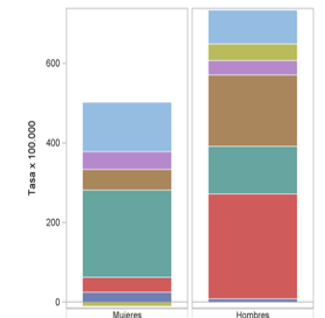
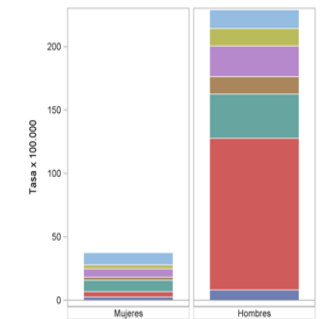
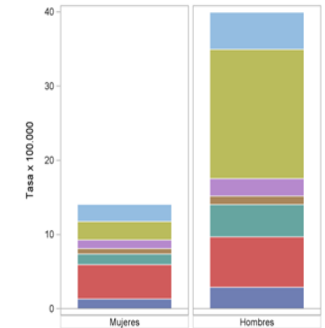


Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2013-2016



Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza

Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza

Jose Antonio Martín, Montse Calvo, Imanol Montoya, Maider Mateos, Covadonga Audicana

Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza

Elena Aldasoro

Itzulpena:

IVAP. Herri Ardularitzaren Euskal Erakundea

Itzultzaile Zerbitzu Ofiziala (IZO).

Maketazioa:

Marta Sáez, Elena Raño

Erabiltzeko baimena:

Argitalpen hau osorik edo zati batean erreproduzitzea onartzen da, merkataritza erabilera egiten ez bada, eta beti dokumentu honen aipua egiten bada.

Iradokitako aipua:

Martín JA, Calvo M, Montoya I, Mateos M, Audicana C, Aldasoro E. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn 2013-2016. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua, 2020.

Argitaraldia: 1.a 2020ko iraila

© Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa. Osasun Saila

Internet: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/eu_def/adjuntos/hilkor_1316.pdf

Aurkibidea

1. Laburpena.....	1
1.1. Aurrekariaketahelburuak.....	1
1.2. Metodoak.....	1
1.3. Emaitzak.....	2
1.4. Konklusioak.....	4
2. Sarrera	5
2.1 Zer dira osasun-alorreko desberdintasun sozialak?	5
2.2. Osasun-alorreko desberdintasunak monitorizatzea	6
2.3. Helburuak	6
3. Emaitzak	7
3.1. 25 urteko eta gehiagoko biztanleariaren ezaugarri soziodemografikoak. EAE, 2011	7
3.2. Heriotza-kausa nagusiak maiztasunaren arabera. EAE, 2013-2016.....	10
3.3. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea 25 urteko eta gehiagoko pertsonen guztizko hilkortasunean. EAE, 2013-2016	14
3.4. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea guztizko hilkortasunean, adin-talde handien arabera. EAE, 2013-2016.....	16
3.5. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausen arabera, 25 urteko eta gehiagoko biztanlerian. EAE, 2013-2016.....	20
3.6. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausen eta adin-taldearen arabera. EAE, 2013-2016.....	28
3.7. Heriotza-kausen ekarpena ikasketa-mailako desberdintasunen araberrako hilkortasunari, adin-talde handien arabera. EAE 2013-2016....	40
4. Iruzkinak eta konklusioak	42
5. Bibliografia	60
1. Eranskina. Metodoak	66
2. Eranskina. Taulak	68
3. Irudiak	78

1. Laburpena

1.1. Aurrekariak eta helburuak

Osasun-alorreko desberdintasun sozialak murriztea Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) osasun-politiken lehentasunezko helburua da. Aurreko planei jarraikiz, 2013-2020 aldiko Osasun Planean osasun-alorreko desberdintasunen monitorizazioa sartu zen lehentasunezko ekintza gisa. Azterlanaren helburua honako hau zen: hezkuntza-mailaren arabera desberdintasunek EAEko 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren kausa guztien ondoriozko eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean 2013-2016 aldian –hau da, 2009 eta 2013 arteko krisialdi ekonomikoaren azken urtean eta ondorengo susperraldi ekonomikoaren urteetan– izan zuten garrantzia deskribatzea.

1.2. Metodoak

EAEko Heriotza Erregistroko datuak eta Biztanleria Erregistroarenak elkartuta, hilkortasunari buruzko luzetarako azterketa bat egin zen biztanleria oinarritzat hartuta. Jarraipena egin zen aldia 2013ko urtarrilaren 1etik 2016ko abenduaren 31ra bitartekoa izan zen. Pertsona bakoitzarentzat, jarraipena egin zen urteen kopuru zehatza kalkulatu zen. Hezkuntza-maila bakoitzerako hilkortasun-adinaren arabera tasa estandarizatuak kalkulatu ziren. Desberdintasun erlatiboko neurri gisa desberdintasun-indize erlatiboa (DIE) kalkulatu zen adinaren arabera egokituta, eta Poisson-en erregresio-eredua erabili zen horretarako. Desberdintasun absolutuak neurtzeko, maldaren desberdintasun-indizea (MDI) kalkulatu zen Poisson-en erregresio-eredu batukorra erabiliz. Gainera, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna kalkulatu zen (heriotza-kopurua eta -proportzioa).

1.3. Emaizak

1.3.1. Desberdintasunak kausa guztien ondoriozko hilkortasunean

Kausa guztien ondoriozko hilkortasunak alderantzizko gradiente nabarmena erakutsi zuen, ikasketa-mailaren arabera, bi sexuetan, hau da, ikasketa-maila zenbat eta apalagoa, orduan eta hilkortasun handiagoa. Hezkuntza-eskalako bi muturrak alderatzean, hilkortasuneko desberdintasun absolutuak ikasketa-maila txikieneko pertsonen heriotza-tasa altuagoetan islatu ziren: 309 eta 537 heriotza 100.000 biztanleko, emakumeen eta gizonen artean, hurrenez hurren; gehiegizko hilkortasun erlatiboak % 45 eta % 55 izan ziren, hurrenez hurren. Bai desberdintasun erlatiboak bai absolutuak handiagoak izan ziren gizonen artean, emakumeen artean baino.

2013-2016 aldian, emakumeen eta gizonen artean ikusitako heriotza guztien % 13 eta % 19, hurrenez hurren, hezkuntza-mailako desberdintasunei egotz lekizkieke; horrek esan nahi du, gutxi gorabehera, egunean 9 heriotza izan zirela, horietatik 3,6 emakumeei zegozkien, eta 5,4 gizonari.

1.3.2. Desberdintasunak kausa guztien ondoriozko hilkortasunean adin-talde handien arabera

Ikasketa-maila apaleneko 25-44 urteko emakumeen hilkortasuna hiru aldiz handiagoa izan zen ikasketa-maila handienekoena baino, eta ia bi aldiz handiagoa 45 eta 64 urteko emakumeetan baino; gizonen hilkortasuna, berriz, 3,4 aldiz handiagoa izan zen 25 eta 44 urte bitartekoen artean, eta 1,6 aldiz handiagoa 45 eta 64 urte bitartekoen artean. 65 urtetik aurrera, desberdintasun erlatiboek bi sexuen artean berdintzeko joera hartu zuten, % 30 inguruan, hezkuntza-eskalako bi muturren artean. Desberdintasun erlatiboak handiagoak izan ziren gizonezkoen artean emakumeen artean baino, adin-talde guztietan. Hilkortasuneko desberdintasun absolutuak ere esanguratsuak izan ziren adin-talde guztietan eta bi sexuetan, eta handiagoak gizonetan emakumeetan baino.

Hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunak behera egin zuen aztertutako taldearen adinak, bi sexuetan, gora egin ahala: 25 eta 44 urte bitarteko emakumeen heriotzen % 28 hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien, eta % 43 gizonen kasuan; 45 eta 64 urte bitartekoen artean, proportzioak % 22 eta % 37 izan ziren; eta 65 urtetik aurrera, % 12 eta % 15era murriztu zen, hurrenez hurren, emakumezkoen eta gizonezkoen artean.

1.3.3. Desberdintasunak heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean

Bi sexuetan, desberdintasun erlatibo eta absolutu oso esanguratsuak hauteman ziren heriotza-kausa handien talde nagusi gehienetan, nahiz eta desberdintasunen magnitudea eta kausa-taldeen rankinga desberdinak izan emakumeen eta gizonen artean.

Berariazko heriotza-kausen arabera, bi sexuetan, gehiegizko hilkortasun-zifra garrantzitsuak jazo ziren. Emakumeei dagokienez, hilkortasunean desberdintasun erlatibo handienak izan zituzten kausak istripuzko pozoidurak, zirrosia eta trafiko-lesioak izan ziren, % 400ez goiko gehiegizko hilkortasuna izan baitzuten; diabetesaren kasuan, % 225ekoa izan zen gehiegizko hilkortasuna. Nabarmentzekoa da hilkortasunean zuzeneko desberdintasun-gradientea hauteman dela hezkuntza-mailan biriketako minbiziari dagokionez; hau da, emakume unibertsitarioen artean % 35 handiagoa izan da hilkortasuna, hezkuntza-maila apalagoko emakumeen artean baino. Gizonetan, berariazko kausen arabera, hiesak eta GIBak eta istripuzko pozoidurek % 500etik gorako gehiegizko hilkortasuna izan zuten. Gehiegizko hilkortasuna % 150 baino handiagoa izan zen laringeko minbiziaren, suizidioaren eta biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren kasuan.

Berariazko heriotza-kausak kontuan hartuta, bi sexuek desberdintasun absolutu oso garrantzitsuak izan zituzten. Emakumeen artean, desberdintasun handienak, handienetik hasita, bihotzeko iskemietan, gaixotasun mental organikoetan, diabetesean, zirrosian, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoan (BGBK) eta urdaileko minbizian izan ziren. Gainera, zuzeneko desberdintasun-eredu nabarmena –estatistikoki esanguratsua– ikusi zen biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean: handiagoa izan zen unibertsitate-tituludun emakumeen artean, hezkuntza-maila apalagoko emakumeen artean baino. Gizonen artean, desberdintasun absolutu handienak, hurrenkera honetan, hauek izan ziren: biriketako minbizia, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa (BGBK), bihotzeko iskemia, gaixotasun mental organikoak eta urdaileko minbizia.

Desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa garrantzitsua izan zen gizonezkoen heriotza-kausen talde nagusietan. Kanpoko kausen, arnas-gaixotasunen eta digestio-gaixotasunen ondoriozko 3 heriotzatatik 1, gutxi gorabehera, gizonen arteko hezkuntza-mailako desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien, eta gaixotasun infekziosoen eta tumore gaiztoen ondoriozko 5 heriotzatatik 1, gutxi gorabehera. Heriotza-ehunekorik txikiena, berriz (% 13), zirkulazio-gaixotasunei egotzi zitzaien. Emakumeen kasuan, digestio-gaixotasunen ondoriozko 10 heriotzatatik 4 eta gaixotasun-infekziosoen ondoriozko 4 heriotzatatik 1 hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien, eta zirkulazio-gaixotasunen ondoriozko hilkortasuna ere garrantzitsua izan zen (% 17); arnas-gaixotasunen, kanpoko kausen eta tumore gaiztoen ondoriozko hilkortasunak ez zuen guztizko hilkortasunaren % 7 gainditu kausa multzo handi horietako bakoitzean.

1.3.4. Desberdintasunak heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean adin-talde handien arabera

25-44 urteko emakumeen artean, istripuzko pozoidurak eta biriketako minbizia izan ziren desberdintasun erlatibo eta absolutu estatistikoki esanguratsuak erakutsi zituzten bi kausa espezifiko bakarrak. Ez zen desberdintasun erlatiborik ez absoluturik hauteman adin-talde horretan hilkortasun handiena eragiten duten bi heriotza-kausetan –bularreko minbizia eta suizidioa–, ez eta gainerako berariazko kausetan ere. Adin-tarte horretako gizonezkoek dagokienez, desberdintasun erlatibo garrantzizkoenak hauek izan ziren: zirrosia, urdaileko minbizia, istripuzko pozoidurak, gaixotasun zerebrobaskularra eta biriketako minbizia. Desberdintasun absolutu garrantzitsuenak istripuzko pozoiduren, suizidioaren, trafiko-lesioen, bihotzeko iskemien eta biriketako minbiziaren ondorioz gertatu ziren.

45 eta 64 urte bitarteko emakumeen artean, desberdintasun erlatibo eta absolutu handieneko kausak iskemia, gaixotasun zerebrobaskularra, zirrosia, diabetesa eta BGBK izan ziren; guztiak estatistikoki esanguratsuak, gainera. Diabetesari, zirrosiari eta iskemiei egotz dakiekeen hilkortasuna gutxienez % 60koa izan zen. Adin-tarte bereko gizonezkoen artean, desberdintasun erlatibo handienak hiesagatik eta GIBagatik, BGBKagatik eta istripuzko pozoidurengatik gertatu ziren; desberdintasun absolutu handienak, berriz, biriketako minbizia, iskemiak eta zirrosiagatik. Istripuzko pozoiduren eta zirrosiaren ondoriozko hilkortasuna % 60koa izan zen gutxienez, eta % 40tik gorakoa biriketako minbiziaren kasuan.

65 urteko eta gehiagoko emakumeen artean, gaixotasun mental organikoek, iskemiek, diabetesak, zirrosiak eta BGBKak desberdintasun erlatibo eta absolutu oso garrantzitsuak erakutsi zituzten, baita biriketako minbiziak ere, baina azken kasu horretan hilkortasuna handiagoa izan zen hezkuntza-maila handiagoko emakumeen artean. Hezkuntza-desberdintasunen eraginari dagokionez, zirrosiaren eta diabetesaren ondoriozko heriotzen ia % 80 eta % 40, hurrenez hurren, desberdintasun horiei egotz dakizkieke; beste muturrean, berriz, biriketako minbizia dago, biztanleriari egotz dakioken frakzio negatiboa duena; horrek esan nahi du unibertsitate-hezkuntzako emakumeen heriotzak ekidin zitezkeela, baldin eta ikasketak-maila apalagoko emakumeen hilkortasuna izan balute. Adin bereko gizonezkoen artean, desberdintasun erlatibo eta absolutu handienak aurkeztu zituzten berariazko kausak urdaileko minbizia eta BGBK izan ziren. Suizidioak, laringeko minbiziak eta ondesteko minbiziak desberdintasun erlatibo nabarmenak erakutsi zituzten; biriketako minbiziak, gaixotasun mental organikoek eta iskemiek ere garrantzizko desberdintasun absolutuak izan zituzten. Gainera, urdaileko minbiziak eta BGBK-k gutxienez % 40ko hilkortasun egozgarria izan zuten, eta % 20tik gorakoa biriketako minbiziaren kasuan.

1.4. Konklusioak

Desberdintasun sozioekonomikoek EAEko hilkortasunean garrantzi eta eragin handia dutenez, ezinbestekoa da politikak indartzea eta ekimen berriak abian jartzea desberdintasun sozialak murrizteko eta desberdintasun horiek osasunean duten eragina arintzeko. Beharrezkoa da aurrera egitea osasunean dauden desberdintasunen monitorizazioan eta EAEn osasun-ekitatea areagotzeko esku-hartzeek duten eraginkortasunari buruzko ikerketan.

2. Sarrera

Txosten honetan desberdintasunek, norbanakoaren maila ekonomikoaren arabera, Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), 2013-2016 aldian, hilkortasunean duten magnitudea deskribatu da. Atal honetan osasunaren alorreko desberdintasun sozialak zehaztu dira eta desberdintasun horiek monitorizatzeko premia justifikatu da. Ondorengo kapituluetan heriotza-kausa nagusien emaitza xehatuak deskribatuko dira, sexuaren eta adin-taldeen arabera. 1. eranskinean zehatz-mehatz azaldu da erabilitako metodologia.

2.1. Zer dira osasun-alorreko desberdintasun sozialak?

Osasun-alorreko desberdintasun sozialak desabantaila-maila desberdinetako talde sozialen osasunean hautematen diren desberdintasun sistematikoak dira. Gizartean diren estratifikazio-ardatzetan barrena gertatzen dira desberdintasun horiek, eta pertsonen beren klase sozialaren, sexuaren, bizilekuaren, etniaren eta jaiolekuaren arabera, osasunarekin zerikusia duten aukerak eta baliabideak jasotzeko duten ahalmen desberdinaren isla dira: ondorioa da gizartean abantaila gutxiena dutenek osasun kaskarra ere badutela¹. Hainbat ikerketa zientifikok erakutsi dute osasun-alorreko desberdintasunak ikaragarri handiak direla, eta aipatzen diren gaixotzeko arrisku-faktore ezagun gehienek baino askoz ere eragin handiagoa dutela gehiegizko hilkortasun- eta erikortasun-tasa handiagotan². Gainera, zientziak erakusten duenez, osasun-alorreko desberdintasunak murriz daitezke osasun- zein gizarte-alorretan esku-hartze eta politika publiko egokiak abian ipiniz gero²; beraz, desberdintasunak saihesgarriak dira eta, horrexegatik, bidegabeak. Horregatik hartzen ditugu, halaber, sinonimotzat «osasun-alorreko desberdintasun sozialak» eta «osasun-alorreko ekitate ezak».

Osasun-alorreko desberdintasun sozialen funtsezko ezaugarri bat honako hau da: gradualak dira, osasunean bada jatorri sozialeko gradiente bat, hain zuzen. Hala, oso salbuespen gutxirekin, errealitateak erakusten digu osasuna okerragoa dela zenbat eta beherago egin eskala sozioekonomikoan. Beraz, osasun-alorreko desberdintasun sozialek eskala sozialaren oinarrian dauden lagunei –pobreetan pobreenei– ez ezik, gizarte osoari ere eragiten diote³.

2.2. Osasun-alarreko desberdintasunak monitorizatzea

Osasun-alarrean berdintasuna bultzatzeko politiken gobernantza egokiak osasun-alarreko desberdintasun sozialen ezaugarriak eta bilakaera ondo ezagutzea du oinarri. Osasun-alarreko desberdintasunak zaintzea eta haien jarraipena egitea, beraz, beharrezkoa da osasun-politikak bideratzeko eta ebaluatzeko, osasun arazoei aintzat hartzeko, prebentziorako eta osasuna sustatzeko aparteko ahalegina behar duten populazio-taldeak identifikatzeko eta kontu-ematea errazteko^{4, 5}.

Berdintasunak osasun-alarrean hartu duen garrantziaren ondorioz, EAEn osasun-politiken helburu lehenetsi bihurtu da desberdintasun sozialak gutxitzea. Aurreko planaren lortzari jarraikiz, 2013-2020 Osasun Planak osasun-alarreko desberdintasun sozialak lehentasunezko zatikatu zituen⁶. Ekintza batzuk nabarmen dituzte, besteak beste: osasun-alarreko desberdintasunak monitorizatzea eta osasuneko informazio-sistemak garatuz jasotzea, eta aldizka osasunaren gaineko estatistikak egitea maila sozioekonomikoa kontuan hartuta. Lan honetan hilkortasunean dauden desberdintasun sozialen monitorizazioari ekin zaio, maila sozioekonomikoari eta, zehazkiago, hezkuntza-mailari buruzko informazio indibiduala erabiliz. Horrela, jarraipena ematen zaio 2017an argitaratutako «Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausaren nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2009-2012»⁷ txostenari, eta «Desberdintasunak hilkortasunean, banakako posizio sozioekonomikoagatik»^{8,9} estatistika-eragiketaren markoan aurrez argitaratutako beste lan batzuei.

2.3. Helburua

Dokumentu honetan hezkuntza-mailaren arabera osasun-alarreko desberdintasunak kausa guztien ondoriozko eta heriotza-kausaren nagusien ondoriozko hilkortasunean duten garrantzia deskribatzen da, EAEn 25 urteko eta gehiagoko biztanleria kontuan hartuta, 2013-2016 aldian, eta heriotza-kausaren espezifiko nagusien ekarpena aztertuta da (**Ikus metodoen atala 1. Eranskinean**).

3. Emaitzak

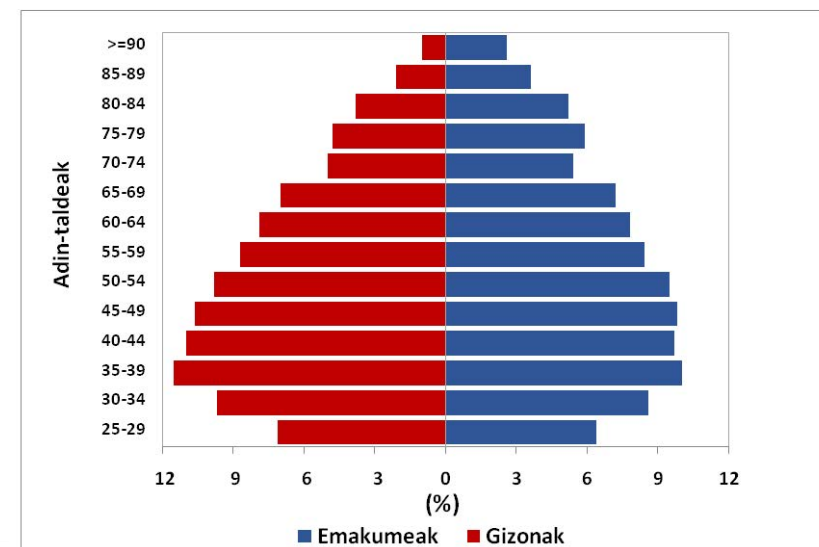
3.1. 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren ezaugarri soziodemografikoak. EAE, 2011

2011ko biztanleriaren erroldaren arabera, emakumeen eta gizonen % 80k eta % 78k, hurrenez hurren, 25 urte edo gehiago zituzten, eta % 24k eta % 18k, berriz, 65 urte edo gehiago.

- Aztertutako emakume guztiekiko (25 urte eta gehiagokoak) 65 urte eta gehiagoko emakumeen proportzioa % 30ekoa zen, eta proportzio hori % 24koa izan zen gizonen kasuan.
- Emakumeen bizitza luzeagoa –gizonekin alderatuta– gizonezkoen populazioaren kontzentrazio erlatibo handiago batean islatu zen, adin-talde gazteenean, eta emakumeen kontzentrazioan, aldiz, 65 urteko eta gehiagoko taldean.
- Lehen mailako ikasketak zituztenen, ikasketa formalik ez zutenen eta unibertsitate-ikasketak zituztenen proportzioak handiagoak ziren emakumezkoen artean gizonezkoen artean baino; aitzitik, bigarren mailako prestakuntza gizonen artean nagusi.
- Lehen mailako ikasketak izan ziren, bi sexuetan, ikaskuntza ohikoenak, bai biztanleria osoan (25 urte eta gehiago), bai 45 urte eta gehiagoko populazioan; unibertsitateko prestakuntza edo haren baliokidea, berriz, hezkuntza-maila ohikoena zen 25-44 urteko populazioan.

Azterlan honen xede diren 25 urte eta gehiagoko pertsonen artean, emakumeen % 35ek eta gizonen % 39k 25 eta 44 urte bitartean zituzten; % 35ek eta % 37k, hurrenez hurren, 45 eta 64 urte bitartean; eta, azkenik, % 30ek eta % 24k, hurrenez hurren, 65 urte edo gehiago zituzten. Emakumeen bizi-itxaropena gizonena baino luzeagoa denez, emakumeen populazioaren kontzentrazio erlatibo handiagoa gertatu zen azkeneko adin-estraturan (65 urte eta gehiago), eta gizonezkoen populazioaren kontzentrazio erlatibo handiagoa bi adin-talde gazteenetan (1. irudia).

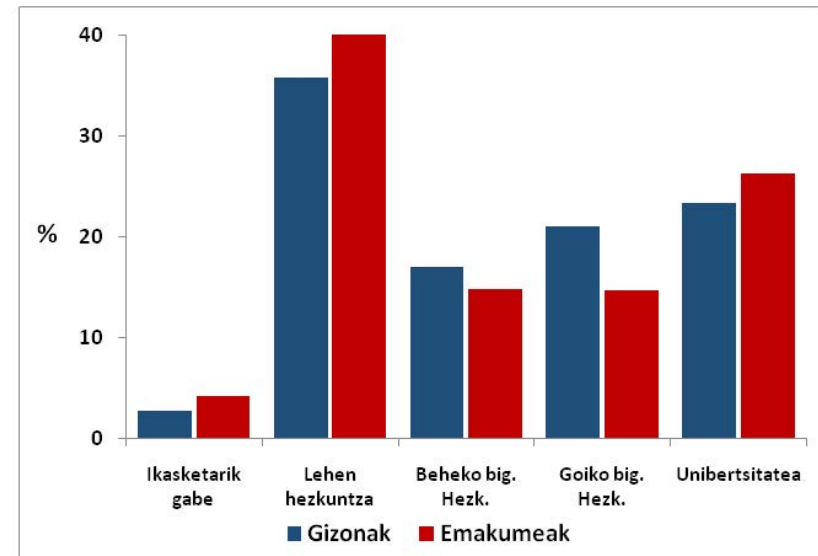
1. Irudia. 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren banaketa, adinaren eta sexuaren arabera. EAE, 2011



Ikasketa-maila 25 urteko eta gehiagoko biztanlerian

Ikasketa-mailaren banaketak desberdintasunak erakutsi zituen sexuaren arabera. Ikasketa formalik gabekoen, lehen mailako ikasketak zituztenen, eta unibertsitate-ikasketak egindakoen proportzioa handiagoa zen emakumeen artean gizonen artean baino. Aldiz, bigarren mailako ikasketak zituzten gizonen proportzioa emakumeena baino handiagoa zen. Biztanleriaren hezkuntza-mailarik ohikoena lehen hezkuntza izan zen, hala emakumeen (% 40) nola gizonen kasuan (% 36); unibertsitate-hezkuntza edo baliokidea izan zen bigarren ikasketa-maila ohikoena, bi sexuetan, emakumeen % 26 eta gizonen % 23 ziren unibertsitatean ikasiak (2. irudia).

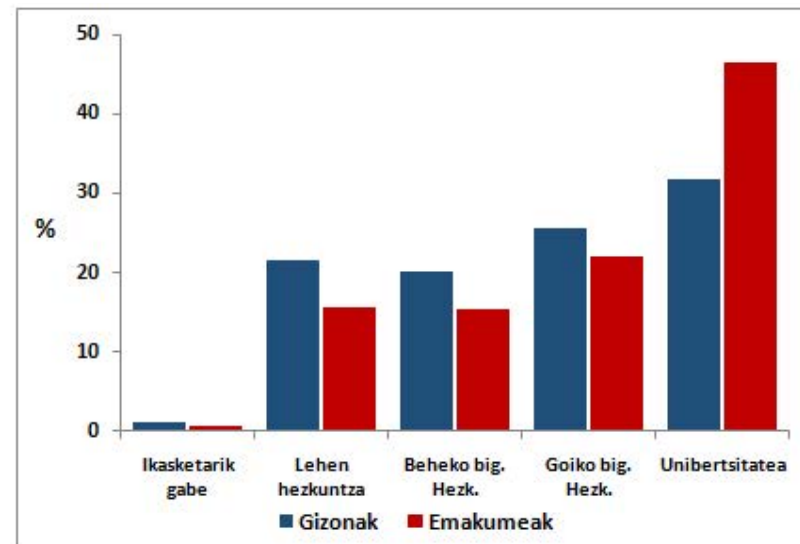
2. irudia. 25 urteko eta gehiagoko biztanleriaren banaketa, ikasketa-mailaren arabera. EAE, 2011



Ikasketa-maila 25-44 urteko bitarteko biztanlerian

2011n, 25 eta 44 urte bitarteko emakumeen eta gizonen % 46k eta % 32k, hurrenez hurren, unibertsitate-prestakuntzaren bat –edo baliokideren bat– zuten, eta hezkuntza-mailarik ohikoena da bi sexuetan. Unibertsitateaz kanpoko ikasketa-maila guztietan handiagoa izan zen gizonen proportzioa emakumeena baino. Ikasketa formalak egin ez dituzten gazteen prebalentzia oso txikia izan da, % 1 baino ez (3.1 irudia).

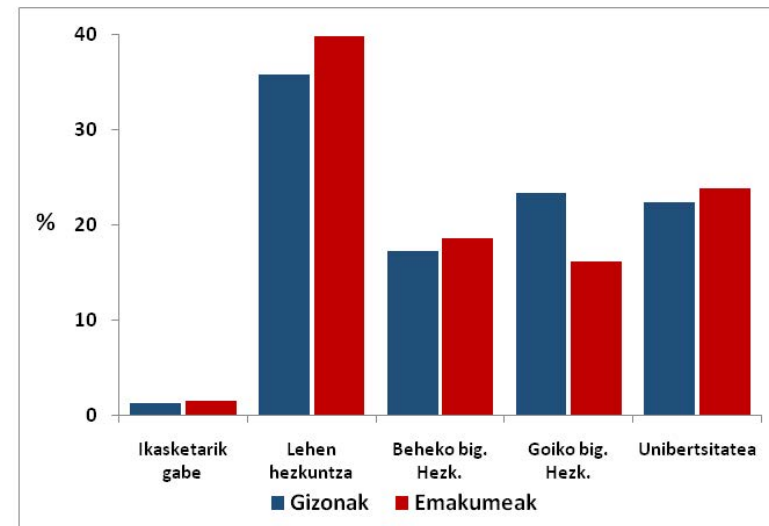
3.1. irudia. 25-44 urte bitarteko biztanleriaren banaketa, ikasketa-mailaren arabera. EAE, 2011



Ikasketa-maila 45-64 urte bitarteko biztanlerian

45 eta 64 urte bitarteko biztanleen artean, egindako ikasketa-maila ohikoena lehen mailako ikasketak izan ziren: emakumezkoen % 40 eta gizonezkoen % 36 zeuden kasu horretan. Gizonezkoen % 41ek eta emakumezkoen % 35ek bigarren mailako –goragoko edo behegoko– prestakuntzaren bat egina zuten. Unibertsitateko prestakuntza edo baliokidea zuten emakumezkoak % 24 ziren, apur bat gehiago kasu horretan zeuden gizonezkoak baino, % 22. Emakumeen % 2k eta gizonen % 1 baizik ez ziren ikasketa formalik egin ez zutenak (3.2 irudia).

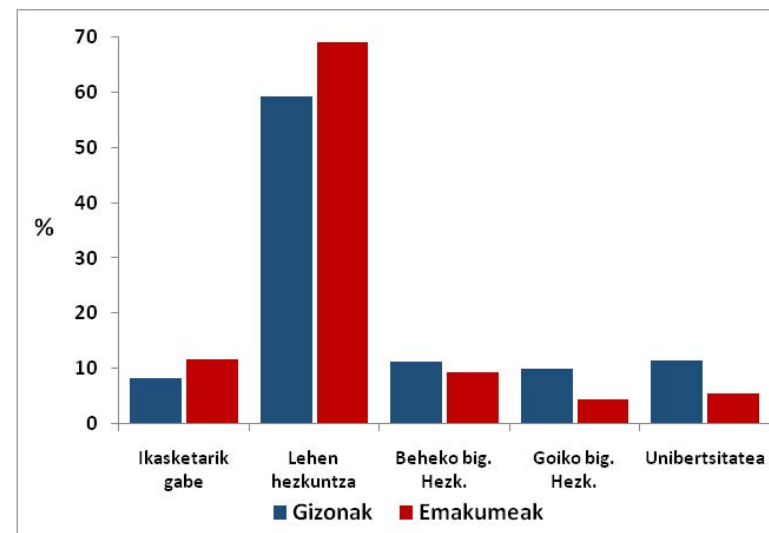
3.2. Irudia. 45-64 urte bitarteko biztanleriaren banaketa, ikasketa-mailaren arabera. EAE, 2011



Ikasketa-maila 65 urteko eta gehiagoko biztanlerian

65 urte eta gehiagoko emakumeen % 69 eta gizonezkoen % 59 lehen mailako ikasketak dituztenen taldean kokatu ziren. Ikasketarik gabeko emakumeen proportzioa handiagoa izan zen gizonena baino: % 10 ingurukoa. Unibertsitate-ikasketaren bat edo baliokidea duten gizonen proportzioa (% 12) emakumeena halako bi izan zen (% 6). Emakumeen proportzioa gizonena baino handiagoa izan zen bi ikasketa-maila apalenetan; baina gizonen proportzioa handiagoa behe-mailako bigarren hezkuntzaren eta unibertsitate-hezkuntzaren artean (3.3 irudia).

3.3. Irudia. 65 urteko eta gehiagoko biztanleriaren banaketa, ikasketa-mailaren arabera. EAE, 2011

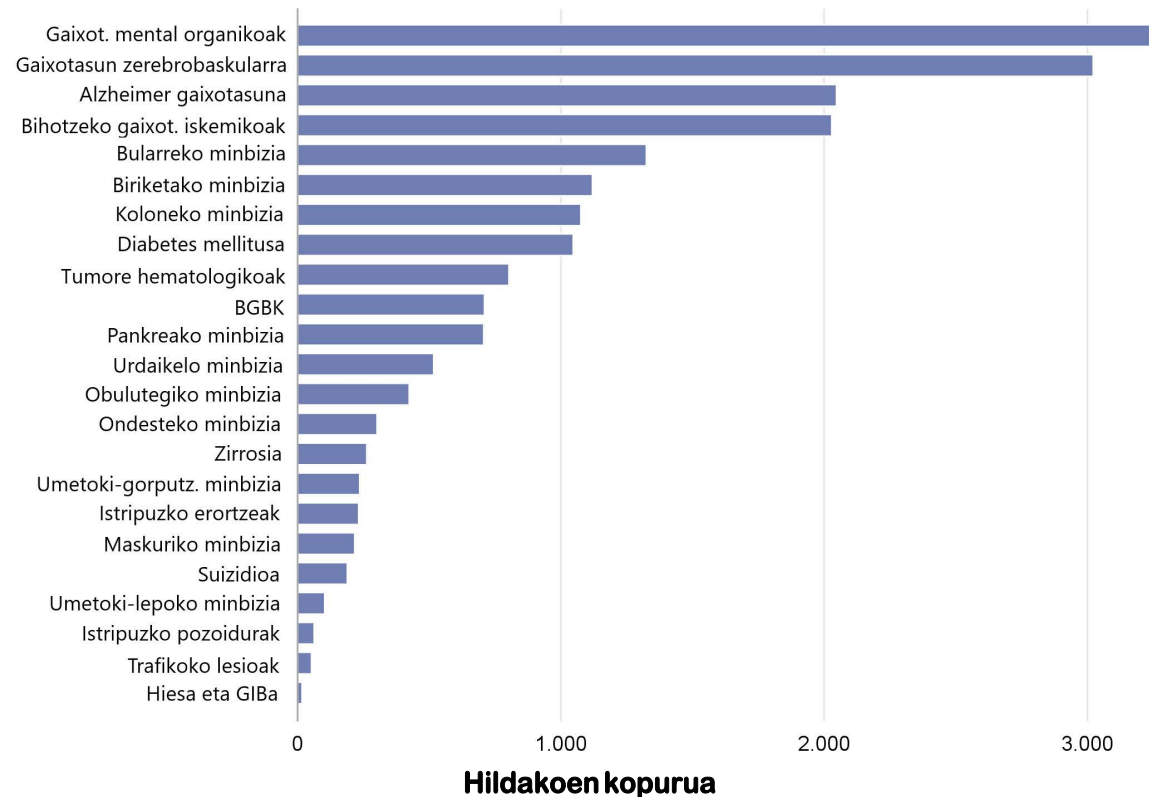


3.2. Heriotza-kausa nagusiak maiztasunaren arabera. EAE, 2013-2016

- 25 urte eta gehiagoko pertsonen artean, heriotza -kausa ohikoenak zirkulazio-gaixotasunak eta tumore gaiztoak izan ziren emakumeen artean, eta kausa berberak, baina kontrako ordenan, gizonen kasuan.
- 25 urte eta gehiagoko pertsonen heriotza-kausa espezifikoei dagokienez, emakumeen artean ohikoenak gaixotasun mental organikoak, gaixotasun zerebroaskularra eta Alzheimerren gaixotasuna izan ziren; eta gizonen artean, biriketako minbizia, kardiopatia iskemikoa eta gaixotasun zerebroaskularra.
- 25-44 urte arteko biztanleen artean, berariazko heriotza-kausa ohikoenak izan ziren bularreko minbizia emakumeetan eta suizidioa gizonen artean; 45-64 urte bitarteko pertsoneri dagokienez, biriketako minbizia bi sexuetan; eta, 64 urtetik gorakoan artean, berriz, gaixotasun zerebroaskularra emakumeetan eta kardiopatia iskemikoa gizonezkoetan.

3.2.1. Heriotza-kausa nagusiak emakumeetan

Hildakoen-kopurua 25 urte eta gehiagoko emakumeetan



2013 eta 2016 urteen artean 40.417 heriotza gertatu ziren 25 urte eta gehiagoko emakumeen artean. **A1 taulan (2. eranskina)** heriotza kopuruaren eta urte-pertsonen jarraipenaren banaketa erakusten da ikasketa-mailaren eta adin-talde handien arabera, emakumeen artean. Heriotza-kausa talde handiak kontuan hartuta, emakumeen heriotza-kausa nagusiak zirkulazio-sistemako gaixotasunak (hilkortasun osoaren % 29), tumore gaiztoak (% 24) eta arnas-sistemako gaixotasunak (% 9) izan ziren (**A2 taula, 2. eranskina**). Kausa espezifikoen arabera, emakumeen lehenengo heriotza-kausa gaixotasun mental organikoa izan zen (gutzizko hilkortasunaren % 8,1), gero, maiztasun ordenan, gaixotasun zerebroaskularra (% 7,5), Alzheimerra (% 5,1) eta bihotzeko iskemia (% 5,0). Ondoren zetozen bularreko minbizia (% 3,3), biriketako minbizia (% 2,8), koloneko minbizia (% 2,7) eta diabetesa (% 2,6). Gainerako kausa espezifikoetatik bakar batek ere ez zuen gaintu guztizko hilkortasunaren % 2a 2013-2016 aldian. **4.1 irudian**, txosten honetarako hautatutako berariazko kausen (edo kausa espezifikoen) ondoriozko heriotza kopurua azaltzen da, maiztasunaren hurrenkeran.

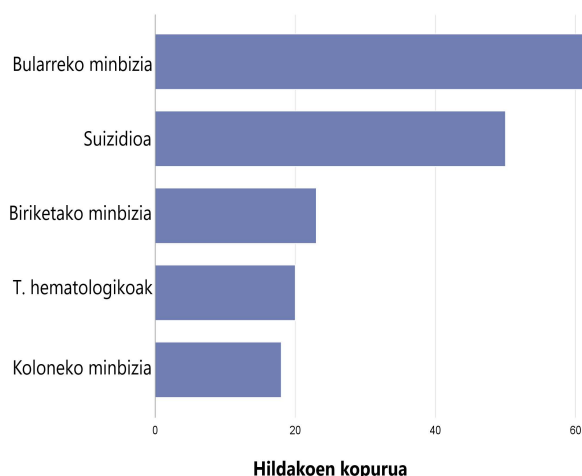
4.1. Irudia. Heriotza-kausa espezifiko nagusien rankinga emakumeetan. EAEn, 2013-2016

Pantaila osoan ikusteko

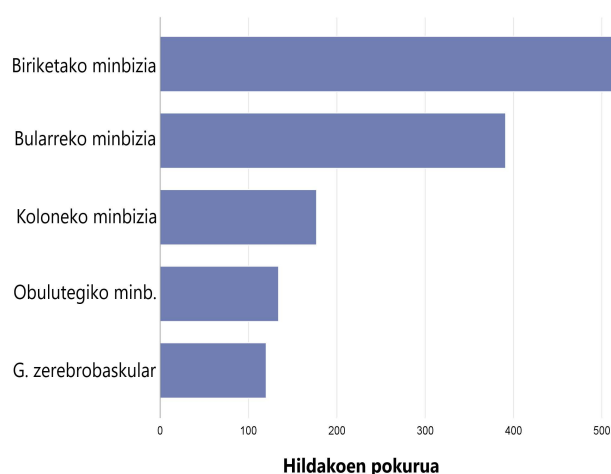
Hildakoen kopurua emakumeetan adin taldeen arabera: 25-44 urte; 45-64 urte; eta, 65 urte eta gehiago

Emakumeen artean, 2013-2016 aldiko heriotza-kausa espezifikoaren garrantzi erlatiboa desberdina izan zen adin-taldearen arabera (**A2 taula, 2. eranskina**). **4.2 irudian** ikus daitezke, maiztasunaren araberrako hurrenkeran, txosten honetan jasotako adin-azpitalde handietako bakoitzeko 5 heriotza-kausa espezifiko nagusiak.

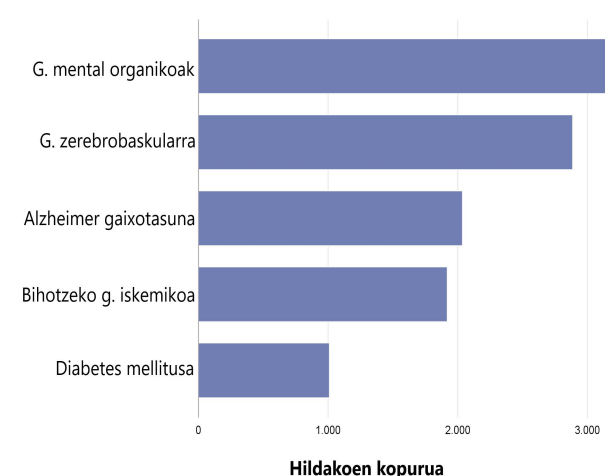
25-44 urte bitarteko emakumeak



45-64 urte bitarteko emakumeak



65 urteko eta gehiagoko emakumeak



25 eta 44 urte bitarteko emakumeen artean, bularreko minbizia (hilkortasun osoaren % 13,7) izan zen heriotza-kausa nagusia, ondoren zetozen suizidioa (% 10,7), biriketako minbizia (% 4,9), tumore hematologikoak (% 4,3) eta koloneko minbizia (% 3,8). 5 kausa horiek izan ziren adin horretako emakumeen hilkortasun osoaren % 37,4aren erantzule. Adin-tarte horretan, emakumeen heriotzen kopurua, 2013 eta 2016 artean, 468koa izan zen, hau da, heriotza guztien % 1,2, hain zuzen, 25 urte eta gehiagoko emakumeen artean (**4.2 irudia**).

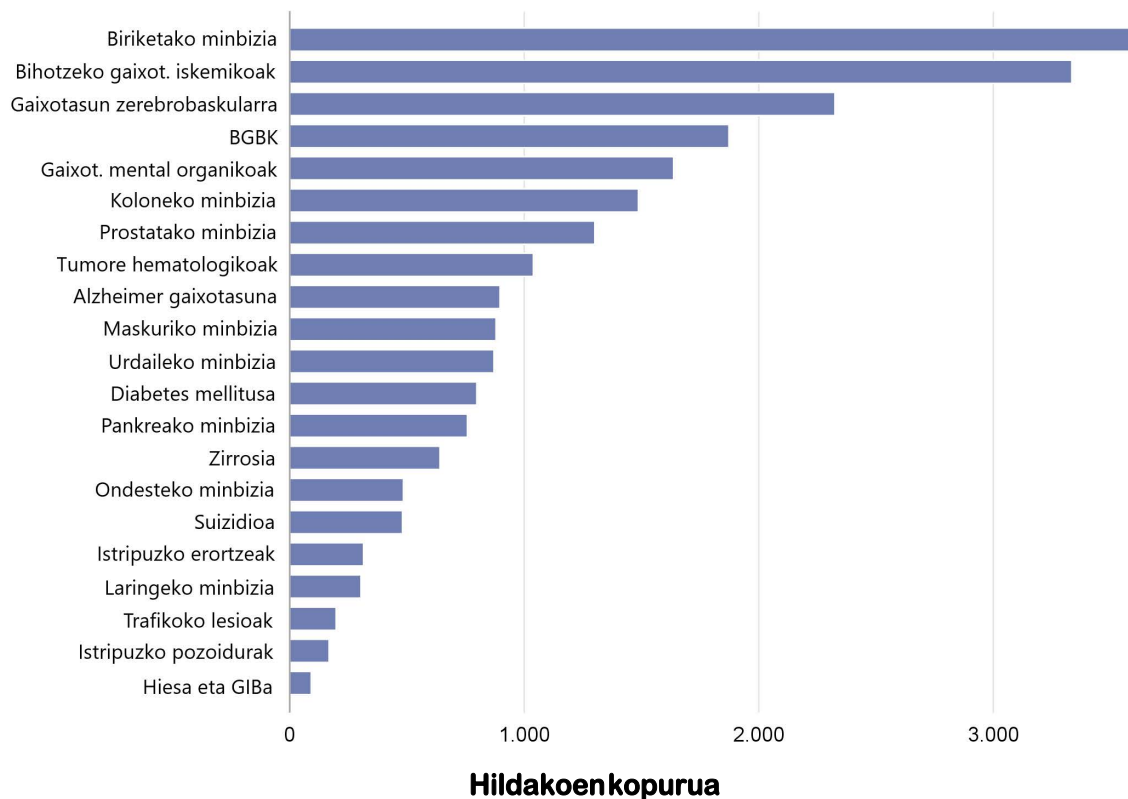
45 eta 64 urte bitarteko emakumeen artean, biriketako minbizia izan zen prebalentzia handieneko kausa (guztizko hilkortasunaren % 15,8), gero zetozen bularreko minbizia (% 12,0), koloneko minbizia (% 5,4), obulutegiko minbizia (% 4,1) eta gaixotasun zerebrobaskularra (% 3,7). Bost horiek izan ziren adin horretako emakumeen heriotzen % 41,1en kausa. 2013 eta 2016 artean, 3.253 heriotza gertatu ziren 45-64 urte arteko emakumeen artean, hau da, 25 urte eta gehiagoko emakumeen heriotza guztien % 8,0 (**4.2 irudia**).

65 urte eta gehiagoko emakumeen artean, gaixotasun mental organikoak izan ziren nagusi (guztizko hilkortasunaren % 8,9); gero zetozen gaixotasun zerebrobaskularra (% 7,9), Alzheimerren gaixotasuna (% 5,5), kardiopatia iskemikoa (% 5,2) eta diabetesa (% 2,8). Aipatutako 5 heriotza-kausa horiek izan ziren heriotzen % 30,3ren erantzule, adin-tarte horretako emakumeen artean. 2013 eta 2016 artean, 36.696 heriotza jazo ziren adin-tarte horretan, hau da, 25 urte eta gehiagoko emakumeen heriotzen % 90,8 (**4.2 irudia**).

4.2. Irudia. Heriotza-kausa espezifiko nagusien rankinga emakumeetan, adin-taldearen arabera. EAE, 2013-2016

3.2.2. Heriotza-kausa nagusiak gizonetan

Hildakoen kopurua 25 urte eta gehiagoko gizonetan



2013-2016 arteko aldirian, 41.533 heriotza gertatu ziren 25 urte eta gehiagoko gizonezkoen artean. **A1 taulan (2. eranskina)** heriotza kopuruaren eta urte-jarraipena egindako pertsonen banaketa erakusten da ikasketa-mailaren eta adin-talde handien arabera, gizonezkoen artean. Heriotza-kausa talde handiak kontuan hartuta, gizonezkoen heriotza-kausa nagusiak tumore gaiztoak (hilkortasun osoaren % 37), gaixotasun kardiobaskularrak (% 25) eta arnas-aparatuko gaixotasunak (% 10) izan ziren (**A2 taula, 2. eranskina**). Berriazko kausen arabera, ohikoena biriketako minbizia izan zen (guztizko hilkortasunaren % 8,7), eta, ondoren, maiztasun-hurrenkeran, bihotzeko iskemia (% 8,0) eta gaixotasun zerebrobaskularra (% 5,6). Garrantzi handiko beste kausa batzuk izan ziren BGBK (% 4,5), gaixotasun mental organikoak (% 3,9), koloneko minbizia (% 3,6) eta prostatako minbizia (% 3,1). Gainerako kausa bakar batek ere ez zuen gainditu guztizko hilkortasunaren % 2,5a, 2013-2016 aldirian. **5.1 irudian**, txosten honetarako hautatutako berriazko kausen (edo kausa espezifikoaren) ondoriozko heriotza kopurua azaltzen da, maiztasunaren hurrenkeran.

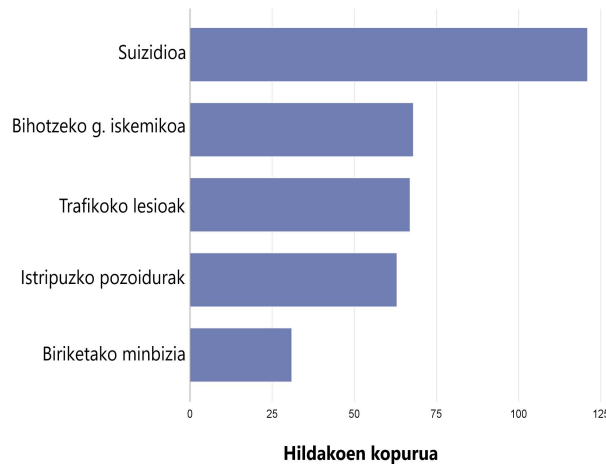
5.1. Irudia. Heriotza-kausa espezifiko nagusien rankinga gizonetan. EAEn, 2013-2016

✚ Pantaila osoan ikusteko

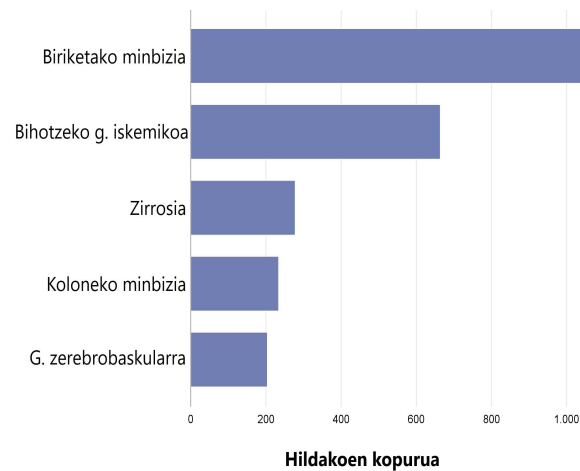
Hildakoen kopurua gizonetan adin taldeen arabera: 25-44 urte; 45-64 urte; eta, 65 urte eta gehiago

Gizonezkoen artean, 2013-2016 aldiko heriotza-kausa espezifikoaren garrantzi erlatiboa desberdina izan zen, halaber, adin-taldearen arabera (**A2 taula, 2. eranskina**). **5.2 irudian** ikus daitezke, maiztasunaren araberako hurrenkeran, txosten honetan jasotako adin-azpitalde handietako bakoitzeko 5 heriotza-kausa espezifiko nagusiak.

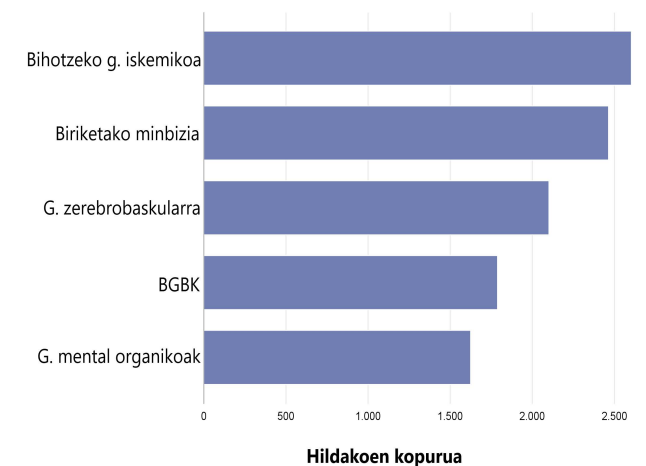
25-44 urte bitarteko gizonak



45-64 urte bitarteko gizonak



65 urteko eta gehiagoko gizonak



25 eta 44 urte bitarteko gizonen artean, suizidioa izan zen heriotza-kausa nagusia (guztizko hilkortasunaren % 14,5), ondoren zetozen bihotzeko iskemiak (% 8,1), trafiko-lesioak (% 8,0), istripuzko pozoidurak (% 7,5) eta biriketako minbizia (% 3,7). 5 kausa horiek izan ziren adin-talde horretako 10 heriotzatatik 4ren erantzule (% 42). 2013 eta 2016 artean, adin-tarte horretako heriotzen guztizko kopurua 835ekoa izan zen, hau da, 25 urte eta gehiagoko gizonezkoen heriotza guztien % 2,0 (**5.2 irudia**).

45 eta 64 urte bitarteko gizonezkoen artean, biriketako minbizia izan zen heriotza-kausa ohikoena (heriotzen % 17,4), gero zetozen bihotzeko iskemiak (% 10,2), zirrosia (% 4,3), koloneko minbizia (% 3,6), eta gaixotasun zerebroaskularra (% 3,1). 5 kausa horiek izan ziren adin-talde horretako hilkortasun osoaren % 38,6ren erantzule. 2013 eta 2016 artean, 6.508 heriotza jazo ziren 45-64 urte arteko gizonen artean, 25 urte eta gehiagoko gizonezkoen heriotza guztien % 15,7 (**5.2 irudia**).

65 urte eta gehiagoko gizonezkoetan, bihotzeko iskemiak eragin zituen heriotza gehien (heriotza guztien % 7,6), hurrengoak ziren biriketako minbizia (% 7,2) eta gaixotasun zerebroaskularra (% 6,1). BGBK (% 5,2) eta gaixotasun mental organikoak (% 4,7) izan ziren prebalentzia handieneko laugarren eta bosgarren kausak, eta aipatutako 5 kausa horiek izan ziren adin-talde horretako 10 heriotzatatik 3ren erantzule (% 30,8). 2013 eta 2016 artean, 34.190 heriotza jazo ziren adin-tarte horretan, hau da, 25 urte eta gehiagoko gizonezkoen heriotzen % 82,3 (**5.2 irudia**).

5.2. Irudia. Heriotza-kausa espezifiko nagusien rankinga gizonetan, adin-taldeen arabera. EAE, 2013-2016

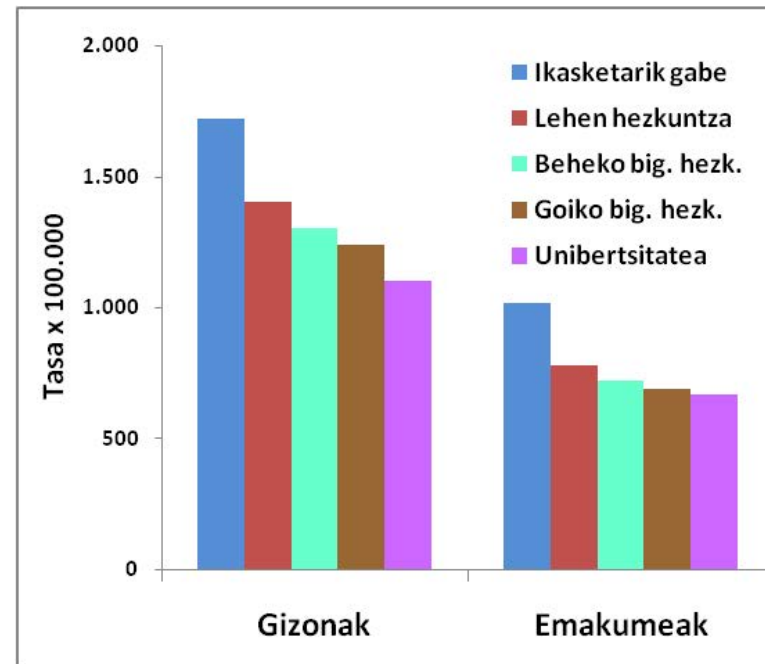
3.3. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea 25 urteko eta gehiagoko pertsonen guztizko hilkortasunean. EAE, 2013-2016

- 2013-2016 aldian, kausa guztien ondoriozko hilkortasun desberdintasunek alderantzizko gradiente nabarmena izan zuten, hezkuntza-mailaren arabera, bi sexuetan, hilkortasun handiagoa erakutsirik ikasketa-maila jaitsi ahala, eta nabarmenago gizonen artean emakumeen artean baino.
- Hezkuntza-maila txikieneko eta handieneko pertsonak alderaturik, desberdintasun absolutua 309 eta 537 heriotzatan zehaztu zen, 100.000 biztanleko, emakumezkoen eta gizonezkoen artean, hurrenez hurren.
- Desberdintasun erlatiboak dagokienez, hezkuntza-maila apalagoko emakumeen hilkortasuna ikasketa-maila handiagoa zutenena baino % 45 handiagoa izan zen; gizonen kasuan, gehiegizko hilkortasuna % 55ekoa izan zen.
- 25 urte eta gehiagoko emakumeen eta gizonen artean izandako heriotza guztien % 13 eta % 19, hurrenez hurren, hezkuntza-mailako desberdintasunei egotz dakizkiekeenak dira; horrek esan nahi du egunean 9 heriotza inguru direla, horietatik 3,6 emakumezkoenak eta 5,4 gizonezkoenak.

Kausa guztien ondoriozko hilkortasunean dauden desberdintasunen garrantzia desberdina izan zen sexuaren arabera:

25 urteko eta gehiagoko bi sexuetako pertsonen kasuan, alderantzizko harreman graduala hauteman zen kausa guztien ondoriozko hilkortasunaren eta ikasketa-mailaren artean: hilkortasunak gora egin zuen hezkuntza-maila jaitsi ahala (**6. Irudia; A4 taula, 2. eranskina**). Osasun-arloko gradiente soziala nabarmen areagotu zen ikasketarik gabeko pertsonen artean eta bi sexuetan. Ikasketarik gabeko emakumeen hilkortasuna edozein hezkuntza-mailatako gizonena baino txikiagoa izan zen.

25 urteko eta gehiagoko biztanleria



6. Irudia. Kausa guztien ondoriozko hilkortasun-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

1. Taula. Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

25 urte eta gehiago	DIE ^a (% 95eko K.T. ^c)		MDI ^b (% 95eko K.T.)		Hildakoen kopurua		BFE ^c
					Ikusitakoak	Egozgarriak	
Emakumeak	1,45	(1,37 : 1,52)	309	(207 : 411)	40.417	5.191	12,8
Gizonak	1,55	(1,49 : 1,62)	537	(425 : 648)	41.533	7.845	19,9

^a Desberdintasun-indize erlatiboa, adinaren arabera doitutakoa

^b Maldaren desberdintasun-indizea, adinaren arabera doitutakoa, 100.000 biztanleko heriotza-tasan

^c Biztanleriaren frakzio egozgarria

^d K.T.: Konfiantza tartea

2013-2016 aldian, 25 urteko eta gehiagoko biztanleen artean, bai desberdintasun erlatiboak eta bai absolutuak estatistikoki esanguratsuak izan ziren bi sexuetan, eta handiagoak gizonen artean emakumezkoen artean baino (**1. taula; A5 taula, 2. eranskina**). Desberdintasun erlatiboak dagokienez, eta desberdintasun-indize erlatiboaren (DIE) balioen arabera, hezkuntza-maila apalenerako emakumeen hilkortasuna [DIE: 1,45 (% 95eko KT. 1,37 : 1,52)] % 45 handiagoa izan zen ikasketa-maila altuagoa zuten emakumeena baino, eta gizonen artean gehiegizko hilkortasuna % 55ekoa izan zen [DIE: 1,55 (% 95eko KT. 1,49 : 1,62)]. Desberdintasun absolutuak maldaren desberdintasun-indizearen (MDI) bidez neurtu ziren, eta garrantzi handia dute osasun publikoaren ikuspegitik. Zenbaki absolutuetan, hezkuntza-maila apalenerako emakumeen hilkortasuna 100.000 biztanleko 309 heriotza gehiagokoa izan zen unibertsitate-ikasketak zituzten emakumeena baino [MDI: 309 (% 95eko KT. 207 : 411)]; desberdintasuna, gizonen kasuan, 100.000 biztanleko 537 heriotzakoa izan zen [MDI: 537 (% 95eko KT. 425 : 645)] hezkuntza-eskalaren bi muturren artean.

Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunek eragin handia izan zuten guztizko hilkortasunean, bi sexuetan, eta biztanleriaren frakzio-egozgarriaren (BFE) bidez neurtu ziren (**1. taula; A5 taula, 2. eranskina**), handiagoa izan zelarik gizonetan emakumeetan baino. 2013 eta 2016 artean 25 urte eta gehiagoko emakume guztiek unibertsitateko emakumeen hilkortasun-esperientzia izan balute, 5.191 heriotza saihestu edo atzeratu ahal izango ziren, hau da, aldi horretako heriotza guztien % 13 (**1. taula**). Gizonen artean, berriz, 7.845 heriotza gutxiago izan ahal zitezkeen, hau da, epe horretan izandako heriotzen % 19. Bi sexuak kontuan hartuta, 25 urteko eta gehiagoko biztanle guztiek unibertsitate-prestakuntza edo baliokidea duten pertsonen hilkortasun-esperientzia izan balute, egunean, gutxi gorabehera, 9 heriotza saihestu edo atzeratu ahal izango ziren; horietatik 3,6 emakumezkoen zegozkienak eta 5,4 gizonzkoenak.

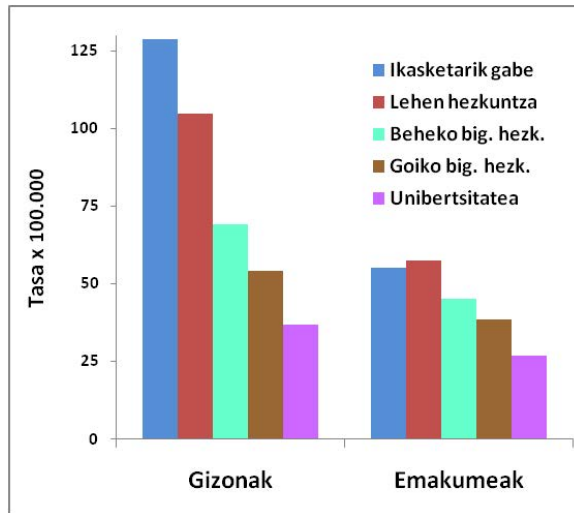
3.4. Desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea guztizko hilkortasunean, adin-talde handien arabera. EAE, 2013-2016

- Desberdintasun-indize erlatiboak erakutsi zuen ikasketa apalenak zituzten 25 eta 44 urte arteko emakumeen hilkortasunak hirukoiztu egin zuela unibertsitate-ikasketak zituztenena, eta, gizonetzkoen kasuan, 3,4 aldiz handiagoa izan zela. 45 eta 64 urte bitarteko artean, gizonen gehiegizko hilkortasunak (% 160) ia bikoiztu egin zuen emakumeen artekoa (% 87). 65 urtetik gora, emakumeen eta gizonen arteko desberdintasun erlatiboak berdindu egin ziren, eta % 30 inguruko balio handiagoak erakutsi zituzten hezkuntza-maila apalena zutenek, unibertsitateko ikasketak zituztenek baino, bi sexuetan.
- 25-44 urte bitarteko artean, guztizko hilkortasunean gizonetzkoetan hauteman ziren desberdintasun absolutuek bikoiztu egin zituzten emakumeen arteko desberdintasunak, eta hirukoiztu 45-64 urte artekoetan. 65 urtetik gora, adin-talde horretan ikusi baitziren heriotza-tasa handienak, desberdintasun absolutuak handiagoak izan ziren adin txikiagoko beste taldeetan baino.
- 25 eta 44 urte bitarteko emakumeen eta gizonen heriotzen % 28 eta % 43, hurrenez hurren, hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien; proportzio hori % 22koa eta % 37koa izan zen, hurrenez hurren, 45-64 urte bitarteko artean. 65 urte eta gehiagoko taldean, hilkortasun egozgarria behatutako txikiena izan zen, % 12 emakumezkoetan eta % 15 gizonetzkoetan.

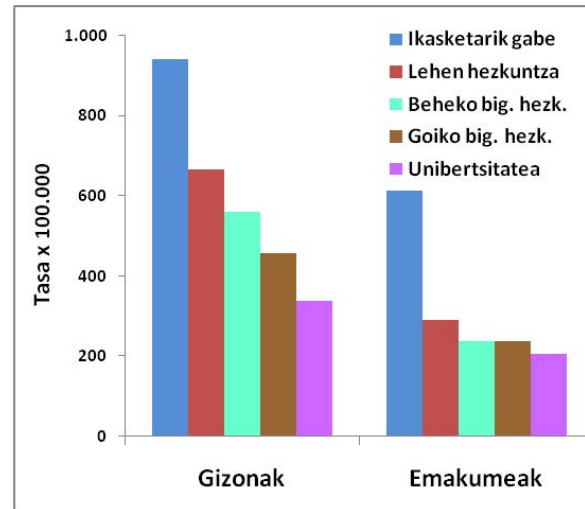
2. Taula. Kausa guztien ondoriozko hilkortasunaren tasa estandarizatuak, ikasketa-mailaren, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016

ATE ^a	Emakumeak				Gizonak			
	25 urte eta gehiago	25-44 urte bitartean	45-64 urte bitartean	65 urte eta gehiago	25 urte eta gehiago	25-44 urte bitartean	45-64 urte bitartean	65 urte eta gehiago
Ikasketarik gabe	1014,3	55,3	614,1	2.861,3	1719,6	128,7	941,6	4.938,9
Lehen hezkuntza	778,7	57,4	291,3	2.421,2	1404,3	104,8	665,5	4.174,2
Beheko big. Hezk.	720,7	45,1	238,8	2.293,7	1303,4	69,3	559,5	3.991,4
Goiko big. Hezk.	686,6	38,4	237,5	2.178,0	1237,1	54,3	456,7	3.905,2
Unibertsitatea	668,0	26,7	205,5	2.167,9	1098,5	36,9	339,3	3.572,8

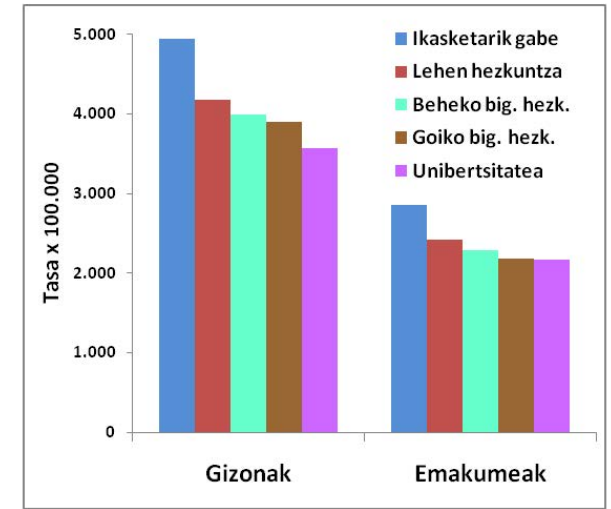
^a Adinaren araberako hilkortasun tasa estandarizatua, 100.000 biztanaleko hildakoen kopuruan adierazita

25-44 urte bitarteko biztanleria

25 eta 44 urte artekoetan, lehen mailako ikasketak zituzten edo ikasketarik gabeko emakumeen heriotza-tasak bikoiztu egin zuen unibertsitate-ikasketak zituztenena. Gizonezko gazteen artean, ikasketamailaren arabeko hilkortasun-gradientea are argiagoa izan zen: handiagoa ikasketamaila apalenera bi taldeetan. Ikasketarik gabeko gizonezkoen heriotza-tasa unibertsitatean ikasitakoena baino 3,5 aldiz handiagoa izan zen (7. irudia; 2. taula).

45-64 urte bitarteko biztanleria

Ikasketarik gabeko 45 eta 64 urte bitarteko emakumeen hilkortasuna (heriotza-tasa: 614 heriotza 100.000 biztanleko) beste edozein ikasketamaila zutenena baino 2 eta 3 aldiz handiagoa izan zen. Adin horretako gizonen artean, ikasketamailaren arabeko hilkortasun-gradiente nabarmena egon zen, eta ikasketarik gabeko gizonen hilkortasuna (942 heriotza 100.000 biztanleko) unibertsitatean ikasitakoaren artean baino 2,8 aldiz handiagoa izan zen (7. irudia; 2. taula).

65 urte eta gehiagoko biztanleria

65 urte eta gehiagotik aurrera ere, ikasketamailaren arabeko desberdintasun-gradientea hauteman zen hilkortasunean, eta, era berean, areagotu egin zen bi sexuetako hezkuntzamaila apalenera. Ikusi zen, halaber, hilkortasun handieneko emakumeen taldean (ikasketarik gabekoena) txikiagoa izan zela hilkortasun hori, unibertsitate-ikasketak eta beste edozein mailatakoak zituzten gizonezkoen hilkortasuna baino (7. irudia; 2. taula).

7. irudia. Kausa guztien ondoriozko hilkortasunaren tasa estandarizatuak ikasketamailaren, adin-talde handien eta sexuaren arabera, EAE 2013-2016

25-44 urte bitarteko populazioan, desberdintasun erlatiboak handiagoak izan ziren adin-talde zaharragoetan baino, bi sexuetan, eta aztertutako taldearen adinak gora egin ahala murriztu egin ziren: ikasketarik gabeko emakumeen hilkortasuna ia 2 aldiz handiagoa izan zen unibertsitatean ikasi zutenena baino [DIE: 2,96 (% 95eko KT. 2,12 : 4,11)] eta 3,4 aldiz handiagoa ikasketa gabeko gizonen artean unibertsitatean ikasitako artean baino [DIE: 4,42 (% 95eko KT. 3,43 : 5,69)]. 45-64 urte bitarteko artean, gizonen gehiegizko hilkortasuna % 160koa izan zen [DIE: 2,60 (% 95eko KT. 2,37 : 2,85)] eta ia bikoiztu egin zuen emakumeen gehiegizko hilkortasuna –% 87– [DIE: 1,87 (% 95eko KT. 1,64 : 2,14)]. 65 urte eta gehiagoko adin-taldean, ikasketa-mailaren arabera gehiegizko hilkortasuna berdindu egin zen emakumeen eta gizonen artean, % 30 inguruko balioekin; % 28 emakumeetan [DIE: 1,28 (% 95eko KT. 1,22 : 1,34)] eta % 31 gizonetan [DIE: 1,31 (% 95eko KT. 1,26 : 1,37)] (**3. taula**).

25-44 urte bitarteko artean, gizonen arteko desberdintasun absolutuek –hezkuntza-eskalako bi muturren arteko hilkortasun-tasen aldea– (88 heriotza 100.000 biztanleko) bikoiztu egin zituzten emakumeen arteko desberdintasunak (42 h. 100.000 biztanleko); gainera, hirukoiztu egin zituzten desberdintasunak 45-64 urte bitarteko artean (497 h. 100.000 biztanleko gizonen artean, eta, aldiz, 161 emakumeen artean). 65 urtetik gora, desberdintasun absolutuak maximoak izan ziren, 785 heriotzatarako [MDI: 785 (% 95eko KT. 489 : 1.080)] eta 1.219 heriotzatarako [MDI 1.219 (% 95eko KT. 822 : 1.616)] iritsi arte, 100.000 biztanleko, hezkuntza-eskalako bi muturren artean, emakumeen eta gizonen artean, hurrenez hurren (**3. taula**).

3. Taula. Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak kausa guztien ondoriozko hilkortasunean, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016

Adin-taldeak	Emakumeak		Gizonak	
	(95 %eko K.T. ^c)		(95 %eko K.T.)	
25-44 urte bitartean				
DIE ^a	2,96	(2,12 : 4,11)	4,42	(3,43 : 5,69)
MDI ^b	42	(29 : 55)	88	(55 : 120)
45-64 urte bitartean				
DIE	1,87	(1,64 : 2,14)	2,60	(2,37 : 2,85)
MDI	161	(67 : 254)	497	(424 : 571)
65 urte eta gehiago				
DIE	1,28	(1,22 : 1,34)	1,31	(1,26 : 1,37)
MDI	785	(489 : 1.080)	1.220	(822 : 1.616)

^a Desberdintasun-indize erlatiboa, adinaren arabera estandarizatuta

^b Maldaren desberdintasun-indizea, adinaren arabera estandarizatuta, 100.000 biztanleko heriotza-tasan

^c K.T.: Konfiantza-tartea

Desberdintasunek hilkortasunean izan zuten eragina ere oso desberdina izan zen adin-taldearen arabera (**4. taula**). Zenbaki erlatiboetan, desberdintasunek askoz eragin handiagoa izan zuten pertsona gazteenen artean zaharreneen artean baino: zehazki, hilkortasun egozgarria 2,4 eta 2,9 aldiz handiagoa izan zen, hurrenez hurren, 25 eta 44 urte bitarteko emakumeen eta gizonen artean, 65 urtetik gorakoen artean baino. 25-44 urte bitarteko emakumen artean, heriotzen % 28 ekidin zitezkeen (guztizko 468 heriotzetatik 131); bai eta gizonen heriotzen % 43 ere (guztizko 835 heriotzetatik 355). 45 eta 64 urte bitartean, desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa % 22koa eta % 37koa izan zen, emakumeen eta gizonen artean, hurrenez hurren. 65 urte eta gehiagoko pertsonen artean, heriotza egozgarrien proportzioak emakumeetan (% 12) eta gizonezkoetan (% 15) oso elkarren hurbil egon ziren, eta adin-talde guztietan hautemandako txikienak izan ziren. Hala ere, heriotza egozgarrien kopuru handiena 65 urte eta gehiagoko pertsonen artean gertatu zen: 4.348 heriotza emakumezkoetan eta 5.075 gizonezkoetan, hau da, sexu bakoitzean eta 25 urte eta gehiagoko pertsonen arteko guztizko hilkortasun egozgarriaren % 84 eta % 65, hurrenez hurren.

4. Taula. Aztertu diren eta ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakizkiekeen kausa guztien ondoriozko heriotzen kopurua, adin-talde handien eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016

Adin-taldeak	Emakumeak			Gizonak		
	Heriotza-kopurua		BFE ^a (%)	Heriotza-kopurua		BFE (%)
	Ikusitakoak	Egozgarriak		Ikusitakoak	Egozgarriak	
25 urte eta gehiago	40.417	5.191	12,8	41.533	7.845	18,9
25-44 urte bitartean	468	131	27,9	835	355	42,6
45-64 urte bitartean	3.253	712	21,9	6.508	2.415	37,1
65 urte eta gehiago	36.696	4.348	11,8	34.190	5.075	14,8

^aBiztanleriaren frakzio egozgarria

3.5. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausen arabera, 25 urteko eta gehiagoko biztanlerian. EAE, 2013-2016

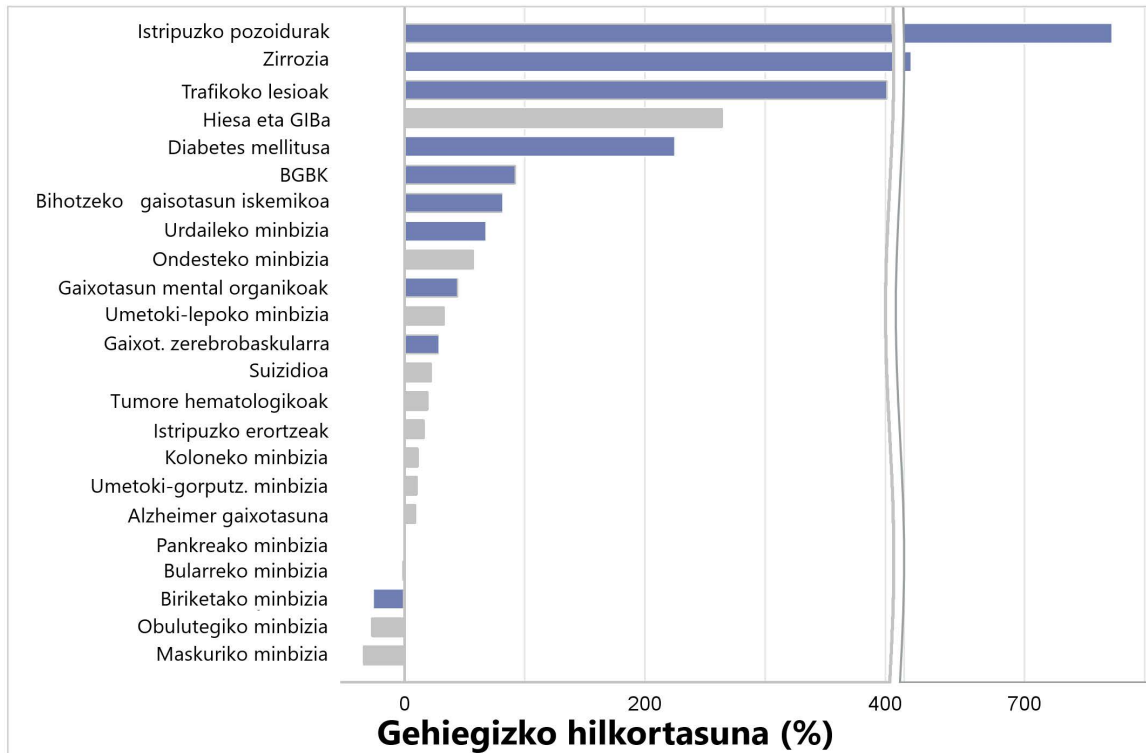
Oro har, heriotza-kausen talde nagusien ondoriozko hilkortasunak alderantzizko gradiente nabarmena jarraitu zuen hezkuntza-mailaren arabera, hau da, hilkortasun handiagoa hezkuntza-maila jaitsi ahala, sexu bietan. Kausa espezifikoak kontuan hartuta, kausa gehienek hilkortasun handiagoa erakutsi zuten, halaber, bi sexuetan hezkuntza-mailak behera egin ahala. Emakumeen artean, ordea, zuzeneko gradiente estatistikoki esanguratsua hauteman zen biriketako minbiziaren kasuan (hilkortasun handiagoa hezkuntza-maila handieneko emakumeen artean). Gizonezkoei dagokienez, ez zen zuzeneko desberdintasun-patroi estatistikoki esanguratsurik hauteman hilkortasuna hezkuntza-mailaren arabera aztertuta. Desberdintasunek hilkortasunean izandako garrantziari buruz, kausen rankinga desberdina izan zen kontuan hartzen zenaren arabera, hau da, desberdintasun absolutuak edo erlatiboak, eta sexu bat edo bestea (8. eta 9. irudiak).

3.5.1. Desberdintasun erlatiboak hilkortasunean, 25 urte eta gehiagoko biztanlerian

- Heriotza-kausen talde nagusiei dagokienez, bi sexuetan, desberdintasun erlatibo oso garrantzitsuak hauteman ziren, nahiz eta desberdintasunen garrantzia eta kausa multzoen rankinga desberdinak izan emakumezkoen eta gizonezkoen artean.
- Kausa espezifikoaren arabera, emakumeen hilkortasunean desberdintasun erlatibo handienak izan zituztenak istripuzko pozoidurak, zirrosia, trafikolesioak eta diabetesa izan ziren, % 200 baino gehiagoko gehiegizko hilkortasuna (hezkuntza-eskalako bi muturren artean) izan baitzuten kasu guztietan. Gizonezkoen artean, berriz, hiesa eta GIBa, istripuzko pozoidurak, laringeko minbizia, suizidioa eta BGBK izan ziren, guztiak % 150etik gorako gehiegizko hilkortasunarekin.
- Emakumeen artean, orobat, adierazgarriak izan ziren hilkortasuneko desberdintasun erlatiboak beste kausa hauengatik: BGBK, bihotzeko iskemia, urdaileko minbizia, gaixotasun mental organikoak, gaixotasun zerebrobaskularra eta biriketako minbizia. Azken kausa horrek gehiegizko hilkortasun negatiboa erakutsi zuen, hau da, hilkortasun handiagoa unibertsitate-ikasketak egin zituztenen artean, ikasketa-maila apalagoko emakumeen artean baino.
- Gizonezkoen artean ere desberdintasun erlatibo esanguratsuak hauteman ziren trafiko-lesioak, urdaileko minbizia, diabetesa, zirrosia, ondesteko minbizia, biriketako minbizia, istripuzko erortzeak, bihotzeko iskemia eta gaixotasun mental organikoak zirela kausa.

Emakumezkoen kausa multzo handiak kontuan hartuta, desberdintasun erlatibo handienak gaixotasun infekziosoetan hauteman ziren: ikasketa gutxiago zituzten emakumeen hilkortasuna 1,5 aldiz handiagoa izan zen [DIE: 2,47 (% 95eko KT. 1,60 : 3,82)] unibertsitatean ikasi zutenena baino, hau da, % 147ko gehiegizko hilkortasuna. Ondoren zetozen, handienetik hasita, digestio-gaixotasunak (% 136ko gehiegizko hilkortasuna), arnas-aparatuko gaixotasunak (% 72), zirkulazio-gaixotasunak (% 61) eta kanpoko kausak (% 54). Gizonezkoen artean, kausa talde handien arabera, desberdintasun erlatibo handienak kanpoko kausetan gertatu ziren [DIE: 2,54 (% 95eko KT. 2,09 : 3,08)], hau da, % 154ko gehiegizko hilkortasuna, eta, horren atzetik, handienetik hasita, gaixotasun infekziosoak (% 135), arnas-aparatukoak (% 120), digestio-arlokoak (% 105), tumore gaiztoak (% 48) eta gaixotasun kardiobaskularrak (% 37) (A5 taula, 2. eranskina).

Desberdintasun erlatiboak, 25 urteko eta gehiagoko emakumeetan



✚ Pantaila osoan ikusteko

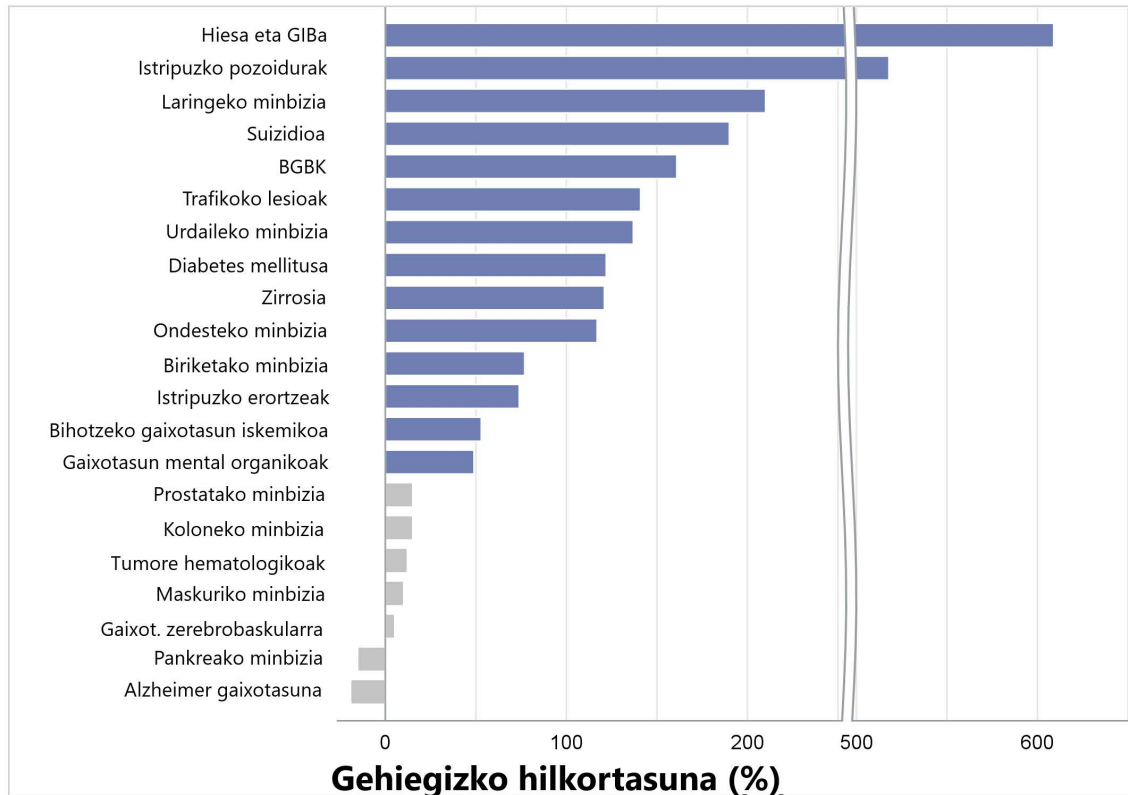
8.1. Irudia. Desberdintasun erlatiboak^a kausa espezifikoaren ondoriozko hilkortasunean, 25 urteko eta gehiagoko emakumeetan. EAE, 2013-2016

^a Desberdintasun-indize erlatiboaren bidez neurtuak. Ikusi metodoen atala 1. Eranskinean

* Urdinez nabarmendu dira 25 urteko eta gehiagoko emakumeetan desberdintasun erlatibo adierazgarriak erakutsi zituzten kausa espezifikoak

Emakumeei dagokienez, kausa espezifikoak aintzat hartuta, hilkortasunean desberdintasun erlatibo handienak izan zituztenak istripuzko pozoidurak, zirrosia eta trafiko-lesioak izan ziren, % 400dik gorako gehiegizko hilkortasunarekin. Nabarmentzekoa da, halaber, diabetesaren ondoriozko hilkortasun 2,25 aldiz handiagoa izan zela ikasketa-maila apalagoko emakumeetan unibertsitate-ikasketak zituztenetan baino [DIE: 3,25 (% 95eko KT. 3,22 : 4,76)], hau da, % 225eko gehiegizko hilkortasuna. Ondoren, handienetik hasita, BGBK (% 93ko gehiegizko hilkortasuna), bihotzeko iskemia (% 82), urdaileko minbizia (% 68), gaixotasun mental organikoak (% 45) eta gaixotasun zerebroaskularra (% 29), guztiak ere estatistikoki esanguratsutat har daitezkeenak. Azpimarratzekoa da zuzeneko desberdintasun-gradientea –estatistikoki esanguratsua– hauteman zela hilkortasunean, biriketako minbiziaren kasuan [DIE: 0,74 (% 95eko KT. 0,57 : 0,96)], hezkuntza-eskalako bi muturren artean; hala, unibertsitate-ikasketarik ez zuten emakumeen hilkortasuna % 26 txikiagoa izan zen unibertsitatean ikasi zutenena baino. Ikasketa-mailaren arabera, hilkortasunean dagoen zuzeneko desberdintasun-gradiente hori maskuriko minbizian eta obulutegiko minbizian ere antzematen da, nahiz eta bi kasu horietan emaitzak ez ziren estatistikoki esanguratsuak izan. Emakumezkoetan aztertutako gainerako neoplasia espezifikoetan ere –hau da, bularreko minbizia, umetokiko minbizia eta umetoki-lepoko minbizia– ez zen desberdintasun erlatibo esanguratsurik hauteman. Aintzat hartzeko desberdintasun erlatiborik izan ez zuten berariazko beste kausa batzuk hauek izan ziren: hiesa eta GIBa, ondesteko minbizia, suizidioa, tumore hematologikoak, istripuzko erortzeak, koloneko minbizia, Alzheimerra eta pankreako minbizia.

Desberdintasun erlatiboak, 25 urteko eta gehiagoko gizonetan



✚ Pantaila osoan ikusteko

8.2. Irudia. Desberdintasun erlatiboak^a kausa espezifikoaren ondoriozko hilkortasunean, 25 urteko eta gehiagoko gizonetan. EAE, 2013-2016

^a Desberdintasun-indize erlatiboaren bidez neurtuak. Ikusi metodoen atala 1. Eranskinean

* Urdinez nabarmendu dira 25 urte eta gehiagoko gizonetan desberdintasun erlatibo adierazgarriak erakutsi zituzten kausa espezifikoak

Gizonezkoetan, kausa espezifikoaren arabera, hiesak eta GIBak eta istripuzko pozoidurek % 500etik gorako gehiegizko hilkortasuna izan zuten: zehazki, ikasketa-maila apalenekoen artean, hiesak eta GIBak eragindako hilkortasuna 6,1 aldiz handiagoa izan zen [DIE: 7,09 (% 95eko KT. 3,09 : 16,26)] unibertsitatean ikasitakoena baino eta 5,2 aldiz handiagoa istripuzko pozoiduren kasuan [DIE: 6,18 (% 95eko KT. 3,34 : 11,41)]. Gehiegizko hilkortasuna, halaber, % 150 baino handiagoa izan zen –estatistikoki esanguratsua, betiere– laringeko minbiziaren, suizidioaren eta BGBKaren kasuan (**8. irudia; A5 taula, 2. eranskina**). Hilkortasunean desberdintasun erlatibo estatistikoki esanguratsuak zituzten berariazko beste kausa batzuk hauek izan ziren: trafiko-lesioak (% 141eko gehiegizko hilkortasuna), urdaileko minbizia (% 137), diabetesa (% 122), zirrosia (% 121), ondesteko minbizia (% 117), biriketako minbizia (% 77), istripuzko erortzeak (% 74), iskemiak (% 53) eta gaixotasun mental organikoak (% 49). Azkenik, aipatzekoa da desberdintasun erlatibo esanguratsurik egon ez zela beste hauetan: prostatako minbizia, koloneko minbizia, tumore hematologikoak, maskuriko minbizia, gaixotasun zerebrobaskularra, pankreako minbizia eta Alzheimer gaixotasuna.

3.5.2. Desberdintasun absolutuak hilkortasunean, 25 urte eta gehiagoko biztanlerian

- Garrantzi handiko desberdintasun absolutuak hauteman ziren bi sexuetan, heriotza-kausen talde nagusietan, baina desberdintasun horien magnitudea eta kausen rankinga desberdinak izan ziren sexuaren arabera: desberdintasun guztiak esanguratsuak izan ziren, emakumezkoen tumore gaiztoetan izan ezik. Gizonen arteko desberdintasun absolutuak emakumeen artekoak baino handiagoak izan ziren kausa multzo handi guztietan, zirkulazio-sistemako gaixotasunetan izan ezik.
- Kausa talde handiak kontuan hartuta, emakumeen arteko desberdintasun absolutu handienak zirkulazio-sistemako gaixotasunetan ikusi ziren, eta, haietatik distantzia handira, arnas-sistemako gaixotasunetan; gizonen artean, tumore gaiztoetan, eta, ondoren, zirkulazio-sistemako gaixotasunetan.
- Emakumeen artean, desberdintasun absolutu handienak izan zituzten kausa espezifikoak, handienetik hasita, bihotzeko iskemiak, gaixotasun mental organikoak eta diabetesa izan ziren. Biriketako minbizia ere nabarmendu zen, zuzeneko desberdintasun-patroi esanguratsua erakutsi baitzuen hilkortasunari dagokionez: hilkortasun handiagoa unibertsitatean ikasi zuten emakumeen artean, ikasketa apalagoak zituztenen artean baino.
- Gizonezkoetan, desberdintasun absolutu handieneko kausak hauek izan ziren, handienetik hasita: biriketako minbizia, BGBK eta kardiopatia iskemikoa. Ez zen hauteman hilkortasunean zuzeneko patroia zuten desberdintasun esanguratsurik.

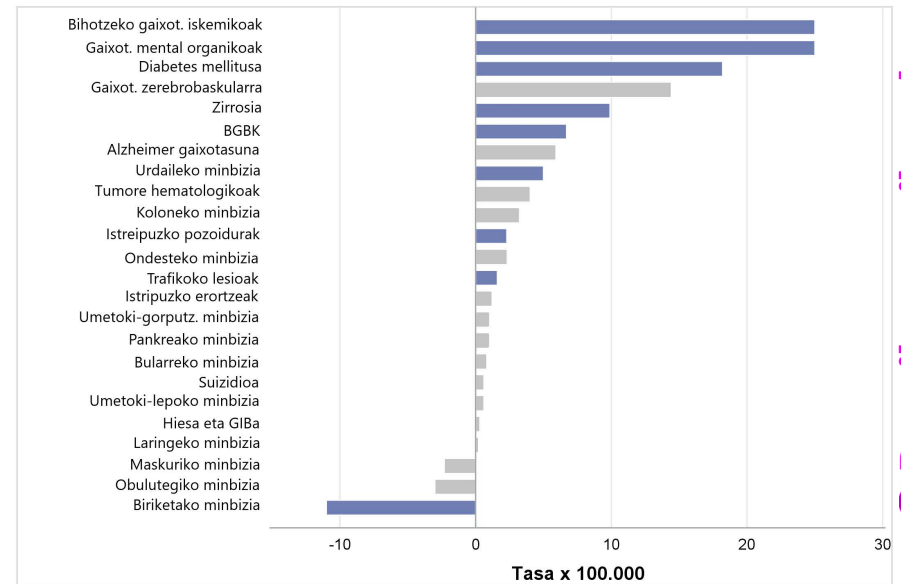
Argi geratu da kausa multzo nagusien ondoriozko hilkortasunean hauteman diren desberdintasun absolutuak handiagoak izan zirela gizonezkoen artean emakumeen artean baino, zirkulazio-gaixotasunetan izan ezik. Emakumezkoen artean, desberdintasun absolutuak esanguratsuak izan ziren kausa talde handi guztietan, tumore gaiztoen kasuan izan ezik. Desberdintasun absolutuen rankingaren buruan zirkulazio-gaixotasunak kokatu ziren [DIE: 105,6 (% 95eko KT. 76,0 : 135,2)]; horrek esan nahi du 106 heriotzako (100.000 biztanleko) aldea egon zela hilkortasun-tasei zegokienez, hezkuntza-eskalako bi muturren artean; gero zetozen, handienetik txikienera, arnas-gaixotasunek eragindakoak (34 h. 100.000 biztanleko) eta digestio-gaixotasunen ondoriozkoak (29 h. 100.000 biztanleko). Gizonezkoen artean, adierazgarriak izan ziren kausa talde handi guztien ondoriozko desberdintasun absolutuak, eta bereziki nabarmendu ziren tumore gaiztoak [MDI: 187,7 (% 95eko KT. 146,6 : 228,9)], horrek esan nahi du 188 heriotzako (100.000 biztanleko) aldea egon zela hilkortasun-tasei zegokienez, hezkuntza-eskalako bi muturren artean; gero zetozen, zirkulazio-gaixotasunek eragindakoak (101 h. 100.000 biztanleko) eta arnas-gaixotasunen ondoriozkoak (92 h. 100.000 biztanleko) (**A5 taula, 2. eranskina**).

Berariazko heriotza-kausen arabera, hilkortasuneko desberdintasun absolutuak, oro har, argi eta garbi handiagoak izan ziren gizonen artean emakumeen artean baino. Bi sexuetan, kausen rankinga ere desberdina da arestian deskribatu dugunarekiko, desberdintasun erlatiboei dagokienez. Emakumeen artean, desberdintasun absolutu handieneko kausak, handienetik txikienera, honako hauek izan ziren: bihotzeko iskemiak eta gaixotasun mental organikoak, biek 25,0 heriotzako (100.000 biztanleko) aldea izan baitzuten hezkuntza-eskalako muturren arteko heriotza-tasen artean; gero zetozen diabetesa (18,2 h. 100.000 biztanleko), zirroisia (9,9 h. 100.00 biztanleko), BGBK (6,7 h. 100.000 biztanleko) eta urdaileko minbizia. (5,0 h. 100.000 biztanleko). Era berean, desberdintasun esanguratsuak hauteman ziren istripuzko pozoiduren eta trafiko-lesioen ondoriozkoetan. Ikusi zen, gainera, zuzeneko desberdintasun-gradiente estatistikoki esanguratsua zegoela biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean: izan ere, hilkortasuna handiagoa zen unibertsitate-ikasketak egin zituzten emakumezkoetan -11 heriotza 100.000 biztanleko- ikasketa-maila apalagoko emakumeen artean baino [MDI: -11,0 (% 95eko KT. -19,2 : -22,7)] (**9. irudia**).

Desberdintasun absolutuak, 25 urte eta gehiagoko biztanlerian

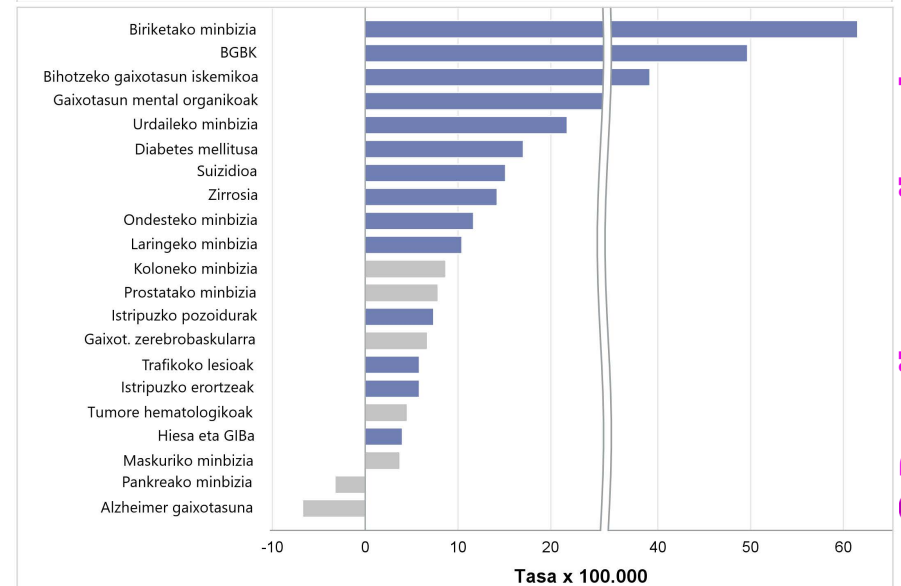
Zuzeneko patro hori maskuriko minbuzian eta obulutegiko minbuzian ere hauteman zen, baina bi kausa horien emaitzak ez ziren estatistikoki esanguratsuak izan. Emakumezkoetan aztertutako gainerako neoplasia espezifikoetan ere –hau da, bularreko minbuzia, umetokiko minbuzia eta umetoki-lepoko minbuzia– ez zen desberdintasun absolutu esanguratsurik hauteman. Desberdintasun absolutu adierazgarrikerak erakutsi ez zuten beste kausa espezifiko batzuk ondesteko minbuzia, suizidioa, tumore hematologikoak, istripuzko erortzeak, Alzheimer gaixotasuna, pankreako minbuzia eta hiesa eta GIBa izan ziren. Nabarmenezkoa da ez zela desberdintasun absolutu nabarmenik hauteman emakumeen heriotzen bigarren berariazko kausa garrantzitsuenagatik –gaixotasun zerebrobaskularra–, nahiz eta emaitza hori estatistikoki esanguratsua izatetik hurbil egon (A5 taula, 2. eranskina). Gizonezkoetan, desberdintasun absolutu handienak erakutsi zituzten kausa espezifikoak, handienetik txikienera, hauek izan ziren: biriketako minbuzia –61,5 heriotzako aldea (100.000 biztanleko), hilkortasun-tasei zegokienez, hezkuntza-eskalako muturren artean–, BGBK (49,7 h. 100.000 biztanleko), bihotzeko iskemia (39,2 h. 100.000 biztanleko), gaixotasun mental organikoak (29,3 h. 100.000 biztanleko) eta urdaileko minbuzia (21,8 h. 100.000 biztanleko). Diabetesak, suizidioak, zirrosiak, ondesteko minbuziak eta laringeko minbuziak ere desberdintasun absolutu estatistikoki esanguratsuak izan zituzten, hau da, 10 heriotzatik gorakoak 100.000 biztanleko. Desberdintasun absolutu esanguratsuak dituzten beste heriotza-kausak batzuk istripuzko pozoidurak, trafikoko lesioak, istripuzko erortzeak eta hiesa eta GIBa izan dira. Ez zen desberdintasun adierazgarrikerak hauteman beste kausa hauetan: koloneko minbuzia, prostatako minbuzia, tumore hematologikoak, maskuriko minbuzia eta Alzheimerra. Emakumeen kasuan bezala, ez zen desberdintasun absolutu nabarmenik hauteman gaixotasun zerebrobaskularren ondoriozko hilkortasunean ere, nahiz eta hirugarren kausa espezifiko garrantzitsuenak izan gizonen artean.

Emakumeak



Pantaila osoan ikusteko

Gizonak



Pantaila osoan ikusteko

9. Irudia. Desberdintasun absolutuak^a kausa espezifikoaren ondoriozko hilkortasunean sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

^a Maldaren desberdintasun-indizearen bidez neurtuta, adinaren arabera estandarizatuta, 100.000 biztanleko. Ikusi Eranskin 1 Metodoak

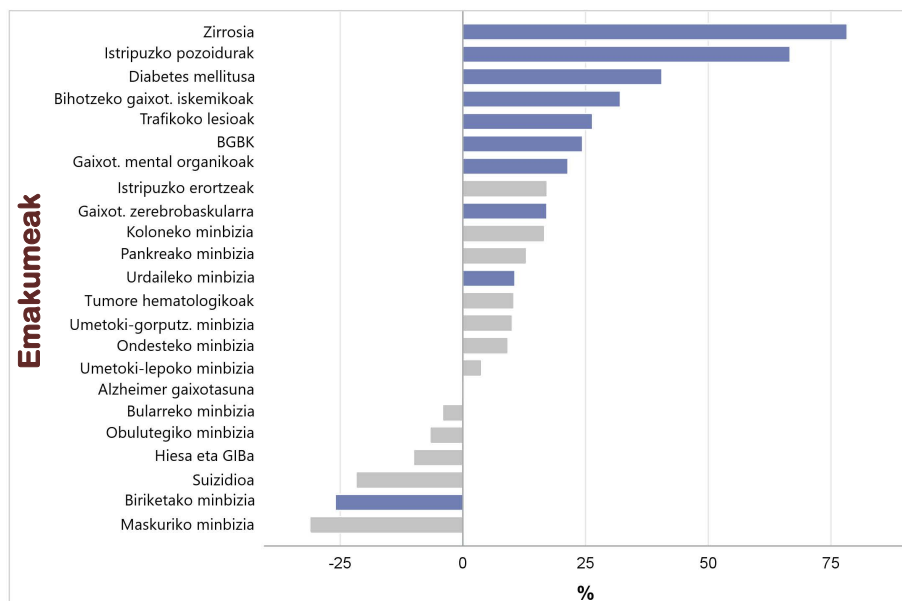
* Urdinez nabarmendu dira 25 urte eta gehiagoko emakumeetan eta gizonetan desberdintasun absolutu adierazgarrikerak erakutsi zituzten kausa espezifikoak

3.5.3. Ikasketa-mailaren araberako desberdintasunek hilkortasunean duten inpaktua 25 urteko eta gehiagoko biztanlerian

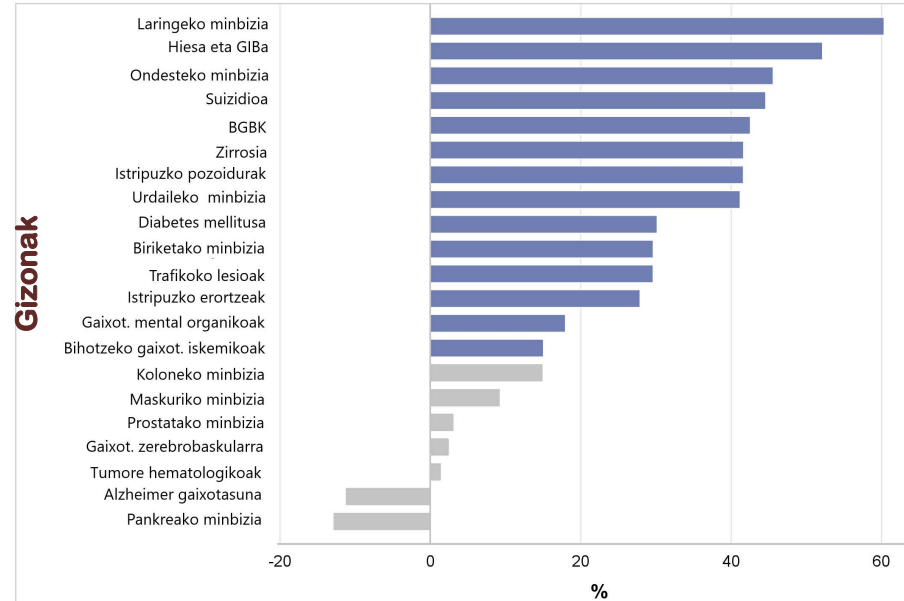
Hezkuntza-mailaren araberako desberdintasunen eragina biztanleriaren frakzio-egozgarriaren bidez kalkulatu zen (BFE). Urdinez nabarmendu ziren 25 urteko eta gehiagoko emakumezkoen eta gizonezkoen artean desberdintasun erlatibo edo absolutu estatistikoki esanguratsuak aurkeztu zituzten kausa espezifikoak 3.5.1 eta 3.5.2 apartatuetan.

- 2013 eta 2016 artean, 25 urte eta gehiagoko emakumeen heriotza guztien % 13 hezkuntza-mailaren araberako desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien, eta proportzio hori % 19ra igo zen adin-tarte bereko gizonen kasuan.
- Emakumeen artean, heriotza-kausen talde nagusietan, desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa garrantzitsua izan zen kasu hauetan: digestio-gaixotasunak (% 39), infektzioak (% 25) eta zirkulazio-gaixotasunak (% 17), eta ez zuen % 7a gairitu arnas gaixotasunen, kanpoko kausen eta tumore gaiztoen kasuan.
- Gizonezkoetan, kanpoko kausen, arnas-gaixotasunen eta digestio-gaixotasunen ondoriozko 3 heriotzatik 1 inguru hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeenak dira; garrantzitsuak dira, halaber (% 20 inguru) gaixotasun infektzioei eta tumore gaiztoei egotz dakizkiekeenak eta zirkulazio-aparatuko gaixotasunei dagokiena (% 10 baino zertxobait handiagoa).

Biztanleriaren frakzio egozgarria, 25 urteko eta gehiagoko biztanlerian



Pantaila osoan ikusteko



Pantaila osoan ikusteko

10. Irudia. Kausa espezifikoaren ondoriozko ikasketa-mailaren desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko biztanlerian. EAE, 2013-2016

* Biztanleriaren frakzio egozgarria (BFE) hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzio modura, kausa bakoitzeko heriotza guztiekin alderatuta. Ikus metodoak 1. eranskinean.
 * 9nXUV]nHb'YfUfYb'ZU_nj c[cñ[Uff]fU_c (6: 9) `cbZUbhU'UfH'VUH_U_i`Uhi "I fX]bYn'bUVUfa YbXi `X]fU 25 urteko eta gehiagoko Ya_U_i a YYHb`eta []ncbYHUbzXYgVYfX]bH]gi b`Yf`UqVc eta absolutu estatistikoki UX]YfUñ[Uff]U_erakutsi zituzten kausa espezifikoak

Emakumeen artean, digestio-gaixotasunen ondoriozko heriotzen 10etik 4 (% 39) hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzaizkien. Hilkortasun egozgarria garrantzitsua izan zen, orobat, gaixotasun infekziosoetan (% 25), zirkulazio-aparatuko gaixotasunetan (% 17) eta, neurri txikiagoan, heriotzaren eragileak arnas-gaixotasunak (% 7), kanpoko kausaren bat (% 6) eta tumore gaiztoak zirenean (% 3). Gizonezkoen artean, hilkortasun egozgarria garrantzi handikoa izan zen kanpoko kausetan (% 34), arnas-gaixotasunetan (% 33) eta digestio-gaixotasunetan (% 31); tumore gaiztoen (% 21) eta gaixotasun infekziosoen (% 20) kasuan ere, heriotza egozgarrien proportzioa handia izan zen; proportzio txikiena zirkulazio-gaixotasunetan (% 13) erakutsi zuen (**A5 taula, 2. eranskina**).

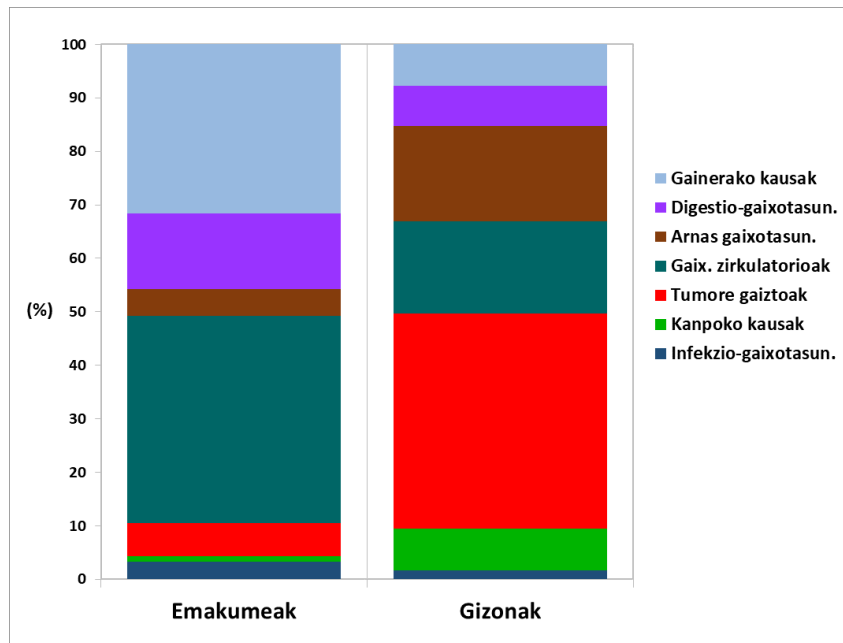
Heriotza-kausa espezifikoetarako dagokienez (**10. irudia**), zirrosiaren ondoriozko heriotzen ia 5etik 4 (% 78) hezkuntza-desberdintasunei egozteko modukoak izan ziren, baita istripuzko pozoiduren ondoriozkoen 3tik 2 ere (% 67). Desberdintasunen eragin erlatiboa garrantzitsua izan zen heriotza-kausa hauetan ere: diabetesa (% 41), bihotzeko iskemiak (% 32), trafiko-lesioak (% 26), BGBK (% 24), gaixotasun mental organikoak (% 21), eta, neurri txikiagoan, gaixotasun zerebroaskularrak (% 17) eta urdaileko minbizia (% 11). Kontrara, biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasuna % 26 igoko zatekeen emakume guztiek unibertsitate-ikasketak izan zituzten emakumeen heriotza-tasa bera izan balute.

Gizonezkoen kasuan, berriazko heriotza-kausetarako dagokienez (**10. irudia**), heriotza egozgarrien proportzioa % 60tik gorakoa izan zen laringeko minbiziaren kasuan eta % 50etik gorakoa hiesaren eta GIBarenean; % 40tik gorakoa ondesteko minbiziaren, suizidioaren, BGBKren, zirrosiaren, istripuzko pozoiduren eta urdaileko minbiziaren kasuan; eta % 20tik gorakoa diabetesaren, biriketako minbiziaren, trafiko-lesioen eta istripuzko erortzeen kasuan.

3.5.4. Heriotza-kausen ekarpena ikasketa-mailaren arabera desberdintasunek eragindako hilkortasunean 25 urte eta gehiagoko pertsonetan

- Emakumeen artean, zirkulazio-gaixotasunak izan ziren hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen guztizko hilkortasunaren % 39ren erantzule; ondoren zetozen, handienetik txikienera: digestio-gaixotasunak (% 14) eta tumore gaiztoak (% 6).
- Gizonezkoen artean, hilkortasun-desberdintasunetan inaktu handiena izan zuten kausa taldea tumore gaiztoak izan ziren (guztizko hilkortasun egozgarriaren % 40); ondoren zetozen arnas-sistemako gaixotasunak (% 18) eta zirkulazio-sistemakoak (% 17).

Hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunari heriotza-kausa talde handiek egindako ekarpenaren azterketak hainbat giltzarri eskaintzen ditu hilkortasunean eragina duten desberdintasunak murrizteko politikak orientatu ahal izateko. 2013-2016 aldian, emakumezkoen artean, zirkulazio-gaixotasunak izan ziren hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen guztizko hilkortasunaren % 39ren erantzule; ondoren agertzen dira, handienetik txikienera, digestio-sistemako gaixotasunak (% 14), tumore gaiztoak (% 6) eta arnas-sistemako gaixotasunak (% 5). Esan behar da, bestalde, gaixotasun infekziosoak eta kanpoko kausak, hurrenez hurren, hilkortasun egozgarriaren % 3 eta % 1 baizik ez zirela izan. Gizonezkoen dagokienez, hilkortasun egozgarrian eragin handiena izan zuten kausen taldea tumore gaiztoak izan ziren (guztizko hilkortasun egozgarriaren % 40), ondoren zetozen arnas-gaixotasunak (% 18), zirkulazio-sistemakoak (% 17), kanpoko kausak (% 8) eta digestio-gaixotasunak (% 8). Gaixotasun infekziosoak, berriz, % 2 baino ez ziren izan (**11. irudia, 5. taula**).



Pantaila osoan ikusteko

11. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren inaktu erlatiboa, heriotza-kausen talde-handien eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016

5. Taula. Hilkortasun egozgarriaren inaktu erlatiboa (kopurua eta %), ikasketa-mailaren desberdintasunek eragindakoa, heriotza-kausen talde-handien eta sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausen talde-handiak	Emakumeak		Gizonak	
	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%) ^a	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)
Infekzio-gaixotasun.	169	3,2	127	1,6
Kanpoko kausak	56	1,1	610	7,8
Tumore gaiztoak	321	6,2	3.157	40,2
Gaix. zirkulatorioak	2.009	38,7	1.359	17,3
Arnas gaixotasun.	258	5,0	1.399	17,8
Digestio-gaixotasun.	739	14,2	587	7,5
Gainerako kausak	1.638	31,6	607	7,7
Kausa guztiak	5.191	100	7.845	100

^a Inpaktu erlatiboa heriotza-kausen talde-handi bakoitzaren hilkortasun egozgarri guztian partehartzearen bitartez esartzen da

3.6. Desberdintasun sozioekonomikoak hilkortasunean heriotza-kausen eta adin-taldean arabera. EAE, 2013-2016

Bai hilkortasunean desberdintasunek izan duten garrantzia eta bai desberdintasun handieneko heriotza-kausak desberdinak izan ziren sexuaren eta aztertutako adin-taldearen arabera.

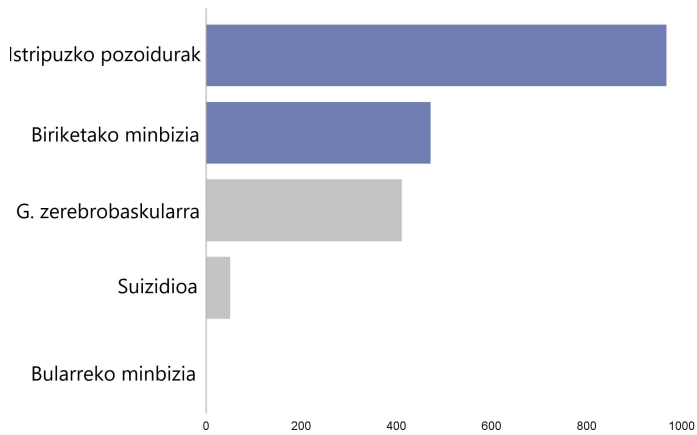
3.6.1. Desberdintasunak 25-44 urte bitarteko biztanlerian

25-44 urte bitarteko emakumeak

- Biriketako minbiziaren eta istripuzko pozoiduren ondoriozko desberdintasun erlatiboak eta absolutuak garrantzitsuak izan ziren; gainerako berriazko kausek, berriz, ez zuten balio estatistikoki adierazgarriak eman, bi heriotza-kausa nagusiak barne: bularreko minbizia eta suizidioa.
- Istripuzko pozoiduren eta biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunaren erdia baino gehiago hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzairen. Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 28koa izan zen adin-tarte horretako emakumeen artean.

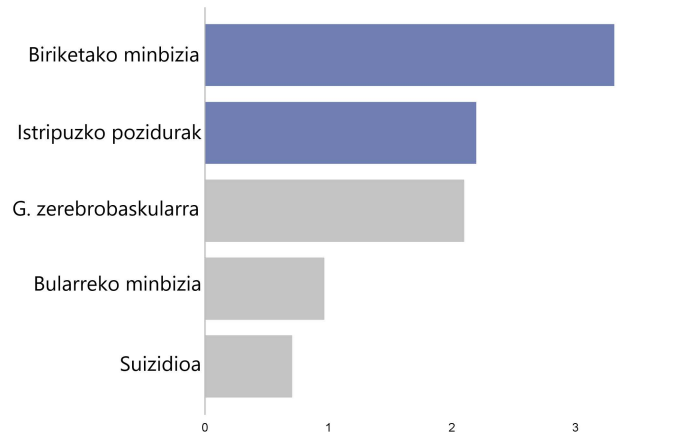
25-44 urte bitarteko emakumeak

Desberdintasun erlatiboak



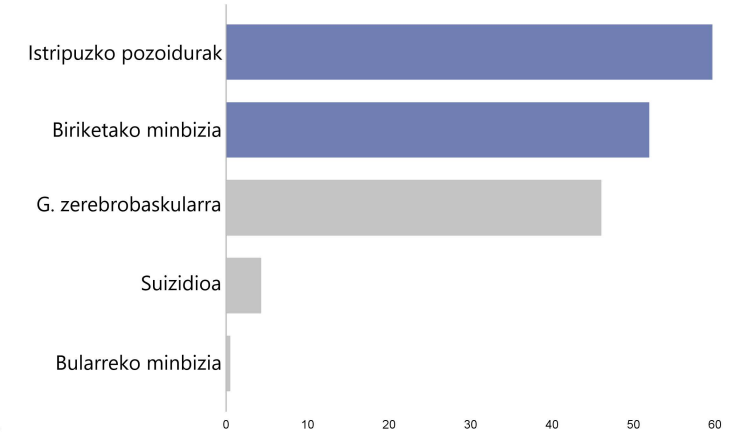
Gehiegizko hilkortasuna (%)

Desberdintasun absolutuak



Tasa x 100.000

Biztanlerianren frakzio egozgarria (%)



%

25-44 urteko emakumeen artean, istripuzko pozoidurak eta biriketako minbizia izan ziren desberdintasun erlatibo eta absolutu handienak erakutsi zituzten heriotza-kausak. Heriotza gehien eragin zituzten 2 kausek –bularreko minbizia (64 heriotza) eta suizidioa (50)– ez zuten desberdintasunik erakutsi, ez-eta aztertutako gainerako berariazko kausek ere (**A6 taula, 2. eranskina**).

Hezkuntza-desberdintasunek hilkortasunean duten eraginari buruz, istripuzko pozoiduren eta biriketako minbiziaren ondoriozko heriotzen % 60 eta % 52, hurrenez hurren, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeenak izan ziren. Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 28koa izan zen adin-tarte horretako emakumeen artean (**A6 taula, 2. eranskina**).

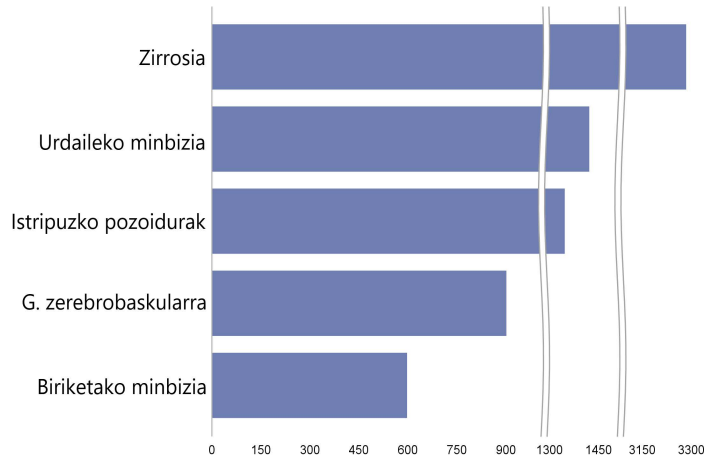
12. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunak, heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean, 25-44 urte bitarteko emakumeetan, EAE 2013-2016

25-44 urte bitarteko gizonak

- Zenbaki erlatiboetan, gehiegizko hilkortasun handienak zirrosiaren, urdaileko minbiziaren eta istripuzko pozoiduren ondorioz gertatu ziren; adierazgarriak dira, halaber, gaixotasun zerebroaskularraren eta biriketako minbiziaren ondoriozko desberdintasun erlatiboak.
- Desberdintasun absolutu handienak istripuzko pozoiduren, suizidioaren eta trafiko-lesioen ondoriozkoak izan ziren, baina esanguratsuak izan ziren, halaber, iskemien eta biriketako minbiziaren ondoriozkoak ere.
- Istripuzko pozoiduren, biriketako minbiziaren eta iskemien ondoriozko hilkortasunaren erdia baino gehiago hezkuntza-desberdintasunei egotzi ahal izan zitzairen. Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 43koa izan zen adin-tarte horretako gizonezkoen artean.

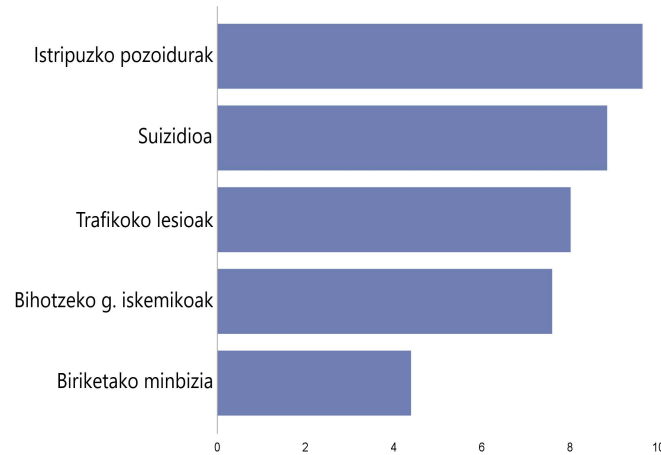
25-44 urte bitarteko gizonak

Desberdintasun erlatiboak



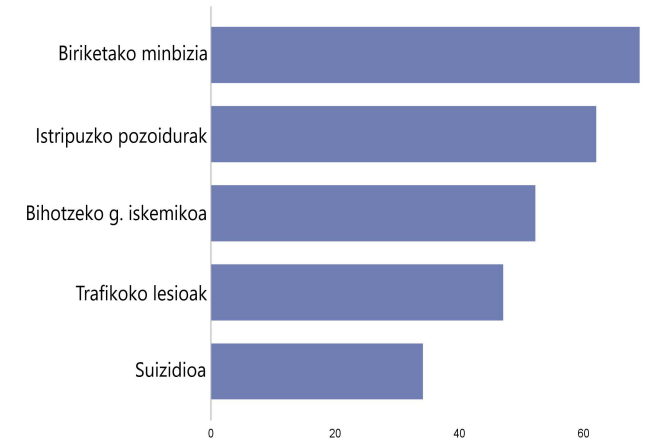
Gehizgizko hilketasuna (%)

Desberdintasun absolutuak



Tasa x 100.000

Biztanleriaren frakzio egozgarria (%)



%

25 eta 44 urte bitarteko gizonezkoen artean, hilketasunean desberdintasun erlatibo handienak erakutsi zituztenak zirrosia, urdaileko minbizia eta istripuzko pozoidurak izan ziren, eta, haien atzetik, gaixotasun zerebroaskularra eta biriketako minbizia. Era berean, esanguratsuak gertatu ziren bihotzeko iskemien, trafiko-istripuen, suizidioen eta istripuzko erortzeen ondoriozko desberdintasun erlatiboak ere (A6 taula, 2. eranskina).

Zenbaki absolutuetan, 25 eta 44 urte bitarteko gizonezkoen artean desberdintasun handienak eragin zituzten berariazko kausak istripuzko pozoidurak, suizidioa, trafiko-lesioak eta iskemiak izan ziren. Esanguratsuak izan ziren, orobat, biriketako minbizia, gaixotasun kardiobaskularra, zirrosia eta urdaileko minbizia kausa izan zituzten desberdintasunak (A6 taula, 2. eranskina).

Hezkuntza-desberdintasunek hilketasunean izan duten eraginari dagokionez, biriketako minbiziaren ondoriozko heriotzen ia % 70 eta istripuzko pozoiduren ondoriozko heriotzen % 60 baino gehiago hezkuntza-desberdintasunei egotzi izan zitzaizkien; gero zetozen iskemiak (% 52), trafiko-lesioak (% 47) eta suizidioa (% 34). 5 kausa horiek izan ziren, elkarrekin, 25-44 urte arteko gizonezkoen hilketasun egozgarriaren % 48ren erantzule. Hilketasun egozgarria –guztizko hilketasunarekiko– % 43koa izan zen adin-tarte horretako gizonezkoen artean (A6 taula, 2. eranskina).

13. Irudia. Ikasketaren mailaren arabera desberdintasunak, heriotza-kausaren nagusien ondoriozko hilketasunean, 25-44 urte bitarteko gizonetan, EAE 2013-2016

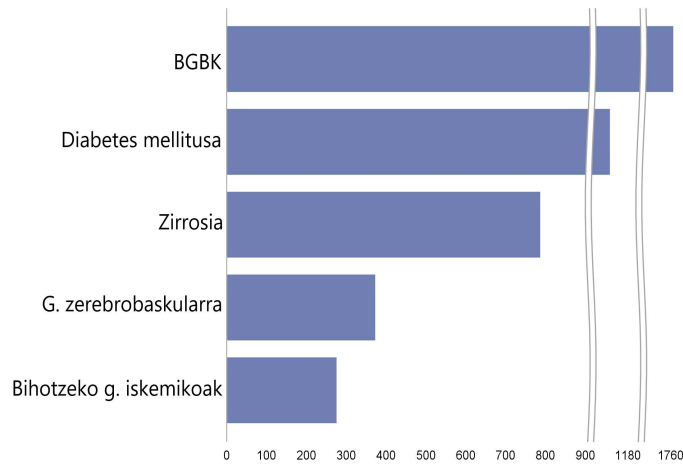
3.6.2. Desberdintasunak 45-64 urte bitarteko biztanlerian

45-64 urte bitarteko emakumeak

- Emakumeen artean, BGBK, zirrosia, diabetesa, gaixotasun zerebrobaskularra eta iskemiak izan ziren desberdintasun erlatibo eta absolutu garrantzitsuenak erakutsi zituzten heriotza-kausak.
- Aurreko 5 kausak izan ziren 45 eta 64 urte bitarteko emakumeen artean hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren % 29ren erantzule erantzule. Gainera, 5 kausa horien arteko desberdintasunak garrantzi handikoak izan ziren: diabetesak markatu zuen gehienekoa (% 74) eta gaixotasun zerebrobaskularrak, berriz, gutxienekoa (% 41). Kausa horien guztien ondoriozko hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 22koa izan zen adin-tarte horretako emakumezkoen artean.

45-64 urte bitarteko emakumeak

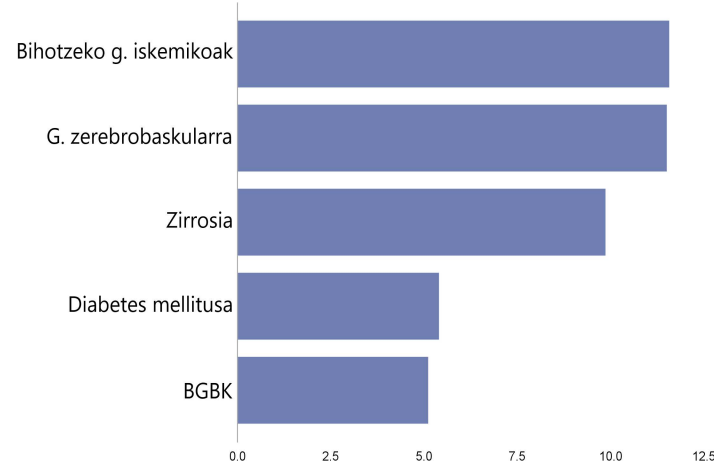
Desberdintasun erlatiboak



Gehiegizko hilkortasuna (%)

Desberdintasun erlatibo handienak erakutsi zituzten kausa espezifikoak BGBK eta diabetesa izan ziren, % 1.100dik gorako gehiegizko hilkortasunarekin; atzetik zetozen zirrosia (% 700dik gorako gehiegizko hilkortasunarekin), gaixotasun zerebrobaskularra eta iskemia. Adierazgarriak izan ziren ondesteko minbiziaren eta trafiko-lesioen ondoriozko desberdintasun erlatiboak ere, eta ez zen gehiegizko hilkortasun estatistikoki adierazgarriarik hauteman aztertutako gainerako kausetan (A7 taula, 2. eranskina).

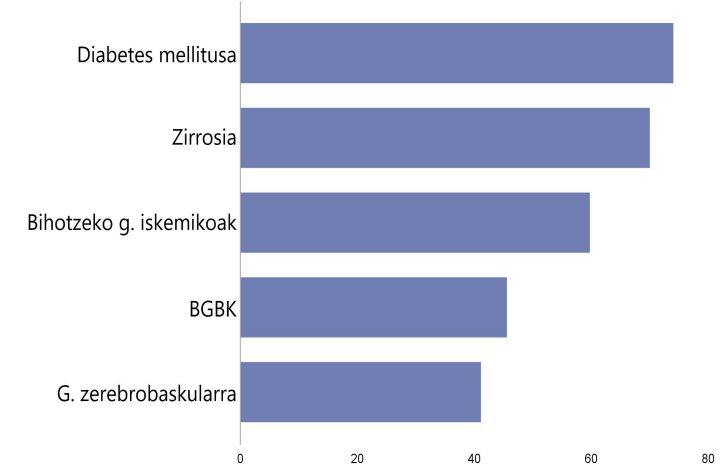
Desberdintasun absolutuak



Tasa x 100.000

Desberdintasun absolutu handienak erakutsi zituzten kausak –10 heriotza edo gehiagokoak 100.000 biztanleko–, ikasketa-maila eskaseneko emakumeen eta unibertsitate-ikasketak zituztenen artean, hauek izan ziren: bihotzeko iskemiak, gaixotasun zerebrobaskularra eta zirrosia. Esanguratsuak izan ziren, orobat, diabetesaren, BGBKren eta trafiko-lesioen ondoriozko desberdintasunak, eta ez zen desberdintasun adierazgarriarik hauteman gainerako berariazko kausetan (A7 taula, 2. eranskina).

Biztanleriaren frakzio egozgarria (%)



%

Hezkuntza-desberdintasunek hilkortasunean izan duten eraginari dagokionez, egozgarriak izan ziren diabetesaren eta zirrosiaren ondoriozko heriotzen % 70 edo gehiago, iskemien ondoriozkoen % 60 eta BGBK eta gaixotasun zerebrobaskularren ondoriozkoen % 40 baino gehiago. 5 kausa horiek izan ziren 45-64 urte arteko emakumeen hilkortasun egozgarriaren % 29ren erantzule. Hilkortasun egozgarria -guztizko hilkortasunarekiko- % 22koa izan zen adin-tarte horretako emakumeen artean (A7 taula, 2. eranskina).

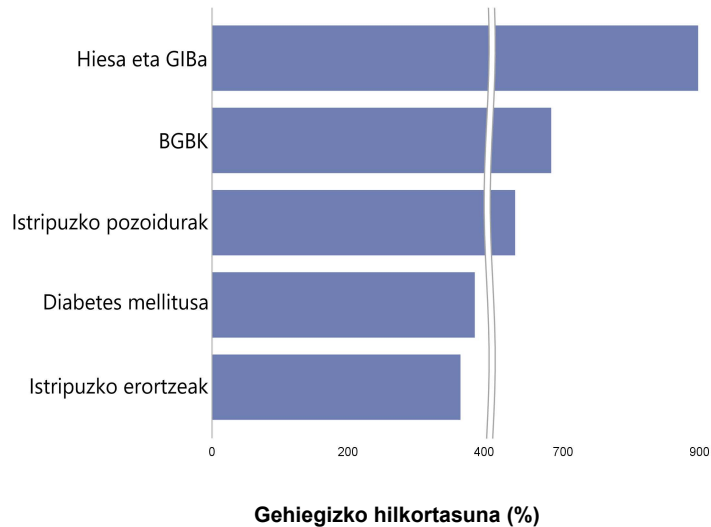
14. Irudia. Ikasketa-mailaren arabeko desberdintasunak, heriotza-kausaren nagusien ondoriozko hilkortasunean, 45-64 urte bitarteko emakumeetan, EAE 2013-2016

45-64 urte bitarteko gizonak

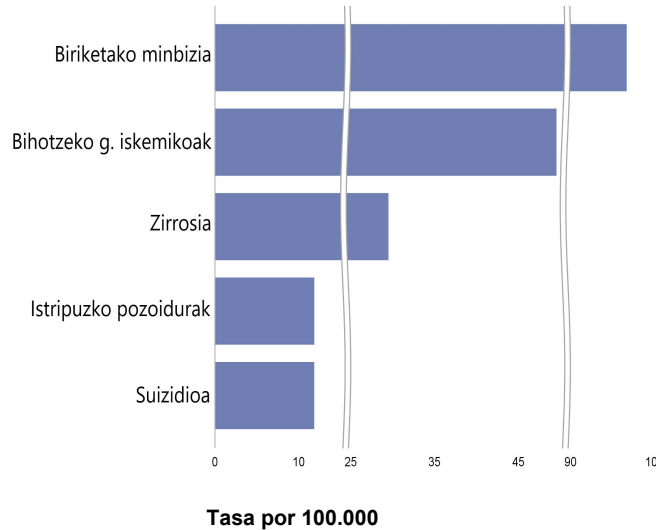
- Gizonezkoen artean, hiesak, GIBak, BGBK-k eta istripuzko pozoidurek magnitude handiko desberdintasun erlatibo esanguratsuak erakutsi zituzten, % 600dik gorako gehiegizko hilkortasunarekin; neurri txikiagoan, baita diabetesak eta istripuzko erortzeak ere.
- Biriketako minbiziak, iskemiek, zirrosiak, istripuzko pozoidurek eta suizidioak erakutsi zituzten desberdintasun absolutu garrantzitsuenak hilkortasunean.
- Biztanleriari egotz dakioken frakzioa bi zifra hauen artean mantendu zen: % 67 (gehienekoa) istripuzko pozoiduren kasuan, eta % 31koa (gutxienekoa) suizidioen kasuan. Kausa horien guztien ondoriozko hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 37koa izan zen adin-tarte horretako gizonezkoen artean.

45-64 urte bitarteko gizonak

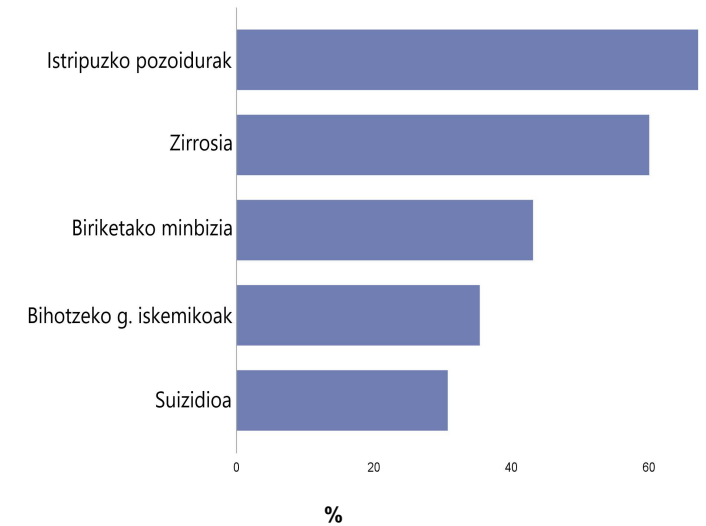
Desberdintasun erlatiboak



Desberdintasun absolutuak



Biztanleriaren frakzio egozgarria (%)



45-64 urte arteko gizonen artean, desberdintasun erlatibo handienak HIES eta GIBaren, BGBKren eta istripuzko pozoiduren ondoriozkoak izan ziren, % 600dik gorako gehiegizko hilkortasunarekin; ondoren zetozen diabetesa eta istripuzko erortzeak, % 350tik gorako gehiegizko hilkortasunarekin. Aipagarriak izan ziren, halaber, beste hauen ondoriozko desberdintasunak: zirrosia, maskuriko minbizia, biriketako minbizia, laringeko minbizia, iskemiak, tumore hematologikoak, suizidioa eta urdaileko minbizia (A7 taula, 2. eranskina).

Biriketako minbiziak erakutsi zituen desberdintasun absolutu handienak (97 heriotzako aldea, 100.000 biztanleko, hezkuntza-escalaren muturren artean); zifra horrek bikoiztu egin zuen iskemien ondoriozko desberdintasuna (50 h. 100.000 biztanleko) eta hirukoiztu zirrosiak eragindakoa. Adierazgarriak izan ziren, halaber, beste hauen ondoriozko desberdintasunak: istripuzko pozoidurak, suizidioa, BGBK, tumore hematologikoak, laringeko minbizia, diabetesa, urdaileko minbizia, hiesa eta GIBa, istripuzko erortzeak, maskuriko minbizia eta koloneko minbizia (A7 taula, 2. eranskina).

Heriotza egozgarrien proportzioa bi zifra hauen artean mantendu zen: % 67 (gehienekoa) istripuzko pozoiduren kasuan, eta % 31 (gutxienekoa) suizidioen kasuan. Biriketako minbiziak aurkeztu zuen, % 43ko BFErekin, heriotza egozgarrien kopuru handiena (488 heriotza), bi aldiz heriotza egozgarri gehiago iskemien ondoriozkoak baino, eta hiru aldiz gehiago zirrosiaren ondoriozkoak baino. Gainera, biriketako minbizia izan zen hilkortasun egozgarri osoaren % 20aren erantzule. 5 kausa horiek izan ziren 45-64 urte arteko gizonen hilkortasun egozgarriaren % 42ren erantzule. Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 37koa izan zen adin-tarte horretako gizonen artean (A7 taula, 2. eranskina).

15. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunak, heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean, 45-64 urte bitarteko gizonetan, EAE 2013-2016

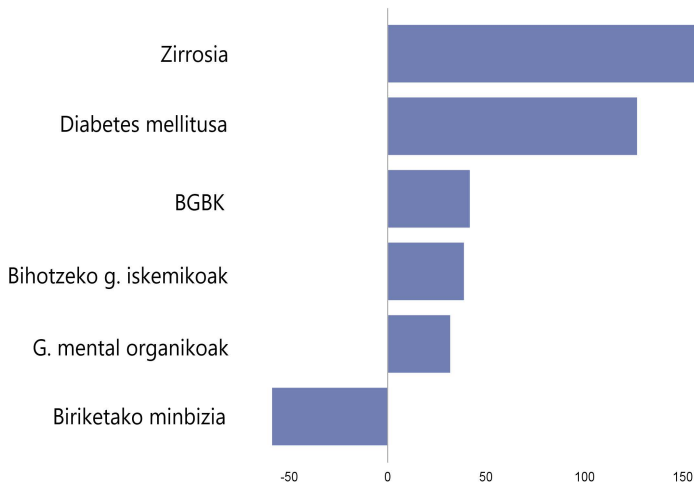
3.6.3. Desberdintasunak 65 urteko eta gehiagoko biztanlerian

65 urteko eta gehiagoko emakumeak

- Berariazko kausak aintzat hartuta, emakumezkoen artean desberdintasun erlatibo garrantzitsuenak zirrosiak, diabetesak, urdaileko minbiziak, BGBK-k eta biriketako minbiziak eragindakoak izan ziren, nahiz eta azken kausa horren ondoriozko desberdintasunak ikasketa-maila handieneko emakumeen hilkortasun handiagoan zehaztu.
- Gaixotasun mental organiko, iskemia, diabetes eta biriketako minbizietan hauteman ziren desberdintasun absolutu garrantzitsuenak, eta azken kausa horren ondoriozko desberdintasunek –desberdintasun erlatiboekin jazo zen bezala– zuzeneko gradientea erakutsi zuten hezkuntza-mailarekiko hau da, hilkortasun handiagoa unibertsitate-ikasketak zituztenen artean.
- Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 12koa izan zen adin-tarte horretako emakumeen artean.

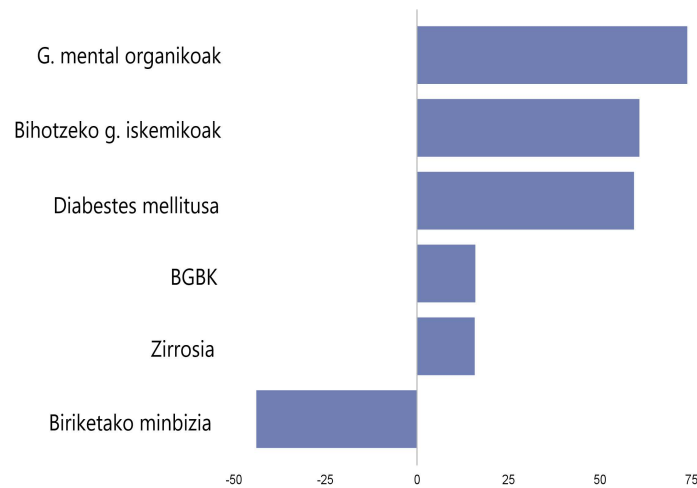
65 urteko eta gehiagoko emakumeak

Desberdintasun erlatiboak



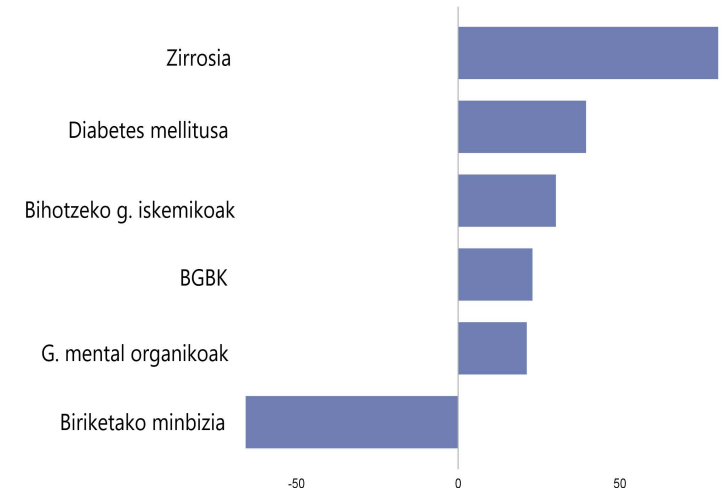
Gehiegizko hilkortasuna (%)

Desberdintasun absolutuak



Tasa x100.000

Biztanleriaren frakzio egozgarria (%)



%

Zirrosiak eta diabetesak erakutsi zituzten gehiegizko hilkortasun handienak, % 157 eta % 127, hurrenez hurren; eta haien atzetik, urdaileko minbizia (% 75, grafikoan adierazi gabea), BGBK eta bihotzeko iskemiak, % 40 inguruko gehiegizko hilkortasunarekin, eta gaixotasun mental organikoak, guztiak ere estatistikoki esanguratsuak. Biriketako minbiziak zuzeneko gradienteak –eta estatistikoki esanguratsua– erakutsi zuen hilkortasunarekiko; hala, hilkortasuna handiagoa izan zen unibertsitate-ikasketak zituzten emakumeetan ikasketa-maila apalagoako emakumeen artean baino. Ez zen desberdintasun erlatibo adierazgarririk izan gainerako berariazko kausetan (A8 taula, 2. eranskina).

Desberdintasun absolutu handienak eragin zituen heriotza-kausa –74 heriotza 100.000 biztanleko– gaixotasun mental organikoak izan ziren; ondoren, iskemiak eta diabetesa (60 heriotza inguru 100.000 biztanleko, kasu bietan), BGBK eta zirrosia. Urdaileko minbiziaren eta biriketako minbiziaren ondoriozko desberdintasunak ere esanguratsuak izan ziren, nahiz eta azken kausa horren ondoriozko desberdintasunak unibertsitate-ikasketak zituzten emakumeen hilkortasun handiagoan zehaztu, ikasketa-maila apalagoak zituztenen artean baino (A8 taula, 2. eranskina).

Hezkuntza-desberdintasunen inpaktua honela zehaztu zen: % 80ko hilkortasun egozgarria zirrosiagatik, % 40koa diabetesagatik eta % 20-30ekoa iskemian, BGBK eta gaixotasun mental organikoengatik. 5 kausa horiek izan ziren 65 urte eta gehiagoko emakumeen hilkortasun egozgarriaren % 46ren erantzule. Beste muturrean, biriketako minbiziak biztanleriaren frakzio egozgarri negatibo oso nabarmena erakutsi zuen (–% 66), hau da, unibertsitatean ikasi ez zuten emakume guztiek unibertsitatean ikasi zutenen hilkortasun-erperientzia izan balute, haien hilkortasuna % 66 handiagoa izango zatekeen. Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 12koa izan zen adin-tarte horretako emakumeen artean (A8 taula, 2. eranskina).

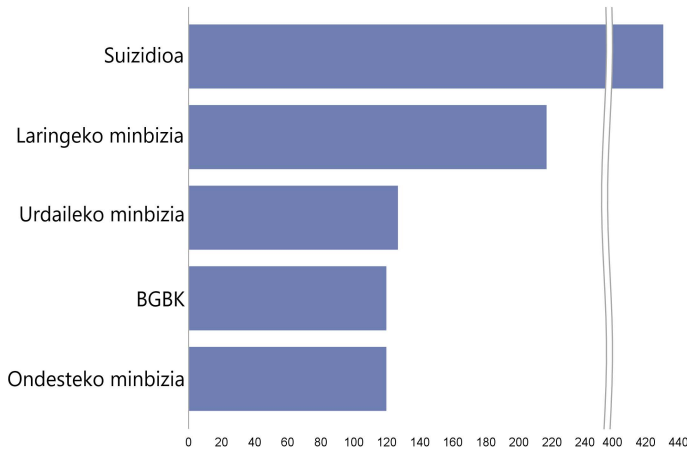
16. Irudia. Ikasketa-mailaren arabera desberdintasunak, heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean, 65 urteko eta gehiagoko emakumeetan, EAE 2013-2016

65 urteko eta gehiagoko gizonak

- Berriazko kausak aintzat hartuta, BGBK eta urdaileko minbizia izan ziren elkarrekin desberdintasun erlatibo eta absolutu gehien erakutsi zituztenak gizonezkoen artean. Suizidioak, laringeko minbiziak eta ondesteko minbiziak magnitude handiko gehiegizko hilkortasun nabarmenak erakutsi zituzten; gaixotasun mental organikoek eta iskemiek ere garrantzi handiko desberdintasun absolutuak izan zituzten.
- Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 15koa izan zen 65 urte eta gehiagoko gizonezkoen artean.

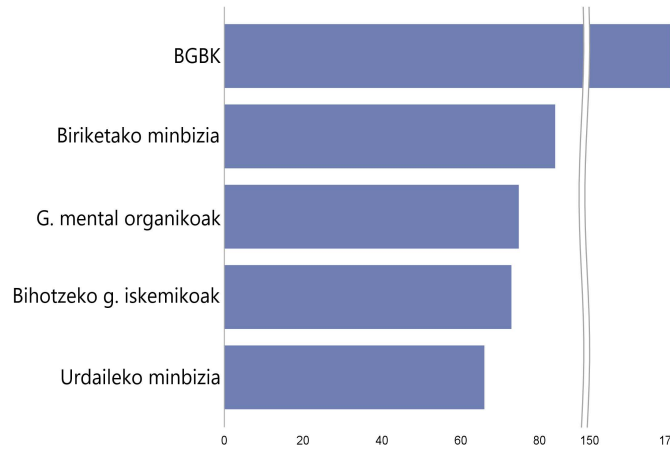
65 urte eta gehiagoko gizonak

Desberdintasun erlatiboak



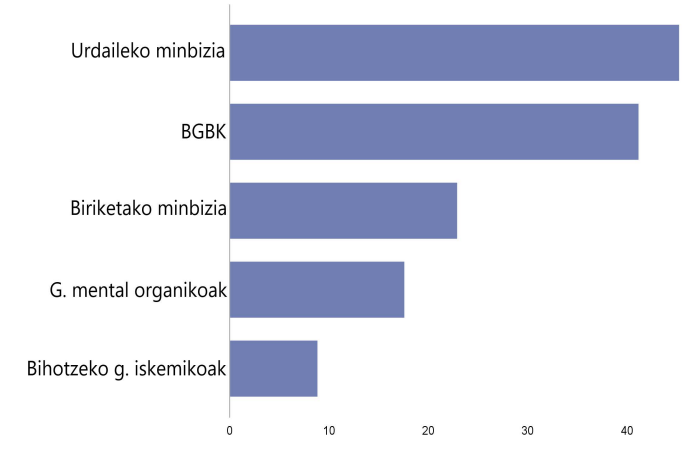
Gehiegizko hilkortasuna (%)

Desberdintasun absolutuak



Tasa x 100.000

Biztanleariaren frakzio egozgarria (%)



%

Desberdintasun erlatibo handieneko kausa suizidioa izan zen (% 400dik gorako gehiegizko hilkortasuna); ondoren, laringeko minbizia (% 200dik gorako gehiegizko hilkortasuna). Urdaileko minbiziak, BGBK-k eta ondesteko minbiziak ere gutxienez % 120ko gehiegizko hilkortasuna erakutsi zuten, eta desberdintasun erlatiboak ere esanguratsuak izan ziren diabetesagatik, gaixotasun mental organikoengatik, biriketako minbiziagatik eta bihotzeko iskemiengatik (A8 taula, 2. eranskina).

Desberdintasun absolutu handienak –170 heriotza baino gehiago 100.000 biztanleko–, biriketako minbiziaren, gaixotasun mental organikoen eta iskemien ondorioz gertatu ziren, guztiek ere 70 heriotzatik gorako desberdintasunak izan baitzituzten 100.000 biztanleko. Esanguratsuak izan ziren, orobat, urdaileko minbizia, diabetesa, ondesteko minbizia, suizidioa eta laringeko minbizia kausa izan zituzten desberdintasunak (A8 taula, 2. eranskina).

Desberdintasunek hilkortasunean izandako eraginari dagokionez, urdaileko minbiziak eragindako heriotzen % 45, BGBK-k eragindako heriotzen % 41 eta biriketako minbiziaren ondoriozko heriotzen % 23 gizonezkoen arteko ikasketa-mailen arteko diferentziei egotz dakizkieke. Gaixotasun mental organikoek eta iskemiek ere hilkortasun egozgarri garrantzitsua izan zuten. 5 kausa horiek izan ziren 65 urte eta gehiagoko gizonezkoen hilkortasun egozgarriaren % 42ren erantzule. Hilkortasun egozgarria –guztizko hilkortasunarekiko– % 15 izan zen adin-tarte horretan (A8 taula, 2. eranskina).

17. Irudia. kasketa-mailaren araberako desberdintasunak, heriotza-kausaren nagusien ondoriozko hilkortasunean, 65 urteko eta gehiagoko gizonetan, EAE 2013-2016

3.7. Heriotza-kausen ekarpena ikasketa-mailako desberdintasunen arabera hilkortasunari, adin-talde handien arabera. EAE 2013-2016

- 25 eta 44 urte bitarteko emakumeen artean, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen guztizko hilkortasunaren laurden bat tumore gaiztoen ondorio izan ziren; adin bereko gizonezkoen artean, kanpoko kausak izan ziren heriotza egozgarrien % 38 eragin zituztenak.
- 45 urtetik gorako emakumezkoetan, zirkulazio-gaixotasunak izan ziren hilkortasun egozgarriko heriotza-kausa nagusia: hain zuzen ere, 4 heriotza egozgarritatik 1 izan ziren, 45 eta 64 urte bitarteko emakumeen artean, eta 10 heriotzatatik 4, 65 urte eta gehiagoko emakumeetan.
- Gizonen artean, 45 urtetik aurrera, tumore gaiztoak izan ziren hilkortasun egozgarriaren kausa nagusia, baina garrantzi erlatiboa galdu zuten 64 urtetik aurrerakoan artean, eta, aldiz, arnas-gaixotasunek irabazi zuten pisu erlatiboa hilkortasun egozgarrian.
- Emakumezkoen eta gizonezkoen artean, desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren % 84 eta % 65, hurrenez hurren, 64 urtetik gorako adin-taldean kontzentratu zen.

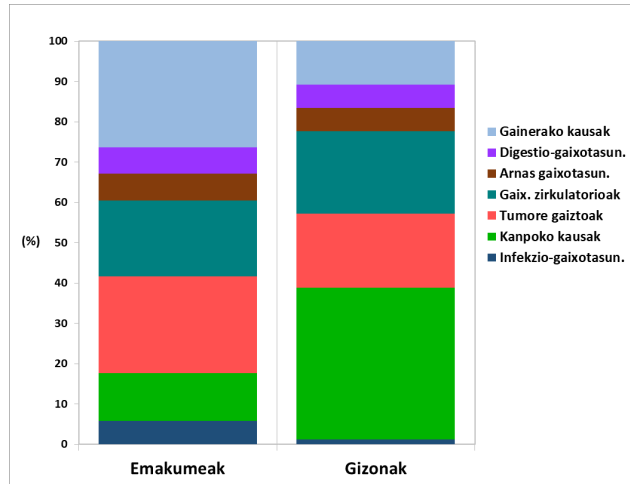
6. Taula. Hilkortasun egozgarriaren inpaktu erlatiboa (kopurua eta %), ikasketa-mailaren desberdintasunek eragindakoa, heriotza-kausen talde-handien, adin-taldean eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausen talde-handiak	25-44 urte bitarteko pertsonak				45-64 urte bitarteko pertsonak				65 urteko eta gehiagoko pertsonak					
	Emakumeak		Gizonak		Heriotza-kausen talde-handiak	Emakumeak		Gizonak		Heriotza-kausen talde-handiak	Emakumeak		Gizonak	
	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%) ^a	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)		Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%) ^a	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)		Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%) ^a	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)
Infekzio-gaixotasun.	8	5,7	4	1,3	Infekzio-gaixotasun.	22	3,2	61	2,5	Infekzio-gaixotasun.	139	3,2	62	1,2
Kanpoko kausak	16	11,9	133	37,6	Kanpoko kausak	41	5,8	255	10,6	Kanpoko kausak	-1	0,0	222	4,4
Tumore gaiztoak	32	24,1	65	18,4	Tumore gaiztoak	156	22,0	1.078	44,6	Tumore gaiztoak	133	3,1	2.014	39,7
Gaix. zirkulatorioak	25	18,7	72	20,4	Gaix. zirkulatorioak	172	24,2	415	17,2	Gaix. zirkulatorioak	1.812	41,7	872	17,2
Arnas gaixotasun.	9	6,7	20	5,8	Arnas gaixotasun.	67	9,5	113	4,7	Arnas gaixotasun.	181	4,2	1.266	24,9
Digestio-gaixotasun.	9	6,5	20	5,8	Digestio-gaixotasun.	78	11,0	206	8,5	Digestio-gaixotasun.	652	15,0	361	7,1
Gainerako kausak	35	26,4	38	10,8	Gainerako kausak	172	24,2	287	11,9	Gainerako kausak	1.431	32,9	277	5,5
Kausa guztiak	131	100	355	100	Kausa guztiak	712	100	2.415	100	Kausa guztiak	4.348	100	5.075	100

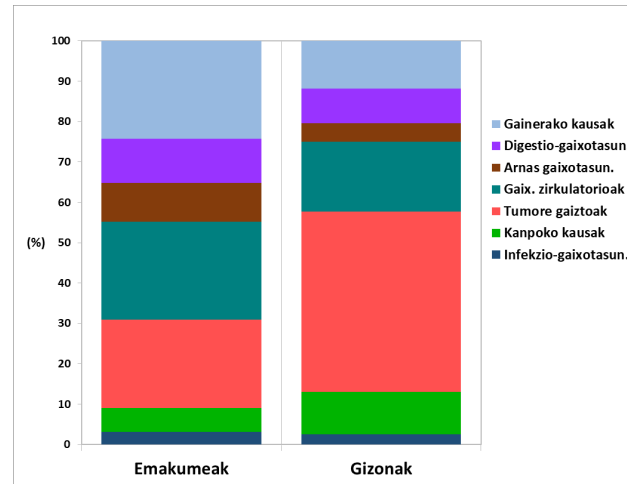
^a Inpaktu erlatiboa heriotza-kausen talde-handi bakoitzaren hilkortasun egozgarri guztian partehartzearen bitartez esartzen da

Ikasketa-talde handiak kontuan hartuta, heriotza-kausa bakoitzak hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen guztizko hilkortasunari egindako ekarpena desberdina izan zen sexuaren eta adin-taldearen arabera:

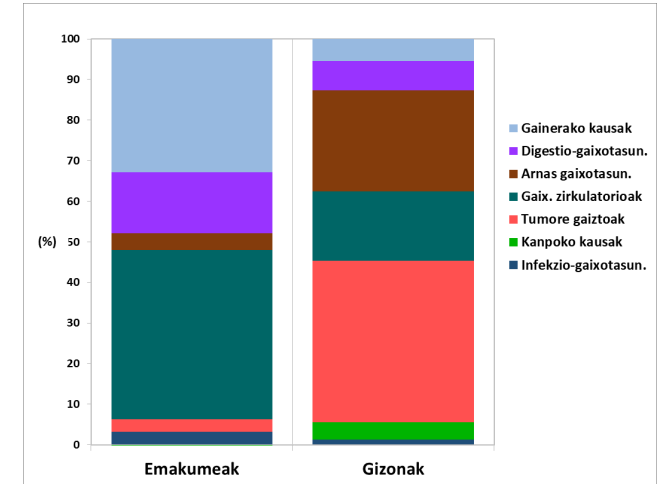
25-44 urte bitarteko pertsonak



45-64 urte bitarteko pertsonak



65 urteko eta gehiagoko pertsonak



➕ Pantaila osoan ikusteko

25-44 urte bitarteko emakumeen artean, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeen 4 heriotzatatik 1 tumore gaiztoek eragin zuten; gero zetozen zirkulazio-sistemako gaixotasunak eta kanpoko kausak (% 19 eta % 12, hurrenez hurren). Gizonezkoen artean, kanpoko kausak izan ziren hilkortasun egozgarriaren kausa nagusia (hilkortasun egozgarri osoaren % 38); eta ondoren, zirkulazio-sistemako gaixotasunak (% 20) eta tumore gaiztoak (% 18). Adin-talde horretako hilkortasun egozgarria 24 urtetik gorako emakumeen eta gizonen guztizko hilkortasun egozgarriaren % 2,5 eta % 4,5 izan zen, hurrenez hurren (6. taula).

➕ Pantaila osoan ikusteko

45-64 urte arteko emakumeen kasuan, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeen 4 heriotzatatik 1 eta 5 heriotzatatik 1 eta zertxobait gehiago, hurrenez hurren, zirkulazio-gaixotasunen eta tumore gaiztoen ondorioz izan ziren. Gizonezkoen artean, berriz, hilkortasun egozgarriaren ia erdia (% 45) tumore gaiztoek eragindakoa izan zen, ondorengo heriotza-kausak zirkulazio-sistemako gaixotasunak (% 17) eta kanpoko kausak (% 11) izan ziren. Adin-talde horretako hilkortasun egozgarria, 24 urtetik gorako emakumeen eta gizonen guztizko hilkortasun egozgarriaren % 14 eta % 31 izan zen, hurrenez hurren (6. taula).

➕ Pantaila osoan ikusteko

65 urte eta gehiagoko emakumeen artean, zirkulazio-gaixotasunak izan ziren hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeen 10 heriotzatatik 4ren kausa, eta, horien atzetik, digestio-sistemakoak (% 15); bien bitartean, tumore gaiztoak –heriotza-kausa nagusien artean bigarrena– 100 heriotza egozgarritatik 3 baino ez ziren izan. Gizonezkoen artean, tumore gaiztoek eragindakoa izan ziren 10 heriotza egozgarritatik 4; gero zetozen arnas-sistemako gaixotasunak (4 heriotza egozgarritatik 1 eragin zutenak) eta zirkulazio-gaixotasunak (% 17). Adin-talde horretako hilkortasun egozgarria, 24 urtetik gorako emakumeen eta gizonen guztizko hilkortasun egozgarriaren % 84 eta % 65 izan zen, hurrenez hurren (6. taula).

18. Irudia. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren inpaktu erlatiboa, heriotza-kausa talde-handien adin-talde eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016

4. Iruzkinak eta konklusioak

4.1. Aurkikuntza nagusiak

- Kausa guztien eta heriotza-kausaren nagusien ondoriozko hilkortasunak alderantzizko gradiente nabaria izaten jarraitu zuen hezkuntza-mailaren arabera, hilkortasuna handiagoa izanik hezkuntza-maila jaitsi ahala.
- Estatistikoki esanguratsuak izan ziren guztizko hilkortasunarekiko desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, bi sexuetan, bai 25 urteko eta gehiagoko pertsonen kasuan, bai aztertutako adin-talde handietako bakoitzean, esan nahi baita, 25-44, 45-64 eta 65 urtetik gorako pertsonen kasuan.
- Kausa guztien ondoriozko hilkortasuneko desberdintasun absolutuen magnitudea estatistikoki esanguratsua eta garrantzi handikoa izan zen bi sexuetan: desberdintasun horien magnitudea, emakumezkoen artean, zirkulazio-, arnas- eta digestio-gaixotasunen (guztiak batera) ondoriozko hilkortasun-tasaren oso antzekoa izan zen; gizonezkoen kasuan, berriz, tumore gaiztoen eta kanpoko kausen ondoriozko (biak batera) hilkortasun-tasaren baliokidea.
- 25 urteko eta gehiagoko emakumeen eta gizonen heriotza guztien % 13 eta % 19, hurrenez hurren, hezkuntza-mailako desberdintasunei egozteko modukoak izan ziren. Horrek esan nahi du, biztanleria osoak unibertsitate-ikasketak izan dituen biztanleriaren hilkortasun-esperientzia izan balu, egunean, gutxi gorabehera, 9 heriotza saihestu edo atzeratu ahal izango ziratekeela; horietatik 3,6 emakumeei dagozkienak, eta 5,4 gizonei; hau da, 2013 eta 2016 artean gertatutako 6 heriotzatatik 1.
- 25 urte eta gehiagoko emakumezkoen artean, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna, gutxi gorabehera, bihotzeko iskemien eta gaixotasun zerebrobaskularraren ondoriozko heriotzen baturaren baliokidea izan zen, 2013 eta 2016 artean; gizonezkoen artean, berriz, ekidin zitekeen hilkortasun egozgarria, biriketako, koloneko, ondesteko, urdaileko eta prostatako minbiziaren ondoriozko heriotzen baturaren baliokidea izan zen, esandako aldi horretan.
- Heriotza-kausaren talde-handiak eta adin-taldeak kontuan hartuta, gizonezkoen artean estatistikoki adierazgarriak izan ziren aztertutako kausa guztien ondoriozko desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, gaixotasun infekziosoen ondoriozko desberdintasun absolutuak izan ezik, 25-44 urte artekoetan; emakumezkoen artean ere esanguratsuak izan ziren desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, kausa talde nagusi eta adin-talde guztietan, bi salbuespenekin: tumore gaiztoen eta digestio-gaixotasunen ondoriozkoak, 25-44 urte bitartekoetan, eta tumoreek eta kanpoko kausek eragindakoak, 64 urtetik gorakoetan.

- Emakumeen artean, kausa talde nagusiak kontuan hartuta, gaixotasun infekziosoek eta digestio-sistemakoek erakutsi zituzten desberdintasun erlatibo handienak hilkortasunean; gizonen artean, berriz, kanpoko kausek eta gaixotasun infekziosoek. Kausa espezifikoak kontuan hartuta, emakumeen arteko desberdintasun erlatibo handienak, handienetik txikienera, istripuzko pozoiduren, zirrosiaren, trafiko-lesioen eta diabetesaren ondorioz gertatu ziren; eta gizonen kasuan, HIESa eta GIBaren, istripuzko pozoiduren, laringeko minbiziaren, suizidioaren eta BGBKren ondorioz.
- Emakumezkoen artean, kausa talde nagusiak kontuan hartuta, zirkulazio-gaixotasunek erakutsi zituzten desberdintasun absolutu handienak hilkortasunean, eta tumore gaiztoek gizonezkoen artean. Emakumezkoen artean, desberdintasun absolutu handieneko kausa espezifikoak hauek izan ziren, handienetik txikienera: kardiopatia iskemikoa, gaixotasun mental organikoak eta diabetesa; gizonezkoen artean, berriz, biriketako minbizia, BGBK, eta kardiopatia iskemikoa.
- Desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunari heriotza-kausek egindako ekarpena desberdina izan zen sexuaren eta adin-taldearen arabera. 25-44 urte arteko emakumeen artean tumoreak nabarmendu ziren; adin horretatik aurrera, ordea, zirkulazio-gaixotasunek hartu zuten lehenengo tokia. Gizon gazteenen kasuan, kanpoko kausak izan ziren egotz daitezkeen 10 heriotzatatik ia 4ren erantzule; 45-64 urte bitarteko artean, tumore gaiztoek eragin zituzten heriotza egozgarrien % 45; eta 64 urtez goitikoetan, tumoreak eta arnas-gaixotasunak izan ziren, hurrenez hurren, hilkortasun egozgarri osoaren % 40ren eta % 25en erantzule. Emakumezkoen eta gizonezkoen artean, hezkuntza-desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren % 84 eta % 65, hurrenez hurren, 64 urtetik gorako adin-taldean kontzentratu zen.
- Biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunaren eta ikasketa-mailaren artean, zuzeneko harreman mailakatua hauteman zen 25 urteko eta gehiagoko eta 64 urtetik gorako emakumezkoen artean, hau da, hilkortasun handiagoa hezkuntza-mailak gora egin ahala. Gizonezkoetan, biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunak alderantzizko patroia estatistikoki esanguratsua erakutsi zuen adin-talde guztietan eta 24 urtetik gorako guztizkoan, bai eta 25-44 urte bitarteko emakumezkoen artean ere, hau da, hilkortasun handiagoa ikasketa-maila jaitsi ahala.

4.2. *Emitzen interpretazioa*

Azken krisi ekonomikoaren (2008-2013) aurreko urteetan, EAEn, 2001etik 2007ra bitartean, hezkuntza-desberdintasunek hilkortasunean zuten patroia eta magnitudea, sexuaren eta adin-taldeen arabera, Espainiako estatuan¹⁰, oro har, behatutakoen antzekoak ziren, 2014ko azterlan baten arabera. 2001-2011 urteen artean, espainiar Estatua, oro har, Madrilgo autonomia-erkidegoarekin, EAerekin eta Bartzelonako hiriarekin alderatzen zuen 2016ko beste azterlan batek agerian utzi zuen, EAEn, gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko hilkortasunean emakumeen artean zeuden desberdintasunak txikiagoak zirela Espainian baino, eta gizonen artean, berriz, kanpoko kausen ondoriozkoak Madrilgo Erkidegokoak baino handiagoak zirela¹¹. Gainera, krisialdiaren aurreko aldiak azterlanek erakusten zuten kausa guztien ondoriozko hilkortasunean EAEn zeuden desberdintasunak, Europa hegoaldeko beste toki batzuetan gertatzen den bezala (Espainia, Madrilgo Erkidegoa, Bartzelonako hiria eta Italiako zenbait herri), Europako beste herrialde batzuetakoak baino txikiagoak zirela^{2,12,13}. Kausa guztien ondoriozko hilkortasun-desberdintasunen inguruan Europaren iparrean eta hegoan zeuden alde horiei dagokienez, zerikusi handia zuten emakumeen artean minbiziaren araberrako desberdintasun erlatiborik ez egotearekin eta, gizonezkoen artean, minbiziaren eta gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko hilkortasunean desberdintasun txikiagoak egotearekin. Europa hegoaldeko herrialdeetan krisiaren aurretik hilkortasunean ikusten ziren desberdintasun erlatiboak gutxiago izatea azal daiteke herrialde horietan iparraldeko herrialdeetan baino beranduago izan dutelako modernizazio sozioekonomikoko prozesua, eta horren ondorioz, hezkuntza-mailak herrialde horietan Europa iparraldeko herrialdeetan baino garrantzi gutxiago duelako estratifikazio sozialeko alderdi gisa, eta atzerapena eragingo lukeelako gaixotasun kronikoen gainetik (gaixotasun kardiobaskularrak eta minbizia) nagusitzen diren gaixotasun infekziosoen trantsizio epidemiologikoan¹⁴. Hala eta guztiz ere, beste heriotza-kausak erakusten zuten desberdintasunen garrantzia Europako beste herrialde batzuetan bezalatsukoa edo are handiagoa dela, esate baterako, gaixotasun infekziosoen kasua bi sexuetan, edota kanpoko kausena, gizonezkoen artean.

2004-2011 aldian, 10 eta 74 urte bitarteko biztanleen artean, Espainian, egoera sozioekonomikoaren arabera izandako hilkortasun-joerak aztertu zituen 2016ko azterlan batek agerian utzi zuen kausa guztien ondoriozko hilkortasunak jaitsiera handiagoa izan zuela krisi ekonomikoak iraun zuen denboran (2008-2011), krisiaren aurretik baino (2004-2007), eta, bereziki, talde sozioekonomiko apalenetan¹⁵. Europa mendebaldeko herrialde gehienetan, kausa guztien ondoriozko heriotza-tasak murriztuz joan dira, modu jarraituan, hala hezkuntza-maila apaleko pertsonen artean, nola hezkuntza-maila handiagoa dutenen artean, etenik gabe, azkeneko hamarraldiotan. Herrialde horietako hilkortasunean hauteman diren desberdintasun erlatiboak, oro har, handituz joan dira, baina hilkortasun orokorrak izandako murrizketaren ondorioz, hilkortasuneko desberdintasun absolutuak murriztu egin dira kasu askotan. Autore batzuek diotenez, gerta liteke azken krisi ekonomikoak epe laburrean inpaktu hautemangarrikerik eragin ez izana mendebaldeko Europako biztanleria mailako osasun-desberdintasunetan, batez ere, hilkortasunaren kasuan, eta hori bi faktoreren ondorio litzateke¹⁶. Lehenik eta behin, aurreko hamarraldietako

hilkortasunaren jaitsieraren azpian ezkututzen ziren joerak ahaltsuegiak ziren, beharbada, eta krisiaren epe laburreko eraginak pertsonen bizi-baldintzetan izan bide zituen ondorioak ahulegiak izan ziren, agian, edota oso motelduta geratu ziren, biztanleria osoaren osasunerako arrisku orokortuetan islatu ahal izateko¹⁶. Bigarrenik, krisialdi ekonomikoak hilkortasunean izan zituen ondorioak, segur aski, mistoak izango ziren, zeren eta arrisku batzuk, hala nola kaleratuak izatearen edo zorren ondoriozko estresa, bazitekeen suizidio-tasak handitzeko lagungarri izatea, baina, gerta zitekeen beste arrisku batzuk, trafiko-istripu batean hiltzeko edo gehiegi edateko arriskua, adibidez, murriztu izatea ere¹⁶. Krisi ekonomikoek hilkortasunean dituzten ondorioei buruz egindako zenbait ikerketak agerian utzi dute heriotza-kausa batzuek patroizko prozikliko bati erantzun diezaioketela, non hilkortasunak gora egingo lukeen hedapen ekonomikoen sasoian eta behera, aldiz, atzeraldietan¹⁷. Litekeena da, nolahi ere, efektu prozikliko horiek esplikatzea, neurri batean, lanik ezaren eta gabezia materialen epe laburreko igoerak, heriotza-kausa batzuetan, hilkortasun txikiagoarekin loturik egotea, hala hezkuntza-maila handieneko taldeetan, nola hezkuntza-maila apalagoa duten pertsonen artean¹⁷. Espainiaren kasura etorrira, eta krisi ekonomikoa hasi zenetik (2008) 2014ra bitartean, kausa guztien ondoriozko hilkortasunaren jaitsiera handiagoa izan zen, gizonen kasuan, hezkuntza-maila handiena zutenen artean; horren ondorioz, desberdintasun erlatiboak areagotu egin ziren eta esandako aldi horretan (2008-2014), hilkortasuneko desberdintasun absolutuak mantendu edo igo egin ziren arinki. Espainiako emakumeen kasuan, 2008-2014 aldian, kausa guztien ondoriozko hilkortasuna gehiago jaitsi zen, antza, hezkuntza-maila apalagoko emakumezkoen artean prestakuntza hobea zutenen artean baino, eta horrek hilkortasuneko desberdintasun bai erlatiboak eta bai absolutuak murriztea ekarri bide zuen¹⁶. Eraitza horiek bat datoz, dirudienez, atzeraldi ekonomikoan zehar Espainian izandako osasun-joeren aldaketak ezagutzeko egindako azterlan baten emaitzekin, zeinak ondorioztatu baitzuen osasunak hobetzen jarraitu zuela atzeraldi ekonomikoaren lehen lau urteetan (2008-2011), aurreko urteetako erritmoan edo handiagoan¹⁸.

SESPAS 2014 txostenak nabarmendu zuen Espainian beheranzko joera mantendu zela, bi sexuetan, kausa guztien ondoriozko hilkortasunean, eta, atzeraldi ekonomikoan, 2008-2011 arteko urteetan behintzat, ez zela aldaketa esanguratsurik hauteman hilkortasunean¹⁹. Hainbat azterlanek erakusten dute, ordea, baldintza ekonomikoek okerrera egiten dutenean, osasunak eta osasun-arloko desberdintasun sozialei emandako erantzun politikoez ere txarrera egiten dutela, eta hilkortasunak gora egiteko joera izaten duela; eta, krisialdiaren ondorio negatiboak, batez ere, populazio behartsuenak jasan ohi dituela²⁰. Gainera, ohartu behar genuke ez bakarrik krisialdiak zer nolako eraginak izan dituen osasun-desberdintasunetan, atzeraldiaren garaian eta haren osteko lehen urteetan, baizik eta, horrez gainera, krisialdi ekonomikoa gairatzeko aitzakiarekin, pixkanaka inposatuz joan den gizarte-egitura berriak zer nolako inpaktuak eratorriko diren²⁰.

Beraz, azkeneko atzeraldi ekonomikoak (2008-2013) osasun-arloko ekitatean izan dituen eraginei buruzko emaitzak ez dirudi sendoak direnik. Krisialdiaren emaitzek hilkortasun-desberdintasunei buruz duten aldakortasuna azal dezaketen faktoreetako batzuk honako hauek izan daitezke: ongizate-estatuaren politiken papera, analisietan erabilitako denbora-tarteen aniztasuna, aintzat hartutako aldagai sozioekonomikoen eta osasun-aldagaien heterogeneotasuna, aldaketak taldeen profil sozioekonomikoan, krisi-garaiekin alderatuta, eta, azkenik, osasun-arloko desberdintasun sozialen tamaina aztertze erabilitako neurri motak²⁰.

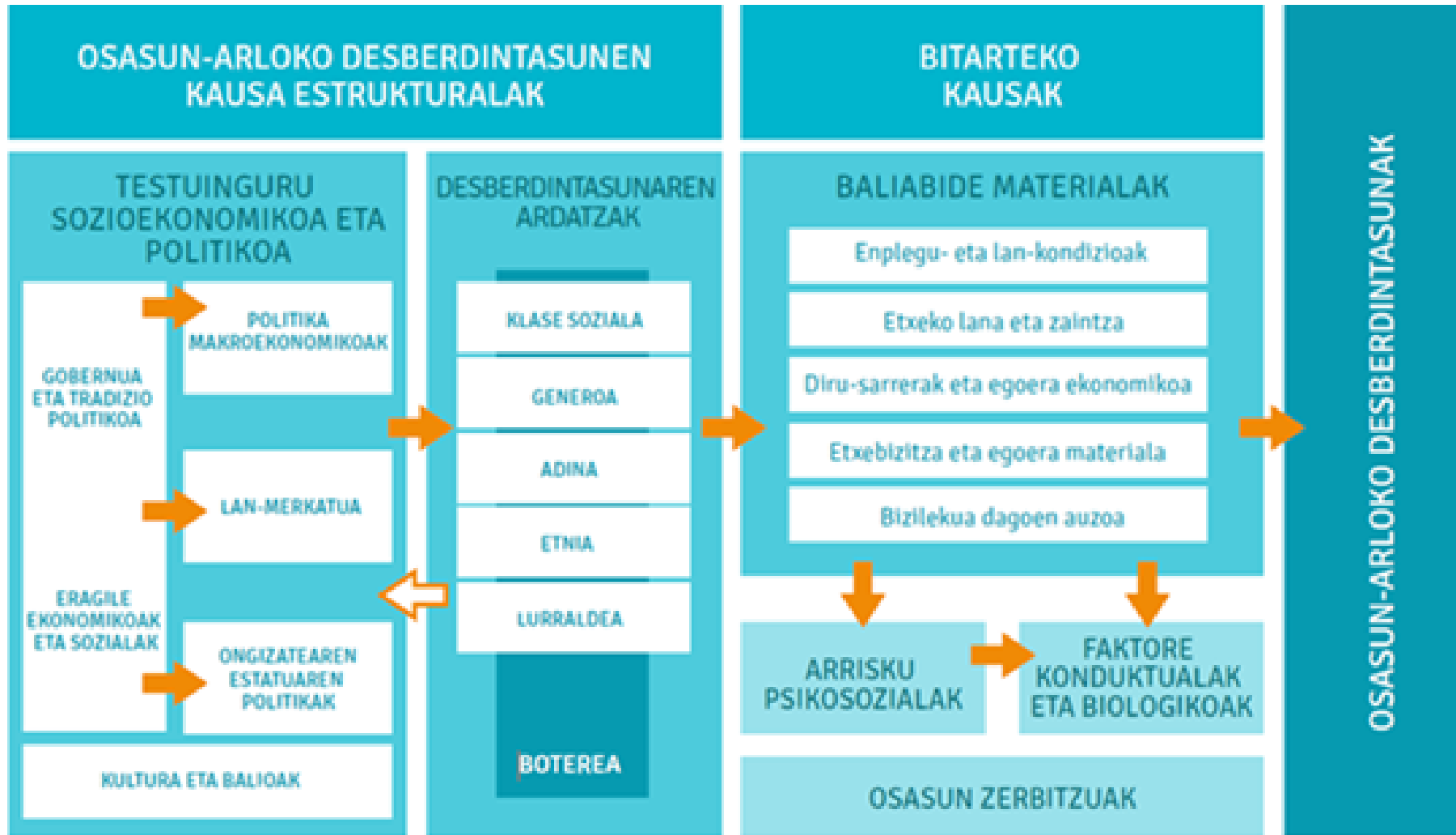
Euskal Autonomia Erkidegoari dagokionez, 2013-2016 aldian bi sexuetan aztertutako biztanleria osoan (25 urte eta gehiagokoetan) kausa guztien ondoriozko desberdintasun erlatibo eta absolutuak gutxiago izan ziren 2009-2012 aldian –hura ere atzeraldian ekonomikoaren barruan– egindako aurreko azterlanean hautemandakoak baino. Desberdintasun erlatibo eta absolutu horien garrantzia txikiagoa izan zen 25-44 urtekoen artean ere, bi sexuetan; bai eta 65 urte eta gehiagoko emakumeen artean ere; 65 urte eta gehiagoko gizonezkoen artean, berriz, desberdintasun erlatiboak egonkor mantendu ziren eta desberdintasun absolutuek behera egin bide zuten 2009-2012 aldiarekin alderatuta, baina ez emakumeen artean bezainbeste. Zenbaki erlatiboetan, 45 eta 64 urte bitarteko emakumeen hilkortasunean hautemandako desberdintasunak, aldiz, nabarmen hazi ziren 2009-2012 alditik 2013-2016ra bitartean, eta, era apalagoan, baita zenbaki absolutuetan ere; halaber, kausa guztien ondoriozko heriotza-tasak ere apur bat gora egin zuen bi aldi horien artean⁷. 45 eta 64 urte bitarteko emakumeen hilkortasunaren eta desberdintasun erlatibo eta absolutuen igoera hori ikasketarik gabeko eta lehen mailako ikasketak zituzten emakumeen heriotza-tasaren igoeraren ondorio izan zen; adin-tarte horretan, bigarren edo goi-mailako hezkuntza zuten emakumeen heriotza-tasa, aldiz, jaitsi egin zen 2009-2012 alditik 2013-2016 aldira⁷. Desberdintasun erlatiboaren gorakada oso handia izan zen zirkulazio-sistemako eta arnas sistemako gaixotasunetan; gainera, tumore gaiztoen ondoriozko hilkortasun-desberdintasunak, 2009-2012 aldian esanguratsuak izan ez baziren ere 45 eta 64 urte bitarteko emakumeen artean, 2013-2016 aldian esanguratsuak bihurtu ziren, % 20ko gehiegizko hilkortasunarekin. 45-64 urte bitarteko gizonezkoen kasuan, bi aldien arteko desberdintasun erlatiboek gorakada izan zuten, halaber, baina desberdintasun absolutuek behera egin zuten; izan ere, 2009-2012 eta 2013-2016 urteen artean, heriotza-tasak, edozein ikasketak-mailako gizonezkoen artean, behera egin bazuten ere, hilkortasunaren jaitsiera handiagoa izan zen hezkuntza-maila handienekoen artean⁷. 2009-2012 epealdiarekin alderatuta, desberdintasun erlatiboaren gorakada garrantzi handikoa izan zen, 45 eta 64 urte bitarteko gizonezkoen artean, tumore gaiztoen, zirkulazio-sistemako gaixotasunen, kanpoko kausen eta gaixotasun infekziosoen kasuan; gehiegizko hilkortasuna egonkor mantendu bide zen digestio-sistemako gaixotasunen kasuan, bi aldien artean, eta murriztu, berriz, arnas sistemako gaixotasunen kasuan⁷.

Beraz, aztertutako biztanleria osoan (25 urte eta gehiagoko pertsonen artean) eta 25-44 urte eta 65 urte eta gehiagoko taldeetan, bi sexuetan, heriotza-kausak guztien ondoriozko hilkortasun orokorraren bilakaerak, 2009-2012 eta 2013-2016 aldien artean, hilkortasun-desberdintasun erlatiboak eta absolutuak murriztu edo egonkortu egin zirela adierazten badu ere, 45-64 urte bitarteko adin-taldean, aldiz, hilkortasun-desberdintasunek gora egin bide zuten krisialdi ekonomikoaren aldiarekiko (2009-2012), batez ere, emakumeen kasuan⁷. 45 eta 64 urte bitarteko emakumezkoen eta gizonezkoen % 41ek eta % 37k, hurrenez hurren, lehen mailako edo beharagoko ikasketak zituzten 2011n. Horrek esan nahi du 2008tik 2013ra bitartean gertatu zen krisialdi ekonomikoaren ondorioz, litekeena dela 45 eta 64 urte bitarteko eta sexu bietako pertsonen artean desberdintasunak areagotu izana aipatutako krisi horren ondorengo urteetan, hain zuzen, azterlan honek xedetzat duen aldian (2013-2016), eta baliteke ondorio kaltegarri horiek denboran luzatzea ere. Krisialdiaren ondorioak –hilkortasunaren inguruan sortzen diren desberdintasunei dagokienez– badirudi, batez ere, atzeraldian lan-merkatuak izan duen bilakaera negatiboarekiko zaurgarriena den adin-taldean kontzentratu direla (45 eta 64 urte bitarteko pertsonen artean),

bi sexuetan, eta, bereziki, emakumezkoen artean, eta hezkuntza-maila edo kualifikazio txikiena dutenengan: horixe baita ondorio kaltegarrienak pairatzen dituzten pertsonen profila, krisi ekonomikoaren ondorioz enplegua eta diru-sarrerak galtzeari dagokionez, eta, hala familian nola pertsonalki, zama handienak jasan ohi dituzten neurrian. Badirudi horrek guztiak eragina duela pertsona horien osasunean, are gehiago osasun-arloko desberdintasun sozialei aurre egiteko politika egokirik ez baldin badago edota defizit publikoa murrizteko politika edo estrategia ekonomikoak lehenesten badira, horrek guztiak osasun-zerbitzu publikoak eta ongizate-estatua murriztera behartzen baitu. Krisialdiaren garaian enplegua galdu zuten 45 eta 64 urte bitarteko pertsona horiek guztiak alde batera utzita, kontuan hartu beharko litzateke, era berean, zenbateraino areagotu den enplegu-prekaritatea, beren enpleguari eustea –edo lan berri bat aurkitzea– lortu duten pertsonen artean, 2012an Espainian lan-arloko legeria erreformatu izanaren ondorioz. Lan-merkatuan egindako erreformek eta, horren ondorioz, lan-baldintzak hain koloka geratu izanak «laneko pobrezia»²¹ deitu zaion fenomenoak ekarri dute Espainiako estatu osora, hau da, lana eduki arren behartsu izaten jarraitzen duten pertsonak dira, izan ere, 2012an lan-merkatua erreformatu izanaren ondorioz nabarmen hazi baitzen kolektibo hori²². Ikusten da, beraz, lanpostu bat izateak ez diela bermatzen langile horiei, emakumezkoak edo gizonezkoak izan, bizitza duina eduki ahal izatea. Gainera, kualifikazio apala duten emakumezkoen kasuan, enplegu gehiena sektore jakin batzuetan kontzentratzen da, hala nola etxeko zerbitzua, garbiketa-lanak edo mendeko pertsonen zainketa, eta ez da ahaztu behar, kasu askotan, lan horiek ezkutuko ekonomian geratzen direla; beraz, baliteke pertsona horien prekaritatea areagotzea azken atzeraldi ekonomikotik aurrera. Oso litekeena da, beraz, Mendekotasun Legean egindako murrizketek enpleguaren kolokatasun are handiagoa ekartzea, batez ere adin ertaineko emakume zaintzaileen enpleguaren alorrean.

Oro har, osasun-alorreko desberdintasun sozialen jatorria, eta zehazkiago, hilkortasunean ikusten diren desberdintasun sozioekonomikoen jatorria egiturazko alderdiekin (governua eta tradizio politikoa, politika makroekonomikoak, lan-merkatuak eta abar, estratifikazio soziala) eta osasun-alorreko desberdintasunen tarteko alderdiak izenekoekin (enplegu- eta lan-baldintzak, ugalketa-lana eta zaintza-lana, diru-sarrerak eta egoera ekonomikoa, eta inguruneetakoak, jokabideak, osasun-sistema) lotuta dago^{2, 23} **(19. irudia)**.

Froga sendoak daude baieztatzeko hezkuntza-mailak eragin garrantzitsua duela helduaroko osasunaren garapenean. Hezkuntza-maila batzuen eta besteen arteko osasun-desberdintasunak, segur aski eta neurri handi batean, osasunarekin zerikusia duten jokabide edo portaeretan egon daitezkeen desberdintasunei eta bai haurtzaroan eta bai helduaroan osatuz joaten diren faktore psiko-sozialei egotzi ahal zaizkie, betiere hezkuntza-mailak helduaroko posizio sozioekonomikoan duen eragin iraunkorrarekin konbinatuta²⁴. Desberdintasun sozioekonomikoek hilkortasunean duten eragina oso adin goiztiarretan egiazta daiteke, eta bizitzaren amaierara arte irauten dute. Ikerketa gehienek agerian uzten dute, izan ere, pertsona heldu gazteetatik hasita, desberdintasun erlatiboak pixkanaka murrizten direla adinarekin batera; desberdintasun absolutuek, berriz, gora egiten dute adinarekin, eta adin aurreratuenerako pertsonen artean lortzen dituzte balio handienak²⁴.



Iturria: Espainiako Osasun-alorreko Desberdintasunak gutxitzeko Batzordea, 2010⁷

19. Irudia. Osasun-alorreko desberdintasun sozialen determinatzaileen esparru kontzeptuala. Espainiako Osasun-alorreko Desberdintasunak gutxitzeko Batzordea

Bereziki, gaixotasun kardiobaskularrei dagokienez, tabakoaren kontsumoarekin, ariketa fisikorik ez egitearekin, alkoholaren kontsumoarekin edota dietarekin²⁵ lotutako hurbileko arrisku-faktoreen banaketa soziala azpimarratzeko joera egoten da. Hala eta guztiz ere, arrisku-faktore horiek EAEn duten azalpen potentziala sobera mugatua gertatzen dela esan daiteke⁵. Horregatik, ezinbestekoa da beste faktore batzuk ere kontuan hartzea gure erkidegoan ikusten diren desberdintasunen garrantzia azaltzeko, esate baterako, enplegu- (enpleguaren kolokatasuna) eta lan-baldintzak (laneko estresa)²⁶, gabezia materiala (hilaren azkenera iristeko zailtasunen bitartez adierazten dena) edo airearen kutsadura^{27,28}. Gaixotasun kardiobaskular guztien ondoriozko hilkortasunean dauden desberdintasun sozialei buruz 2019an egindako azterlan batek, 2015ean izandako 30 urte edo gehiagoko pertsonen heriotzetatik abiatuta, agerian utzi zuen Euskadiko hilkortasunean dauden desberdintasun erlatibo eta absolutuak Espainia osoko antzekoak edo apur bat txikiagoak izango lirakeela. Azterlan horrekin bat etorririk, hilkortasun kardiobaskularra alderantziz erlazionatuta dago hezkuntza-mailarekin, eta desberdintasun horrek eragin handiagoa izan zuen kausa kardiakoen ondoriozko hilkortasun goiztiarrean, batez ere emakumezkoen dagokienez²⁹. Euskadiren kasuan, 2013-2016 aldian, gaixotasun kardiobaskularrek desberdintasun erlatibo eta absolutu esanguratsuak erakutsi zituzten aztertutako talde osoan (25 urte eta gehiagokoak) eta gainerako adin-talde guztietan, bi sexuetan. Gaixotasun kardiobaskular guztien ondoriozko desberdintasun erlatiboak murriztu egin ziren bi sexuetan, aztertutako taldearen adinak gora egin ahala, eta kasu guztietan handiagoak izan ziren emakumezkoen artean; desberdintasun absolutuak handiagoak izan ziren 25 urte eta gehiagoko eta 65 urtetik gorako emakumezkoen artean, gizonezkoen artean baino; bien bitartean, desberdintasun absolutuak handiagoak izan ziren 25 eta 64 urte bitarteko gizonen artean. Horrela bada, esan liteke, Euskadin, gaixotasun kardiobaskularren ondoriozko heriotza guztiak kontuan hartuta, hezkuntza-mailaren arabera hilkortasun-desberdintasunek eragin handiagoa izan zutela gizonezkoen hilkortasun goiztiarrean, eta adin handiagoko emakumezkoen hilkortasunean. Gizonezkoen artean, adierazgarriak izan ziren bihotzeko iskemien ondoriozko hilkortasun-desberdintasun erlatiboak eta absolutuak aztertutako biztanleria osoan (25 urte eta gehiagokoak) eta adin-talde guztietan, baita emakumezkoen artean ere, adin-talde gazteenean izan ezik (25-44 urte).

Gaixotasun zerebrobaskularrari dagokionez, desberdintasun erlatibo eta absolutu esanguratsuak hauteman ziren 25 eta 44 urte bitarteko gizonezkoen artean; desberdintasun erlatibo esanguratsuak ikusi ziren, orobat, aztertutako emakumezko guztien artean (25 urte eta gehiagokoak) eta 65 urtetik gorakoen artean, eta desberdintasun erlatiboak eta absolutuak 45 eta 64 urte arteko emakumezkoen artean; horrek esan nahi du hezkuntza-desberdintasunek eragin erlatibo handiagoa dutela gizonezkoengan kausa horren ondoriozko hilkortasun goiztiarrean (25 eta 44 urte bitartean), eta desberdintasunek eragin erlatibo handiagoa dutela aztertutako emakumezko guztiengan (25 urte eta gehiagokoak) eta 45 urtetik gorakoengan.

Biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunak sexuaren eta adinaren arabera bereizteko ereduak tabakismoaren epidemiak EAEn izan duen bilakaerarekin lotuta dago. Gure erkidegoan, Europa iparraldekoekin alderatuta^{30,31,32}, epidemia horri dagokionez apur bat atzeragoko etapan dauden Europa hegoaldeko beste herrialde batzuetan bezala, tabakismoaren ondorioek hedatzen jarraitzen dute, batez ere emakumezkoen artean. Horrek esplikatu dezake biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasun handiagoa egotea hezkuntza-maila handiagoko eta

adin aurreratuagoko emakumezkoen artean, bai eta alderantzizko patroia ere gizonezko eta emakumezko gazteen artean. 2013-2016 aldian, gizonezkoen artean, desberdintasun erlatibo eta absolutu adierazgarriak hauteman ziren, biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean, adin-talde guztietan, eta hilkortasun handiagoa hezkuntza-maila apalagoa zutenen artean. Gizonezkoen arteko desberdintasun erlatiboek, gainera, gora egin zuten bai 25 urte eta gehiagoko eta bai 45 eta 64 urte bitarteko artean, 2009-2012 aldiarekin alderatuta, eta apur bat behera 64 urtetik gorako artean. Bestalde, 25 urte eta gehiagoko eta 64 urtetik gorako emakumeen artean, desberdintasun erlatiboak eta absolutuak hauteman ziren zuzeneko patroia erakutsi zuten biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean, hau da, hilkortasun handiagoa ikasketa-maila handieneko artean, nahiz eta 2009-2012 aldian hautemandakoa baino txikiagoa izan. 25-44 urte arteko emakumeen artean, biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasuneko desberdintasun-patroia, aldiz, gizonen artean jada deskribatu dena izan zen. 2017. urteari begira Europarako egindako minbiziaren ondoriozko hilkortasun orokorraren proiektioek berretsi egin zuten gaitz horren beheranzko joera orokorra, baina indar handiagoz gizonezkoen artean, batez ere tabakismoak gizon eta emakumeen belaunaldi batzuetan eta besteetan izan dituen prebalentzia-joeren ondorioz³³. Euskal Autonomia Erkidegoaren kasuan, biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza-tasak jaisteko joera bera izan zuen adin-talde guztietako gizonen artean; ez, ordea, emakumeen artean, heriotza-tasak gora egiten jarraitu baitzuen, bai aztertutako emakume guztien artean (25 urte eta gehiago), bai 45 eta 64 urte arteko emakumeen artean ere. 2017an, Europako emakumezko gazteen artean, biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza-tasak gizonezkoen tasen antzekoak ziren; horrek baieztatzen du tabakismoak eragin bera duela biriketako minbiziaren ondoriozko hilkortasunean, bi sexuetan³³, eta gauza bera ikusi zen Euskadin ere 2013-2016 aldian.

Bi sexuetan, BGBKren ondoriozko hilkortasunean hautemandako desberdintasun erlatiboen magnitude handia nabarmendu zen, hilkortasun handiagoa ikusi zelarik hezkuntza-maila apaleneko pertsonen artean, hala 25 urte eta gehiagoko pertsonen nola 45 urtetik gorako artean. Desberdintasun erlatiboen magnitude hori, gainera, biriketako minbiziaren ondoriozko desberdintasun erlatiboak baino askoz handiagoa izan zen; hala ere, magnitudeak behera egin zuen 2009-2012 aldiarekin alderatuta, 45 eta 64 urte bitarteko emakumeen kasuan izan ezik. Era berean, aipatzekoa da BGBKren ondoriozko 65 urte eta gehiagoko gizonen arteko desberdintasun absolutuak bi aldiz handiagoak izan zirela birika-minbiziaren ondoriozko adin bereko gizonen arteko desberdintasunak baino. BGBK-k, hala ere, heriotza-kausa gisa, pisua galdu zuen guztizko hilkortasunean 2009-2012 aldiarekin alderatuta. Biriketako minbiziaren edo BGBKren kasuan, hilkortasunean gertatzen diren desberdintasunen garrantzia zuzenean lotuta dago tabakoaren kontsumoarekin. Tabakoaren kontsumoa, norbanakoaren jokabidearekin erlazionatuta badago ere, egiturazko faktoreen baldintzapean dago, argi eta garbi, hala nola gabezia materialak edo desabantailazko egoera psiko-sozialak³⁴. Tabakoaren kontsumoaren inguruko patroio geografikoek eta denborazkoek biriketako minbiziaren intzidentzian eta hilkortasunean dituzten ondorioez gainera –bera da faktore etiologiko nagusia biriketako kartzinogenesiari dagokionez–, kausa horren ondoriozko hilkortasunean aurki daitezkeen desberdintasunen patroia aztertzeko, kontuan hartu behar dira, halaber, lan-ingurunean kartzinogenoekiko izan den esposizioa^{35,36,37}, aireko kutsadura^{37,38}, norberaren sentiberatasun genetiko edota elikadura txarra; faktore horiek beren kabuz edota tabakismoarekin elkar hartuta jardun dezakete biriketako minbiziaren epidemiologia deskribatzailea konfiguratzeko orduan³⁷.

Gizonezkoen artean, prostatako minbiziak, 2013-2016 aldian –1996-2001 aldian⁸ gertatu zen bezala–, ez zuen hilkortasun handiagoa erakutsi talde behartsuenetan, eta horrek kontrastea egiten du 2009-2012 aldian hilkortasunean hautemandako hezkuntza-mailaren arabera desberdintasun erlatibo eta absolutuekin⁷. Bizimodu-aldaketek –tabakoa uztea, ariketa fisikoa eta pisuaren kontrola, kasu– murriztu egiten dute prostatako minbizia garatzeko arriskua. Prostatako minbiziaren detekzio goiztiarra eta diagnostikatutako kasuak arriskuaren edo larritasunaren arabera kudeatzea egon daiteke 2013-2016 aldian³⁹ hilkortasun-desberdintasunak desagertzearen atzean. Beharrezkoa da aztertzea ea intzidentzian desberdintasunak murriztu direlako egon ote den bilakaera positiboa EAEn prostatako minbiziaren ondoriozko hilkortasunaren gaineko hezkuntza-desberdintasunetan —horrek esan nahiko luke leundu egin direla desberdintasunak arrisku-faktoreetan eta lehen mailako prebentzioan—, ala, aitzitik, biziraupena handitzearekin lotuta ote dagoen bilakara positibo hori —hau da, osasun-arretan desberdintasunak leundu direlako gertatu den—.

Emakumeen artean, baheketa-programei lotutako minbizi-hautemateetatik aurrera, umetoki-lepoko minbiziaren ondoriozko hilkortasunak ez zuen desberdintasun esanguratsurik erakutsi 2013-2016 aldian, 2009-2012⁷ aldian hautemandako desberdintasun erlatibo adierazgarriekin kontrastea eginez. Azken urteotan, umetoki-lepoko minbiziaren baheketa-programan emakumezkoen parte-hartzeak gora egin badu ere, parte-hartze horren maiztasuna nabarmen urriagoa da ikasketa-maila apalagoa duten emakumeen artean^{40,41}. Osakidetzak, 2018an, umetoki-lepoko minbiziaren biztanleria-baheketa bat ezarri eta modu egoki eta sistematikoan aplikatu izanak nabarmen murriz dezake etorkizunean minbizi horren intzidentzia eta hilkortasuna⁴². Giza papilomaren birusaren (GPB) aurkako txertaketa sistematikoa jotzen da, gaur egun, infekzioa kontrolatzeko eta giza papilomaren birusarekin lotutako gaixotasun-karga prebenitzeko esku-hartze eraginkorra⁴³. Euskadin, 11 eta 14 urte bitarteko nerabeen artean, GPBren aurkako txertoaren estaldurak gora egin duenez⁴⁴, espero izatekoa da, etorkizunean, umetoki-lepoko minbiziaren ondoriozko gaixotasun-karga eta hilkortasuna jaitea emakumezkoen artean. Horregatik, beharrezkoa da emakumeek parte-hartze handiagoa izatea, beren gizarte-klasea gorabehera, bi prebentzio-programetan, umetoki-lepoko minbiziaren baheketa-programan eta txertaketa-programan⁴⁵. Prostatako minbiziaren kasuan bezala, beharrezkoa da aztertzea ea emakumeen artean zeri zor zaion umetoki-lepoko minbiziaren ondoriozko hilkortasunean hautemandako hezkuntza-desberdintasunen bilakaera ona; alegia, intzidentzian desberdintasunak murriztu delako izan duen bilakaera on hori edo biziraupenak hobera egin duelako.

Bularreko minbizia da euskal emakumeen artean gehien agertzen den tumore gaiztoa⁴⁶. Goiz detektatzea garrantzi handiko faktorea da, tratamendu eraginkorragoak eta ez hain oldarkorrak ahalbidetzen baititu; horrela, bizi-kalitate handiagoa eta biziraupen-tasa handiagoak lortzen dira. Bularreko minbiziaren populazio-baheketak eta emakumeek minbizi horretan duten parte-hartze masiboak –berorien estratu soziala (hezkuntza-maila) gorabehera– azal dezakete, parte batean behintzat, arrazoi horren ondoriozko hilkortasunean desberdintasun esanguratsurik ez egotea 2013-2016 aldian, jada 2009-2012 aldian gertatu zen bezala⁴¹.

2009-2012⁷ aldian bezala, ez zen desberdintasun erlatibo ez absolutu adierazgarririk hauteman koloneko minbiziaren ondoriozko hilkortasunean, ez gizonezkoen artean, ez emakumezkoen artean ere. Ondesteko minbiziari dagokionez, 2009-2012 aldian bi sexuetan egiaztatutako desberdintasun esanguratsuak mantendu egin ziren, gizonezkoen kasuan, 2013-2016 aldian; aitzitik, ez zen kausa horren ondoriozko desberdintasunik hauteman emakumezkoen artean. Zenbait arrisku-faktoreren prebalentzian egon daitezkeen desberdintasunek (ariketa fisikorik ez egitea, tabakoaren kontsumoa, haragi gehiegi dietan)^{41,47} edo kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programetan⁴⁸ gizonezkoen parte-hartzean dauden desberdintasunek azalduko lukete, partzialki bada ere, desberdintasun horien patroia. 2010eko azterlan baten arabera, estatus sozioekonomiko apaleko taldeetan, intzidentzia eta hilkortasun handiagoa eta biziraupen txikiagoa hauteman zen, kolon-ondesteko minbizi kasuetan, Europako estatus sozioekonomiko handiagoko taldeekin alderatuta, nahiz eta desberdintasun horiek kanadakoak edo AEBetakoak baino txikiagoak izan⁴⁹. Europan, egoera behartsueneko pertsonen hilkortasuna 1,6 aldiz handiagoa izan zen estatus ekonomiko ona zutenena baino, koloneko minbiziaren kasuan, eta 3,1 aldiz handiagoa ondesteko minbiziarenean⁴⁹. Gainera, sexuak eragin nabarmena du koloneko eta ondesteko minbiziaren ezaugarri kliniko eta patologikoetan; horrek esan nahi du aldeak daudela intzidentzia- eta heriotza-tasetan, kasuen aurkezpen klinikoaren adinean, baheketako parte-hartze tasetan, tratamenduaren kokapen, etapa eta erabileran, histopatologian eta biziraupenean. Ingurumen-, jokabide- eta biologia-faktoreek ere arrisku diferentzialaren alde jokatzen dute⁵⁰.

Urdaileko minbiziak ere desberdintasun erlatibo adierazgarriak erakutsi zituen, sexu bietan, 25 urteko eta gehiagoko pertsonen artean; desberdintasun erlatiboak esanguratsuak izan ziren gizonezkoen artean ere, aztertutako adin-talde guztietan, eta 65 urte eta gehiagoko emakumeen artean. 2013-2016 aldian, kausa horren ondoriozko desberdintasun erlatiboak handiagoak izan ziren gizonen artean emakumeen artean baino. 2009-2012 aldiari dagokionez, oro har, urdaileko minbiziaren ondoriozko desberdintasun erlatiboak areagotu egin ziren gizonezkoen artean, baina murriztu emakumezkoen artean. Kausa horren ondoriozko desberdintasun absolutuen garrantzia, 2009-2012 epealdikoa baino txikiagoa izan arren, adierazgarria izan zen 65 urte eta gehiagoko gizonezkoen artean ere. Egile batzuek erlazio estatistikoki esanguratsua aurkitu zuten urdaileko minbiziaren ondoriozko hilkortasunaren eta hezkuntza-mailaren artean. Lotura hori argiagoa da gizonezkoen kasuan emakumezkoenean baino, eta hilkortasun handiagoa hauteman zen prestakuntza gutxienekoen artean⁵¹. Badirudi urdaileko minbiziaren intzidentzia-arriskuak alderantzizko erlazioa duela diru-sarreraren mailarekin eta lanbide-kategoriarekin⁵². Urdaileko minbiziaren kausen artean, ingurune-faktoreak ez ezik (*helicobacter pylori* bidezko infekzioa da urdaileko minbiziaren arrisku-faktore garrantzizkoena), bizi-estiloko beste hainbat faktore ere aurki daitezke, hala nola dieta (gatz gehiegi hartzea; nitratoak edo nitritoak dituzten elikagai gehitxo jatea –adib. kontserbako haragia–; behar bezainbat fruta eta barazki ez hartzea), tabakoaren kontsumoa, okupazioa edo egoneko bizimodua⁵³, guztiak ere hezkuntza-mailak edo posizio ekonomikoak baldintzatzen dituenak.

Diabetesaren ondoriozko hilkortasunean hautemandako hezkuntza-desberdintasunak, 2013-2016 aldian, oso nabarmenak izan ziren bi sexuetan eta handiagoak emakumeen artean gizonen artean baino, hala zenbaki absolutuetan nola erlatiboetan, 2009-2012 aldian jazo zen bezalaxe. Gizentasunaren prebalentzian ikusten diren desberdintasun sozioekonomikoek –askoz handiagoak emakumezkoen artean⁴¹– azalduko lukete, partzialki bada ere, diabetesaren ondoriozko hilkortasuneko desberdintasunen patroia. Osasun-laguntzari dagokionez, nahiz eta diabetesa prebenitzeko eta kontuan hartzeko ahaleginak ekitatiboak diren EAEn, kontrol metaboliko okerrak eta konplikazioak maizago ikusten dira gizarte-egoera ahuleko emakumeen artean⁵⁴. Gizentasunaren eta osasun-laguntzaren eragina, gainera, desberdintasun sozioekonomikoen esparruan hartu behar da kontuan, bizitzako aukeretan eta zirkunstantzia materialetan; harreman hori testuinguru sozioekonomiko eta politikoaren ondorioz sortzen baita^{25,55}. 2017an, Espainiako 26 hiritan, diabetes mellitusaren ondoriozko hilkortasun-desberdintasunen patroia geografikoa –eta hark faktore sozioekonomikoekin duen lotura– aztertzeko egindako azterlan ekologiko batek erakutsi zuen kausa horrek eragindako hilkortasunean desberdintasunak daudela, argi eta garbi, desberdintasun horiek denboran egonkor irauteko joera dutela, eta nabarmenagoak izan zirela emakumezkoen artean gizonezkoetan baino. Azterketa egin den hiri guztien artean, Donostian egiaztatu da erlaziorik estuena bizitegi-eremuko gabezia sozioekonomikoen eta diabetesaren ondoriozko hilkortasunaren artean⁵⁶.

2013-2016 aldian, jada 2009-2012an gertatu zen bezala, gibleko zirrosiak, digestio-gaixotasun guztiek bezala, desberdintasun oso adierazgarriak erakutsi zituen sexu bietan: 2013-2016 aldian, desberdintasun erlatiboak handiagoak izan ziren emakumezkoen artean gizonezkoen artean baino, eta absolutuak handiagoak gizonen artean; 2009-2012 aldian, ordea, bai desberdintasun erlatiboak eta bai absolutuak handiagoak izan ziren gizonezkoen artean. Gibleko zirrosiaren ondoriozko hilkortasuna oso lotuta dago alkoholaren gehiegizko kontsumoarekin. Hala ere, alkoholaren gehiegizko kontsumoak hilkortasunaren kontrako patroia erakusten du EAEn, kontsumoa handiagoa baita egoera abantailatsueneko taldeetan⁵⁴. Paradoxa hori ulertzeko kontuan izan behar da, besteak beste, talde sozioekonomiko ahulenetako pertsonen zaurgarritasuna handiagoa dela, alkohol-kontsumoaren eta dieta-ohituren arteko elkarreraginaren ondorioz, bai eta kontsumo-giroak ematen dien segurtasuna, eta familian edo lan-arloan izaten duten laguntza eta sostengua ere, alkohol-kontsumoarekin lotutako arazoei aurre egiteko⁵⁷.

2013 eta 2016 artean, gaixotasun infekziosoen ondoriozko hilkortasun-desberdintasun erlatibo eta absolutuetan –esanguratsuak gizonezkoen artean– izan zuten beren pisua, neurri batean, hiesaren eta GIBaren ondoriozko hilkortasunean 45 eta 64 urte bitartekoen artean hautemandako desberdintasunek, esanguratsuak izan baitziren aztertutako gizonezkoen populazio osoan (25 urtekoak eta gehiagoak). Gaixotasun infekziosoen ondorioz hilkortasunean hautemandako desberdintasun erlatiboak esanguratsuak izan ziren, halaber, emakumezkoen artean ere, baina ez hiesaren eta GIBaren ondorioz, ez baitzen desberdintasun adierazgarririk egon kausa horregatik. Gainera, hiesaren eta GIBaren ondoriozko hilkortasunean azken urteetan hautemandako murrizketa dela eta, hilkortasuneko desberdintasun absolutuak, egun, 45 eta 64 urte arteko gizonezkoen artean soilik dira garrantzizkoak; erlatiboki txikiak baitira gizonen gainerako adin-taldeetan eta emakumezkoen artean⁵⁸.

2013-2016 aldian, hezkuntza-maila kontuan hartuta, suizidioaren ondorioz hilkortasunean hautemandako desberdintasun erlatiboak murriztu egin ziren apur bat, gizonezkoen artean (25 urte eta gehiagokoak), 2009-2012 aldiarekin alderatuta, baina garrantzitsuak ziren oraindik, gehiegizko hilkortasun esanguratsuak tarteko. Kausa horrek eragindako desberdintasun erlatiboak adierazgarriak izan ziren gizonezkoen artean, aztertutako adin-talde guztietan: nabarmen murriztu ziren 25-44 urte artekoetan (lehenengo heriotza-kausa adin-tarte horretako gizonen artean, bi aldietan); egonkor mantendu ziren 45-64 urte bitartekoetan; eta nabarmen handitu 65 urte eta gehiagoko gizonezkoen artean. Emakumeen artean, 2009-2012 aldian bezalaxe, ez zen hezkuntza-desberdintasun nabarmenik hauteman suizidioaren ondoriozko hilkortasunean. Bartzelona hirian eta EAEn, 25 urtetik gorako egoiliarren artean suizidioaren ondoriozko hilkortasunean 2001-2012 aldian izandako desberdintasun sozioekonomikoei buruzko azterlan berri baten arabera, suizidioaren ondoriozko hilkortasunean egonkor mantendu ziren, gizonezkoen artean, hezkuntza-desberdintasunak, hala aurreko (2001-2008) nola azkeneko atzeraldi ekonomikoan (2009-2012)⁵⁹. EAeko gizonezkoen kasuan, suizidioaren ondoriozko desberdintasun erlatiboak adierazgarriak eta antzekoak izan ziren azterketa-aldi osoan; Bartzelonan, berriz, oro har, desberdintasunak txikiagoak izan ziren⁵⁹. Emakumeen artean, eta aztertutako aldiaren, ez zen lotura esanguratsurik aurkitu hezkuntza-mailaren eta suizidioaren ondoriozko hilkortasunaren artean, ez Bartzelonan, ez Euskadin⁵⁹. 2006tik 2016ra bitartean, Bartzelonan suizidioaren ondoriozko hilkortasunean hautemandako desberdintasun sozioekonomikoei buruzko beste azterlan baten arabera, hezkuntza-mailaren arabera desberdintasunak desagertu egin ziren suizidioaren ondoriozko hilkortasunean, 25 urteko eta gehiagoko gizonezkoen artean, 2013-2016 aldian, nahiz eta langabezia handieneko auzoetan bizi ziren gizonek beren buruaz beste egiteko aukera gehiago izan zitzaketen⁶⁰. Euskadin, Bartzelonan ez bezala, hezkuntza-mailaren arabera hilkortasun-desberdintasunak mantendu egin ziren, gizonezkoen artean, 2013-2016 aldian.

Euskadin bezala, Bartzelonan ere ez zen loturarik aurkitu emakumeen suizidioaren ondoriozko hilkortasunaren eta hezkuntza-mailaren artean, 2013-2016 aldian⁶⁰. Suizidioaren ondoriozko hilkortasunean emakumezkoen eta gizonezkoen artean dauden desberdintasunen arteko aldeak azal ditzaketen faktoreen artean daude, besteak beste, egoera behartsuenean dauden gizonezkoen gehien eragiten dietenak, hala nola gizarte-konfiantzarik eza (kapital sozialaren parte gisa)^{61,62}, gizarte- edo familia-babes txikiagoa (bakarrik bizi diren pertsonen proportzioaren bidez neurtzen da)⁶³, langabezia edo lana galtzea^{64,65,66}, buru-osasuneko arazoak (bereziki, klase sozioekonomiko apalenetan, azkeneko krisialdi ekonomikoan)⁶⁷, gaixotasun mentalen presentzia⁶⁸, enpleguaren kolokatasuna, maskulinitasun-alderdiak (familiaburuaren rola galtzea, berdintasun-eskaerak, etab.), etxebizitzaren galera⁶⁹, faktore psikologiko indibidualak⁷⁰, bide parenteraletik drogak kontsumitzea⁷¹ edota gizonezkoen heriotza goiztiarrarekin lotutako hainbat faktore, hala nola drogen abusua⁷², gizonezko gazteek beren sentimenduak adierazteko eta, laguntza behar dutenean, gizarte-sareetan sostengua bilatzeko duten joeratxikiagoa⁷² edo jokoarekin erlazioa duten patologia pairatzeko joera handiagoa⁷³.

2013-2016 aldian, 2009-2012 aldian gertatu zen bezala, nabarmentzekoa da desberdintasun erlatiboen magnitude handia istripuzko pozoiduren ondoriozko hilkortasunean, biztanleria osoan (25 urte eta gehiagokoak), sexu bietan. Halaber, adierazgarriak izan ziren pozoiduren ondoriozko desberdintasun erlatiboak eta absolutuak emakumezko gazteenetan eta 25-64 urteko gizonezkoetan. Horrek lotura izan lezake arriskuko substantziakmaizago kontsumitzearekin⁷⁴ eta egoera sozioekonomiko behartsueneko pertsonen gaindosiak prebenitzeko ezagutza gutxiago izatearekin⁷⁵.

2009-2012 aldian bezala, ez zen desberdintasunik aurkitu Alzheimer gaixotasunaren ondoriozko hilkortasunean, ez emakumeetan, ez gizonetan. Aitzitik, 2009-2012 aldian bezala, hezkuntza-mailaren arabera desberdintasun esanguratsuak egiaztatu ziren, sexu bietan, gaixotasun mental organikoen ondoriozko hilkortasunean, 2013 eta 2016 artean, hala 64 urtetik gorako nola 24 urtetik gorako artean. Hala ere, desberdintasun horien magnitudeak eta inpaktuak behera egin zuten –modu argiagoan emakumezkoen artean– aldi batetik bestera; kausa horren garrantzi erlatiboak, nolahi ere, pisua irabazi zuen, 2009-2012 aldiarekin alderatuta, hilkortasun osoan eta sexu bietan. 2013-2016 aldian, gaixotasun mental organikoen ondoriozko hilkortasunean izandako desberdintasun erlatibo eta absolutuen magnitudea gizonezkoen artean zertxobait handiagoa izan bazen ere, hilkortasun egozgarriaren inpaktua handiagoa izan zen emakumezkoen artean. Gainera, gaixotasun organikoen ondoriozko emakumezkoen heriotzak, hala guztizko heriotza kopurua nola hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeenak, gizonezkoen heriotzak halako bi izan ziren, eta heriotza-kausa nagusia 64 urtetik gorako emakumezkoen artean. Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen, oro har, heriotza-arrisku handiagoa izan ohi dute, eta, beraz, bizi-itxaropen laburragoa biztanleria orokorrarekin alderatuta, heriotza-kausa edozein dela ere^{76,77}. 2019an egindako azterlan baten arabera, ikusi zen Danimarkako 95 urtetik beherako biztanle guztiek galdutako bizitza-urteek –gaixotasun mental organikoen kasuan, gaixotasuna agertu zen adina kontuan hartuta– zifra estatistikoki esanguratsua eman zutela: 5,4 urteko bizi-galera Danimarkako emakumezkoen artean⁷⁸. Heriotzaren kausa espezifikoak aztertu zirenean, egiaztatu zen buruko edozein nahasmendu zuten gizonezkoek urte gutxiago galdu zituztela, minbiziak haiengan eragindako hilkortasun handiagoagatik⁷⁸.

2013-2016 aldirako deskribatu diren emaitzak 2008 eta 2013 arteko krisialdi ekonomikoaren azken urtearekin eta krisiaren ondorengo susperraldi makroekonomikoarekin batera gertatu ziren, kronologiari bagagozkio. 2008an abiatu zen atzeraldi ekonomikoaren ondoren, herrialde batzuek hobetu egin zituzten osasun-adierazleak hainbat alderditan; beste batzuek, bien bitartean, jaitziera handiak jasan zituzten biztanle guztien osasun mailan⁶⁹. Herrialdeen arteko aldaketa horien erantzuna herrialde berorien politika ekonomikoetan bilatu behar da. Politika horiek, krisi ekonomikoaren problematikari irtenbiderik onena emateko asmotan, bi modu desberdini erantzuten diete: alde batetik, gastu handiagoa egitea, ekonomia bultzatzen laguntzeko; eta, bestetik, gastua errotoz murrizteko austeritate-politikak, defizita kontrolatzeari esker, inbertitzaileengan konfiantza handiagoa sortu eta, hartara, ekonomiaren hazkundera errazteko, baina estrategia horrek pertsonen osasunerako dakarren giza kostuarekin⁶⁹. Austeritatearen aldeko hautua egin zuten herrialdeek, azkenean, murrizketak egin zituzten osasun- eta gizarte-babeseko politiketan, eta kolektibo ahulenen osasuna okertu zuten, horrela biztanle askoren heriotza eraginez. Kontua da, beraz, austeritateak hil egiten duela⁶⁹.

Oro har, 2013-2016 aldian, desberdintasun sozioekonomikoen magnitudea murriztu egin zen Euskadiko hilkortasunean, aurreko azterlanean aztertutako 2009-2012 aldiarekin alderatuta⁷. Hala eta guztiz ere, desberdintasunek gora egin zutela ikusi zen, bai guztizko hilkortasunean eta bai heriotza-kausen multzo nagusi batzuetan, 45 eta 64 urte bitarteko pertsonen artean, emakumezkoen kasuan, batez ere. Gerta liteke, izan ere, austeritate-politikek hilkortasunean eragindako desberdintasunetan dituzten ondorio gehigarriak aztertu den aldiaren (2013-2016) ondorengo aldietan agertzea. Nolanahi ere, krisi ekonomikoak iraun zuen bitartean, badirudi murrizketa- eta austeritate-politikek Euskadin izan zuten garrantzia gure inguruan baino txikiagoa izan zela. Hala, Espainiako estatu osoan, Euskal Autonomia Erkidegoak erakutsi zuen, autonomia-erkidego guztien artean, portaerarik argiena bai austeritate-politika arin edo ezari, eta bai osasuna ez pribatizatzeari zegokionez: osasun-gastu publikoari eutsi zion, eta hala lehen mailako arretako nola arreta espezializatuko langile publikoen tasa handitu zuen, erkidego gehienek beren langileak eta gastu publikoak nabarmen murriztu bazituzten ere⁷⁹. Gainera, Euskadin indarrean zegoen gutxieneko diru-sarreraren sistemak eragin nabarmena izan zuen pobrezia-arriskuan zeuden pertsonen kopuruaren murrizketan, eta horrela, gizarte-bazterketa arintzen lagundu zen⁸⁰.

Azken finean, osasun publiko unibertsala, ekitatiboa, elkartasunezkoa, sostengarria eta kalitate onekoa indartzearen alde apustu egitea, jarduera ororen muinean pertsonak jartzea, eta haien osasun-hobekuntza helburu eta lehentasun absolutu gisa ezartzea⁶, gizarte-babeseko programekin eta ongizate-estatua mantentzearekin batera, lagungarri gertatu direla dirudi 2013-2016 aldian Euskadin hilkortasun-arloko desberdintasunak murrizteko, aurreko aldian –2009-2012, atzeraldi ekonomikoaren erdian– behatu zirenekin alderatuta, nahiz eta desberdintasun horiek areagotu 45 eta 64 urte bitarteko adin-taldean, emakumezkoen artean, batez ere. Horrela, aurrez adierazitakoak erakusten du osasun-arloko desberdintasun sozialak murriztu nahi badira, beharrezkoa dela politika publikoak lehentasun gisa jartzea, bai eta EAEko hilkortasunean hautematen diren desberdintasunak monitorizatzeko ahaleginei eustea ere.

4.3. Indarguneak eta mugak

Azterlan honen indarguneen artean nabarmendu behar da azterlan hau biztanleria-erregistroarekin lotutako datuetan oinarritzen dela, eta horri esker EAEn bizi diren biztanle guztiak sartu ahal izan direla. Gainera, hemen erabili den luzerako diseinuak aukera ematen du zeharkako datuetan oinarrituta baino doitasun handiagoko zenbatespenak lortzeko hilkortasunean ikusten diren desberdintasunei dagokionez.

Lotu gabeko heriotzen proportzioa txiki samarra izan zen; hori dela eta onar daiteke hilkortasunean ikusten diren desberdintasunei buruzko zenbatespenetan izan dezaketen eragina txikia izango dela. Beste mugatze bat izan daiteke jarraipenak iraun duen bitartean gertatu ahal izan den ikasketa-mailak eragindako informazio-galera diferentziala, bereziki bizilekua aldatu izan duten pertsonen lotua. EAetik kanporako emigrazioa handiagoa balitz ikasketa-maila txikieneko biztanleen artean, hilkortasun handiagoa dutelarik, azterlan honen emaitzek agian gutxietsi egingo zituzten hilkortasunean ikusten diren desberdintasunak. Horrez gain, lortutako ikasketa-maila erabili da aldagai sozioekonomiko moduan, eta horrek ere gutxietsi litzake desberdintasunak, benetan burututako ikasketak aintzat hartu izan balira lortuko liratekeen emaitzekiko. Azkenik, gizarte baten aldaketa ekonomiko eta estrukturalak denborarekin aldarazi lezake ikasketa-mailaren eta heriotzaren beste kausa sozioekonomikoen arteko lotura; hori oztopo bat izango litzateke ikerketa honen emaitzak ikuspegi kausal batetik interpretatzeko, ez ordea desberdintasunen muntaren eta haien bilakaeraren ebaluazio deskriptibo bat egiteko⁸¹.

Bestalde, zenbait kausa espezifikoren ondorioz heriotza gutxi gertatu izana, batez ere, 25 eta 44 urte bitarteko adin-taldean, eragozpen bat da azterketa honi begira, eta, beraz, heriotza-kausa horietan lortu diren emaitzak kontu handiz interpretatu beharko dira.

Desberdintasunei buruzko neurri absolutuak eta erlatiboak erabiltzeak, hau da, hezkuntza-kategorien mailari buruzko informazioa ematen dutenak, ahalbidetu du hilkortasunean ikusten diren hezkuntza-desberdintasunen magnitudea eta inpaktua hobeto balioestea⁸².

4.4. Inplikazio praktikoak

Azterlan honek agerian utzi du osasun-alorreko desberdintasun sozialak murrizteko politikak garatzen jarraitu behar dela EAEn. Duela gutxi erakutsi da maila sozioekonomikoak eragina duela erka daitekeen hilkortasunean eta, eragin hori, kasu askotan, ohiko arrisku-faktoreen eragina baino handiagoa dela (adibidez, tabakoaren kontsumoa, jarduera fisikoa, obesitatea, diabetesa eta abar)⁸³. Horrek begi bistan uzten du osasun-arloko desberdintasun sozialak murrizteko ez dela nahikoa ohiko arrisku-faktore klasikoei aurre egitea, baizik eta, gainera, ezinbestekoa dela desberdintasun sozialak murrizteko politikak garatzea eta osasun-arloko desberdintasun sozialen «funtsezko kausa» edo «kausen kausa» deituei aurre egitea⁸⁴. Gainera, arrisku-faktore indibidualetara zuzendutako esku-hartzeak (adibidez, prebentzio-aholku indibiduala), «uretan beheara» deituek, egoera onenean dauden pertsonen egin ohi diete mesede; aitzitik, «uretan gora» deitu politikak dira (enpleguaren hobekuntza, errentaren birbanaketa, haurren babesa eta abar) osasun-arloko ekitatean eragin positiboa izaten dutenak⁸⁵.

Osasun-arloko desberdintasun sozialak murrizteko gauzatu behar diren politikei buruz nazioarteko eta estatuko erakundeek emandako gomendioek nabarmendu dute zeinen beharrezkoa den osasun-sistemaren ekitatea sendotzea, bizitza osoan jardutea (haurtzaroan hasiera segurua bermatuz eta helduen eta adineko pertsonen bizi- eta lan-baldintzak hobetzearen bidez), babes sozialeko sistema indartzea eta osasun-ekitatea xede gisa ipintzen duten eta gizarte-kohesioa eta elkarrekiko erantzukizuna areagotzen duten sektore-arteko politikak abian jartzea^{4,5,8}. Ildo horretan, EAEko 2013-2020 Osasun Planean jasotako politikek lehen xedetzat ezarri dute EAEko biztanleen osasun-alorreko desberdintasun sozialak eta generokoak murriztea, biztanleriaren estrategiak eta banakakoak aplikatzearen bitartez⁶. Azterlan honetatik ateratzen diren ondorioek egiturazko faktoreak eta bizi-baldintzak nahiz lan-baldintzak kontuan hartzen dituzten esku-hartzeak «osasuna politika guztietan» strategiaren bitartez bideratzeko balio izango dute. Halaber, osasun-alorreko ekintza komunitarioa garatzeko eta osasun-sistemaren ekitatea indartzeko gakoak ematen dira.

Osasuna lehen mailako faktore makroekonomikoa da. Giza eskubide bat da, ongizatearen funtsezko elementua, produktu-ondasun publiko globala eta justizia sozialaren eta ekitatearen parte osagarria⁸⁶. Berau gabe osasun-kostuak areagotu egiten dira, kostu sozial altuak sortzen dira eta laguntza-sistemetan eragiten da, eskariak sortuz eta baliabideak atzeratuz. Biztanleriaren osasun maila (osasunaren magnitudea ere esaten zaio) hertsiki lotuta dago gizarte-taldearen arteko osasunaren banaketarekin. Osasun maila eta osasun-ekitatea txanpon bakar baten bi aldeak dira⁶.

4.5. Konklusioak

EAEen hilkortasunean ikusten diren desberdintasun sozioekonomikoak nabarmenak dira oraindik. Desberdintasun horiek biztanleengan duten eragina oso garrantzitsua eta desberdina da sexuaren, adinaren eta heriotza-kausen arabera. EAEko biztanleriaren osasuna hobetzeko eta osasun-alorrean ekitatea lortzeko ezinbestekoa da politikak indartzea eta ekimen berriak abian jartzea desberdintasun sozialak murrizteko eta desberdintasun horiek osasunean duten eragina arintzeko.

Azterlan honen emaitzek gakoak eskaintzen dituzte osasun-alorreko ekitatea hobetzeko ahaleginak bideratzeko. Beharrezkoa da aurrera egitea osasunean dauden desberdintasunen monitorizazioan eta EAEen osasun-ekitatea areagotzeko esku-hartzeek duten eraginkortasunari buruzko ikerketan.

Bibliografia

- (1). Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2, Denmark, 2006.
https://www.researchgate.net/publication/252203552_Concepts_and_Principles_for_Tackling_Social_Inequities_in_Health_Levelling_Up_Part_1
- (2). CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>
- (3). Graham H. Tackling Inequalities in Health in England: Remediating Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy* 2004; 33:115–131. <http://eprints.whiterose.ac.uk/6860/>
- (4). Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *J Health Popul Nutr* 2003; 21(3): 181-192.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14717564/>
- (5). Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; 380(9846): 1011-29.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22964159/>
- (6). Departamento de Salud. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de Salud para Euskadi, Plan de Salud 2013-2020. Vitoria-Gasteiz; 2013.
<https://www.euskadi.eus/informacion/politicas-de-salud-para-euskadi-2013-2020/web01-s2osa/es/>
- (7). Esnaola S, Martín JA, Calvo M, Audicana C, Aldasoro E, Elorriaga, E. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2009-2012. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, 2017. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/mort_0912.pdf
- (8). Departamento de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005. <https://www.euskadi.eus/informacion/equidad-en-salud/web01-a2osagin/es/>
- (9). Esnaola S, Martín U, Bacigalupe A. Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2014.
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkosag00/es/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/infopubli.html#a1
- (10). Reques L, Giráldez-García C, Miqueleiz E, Belza MJ, Regidor E. Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Dec; 68(12): 1151-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25124190/>
- (11). Regidor E, Reques L, Belza MJ, Kunst AE, Mackenbach JP, de la Fuente L. Education and mortality in Spain: a national study supports local findings. *Int J Public Health*. 2016 Jan;61(1):139-45. <https://europepmc.org/article/med/26572139>
- (12). Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008 Jun 5; 358(23): 2468-81.
[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18525043/388\(10060\):2642-52](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18525043/388(10060):2642-52). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27745879/>

- (13). Mackenbach JP, Kulhánová I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G et al., Deboosere P, Esnaola S, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Hoffmann R, Eikemo TA, Östergren O, Lundberg O; Eurothine and EURO-GBD-SE consortiums. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Mar; 69(3): 207-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24964740/>
- (14). Kulhánová I, Bacigalupe A, Eikemo TA, Borrell C, Regidor E, Esnaola S, Mackenbach JP; Eurothine consortium. Why does Spain have smaller inequalities in mortality? An exploration of potential explanations. *Eur J Public Health*. 2014 Jun;24(3): 370-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24568755/>
- (15). Mortality decrease according to socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. Regidor E, Vallejo F, Granados JAT, Viciano-Fernandez FJ, de la Fuente L, Barrio G. *Lancet*. 2016; 388(10060): 2642-52). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27745879/>
- (16). Johan P. Mackenbach, José Rubio Valverde, Barbara Artnik, Matthias Bopp, Henrik Brønnum-Hansen, Patrick Deboosere, Ramune Kalediene, Katalin Kovács, Mall Leinsalu, Pekka Martikainen, Gwenn Menvielle, Enrique Regidor, Jitka Rychtaříková, Maica Rodriguez-Sanz, Paolo Vineis, Chris White, Bogdan Wojtyniak, Yannan Hu, and Wilma J. Nusselder. Trends in health inequalities in 27 European countries. <https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115>
- (17). Ruhm CJ (2000) Are recessions good for your health? *Q J Econ* 115:617–650. http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/C_Ruhm_Are_2000.pdf
- (18). E. Regidor, G. Barrio, M.J. Bravo, et al. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health*., 68 (2014), pp. 280-282 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24153246/>
- (19). M. Ruiz-Ramos, J.A. Córdoba-Doña, A. Bacigalupe, et al. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. *Informe SESPAS 2014 Gac Sanit.*, 28 (Supl 1) (2014), pp. 89-96 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6379163>
- (20). A. Bacigalupe, A. Escolar-Pujolar The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Int J Equity Health*., 13 (2014), p. 52 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25063518/>
- (21). F.J. Calvo, M.R. Gómez-Álvarez. Trabajadores pobres y pobreza en el trabajo. Concepto y evolución de la pobreza en la ocupación: El impacto de las últimas reformas legales. <http://grupo.us.es/iwpr/wp-content/uploads/2017/12/libro1.pdf>
- (22). Indicadores de ingresos y condiciones de vida de EUROSTAT. Ocupados y asalariados en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE). People at risk of poverty or social exclusion by most frequent activity status (population aged 18 and over) (ilc_peps02) <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database>
- (23). Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaVigilancia2010/docs/ponencia_2.pdf
- (24). Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf
- (25). Lynch, JW, Davey Smith G, Harper S, Bainbridge K. Explaining the social gradient in coronary heart disease: comparing relative and absolute risk approaches. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60: 436–441. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563981/>
- (26). Theorell T, Hammarstrom A, Aronsson G, Traskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015; 15, 738. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>.

- (27). Franklin BA, Brook R, Arden Pope C 3rd. Air pollution and cardiovascular disease. *Curr Probl Cardiol*. 2015 May;40(5):207-38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718383554>
- (28). Koulova A, Frishman WH. Air pollution exposure as a risk factor for cardiovascular disease morbidity and mortality. *Cardiol Rev*. 2014 Jan-Feb;22(1):30-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24304808/>
- (29). Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Social inequalities in cardiovascular mortality in Spain from an intersectional perspective. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31784414>
- (30). Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Borrell C. Two decades of inequalities in smoking prevalence, initiation and cessation in a southern European region: 1986-2007. *Eur J Public Health*. 2013 Aug; 23(4): 552-8. <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/4/552/427812>
- (31). Bosetti C, Malvezzi M, Rosso T et al. Lung cancer mortality in European women: trends and predictions. *Lung Cancer* 2012; 78: 171–178. <https://core.ac.uk/display/18150110>
- (32). Malvezzi M, Bosetti C, Rosso T et al. Lung cancer mortality in European men: trends and predictions. *Lung Cancer* 2013; 80: 138–145 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0169500213000561>
- (33). M Malvezzi, G Carioli, P Bertuccio, P Boffetta, F Levi, C La Vecchia, E Negri. European Cancer Mortality Predictions for the Year 2017, With Focus on Lung Cancer. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28327906/>
- (34). Mackenbach JP, Vos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol*. 2003; 32: 830-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14559760/>
- (35). De Matteis S, Consonni D, Lubin JH, Tucker M, Peters S, Vermeulen RCh, Kromhout H, Bertazzi PA, Caporaso NE, Pesatori AC, Wacholder S, Landi MT. Impact of occupational carcinogens on lung cancer risk in a general population. *Int J Epidemiol*. 2012 Jun; 41(3): 711-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396321/>
- (36). Andersen A, Barlow L, Engeland A, Kjaerheim K, Lynge E, Pukkala E. Work-related cancer in the Nordic countries. *Scand J Work Environ Health*. 1999;25 Suppl 2: 1-116. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10507118/>
- (37). Malhotra J, Malvezzi M, Negri E et al. Risk factors for lung cancer worldwide. *Eur Respir J* 2016; 48: 889–902. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27174888/>
- (38). Raaschou-Nielsen O, Andersen ZJ, Beelen R, Samoli E, Stafoggia M, Weinmayr G, et al. Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Lancet Oncol*. 2013 Aug; 14(9): 813-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23849838/>
- (39). Cuzick J, Thorat MA, Andriole G et al. Prevention and early detection of prostate cancer. *Lancet Oncol* 2014; 15: e484–e492. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25281467/>
- (40). Esnaola S, Elorriaga E, Aldasoro E, Bacigalupe A, de Diego M, Sarriugarte G, Portillo I. Evolución de la participación y las desigualdades sociales en los cribados de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en la CAPV, 1992-2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2015. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/cribado_mama_cito_cas.pdf

- (41). Encuesta de Salud del País Vasco. ESCAV 2013 y 2018. Datos relevantes ESCAV 2013 Y 2018.
<https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones-encuesta-salud-2018/web01-a3osag17/es/>
<https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones-encuesta-salud-2013/web01-a3osag13/es/>
- (42). Osakidetza. Programa de cribado de cáncer de cérvix. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/programa-de-cribado-de-cancer-de-cervix/ab84-oescacon/es>
- (43). Asociación española de patología cervical y colposcopia (AEPCC) Guía de vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/12/AEPCC_revista07_VACUNACION-SELECTIVA.pdf
- (44). Vacunación frente a virus del papiloma humano (VPH) en niñas adolescentes: porcentaje de niñas de 11 a 14 años que han recibido una pauta completa de vacuna frente a VPH. M^o de Sanidad, Consumo y Bienestar social
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/vacunas/ciudadanos/vph.htm>
- (45). Malagón T, Drolet M, Boily MC, Laprise JF, Brisson M. Changing inequalities in cervical cancer: modeling the impact of vaccine uptake, vaccine herd effects, and cervical cancer screening in the post-vaccination era. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015 Jan;24(1):276-85
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25380735/>
- (46). Cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi 2011-2017.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/es_def/adjuntos/Cancer-CAE-2001-2017.pdf
- (47). Goy J, Rosenberg MW, King WD. Health risk behaviors: examining social inequalities in bladder and colorectal cancers. *Ann Epidemiol.* 2008 Feb; 18(2): 156-62. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.09.004>
- (48). Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, Esnaola S, Mendizabal N, Portillo I, Idigoras I, Millán E, Arana-Arri E. Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health.* 2015 Oct 5; 15: 1021.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594998/>
- (49). Mieke J Aarts, Valery E P P Lemmens, Marieke W J Louwman, Anton E Kunst, Jan Willem W Coebergh. Socioeconomic Status and Changing Inequalities in Colorectal Cancer? A Review of the Associations With Risk, Treatment and Outcome. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20570136/>
- (50). Koo JH, Leong RW.J. Sex differences in epidemiological, clinical and pathological characteristics of colorectal cancer.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19874446/>
- (51). Rosa Puigpinós, Carme Borrell, José Leopoldo Ferreira Antunes, Enric Azlor, M Isabel Pasarín, Gemma Serral, Mariona Pons-Vigués, Maica Rodríguez-Sanz, and Esteve Fernández. Trends in socioeconomic inequalities in cancer mortality in Barcelona: 1992–2003.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640474/>
- (52). Siegfried Geyer. Social Inequalities in the Incidence and Case Fatality of Cancers of the Lung, the Stomach, the Bowels, and the Breast
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18431680/>
- (53). Cáncer de Estómago: Una guía para pacientes. Información para el paciente, basada en la guía clínica de la ESMO.
<https://www.esmo.org/content/download/6632/115227/file/ESMO-ACF-Cancer-de-Estomago-Guia-para-Pacientes.pdf>
- (54). Amaia Bacigalupe, Santiago Esnaola, Iñaki Fraile, Josu Ibarra, Javier Urraca, Sheila Sánchez, Eduardo Millán. Desigualdades sociales en la atención a la diabetes tipo 2 en la Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2017.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/diabetes.pdf

- (55). Vandenheede H, Deboosere P, Espelt A, Bopp M, Borrell C, Costa G, Eikemo TA, Gnavi R, Hoffmann R, Kulhanova I, Kulik M, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Rodriguez-Sanz M, Rychtarikova J, Mackenbach JP. Educational inequalities in diabetes mortality across Europe in the 2000s: the interaction with gender. *Int J Public Health*. 2015 May; 60(4): 401-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555194/>
- (56). Aguilar-Palacio I, Martinez-Beneito MA, Rabanaque MJ, Borrell C, et al. Diabetes mellitus mortality in Spanish cities: Trends and geographical inequalities. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28623082>
- (57). Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, et al. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med*. 2015 Dec 1;12(12): e1001909. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26625134>
- (58). Audicana C. Hilkortasuna Euskal Autonomia Erkidegoan 2015. Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2015. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Registros e Información Sanitaria. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud, 2017. <https://www.euskadi.eus/informacion/registro-de-mortalidad/web01-a3regepi/es/>
- (59). Borrell C, Mari-Dell’Olmo M, Gotsens M, et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-017-4777-7>
- (60). Natalia López-Contreras, Maica Rodríguez-Sanz, et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality in Barcelona during the economic crisis (2006–2016): a time trend study. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e028267>
- (61). Kelly BD, Davoren M, Mhaoláin AN, et al. Social capital and suicide in 11 european countries: an ecological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:971–7. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-009-0018-4>
- (62). Smith NDL, Kawachi I. State-level social capital and suicide mortality in the 50 U.S. states. *Soc Sci Med* 2014; 120: 269–77. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614005747?via%3Dihub>
- (63). Middleton N, Whitley E, Frankel S, et al. Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991-1993. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 45–52. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-004-0707-y>
- (64). Milner A, McClure R, De Leo D. Socio-Economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47:19–27. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-010-0316-x>
- (65). Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, et al. The health effects of economic decline. *Annu Rev Public Health* 2011; 32:431–50. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031210-101146>
- (66). Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health* 2014; 24:399–403. <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/3/399/2837375>
- (67). Bartoll X, Palència L, Malmusi D, et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health* 2014; 24: 415–8. <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/3/415/477138>
- (68). Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* 2016; 387: 1227–39. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00234-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00234-2/fulltext)
- (69). Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5418694>
- (70). Wyllie C, Platt S, Brownlie J, Chandler A, Connolly S, Evans R et al. Men, suicide and society: Why disadvantaged men in mid-life die by suicide. Samaritans, editor. Surrey (UK); 2012. https://media.samaritans.org/documents/Samaritans_MenSuicideSociety_ResearchReport2012.pdf

- (71). Orti RM, Domingo A, Muñoz A, et al. Mortality trends in a cohort of opiates addicts, Catalonia, Spain. *Int J Epidemiol* 1996; 25: 545-553. <https://academic.oup.com/ije/article/25/3/545/757021>
- (72). Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 1–8. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00406-003-0397-6>
- (73). European Monitoring center for Drugs and drugs actions ESPAD Report 2015 : Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- (74). SIIS Centro de Documentación y Estudios. Desigualdades Socioeconómicas, Consumo De Drogas Y Territorio En España. Donostia-San Sebastián: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2015. <https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/350/>
- (75). Sarasa-Renedo A, Espelt A, Folch C, Vecino C, Majó X, Castellano Y, Casabona J , Brugal MT; Redan Study Group. Overdose prevention in injecting opioid users: the role of substance abuse treatment and training programs. *Gac Sanit.* 2014 Mar-Apr; 28(2): 146-54. <https://www.gacetasanitaria.org/es-estadisticas-S0213911113002276>
- (76). Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4102288/>
- (77). Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One.* 2013; 8: e55176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555866/>
- (78). Oleguer Plana-Ripoll , Carsten Bøcker Pedersen , Esben Agerbo , et al. A Comprehensive Analysis of Mortality-Related Health Metrics Associated With Mental Disorders: A Nationwide, Register-Based Cohort Study. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)32316-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)32316-5.pdf)
- (79). Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rábago Y, Bergantiños N. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? <http://www.gacetasanitaria.org/es/austeridad-privatizacion-sanitariaepoca-crisis/articulo/S0213911115002071/>
- (80). European Commission. European Social Policy Network. Minimum Income Schemes in Europe. A study of national policies 2015. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7882&type=2&furtherPubs=yes>
- (81). Chen JT, Beckfield J, Waterman PD, Krieger N. Can Changes in the Distributions of and Associations Between Education and Income Bias Temporal Comparisons of Health Disparities? An Exploration With Causal Graphs and Simulations. *Am J Epidemiol.* 2013 Apr 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4023297/>
- (82). Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med.* 1997 Mar; 44(6): 757-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9080560/>
- (83). Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al.; LIFEPAATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet.* 2017 Mar 25; 389(10075): 1229-1237. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext)
- (84). Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.* 2010;51 Suppl: S28-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20943581>
- (85). Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? *Lancet.* 2017 Mar 25; 389(10075): 1172-1174. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159389/>
- (86). Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [monografía en Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

1. Erankina. Metodoak

Diseinua eta aztertutako biztanleria

Azterlan hau hilkortasunari buruzko luzetarako azterlana da, biztanleak oinarritzat hartuta eta bizi-erregistroen (Heriotzen Estatistika - Hilkortasun-erregistroa) eta Biztanleria Erregistroaren arteko loturatik abiatuta egin dena. Aztertu den biztanleria 2013-2016 aldian EAEn bizi zen 25 urteko eta gehiagoko biztanleria izan da. 2011ko biztanleria-eroldaren banako erregistroak eta 2013-2016 aldiko hilkortasun-eroldarenak elkartu ziren. Jarraipena egin zen aldia 2013ko urtarrilaren 1etik 2016ko abenduaren 31ra bitartekoa izan zen. Jarraipeneko urte-pertsona kopuru zehatza kalkulatzeko jarraipena egiten hasi zen datari, heriotza-data (hildakoen kasuan) edo jarraipeneko amaiera-data kendu egin zitzaion. Heriotza kopurua elkartu ez ziren heriotzen proportzioaren alderantzizkoaren arabera haztatu zen sexuaren, adin-taldearen eta heriotzaren kausaren arabera. Elkartu ez ziren heriotzen guztizkoa % 2,1 eta % 2,3 izan zen emakumeentzat eta gizonentzat, hurrenez hurren.

Informazio-iturriak eta ikerketa-aldagaiak

Heriotzei buruzko datuak Euskal Estatistikako Erakundeak (Eustat) Estatistikako Institutu Nazionalarekin lankidetzan egindako EAEko Heriotzen Estatistikatik lortu ziren. Heriotzen Buletin Estatistikoetako datuez gainera, Estatistika horrek Osasun Saileko Hilkortasun Erregistroaren taldeak egindako heriotzen oinarritzko kausaren kodeketa bildu zuen. Heriotza bakoitzari dagokionez, sexuari eta adinari (bost urteko taldetan) buruzko informazioa eta heriotzaren oinarritzko kausa gehitu ziren. Eranskin honetan txertatu den taulan aztertutako heriotza-kausei buruzko kodeak biltzen dira. Iritsitako ikasketa-mailari buruzko datuak EAEko Biztanleen Erregistrotik lortu ziren eta bost taldetan sailkatu zen: hezkuntza ez-formala edo lehen hezkuntzaz aurrekoa, lehen hezkuntza, behe-mailako bigarren hezkuntza, goi-mailako bigarren hezkuntza eta unibertsitatekoa.

Aztertutako hautatutako heriotza-kausak GNS¹-10. sailkapenaren arabera

Heriotza-kausak	GNS ¹ -10 kodea
1. Infekzio-gaixotasunak	A00-B99, R75
1.1 Hiesa eta GiBa	B20-B24, R75
2. Tumore gaiztoak	C00-D48
2.1 Urdaileko minbizia	C16
2.2 Koloneko minbizia	C18
2.3 Ondesteko minbizia	C19-C21
2.4 Pankreako minbizia	C25
2.5 Laringeko minbizia	C32
2.6 Biriketako minbizia	C33-C34
2.7 Bularreko minbizia	C50
2.8 Umetoki-lepoko minbizia	C53
2.9 Umetoki-gorputzeko minbizia	C54
2.10 Obulutegiko minbizia	C56
2.11 Prostatako minbizia	C61
2.12 Maskuriko minbizia	C67
2.13 Tumore hematologikoak	C81-C9
3. Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	I00-I99
3.1 Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	I20-I25
3.2 Gaixotasun zerebrobaskularra	I60-I69
4. Arnasketa-sistemako gaixotasunak	J0-J99
4.1 BGBK ²	J40-J44, J47
5. Digestio-sistemako gaixotasunak	K00-K93
6.1 Zirrosia	K70, K72.1, K73, K74, K76(.1.9)
6. Kanpoko kausak	V00-Y89, F11-F12, F14-F16, F19
6.1 Trafikoko lesioak	V02-V04(.1.9), V09(.2.3), V12-V14(.3.4.5.9), V19(.4.5.6.9), V20-V28(.3.4.5.9), V29-V79(.4.5.6.7.8.9), V80(.3.4.5), V81-V82(.1), V83-V86(.0.1.2.3.4.5.6.7.8), V89(.2.9)
6.2 Istripuzko erortzeak	W00-W19
6.3 Istripuzko pozoidurak	X41-X45
6.4 Suizidioa	X60-X84
7. Beste kausa espezifiko batzuk	-
7.1 Diabetes mellitusa	E10-E14
7.2 Gaixotasun mental organikoak	F00-F09
7.3 Alzheimer-en gaixotasuna	G30
8. Gainerako kausak	-

¹ Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena - 10. berrikuspena

² Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa

Azterketa estatistikoa

Hiru adin-talde handien (25-44, 45-64, eta 65 urte eta gehiago) eta adin guztien (25 urte eta gehiago) azterketak egin ziren, emakumeak eta gizonak bereizita. Adinaren arabera estandarizatutako hilkortasun-tasak kalkulatu ziren, zuzeneko metodoa erabilia, Eurostatek proposatutako 2013ko Europako biztanleria estandarra erreferentzia gisa harturik. Desberdintasun erlatiboak neurtzeko xedez, desberdintasunaren indize erlatiboa (DIE) eta bere konfiantza-tartea kalkulatu ziren –% 95–, adinaren arabera doiturik, Poissonen erregresio-eredua erabilia. Mendeko aldagaia hilkortasun-tasen logaritmoa izan zen. Aldagai independente gisa, adinaz gainera (aldagai kategorikoa), ikasketa-maila erabili zen aldagai kuantitatibo modura, hezkuntza-kategorien mailan biztanleriaren metatze-banaketaren batez besteko balioekin bat datozen 0tik 1era bitarteko bost balio kontuan hartuta. Gauzak horrela, desberdintasun-indize erlatiboa –DIE– hezkuntza-mailaren tartearen muturren arteko hilkortasun-tasen arrazoitzat hartzen da, eta kategoria bakoitzaren tamaina kontuan hartzen du. Desberdintasun absolutuak neurtzeko maldaren desberdintasun-indizea (MDI) kalkulatu zen. Indize horrek, DIEk bezala, hezkuntza-eskalaren bi muturren arteko hilkortasun-tasetan dagoen aldea adierazten du. MDI eta % 95eko konfiantza-tartea kalkulatzeko, Poissonen erregresio-eredu gehigarria erabili zen, adin-talde bakoitzari aplikatuta; lortutako balioak haztatzeko, berriz, 2013ko Europako biztanleria estandarraren pisuak erabili ziren. Hezkuntza-desberdintasunek hilkortasunean zuten eragina kalkulatzeko, ikasketa-mailari dagokion biztanleriaren frakzio egozgarria (BFE) kalkulatu zen. BFE zenbaki absolutuetan (heriotza kopurua) eta erlatiboetan (desberdintasunei egotz dakiekeen heriotza-proporzioa) kalkulatu zen. BFE kalkulatzeko, Poissonen erregresio-ereduak erabili ziren, sexu bakoitzerako eta adin-talde handietarako doitu ondoren, adina eta ikasketa-maila aldagai kategorikotzat harturik eta unibertsitate-ikasketen kategoria erreferentzia gisa hartuta. Hezkuntza-desberdintasunik ezean espero izatekoa zen heriotza kopurua kalkulatzeko, estimatutako ereduaren koefizienteak aplikatu zitzaizkien adin-talde eta sexu bakoitzeko biztanleei, pertsona guztiek unibertsitate-ikasketak izan balituzte bezala. Hezkuntza-desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen kopurua hezkuntza-desberdintasunik ezean espero ziren heriotzen kopurua behatutako heriotzen kopurutik kenduta kalkulatu zen.

2.Eranskina Taulak

Taula	Izenburua	Orria
A1	Hildakoen kopurua eta urte-pertsonen jarraipena, ikasketa-mailaren, sexuaren eta adin-taldean arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016	69
A2	Hildakoen kopurua eta banaketa portzentuala, heriotza-kausa, sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016	70
A3	Hilkortasun-tasa estandarizatuak adinaren arabera, heriotza-kausa, sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016	71
A4	Hilkortasun-tasa estandarizatuak adinaren arabera, heriotza-kausa, sexua eta ikasketa-maila kontuan hartuta, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016	72
A5	Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016	73
A6	Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25-44 urte arteko pertsonetan. EAE, 2013-2016	74
A7	Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 45-64 urte arteko pertsonetan. EAE, 2013-2016	75
A8	Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 65 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016	76
A9	Hilkortasun egozgarriaren inpaktu erlatiboa (kopurua eta %), ikasketa-mailaren desberdintasunek eragindakoa, heriotza-kausaren talde-handien, adin-taldean eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016	77

A1 taula

Hildakoen kopurua eta urte-pertsonen jarraipena, ikasketa-mailaren, sexuaren eta adin-taldearen arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Ikasketa-maila	Emakumeak				Gizonak			
	Hildakoen		Urte-pertsonen		Hildakoen		Urte-pertsonen	
	Kopurua	(%)	Kopurua	(%)	Kopurua	(%)	Kopurua	(%)
	25 urte eta gehiago				25 urte eta gehiago			
Guztira	40.417	100	3.595.683	100	41.533	100	3.339.462	100
Ikasketarik gabe	6.391	15,8	143.077	4,0	4.095	9,9	87.017	2,6
Lehen hezkuntza	27.059	66,9	1.389.724	38,6	24.585	59,2	1.147.560	34,4
Beheko big. hezk.	3.038	7,5	542.963	15,1	4.571	11,0	587.890	17,6
Goiko big. hezk.	1.719	4,3	540.845	15,0	4.208	10,1	714.504	21,4
Unibertsitatea	2.211	5,5	979.074	27,2	4.073	9,8	802.491	24,0
	25-44 urte bitartean				25-44 urte bitartean			
Guztira	468	100	1.191.236	100	835	100	1.249.673	100
Ikasketarik gabe	5	1,1	8.440	0,7	17	2,1	12.652	1,0
Lehen hezkuntza	115	24,5	164.784	13,8	305	36,6	246.227	19,7
Beheko big. hezk.	86	18,4	191.573	16,1	183	21,9	272.438	21,8
Goiko big. hezk.	105	22,4	256.890	21,6	176	21,1	314.666	25,2
Unibertsitatea	157	33,5	569.550	47,8	154	18,4	403.690	32,3
	45-64 urte bitartean				45-64 urte bitartean			
Guztira	3.253	100	1.293.124	100	6.508	100	1.264.520	100
Ikasketarik gabe	115	3,5	17.191	1,3	152	2,3	14.741	1,2
Lehen hezkuntza	1.460	44,9	469.486	36,3	2.929	45,0	429.308	34,0
Beheko big. hezk.	595	18,3	235.396	18,2	1.247	19,2	214.576	17,0
Goiko big. hezk.	488	15,0	229.312	17,7	1.279	19,6	308.962	24,4
Unibertsitatea	596	18,3	341.739	26,4	900	13,8	296.933	23,5
	65 urte eta gehiago				65 urte eta gehiago			
Guztira	36.696	100	1.111.323	100	34.190	100	825.269	100
Ikasketarik gabe	6.271	17,1	117.446	10,6	3.926	11,5	59.624	7,2
Lehen hezkuntza	25.484	69,4	755.454	68,0	21.351	62,4	472.025	57,2
Beheko big. hezk.	2.357	6,4	115.994	10,4	3.141	9,2	100.875	12,2
Goiko big. hezk.	1.126	3,1	54.643	4,9	2.753	8,1	90.877	11,0
Unibertsitatea	1.458	4,0	67.785	6,1	3.020	8,8	101.867	12,3

Iturria: Eusko Jaurlaritzak, Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausak nagusien ondoriozko hilkortasunean EAE, 2013-2016

A2 taula

Hildakoen kopurua eta banaketa portzentuala, heriotza-kausa, sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausak	Hildakoak															
	Emakumeak								Gizonak							
	25 urte eta gehiago		25-44 urte bitartean		45-64 urte bitartean		65 urte eta gehiago		25 urte eta gehiago		25-44 urte bitartean		45-64 urte bitartean		65 urte eta gehiago	
	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)	Kop.	(%)
Heriotza-kausa guztiak	40.417	100,0	468	100,0	3.253	100,0	36.696	100,0	41.533	100,0	835	100,0	6.508	100,0	34.190	100,0
Infekzio-gaixotasunak	683	1,7	10	2,1	55	1,7	618	1,7	636	1,5	20	2,4	157	2,4	459	1,3
Hiesa eta GIBa	17	0,0	3	0,6	14	0,4	0	0,0	92	0,2	16	1,9	68	1,0	8	0,0
Tumore gaiztoak	9.804	24,3	239	51,1	2.157	66,3	7.408	20,2	15.270	36,8	198	23,7	3.419	52,5	11.653	34,1
Biriketako minbizia	1.120	2,8	23	4,9	514	15,8	583	1,6	3.625	8,7	31	3,7	1.130	17,4	2.464	7,2
Laringeko minbizia	27	0,1	0	0,0	15	0,5	12	0,0	304	0,7	2	0,2	105	1,6	197	0,6
Koloneko minbizia	1.076	2,7	18	3,8	177	5,4	881	2,4	1.487	3,6	17	2,0	234	3,6	1.236	3,6
Ondesteko minbizia	302	0,7	3	0,6	46	1,4	253	0,7	485	1,2	5	0,6	94	1,4	386	1,1
Bularreko minbizia	1.325	3,3	64	13,7	391	12,0	870	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	517	1,3	11	2,4	90	2,8	416	1,1	871	2,1	12	1,4	182	2,8	677	2,0
Prostatoko minbizia	-	-	-	-	-	-	-	-	1.301	3,1	1	0,1	62	1,0	1.238	3,6
Pankreako minbizia	707	1,7	14	3,0	108	3,3	585	1,6	758	1,8	7	0,8	188	2,9	563	1,6
Tumore hematologikoak	803	2,0	20	4,3	94	2,9	689	1,9	1.039	2,5	25	3,0	156	2,4	858	2,5
Maskuriko minbizia	217	0,5	0	0,0	31	1,0	186	0,5	880	2,1	0	0,0	98	1,5	782	2,3
Umetoki-lepoko minbizia	103	0,3	10	2,1	41	1,3	52	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	424	1,0	13	2,8	134	4,1	277	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	236	0,6	0	0,0	34	1,0	202	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	11.737	29,0	47	10,0	353	10,9	11.337	30,9	10.501	25,3	141	16,9	1.268	19,5	9.092	26,6
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	2.029	5,0	6	1,3	104	3,2	1.919	5,2	3.335	8,0	68	8,1	664	10,2	2.603	7,6
Gaixotasun zerebroaskularra	3.022	7,5	16	3,4	120	3,7	2.886	7,9	2.325	5,6	20	2,4	204	3,1	2.101	6,1
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	3.617	8,9	16	3,4	105	3,2	3.496	9,5	4.267	10,3	27	3,2	226	3,5	4.014	11,7
BGBK ^a	710	1,8	0	0,0	39	1,2	671	1,8	1.873	4,5	2	0,2	83	1,3	1.788	5,2
Digestio-sistemako gaixotasunak	1.900	4,7	15	3,2	134	4,1	1.751	4,8	1.880	4,5	27	3,2	400	6,1	1.453	4,2
Zirrosia	263	0,7	6	1,3	68	2,1	189	0,5	641	1,5	17	2,0	278	4,3	346	1,0
Kanpoko kausak	1.011	2,5	82	17,5	131	4,0	798	2,2	1.793	4,3	335	40,1	527	8,1	931	2,7
Suizidioa	189	0,5	50	10,7	74	2,3	65	0,2	481	1,2	121	14,5	193	3,0	167	0,5
Trafikoko lesioak	53	0,1	4	0,9	10	0,3	39	0,1	198	0,5	67	8,0	76	1,2	55	0,2
Istripuzko erortzeak	232	0,6	1	0,2	10	0,3	221	0,6	315	0,8	23	2,8	59	0,9	233	0,7
Istripuzko pozoidurak	63	0,2	11	2,4	14	0,4	38	0,1	168	0,4	63	7,5	80	1,2	25	0,1
Beste kausa espezifiko batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitusa	1.047	2,6	2	0,4	35	1,1	1.010	2,8	798	1,9	3	0,4	81	1,2	714	2,1
Gaixotasun mental organikoak	3.279	8,1	0	0,0	8	0,2	3.271	8,9	1.637	3,9	1	0,1	12	0,2	1.624	4,7
Alzheimer gaixotasuna	2.047	5,1	0	0,0	11	0,3	2.036	5,5	897	2,2	0	0,0	15	0,2	882	2,6
Gainerako kausak	5.292	13,1	57	12,2	264	8,1	4.971	13,5	3.854	9,3	83	9,9	403	6,2	3.368	9,9

^a Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2013-2016

A3 taula

Heriotza-tasa estandarizatuak^a adinaren arabera, heriotza-kausa, sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausak	Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, 100.000 biztanleko ^a							
	Emakumeak				Gizonak			
	25 urte eta gehiago	25-44 urte bitartean	45-64 urte bitartean	65 urte eta gehiago	25 urte eta gehiago	25-44 urte bitartean	45-64 urte bitartean	65 urte eta gehiago
Heriotza-kausa guztiak	763,5	37,1	253,4	2.444,0	1.323,4	64,0	527,3	4.116,6
Infekzio-gaixotasunak	13,0	0,8	4,3	41,4	19,9	1,5	12,4	55,0
Hiesa eta GIBa	0,5	0,2	1,1	0,0	2,6	1,2	5,3	0,9
Tumore gaiztoak	225,5	18,8	168,0	584,7	484,0	15,0	278,7	1.400,2
Biriketako minbizia	29,0	1,7	40,1	51,1	114,1	2,2	92,0	296,3
Laringeko minbizia	0,7	0,0	1,2	1,1	9,6	0,1	8,6	23,9
Koloneko minbizia	23,5	1,4	13,8	66,5	47,5	1,4	19,2	148,7
Ondesteko minbizia	6,5	0,2	3,6	19,1	15,3	0,4	7,6	2,3
Bularreko minbizia	31,1	5,0	30,3	67,7	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	11,8	0,9	7,0	33,1	27,5	0,8	14,8	81,1
Prostatoko minbizia	-	-	-	-	42,0	0,1	5,1	148,9
Pankreako minbizia	16,3	1,0	8,4	47,8	24,0	0,5	15,4	67,5
Tumore hematologikoak	17,8	1,7	7,3	53,9	32,9	1,9	12,7	102,5
Maskuriko minbizia	4,4	0,0	2,4	13,3	28,1	0,0	8,1	93,6
Umetoki-lepoko minbizia	2,7	0,7	3,2	4,7	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	10,8	1,0	10,4	24,7	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	5,5	0,0	2,7	16,8	-	-	-	-
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	205,0	3,6	27,5	719,7	335,9	10,7	102,6	1.094,9
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	37,1	0,5	8,1	126,3	105,0	5,0	53,4	311,1
Gaixotasun zerebrobaskularra	53,9	0,3	9,4	186,1	74,2	1,5	16,6	251,3
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	62,7	1,3	8,3	220,0	138,1	2,0	18,5	485,4
BGBK ^b	13,1	0,0	3,1	44,5	60,1	0,1	6,8	213,9
Digestio-sistemako gaixotasunak	35,7	1,2	10,4	117,0	59,6	2,0	32,3	175,1
Zirrosia	6,3	0,5	5,3	15,8	19,9	1,3	22,4	41,8
Kanpoko kausak	21,0	6,7	10,1	55,4	54,5	26,1	41,5	110,7
Suizidioa	5,1	4,1	5,7	5,8	14,3	9,4	15,2	19,7
Trafikoko lesioak	1,2	0,3	0,8	3,2	5,9	5,4	6,0	6,6
Istripuzko erortzeak	4,3	0,1	0,8	15,0	9,8	1,9	4,7	27,5
Istripuzko pozoidurak	1,4	0,8	1,1	2,4	4,7	4,7	6,1	2,9
Beste kausa espezifikoko batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitusa	18,7	0,2	2,8	65,5	25,5	0,2	6,6	85,6
Gaixotasun mental organikoak	52,3	0,0	0,6	193,5	53,3	0,1	1,0	196,8
Alzheimer gaixotasuna	34,4	0,0	0,9	126,6	28,6	0,0	1,3	104,7
Gainerako kausak	95,2	4,5	22,0	640,3	124,0	6,5	32,4	408,2

^a Adinaren arabera tasa estandarizatuak EUROSTATeko 2013ko Europako bitanleria erreferentziatzen hartuta

^b Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2013-2016

A4 taula

Heriotza-tasa estandarizatuak^a adinaren arabera, heriotza-kausak, sexua eta ikasketa-maila kontuan hartuta, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, 100.000 biztanleko^a

Hieriotza-kausak	Emakumeak					Gizonak				
	Ikasketarik gabe	Lehen hezkuntza	Behoko big. hezk.	Goiko big. hezk.	Unibertsitatea	Ikasketarik gabe	Lehen hezkuntza	Behoko big. hezk.	Goiko big. hezk.	Unibertsitatea
Heriotza-kausak guztiak	1.014,3	778,7	720,7	686,6	668,0	1.719,6	1.404,3	1.303,4	1.237,1	1.098,5
Infekzio-gaixotasunak	25,1	14,0	9,4	13,5	9,7	35,9	23,4	16,6	17,0	16,7
Hiesa eta GIBa	0,0	1,1	0,3	0,2	0,6	6,2	4,4	2,6	1,7	1,3
Tumore gaiztoak	264,4	225,9	226,9	241,3	222,7	570,1	512,0	493,2	474,8	391,0
Biriketako minbizia	21,7	29,2	31,3	40,3	38,2	122,9	125,2	121,8	115,4	82,3
Laringeko minbizia	1,4	0,8	0,3	1,8	0,4	15,8	10,6	8,8	10,1	4,0
Koloneko minbizia	34,6	22,2	29,6	23,9	20,0	57,0	46,8	46,6	53,3	41,0
Ondesteko minbizia	8,5	7,1	5,5	8,0	6,0	29,2	15,0	18,1	13,9	8,2
Bularreko minbizia	34,5	31,1	27,2	33,7	32,8	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	17,7	12,0	9,2	7,8	12,1	39,0	30,9	26,1	23,8	16,3
Prostatiko minbizia	-	-	-	-	-	49,9	42,5	41,2	36,5	39,1
Pankreako minbizia	15,4	16,2	17,5	18,5	14,2	27,0	23,3	24,3	22,7	26,9
Tumore hematologikoak	19,0	18,1	20,0	15,4	16,0	35,6	34,2	36,7	28,4	34,0
Maskuriko minbizia	1,9	4,5	5,4	4,3	5,9	29,6	28,7	27,6	32,9	24,5
Umetoki-lepoko minbizia	2,6	2,6	3,1	3,9	2,7	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	11,7	9,5	13,6	11,2	11,3	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	6,8	5,6	5,6	5,0	5,0	-	-	-	-	-
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	265,8	208,6	186,4	167,2	168,2	414,7	350,3	329,5	320,5	297,5
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	44,8	38,6	36,7	27,7	24,8	140,1	113,3	101,4	100,7	90,4
Gaixotasun zerebrobaskularra	75,0	54,2	46,0	47,8	60,5	82,3	74,5	74,3	76,1	73,9
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	85,5	63,7	51,1	52,1	57,4	211,7	146,9	127,0	103,9	96,9
BGBK ^b	17,2	13,6	11,4	13,0	10,3	86,3	65,5	58,3	40,9	34,3
Digestio-sistemako gaixotasunak	57,9	36,6	34,2	28,1	21,8	88,3	66,1	55,4	56,9	40,6
Zirrosia	14,9	8,2	4,4	6,4	1,3	22,2	23,3	20,2	23,4	11,5
Kanpoko kausak	19,8	24,7	21,7	18,3	19,0	68,8	67,1	55,8	49,4	37,6
Suizidioa	1,4	6,7	4,3	4,4	5,9	11,4	18,0	12,5	11,7	7,8
Trafikoko lesioak	2,7	1,7	0,5	0,6	0,9	6,7	7,5	5,1	5,9	4,3
Istripuzko erortzeak	3,1	4,6	4,2	4,3	3,7	11,3	10,6	11,9	8,4	7,8
Istripuzko pozoidurak	1,3	1,7	1,9	1,6	0,3	0,2	8,6	4,8	4,4	3,3
Beste kausa espezifiko batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitusa	31,5	18,9	14,2	10,6	10,3	33,3	28,2	19,1	21,1	17,9
Gaixotasun mental organikoak	57,7	51,8	51,5	47,7	40,3	68,0	54,3	54,3	43,7	43,6
Alzheimer gaixotasuna	33,6	35,5	32,9	24,1	34,6	27,1	27,9	32,0	31,5	32,9
Gainerako kausak	173,0	99,0	92,4	83,7	84,0	201,7	128,1	120,5	118,3	123,8

^a Adinaren araberako tasa estandarizatuak EUROSTATeko 2013ko Europako bitanleria erreferentziatzen hartuta

^b Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausak nagusien ondoriozko hilkortasunean EAE, 2013-2016

A5 taula

Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausak	Emakumeak						Gizonak							
	DIE ^a	(% 95eko KT ^d)	MDI ^b	(% 95eko KT ^d)	Hildakoen kopurua		BFE ^c (%)	DIE	(% 95eko KT)	MDI	(% 95eko KT)	Hildakoen kopurua		BFE (%)
					Ikusitakoak	Egozgarriak						Ikusitakoak	Egozgarriak	
Heriotza-kausa guztiak	1,45	(1,37 : 1,52)	308,6	(206,5 : 410,7)	40.417	5.191	12,8	1,55	(1,49 : 1,62)	536,5	(425,3 : 647,7)	41.533	7.845	18,9
Infekzio-gaixotasunak	2,47	(1,60 : 3,82)	9,6	(4,8 : 14,4)	683	169	24,7	2,35	(1,67 : 3,31)	12,1	(5,2 : 18,9)	636	127	19,9
Hiesa eta GIBa	3,65	(0,55 : 24,29)	0,3	(-0,6 : 1,3)	17	-2	-10,0	7,09	(3,09 : 16,26)	4,0	(2,1 : 6,0)	92	48	52,2
Tumore gaiztoak	1,07	(0,98 : 1,18)	20,6	(-5,1 : 46,3)	9.804	321	3,3	1,48	(1,39 : 1,58)	187,7	(146,6 : 228,9)	15.270	3.157	20,7
Biriketako minbizia	0,74	(0,57 : 0,96)	-11,0	(-19,2 : -2,7)	1.120	-291	-26,0	1,77	(1,55 : 2,02)	61,5	(44,5 : 78,6)	3.625	1.075	29,7
Laringeko minbizia	1,02	(0,20 : 5,33)	0,2	(-1,0 : 1,3)	27	16	60,7	3,10	(1,90 : 5,05)	10,4	(6,4 : 14,4)	304	184	60,4
Kolonoko minbizia	1,12	(0,83 : 1,52)	3,2	(-7,8 : 14,1)	1.076	179	16,6	1,15	(0,94 : 1,41)	8,7	(-1,8 : 19,2)	1.487	223	15,0
Ondesteko minbizia	1,58	(0,87 : 2,85)	2,3	(-1,4 : 5,9)	302	28	9,1	2,17	(1,47 : 2,87)	11,7	(6,9 : 16,5)	485	221	45,6
Bularreko minbizia	0,98	(0,76 : 1,26)	0,8	(-7,3 : 8,8)	1.325	-54	-4,1	-	-	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	1,68	(1,08 : 2,63)	5,0	(0,2 : 9,8)	517	55	10,6	2,37	(1,78 : 3,17)	21,8	(15,3 : 28,2)	871	359	41,2
Prostatoko minbizia	-	-	-	-	-	-	-	1,15	(0,92 : 1,44)	7,8	(-2,4 : 18,0)	1.301	41	3,1
Pankreako minbizia	1,00	(0,70 : 1,44)	1,0	(-5,5 : 7,5)	707	91	12,9	0,85	(0,65 : 1,12)	-3,2	(-10,0 : 3,5)	758	-98	-12,9
Tumore hematologikoak	1,20	(0,84 : 1,71)	4,0	(-2,7 : 10,7)	803	83	10,3	1,12	(0,88 : 1,44)	4,5	(-4,3 : 13,3)	1.039	15	1,4
Maskuriko minbizia	0,65	(0,34 : 1,23)	-2,3	(-5,6 : 0,9)	217	-68	-31,1	1,10	(0,84 : 1,43)	3,7	(-3,7 : 11,1)	880	82	9,3
Umetoki-lepoko minbizia	1,34	(0,55 : 3,22)	0,6	(-1,7 : 2,9)	103	4	3,8	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	0,72	(0,47 : 1,10)	-3,0	(-7,8 : 1,9)	424	-28	-6,6	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	1,11	(0,59 : 2,11)	1,0	(-2,4 : 4,5)	236	24	10,0	-	-	-	-	-	-	-
Zirkulazio-sistemako	1,61	(1,45 : 1,79)	105,6	(76,0 : 135,2)	11.737	2.009	17,1	1,37	(1,27 : 1,49)	101,4	(67,0 : 135,8)	10.501	1.359	12,9
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	1,82	(1,42 : 2,34)	25,0	(17,1 : 33,0)	2.029	651	32,1	1,53	(1,33 : 1,77)	39,2	(22,7 : 55,6)	3.335	502	15,1
Gaixotasun zerebroaskularra	1,29	(1,06 : 1,57)	14,4	(-1,3 : 30,0)	3.022	517	17,1	1,05	(0,89 : 1,24)	6,7	(-5,5 : 18,9)	2.325	58	2,5
Arnasketa-sistemako	1,72	(1,42 : 2,07)	33,8	(16,3 : 51,2)	3.617	258	7,1	2,20	(1,91 : 2,52)	92,2	(68,2 : 116,1)	4.267	1.399	32,8
BGBK ^e	1,93	(1,26 : 2,60)	6,7	(1,8 : 11,6)	710	173	24,4	2,61	(2,10 : 3,24)	49,7	(39,5 : 59,9)	1.873	797	42,6
Digestio-sistemako gaixotasunak	2,36	(1,82 : 3,07)	29,4	(18,0 : 40,8)	1.900	739	38,9	2,05	(1,68 : 2,49)	36,7	(25,0 : 48,3)	1.880	587	31,2
Zirrosia	7,06	(3,54 : 14,11)	9,9	(5,5 : 14,3)	263	206	78,3	2,21	(1,61 : 3,03)	14,2	(8,4 : 20,1)	641	267	41,7
Kanpoko kausak	1,54	(1,12 : 2,12)	8,9	(1,9 : 15,9)	1.011	56	5,6	2,54	(2,09 : 3,08)	44,4	(34,7 : 54,1)	1.793	610	34,0
Suizidioa	1,23	(0,65 : 2,30)	0,6	(-2,7 : 3,9)	189	-41	-21,7	2,90	(2,02 : 4,16)	15,1	(10,5 : 19,7)	481	215	44,6
Trafikoko lesioak	5,02	(1,14 : 22,13)	1,6	(0,1 : 3,0)	53	14	26,4	2,41	(1,39 : 4,20)	5,8	(2,7 : 9,0)	198	59	29,6
Istripuzko erortzeak	1,17	(0,58 : 2,35)	1,2	(-1,8 : 4,2)	232	40	17,1	1,74	(1,09 : 2,78)	5,8	(0,8 : 10,9)	315	88	27,9
Istripuzko pozoidurak	8,73	(2,43 : 31,29)	2,3	(0,9 : 3,6)	63	42	66,7	6,18	(3,34 : 11,41)	7,4	(3,7 : 11,0)	168	70	41,6
Beste kausa espezifiko batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitusa	3,25	(2,22 : 4,76)	18,2	(11,6 : 24,8)	1.047	425	40,6	2,22	(1,61 : 3,04)	17,0	(10,5 : 23,6)	798	241	30,2
Gaixotasun mental organikoak	1,45	(1,19 : 1,76)	25,0	(14,3 : 35,8)	3.279	702	21,4	1,49	(1,20 : 1,85)	29,3	(25,7 : 32,9)	1.637	294	18,0
Alzheimer gaixotasuna	1,10	(0,87 : 1,33)	5,9	(-2,4 : 14,1)	2.047	2	0,1	0,81	(0,62 : 1,05)	-6,7	(-14,9 : 1,4)	897	-101	-11,3
Gainerako kausak	-	-	-	-	5.292	510	9,6	-	-	-	-	3.854	173	4,5

^a Desberdintasun-indize erlatiboa; ^b Maldaren desberdintasun-indizea; ^c Biztanleriaren frakzio egozgarria. Begiratu Metodoak 1. Eranskinean

^d Konfiantza-tartea

^e Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

* Estimatu gabe, hildakoen kopuru murrizta dela eta

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAE, 2013-2016

A6 taula

Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 25-44 urte arteko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausak	Emakumeak						Gizonak							
	DIE ^a	(% 95eko KT ^d)	MDI ^b	(% 95eko KT ^d)	Hildakoen kopurua		BFE ^c (%)	DIE	(% 95eko KT)	MDI	(% 95eko KT)	Hildakoen kopurua		BFE (%)
					Ikusitakoak	Egozgarriak						Ikusitakoak	Egozgarriak	
Heriotza-kausa guztiak	2,96	(2,12 : 4,11)	42,2	(29,2 : 55,2)	468	131	27,9	4,42	(3,43 : 5,69)	87,5	(54,9 : 120,1)	835	355	42,6
Infekzio-gaixotasunak	56,70	(2,82 : 1.140,54)	2,2	(0,4 : 3,9)	10	8	75,5	6,15	(1,16 : 32,47)	1,4	(-1,5 : 4,2)	20	4	17,7
Hiesa eta GIBa	*	*	*	*	3	*	*	4,31	(0,71 : 26,29)	1,6	(-0,6 : 3,8)	16	3	15,4
Tumore gaiztoak	1,44	(0,91 : 2,27)	9,5	(0,3 : 18,6)	239	32	13,4	2,85	(1,72 : 4,71)	15,3	(6,6 : 24,0)	198	65	32,8
Biriketako minbizia	5,73	(1,24 : 10,39)	3,3	(0,6 : 6,0)	23	12	52,0	6,99	(1,82 : 12,34)	4,4	(1,9 : 7,0)	31	21	69,1
Laringeko minbizia	*	*	*	*	0	*	*	*	*	*	*	2	*	*
Koloneko minbizia	1,26	(0,24 : 6,76)	0,9	(-1,5 : 3,3)	18	1	4,4	1,44	(0,26 : 7,97)	0,8	(-2,1 : 3,7)	17	8	44,9
Ondesteko minbizia	*	*	*	*	3	*	*	*	*	*	*	5	*	*
Bularreko minbizia	1,01	(0,41 : 2,48)	1,0	(-3,6 : 5,6)	64	0	0,6	-	-	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	1,12	(0,13 : 9,85)	0,1	(-1,6 : 1,8)	11	-2	-14,2	15,23	(1,44 : 160,93)	1,8	(0,2 : 3,5)	12	9	73,0
Prostatiko minbizia	-	-	-	-	-	-	-	*	*	*	*	1	*	*
Pankreako minbizia	3,77	(0,55 : 25,44)	1,1	(-1,0 : 3,2)	14	3	20,2	*	*	*	*	7	*	*
Tumore hematologikoak	3,85	(0,76 : 19,40)	2,2	(-1,7 : 6,1)	20	9	43,6	0,91	(0,23 : 3,61)	0,7	(-2,6 : 4,0)	25	-5	-21,4
Maskuriko minbizia	*	*	*	*	0	*	*	*	*	*	*	0	*	*
Umetoki-lepoko minbizia	2,71	(0,29 : 25,38)	1,0	(-0,7 : 2,7)	10	4	42,6	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	0,43	(0,07 : 2,88)	-1,7	(-3,5 : 0,2)	13	-7	-56,2	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	*	*	*	*	0	*	*	-	-	-	-	-	-	-
Zirkulazio-sistemako	6,71	(2,27 : 19,88)	7,2	(3,2 : 11,2)	47	25	52,4	5,11	(2,75 : 9,49)	16,6	(10,4 : 22,8)	141	72	51,0
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	*	*	*	*	6	*	*	5,26	(2,16 : 12,79)	7,6	(3,5 : 11,7)	68	36	52,3
Gaixotasun zerebrobaskularra	5,12	(0,82 : 32,08)	2,1	(-0,3 : 4,5)	16	7	46,1	10,03	(1,73 : 58,06)	3,5	(1,0 : 6,0)	20	14	68,8
Arnasketa-sistemako	31,33	(3,58 : 274,30)	3,0	(0,4 : 5,6)	16	9	57,5	22,62	(4,28 : 119,49)	4,8	(0,3 : 9,2)	27	20	74,7
BGBK ^e	*	*	*	*	0	*	*	*	*	*	*	2	*	*
Digestio-sistemako	7,45	(1,07 : 51,67)	2,5	(-1,9 : 6,9)	15	9	56,4	42,76	(6,86 : 266,39)	4,8	(2,3 : 7,2)	27	20	75,1
Zirrosia	*	*	*	*	6	*	*	33,86	(3,64 : 314,89)	3,1	(1,2 : 5,0)	17	14	81,3
Kanpoko kausak	2,53	(1,15 : 5,58)	5,9	(0,4 : 11,5)	82	16	19,3	3,62	(2,44 : 5,38)	32,8	(19,0 : 46,5)	335	133	39,7
Suizidioa	1,51	(0,55 : 4,14)	0,7	(-3,6 : 5,0)	50	2	4,3	2,20	(1,16 : 4,17)	8,9	(2,3 : 15,4)	121	41	34,2
Trafikoko lesioak	*	*	*	*	4	*	*	4,25	(1,73 : 10,46)	8,0	(3,4 : 12,6)	67	32	47,1
Istripuzko erortzeak	*	*	*	*	1	*	*	1,76	(0,40 : 7,76)	0,2	(-2,5 : 2,9)	23	1	6,0
Istripuzko pozoidurak	10,69	(1,05 : 109,08)	2,2	(0,2 : 4,1)	11	7	59,7	14,48	(5,19 : 40,36)	9,7	(3,8 : 15,5)	63	39	62,1
Beste kausa espezifiko batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitusa	*	*	*	*	2	*	*	*	*	*	*	3	*	*
Gaixotasun mental organikoak	*	*	*	*	0	*	*	*	*	*	*	1	*	*
Alzheimer gaixotasuna	*	*	*	*	0	*	*	*	*	*	*	0	*	*
Gainerako kausak	-	-	-	-	57	35	61,9	-	-	-	-	84	38	45,7

^a Desberdintasun-indize erlatiboa; ^b Maldaren desberdintasun-indizea; ^c Biztanleriaren frakzio egozgarria. Begiratu Metodoak 1. Eranskinean

^d Konfiantza-tartea

^e Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

* Estimatu gabe, hildakoen kopuru murrizta dela eta

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAE, 2013-2016

A7 taula

Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 45-64 urte arteko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausak	Emakumeak						Gizonak							
	DIE ^a	(% 95eko KT ^d)	MDI ^b	(% 95eko KT ^d)	Hildakoen kopurua		BFE ^c (%)	DIE	(% 95eko KT)	MDI	(% 95eko KT)	Hildakoen kopurua		BFE (%)
					Ikusitakoak	Egozgarriak						Ikusitakoak	Egozgarriak	
Heriotza-kausa guztiak	1,87	(1,64 : 2,14)	160,5	(67,4 : 253,6)	3.253	712	21,9	2,60	(2,37 : 2,85)	497,4	(424,0 : 571,0)	6.508	2.415	37,1
Infekzio-gaixotasunak	5,69	(1,90 : 17,03)	5,8	(1,7 : 10,0)	55	22	39,7	5,30	(2,87 : 9,79)	16,5	(6,4 : 26,5)	157	61	38,8
Hiesa eta GIBa	0,92	(0,13 : 6,44)	-0,1	(-2,2 : 2,1)	14	-5	-33,9	9,99	(3,75 : 26,59)	10,0	(5,9 : 14,1)	68	45	65,4
Tumore gaiztoak	1,20	(1,03 : 1,41)	38,6	(8,0 : 69,3)	2.157	156	7,2	2,14	(1,89 : 2,43)	221,2	(188,7 : 253,8)	3.419	1.078	31,5
Biriketako minbizia	1,24	(0,89 : 1,72)	10,6	(-2,5 : 23,6)	514	81	15,7	2,83	(2,26 : 3,54)	96,8	(73,5 : 120,1)	1.130	488	43,2
Laringeko minbizia	1,04	(0,15 : 7,15)	0,3	(-2,4 : 3,0)	15	4	29,2	2,67	(1,29 : 5,54)	10,2	(4,7 : 15,8)	105	62	59,3
Koloneko minbizia	1,22	(0,70 : 2,13)	4,0	(-13,3 : 21,2)	177	3	1,8	1,43	(0,89 : 2,30)	8,8	(0,1 : 17,5)	234	48	20,5
Ondesteko minbizia	3,17	(1,01 : 9,93)	3,4	(-1,1 : 7,9)	46	21	44,8	1,59	(0,75 : 3,36)	3,6	(-2,0 : 9,1)	94	19	20,7
Bularreko minbizia	0,86	(0,60 : 1,25)	-3,7	(-15,0 : 7,6)	391	-35	-8,9	-	-	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	1,48	(0,67 : 3,23)	2,8	(-2,6 : 8,2)	90	13	13,9	1,83	(1,06 : 3,14)	10,1	(2,6 : 17,6)	182	44	24,0
Prostatiko minbizia	-	-	-	-	-	-	-	1,42	(0,56 : 3,57)	2,4	(-2,8 : 7,7)	62	15	23,6
Pankreako minbizia	0,73	(0,36 : 1,47)	-1,8	(-8,2 : 4,5)	108	4	4,0	0,84	(0,50 : 1,41)	-1,4	(-9,9 : 7,4)	188	-19	-9,9
Tumore hematologikoak	1,77	(0,81 : 3,87)	4,6	(-0,7 : 9,9)	94	13	13,3	2,32	(1,28 : 4,20)	10,5	(3,4 : 17,6)	156	42	26,8
Maskuriko minbizia	1,17	(0,31 : 4,39)	0,8	(-2,7 : 4,3)	31	8	26,2	3,03	(1,40 : 6,56)	9,0	(3,6 : 14,4)	98	39	39,8
Umetoki-lepoko minbizia	1,96	(0,61 : 6,30)	2,2	(-1,4 : 5,7)	41	7	15,8	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	0,88	(0,47 : 1,65)	-0,5	(-8,3 : 7,3)	134	2	1,3	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	0,84	(0,24 : 2,97)	0,3	(-1,4 : 1,9)	34	-20	-58,0	-	-	-	-	-	-	-
Zirkulazio-sistemako	4,31	(2,80 : 6,64)	36,1	(20,0 : 52,2)	353	173	48,9	2,35	(1,91 : 2,90)	86,7	(58,7 : 114,7)	1.268	415	32,8
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	3,77	(1,74 : 8,19)	11,6	(6,4 : 16,8)	104	62	59,8	2,65	(1,99 : 3,54)	49,6	(34,0 : 65,3)	664	236	35,5
Gaixotasun zerebroaskularra	4,74	(2,25 : 9,99)	11,5	(1,5 : 21,6)	120	50	41,2	1,19	(0,72 : 1,96)	3,9	(-4,3 : 12,0)	204	18	9,0
Arnasketa-sistemako	7,88	(3,32 : 18,67)	14,3	(7,7 : 21,0)	105	68	64,5	5,20	(3,06 : 8,83)	10,1	(5,4 : 14,8)	226	113	49,8
BGBK ^e	18,68	(3,57 : 97,64)	5,1	(0,9 : 9,4)	39	18	45,7	7,83	(3,11 : 19,70)	11,8	(4,2 : 19,3)	83	59	70,7
Digestio-sistemako gaixotasunak	3,49	(1,76 : 6,89)	13,5	(7,4 : 19,5)	134	78	58,5	3,97	(2,70 : 5,82)	41,0	(30,3 : 51,7)	400	206	51,4
Zirrosia	8,88	(3,14 : 25,08)	9,9	(5,7 : 14,0)	68	48	70,1	3,52	(2,23 : 5,55)	29,5	(18,8 : 40,3)	278	167	60,1
Kanpoko kausak	2,61	(1,35 : 5,05)	9,5	(3,2 : 15,8)	131	41	31,5	3,46	(2,50 : 4,79)	50,0	(37,7 : 62,3)	527	255	48,5
Suizidioa	1,28	(0,54 : 3,01)	1,5	(-3,4 : 6,4)	74	-1	-1,0	2,23	(1,32 : 3,75)	11,9	(4,3 : 19,5)	193	60	30,8
Trafikoko lesioak	18,58	(1,01 : 343,39)	2,1	(0,7 : 3,4)	10	9	94,0	2,16	(0,94 : 4,95)	4,4	(-0,4 : 9,1)	76	23	29,9
Istripuzko erortzeak	3,86	(0,34 : 44,09)	1,5	(-0,2 : 3,1)	10	6	63,1	4,66	(1,70 : 12,77)	9,5	(2,9 : 16,0)	59	45	76,8
Istripuzko pozoidurak	5,17	(0,70 : 38,39)	1,6	(-0,5 : 3,7)	14	7	50,6	7,30	(3,06 : 17,39)	11,9	(7,6 : 16,3)	80	54	67,2
Beste kausa espezifiko batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitusa	12,36	(2,54 : 60,20)	5,4	(2,7 : 8,1)	35	26	74,1	4,87	(2,02 : 11,71)	10,1	(5,4 : 14,8)	81	52	63,7
Gaixotasun mental organikoak	*	*	*	*	8	*	*	2,92	(0,32 : 26,36)	1,4	(-1,8 : 4,6)	12	7	58,8
Alzheimer gaixotasuna	5,58	(0,39 : 79,66)	1,2	(-0,5 : 2,9)	11	5	45,0	0,56	(0,09 : 3,48)	-0,8	(-3,2 : 1,5)	15	-2	-10,5
Gainerako kausak	-	-	-	-	264	141	53,2	-	-	-	-	403	230	57,1

^a Desberdintasun-indize erlatiboa; ^b Maldaren desberdintasun-indizea; ^c Biztanleriaren frakzio egozgarria. Begiratu Metodoak 1. Eranskinean

^d Konfiantza-tartea

^e Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

* Estimatu gabe, hildakoen kopuru murrizta dela eta

Iturria: Eusko Jaurlaritzak. Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAE, 2013-2016

A8 taula

Desberdintasun erlatiboak eta absolutuak, eta ikasketa-mailaren arabera desberdintasunen inpaktua hilkortasunean, heriotza-kausaren eta sexuaren arabera, 65 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausak	Emakumeak						Gizonak							
	DIE ^a	(% 95eko KT ^d)	MDI ^b	(% 95eko KT ^d)	Hildakoen kopurua		BFE ^c (%)	DIE	(% 95eko KT)	MDI	(% 95eko KT)	Hildakoen kopurua		BFE (%)
					Ikusitakoak	Egozgarriak						Ikusitakoak	Egozgarriak	
Heriotza-kausa guztiak	1,28	(1,22 : 1,34)	784,5	(488,9 : 1080,0)	36.696	4.348	11,8	1,31	(1,26 : 1,37)	1.220,0	(822,0 :	34.190	5.075	14,8
Infekzio-gaixotasunak	1,70	(1,20 : 2,41)	22,6	(7,5 : 37,7)	618	139	22,5	1,48	(1,02 : 2,16)	22,2	(2,6 : 41,8)	459	62	13,6
Hiesa eta GIBa	*	*	*	*	0	*	*	*	*	*	*	8	*	*
Tumore gaiztoak	1,01	(0,91 : 1,11)	7,5	(-88,1 : 103,2)	7.408	133	1,8	1,26	(1,17 : 1,35)	360,5	(172,6 : 548,3)	11.653	2.014	17,3
Biriketako minbizia	0,41	(0,29 : 0,57)	-44,0	(-65,0 : -22,9)	583	-384	-65,8	1,31	(1,11 : 1,53)	84,1	(15,8 : 152,3)	2.464	565	22,9
Laringeko minbizia	0,70	(0,06 : 7,69)	-0,7	(-2,9 : 1,6)	12	12	100,0	3,17	(1,75 : 5,75)	25,3	(8,3 : 42,4)	197	119	60,6
Koloneko minbizia	1,04	(0,78 : 1,38)	0,7	(-30,6 : 31,9)	881	175	19,8	1,08	(0,87 : 1,35)	18,2	(-18,7 : 55,1)	1.236	167	13,5
Ondesteko minbizia	1,20	(0,70 : 2,06)	3,3	(-7,0 : 13,6)	253	4	1,6	2,20	(1,44 : 3,35)	36,2	(12,5 : 59,9)	386	203	52,6
Bularreko minbizia	1,14	(0,85 : 1,52)	7,8	(-13,1 : 28,7)	870	-20	-2,3	-	-	-	-	-	-	-
Urdaileko minbizia	1,75	(1,15 : 2,68)	15,6	(1,6 : 29,5)	416	44	10,6	2,27	(1,66 : 3,11)	66,1	(40,6 : 91,6)	677	307	45,3
Prostatiko minbizia	-	-	-	-	-	-	-	1,15	(0,92 : 1,44)	28,4	(-13,9 : 70,6)	1.238	25	2,0
Pankreako minbizia	1,00	(0,71 : 1,43)	2,8	(-21,2 : 26,7)	585	84	14,4	0,84	(0,61 : 1,17)	-10,5	(-32,9 : 11,8)	563	-79	-14,0
Tumore hematologikoak	0,99	(0,72 : 1,37)	1,4	(-16,7 : 19,5)	689	62	9,0	0,94	(0,72 : 1,22)	-2,3	(-29,9 : 25,2)	858	-22	-2,5
Maskuriko minbizia	0,50	(0,23 : 1,04)	-8,8	(-16,8 : -0,8)	186	-76	-40,7	0,95	(0,72 : 1,25)	1,6	(-34,3 : 37,5)	782	43	5,5
Umetoki-lepoko minbizia	0,83	(0,26 : 2,65)	-0,8	(-6,4 : 4,8)	52	-7	-13,2	-	-	-	-	-	-	-
Obulutegiko minbizia	0,72	(0,43 : 1,18)	-7,2	(-20,0 : 5,6)	277	-23	-8,2	-	-	-	-	-	-	-
Umetoki-gorputzeko minbizia	1,11	(0,61 : 2,03)	2,8	(-7,4 : 13,0)	202	43	21,5	-	-	-	-	-	-	-
Zirkulazio-sistemako	1,37	(1,27 : 1,49)	304,1	(221,5 : 386,7)	11.337	1.812	16,0	1,21	(1,11 : 1,32)	244,4	(126,6 : 362,3)	9.092	872	9,6
Bihotzeko gaixotasun iskemikoa	1,39	(1,14 : 1,70)	60,9	(31,3 : 90,5)	1.919	583	30,4	1,24	(1,06 : 1,45)	73,0	(17,8 : 128,1)	2.603	231	8,9
Gaixotasun zerebroaskularra	1,22	(1,04 : 1,44)	45,8	(-2,8 : 94,4)	2.886	460	15,9	1,02	(0,86 : 1,21)	17,3	(-25,7 : 60,3)	2.101	25	1,2
Arnasketa-sistemako	1,49	(1,28 : 1,72)	106,1	(52,9 : 159,4)	3.496	181	5,2	1,93	(1,69 : 2,20)	314,3	(257,0 : 371,5)	4.014	1.266	31,5
BGBK ^e	1,42	(1,02 : 1,98)	16,1	(0,4 : 31,7)	671	155	23,1	2,20	(1,80 : 2,68)	170,8	(134,1 : 207,4)	1.788	737	41,2
Digestio-sistemako	1,75	(1,42 : 2,16)	76,0	(38,0 : 113,0)	1.751	652	37,2	1,50	(1,21 : 1,85)	73,2	(23,3 : 123,2)	1.453	361	24,9
Zirrosia	2,57	(1,36 : 4,86)	15,9	(5,0 : 25,8)	189	152	80,5	1,20	(0,79 : 1,82)	7,0	(-11,4 : 25,4)	346	86	24,9
Kanpoko kausak	1,12	(0,82 : 1,51)	9,4	(-13,3 : 32,1)	798	-1	-0,1	1,55	(1,19 : 2,01)	48,6	(20,8 : 76,4)	931	222	23,8
Suizidioa	0,85	(0,30 : 2,44)	-1,3	(-6,5 : 5,6)	65	-43	-65,3	5,31	(2,70 : 10,45)	29,9	(19,9 : 40,0)	167	114	68,1
Trafikoko lesioak	1,46	(0,37 : 5,79)	2,3	(-1,8 : 6,4)	39	2	5,8	1,37	(0,47 : 3,96)	1,8	(-4,7 : 8,3)	55	4	8,1
Istripuzko erortzeak	1,03	(0,58 : 1,83)	1,0	(-8,8 : 10,9)	221	34	15,6	1,18	(0,70 : 1,98)	7,3	(-6,8 : 21,4)	233	41	17,7
Istripuzko pozoidurak	3,34	(0,80 : 13,94)	2,4	(-1,2 : 6,0)	38	28	73,7	0,27	(0,06 : 1,16)	-4,0	(-8,1 : 0,2)	25	-23	-92,8
Beste kausa espezifiko batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitusa	2,27	(1,73 : 3,00)	59,4	(33,3 : 85,5)	1.010	401	39,7	1,92	(1,41 : 2,62)	54,4	(27,6 : 81,2)	714	186	26,1
Gaixotasun mental organikoak	1,32	(1,13 : 1,53)	73,9	(27,5 : 120,4)	3.271	699	21,4	1,44	(1,18 : 1,76)	74,8	(36,2 : 113,5)	1.624	286	17,6
Alzheimer gaixotasuna	1,01	(0,84 : 1,23)	15,3	(-18,2 : 48,8)	2.036	-3	-0,1	0,80	(0,61 : 1,04)	-22,4	(-50,1 : 5,9)	882	-100	-11,3
Gainerako kausak	-	-	-	-	4.971	334	6,7	-	-	-	-	3.368	-95	-2,8

^a Desberdintasun-indize erlatiboa; ^b Maldaren desberdintasun-indizea; ^c Biztanleriaren frakzio egozgarria. Begiratu Metodoak 1. Eranskinen

^d Konfiantza-tartea

^e Biriketako gaixotasun butxatzaile kronikoa

* Estimatu gabe, hildakoen kopuru murrizta dela eta

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2013-2016

A9 taula

Hilkortasun egozgarriaren^a inpaktu erlatiboa (kopurua eta %), ikasketa-mailaren desberdintasunek eragindakoa, heriotza-kausen talde-handieen, adin-taldean eta sexuaren arabera. EAE, 2013-2016

Heriotza-kausen talde-handiak	Adin-talde handiak															
	25 urte eta gehiago				25-44 urte bitartean				25-44 urte bitartean				65 urte eta gehiago			
	Emakumeak		Gizonak		Emakumeak		Gizonak		Emakumeak		Gizonak		Emakumeak		Gizonak	
	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%) ^a	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)	Hildakoen kopuru egozgarria	Inpaktu erlatiboa (%)
Infekzio-gaixotasunak	169	3,2	127	1,6	8	5,7	4	1,3	22	3,2	61	2,5	139	3,2	62	1,2
Kanpoko kausak	56	1,1	610	7,8	16	11,9	133	37,6	41	5,8	255	10,6	-1	0,0	222	4,4
Tumore gaiztoak	321	6,2	3.157	40,2	32	24,1	65	18,4	156	22,0	1.078	44,6	133	3,1	2.014	39,7
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak	2.009	38,7	1.359	17,3	25	18,7	72	20,4	172	24,2	415	17,2	1.812	41,7	872	17,2
Arnasketa-sistemako gaixotasunak	258	5,0	1.399	17,8	9	6,7	20	5,8	67	9,5	113	4,7	181	4,2	1.266	24,9
Digestio-sistemako gaixotasunak	739	14,2	587	7,5	9	6,5	20	5,8	78	11,0	206	8,5	652	15,0	361	7,1
Gainerako kausak	1.638	31,6	607	7,7	35	26,4	38	10,8	172	24,2	287	11,9	1.431	32,9	277	5,5
Heriotza-kausa guztiak	5.191	100	7.845	100	131	100	355	100	712	100	2.415	100	4.348	100	5.075	100

^a Inpaktu erlatiboa heriotza-kausen talde-handi bakoitzaren hilkortasun egozgarri guztian partehartzearen bitartez esartzen da

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Desberdintasun sozioekonomikoak kausa guztien eta heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasunean EAEn, 2013-2016

3. Eranskina Irudiak

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatutak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa nagusiak

Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak -
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketa-sistemako gaixotasunak -
Digestio-sistemako gaixotasunak
- Kanpoko kausak

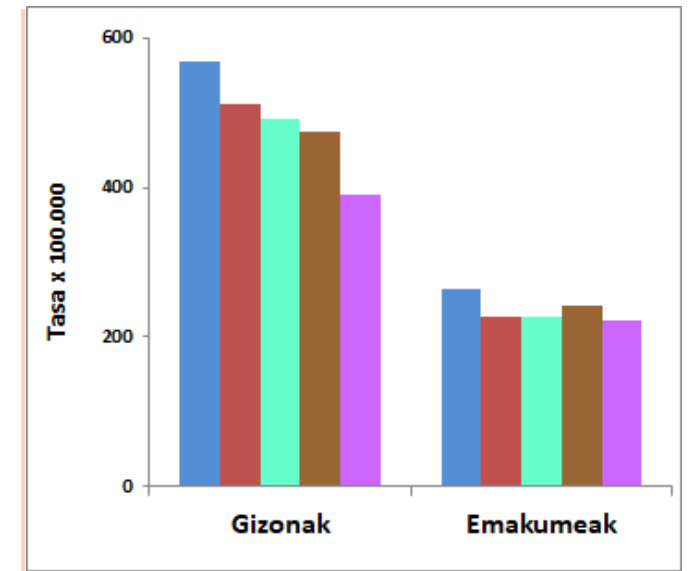
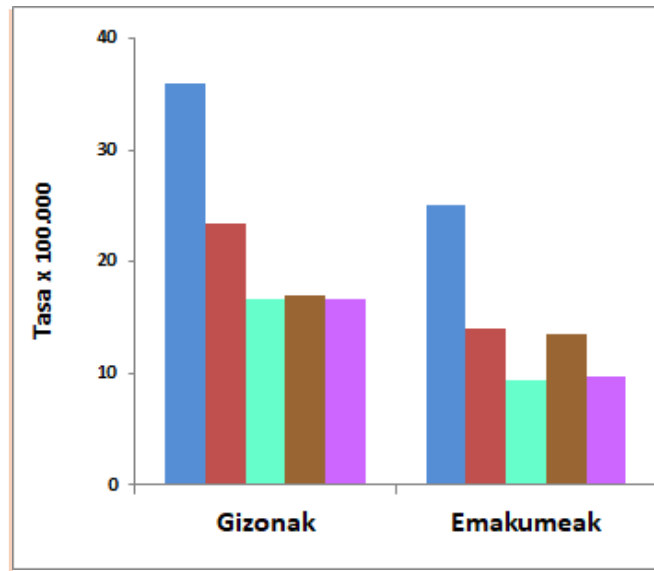
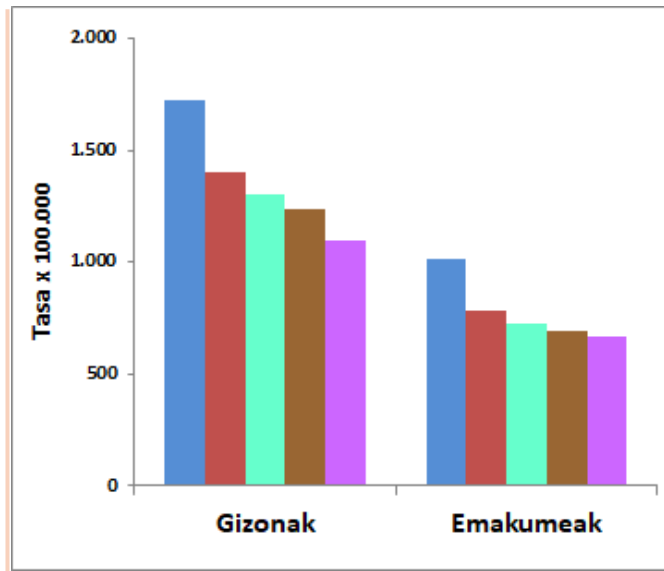
Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia
- Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia -
Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia -
Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia
- Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra -
Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -
Istripuzko pozoidurak

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa nagusiak

- Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak
- Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketako sistemako gaixotasunak
- Digestio-sistemako gaixotasunak
- Kanpoko kausak



KAUSA GUZTIAK

INFEKZIO-GAIXOTASUNAK

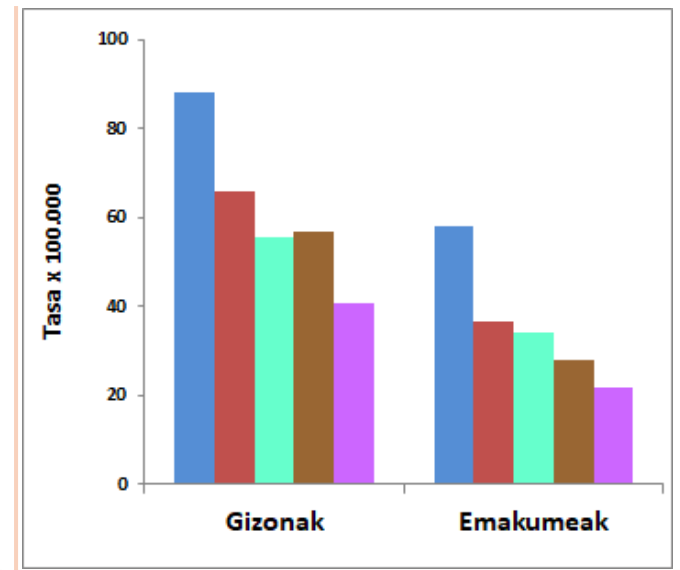
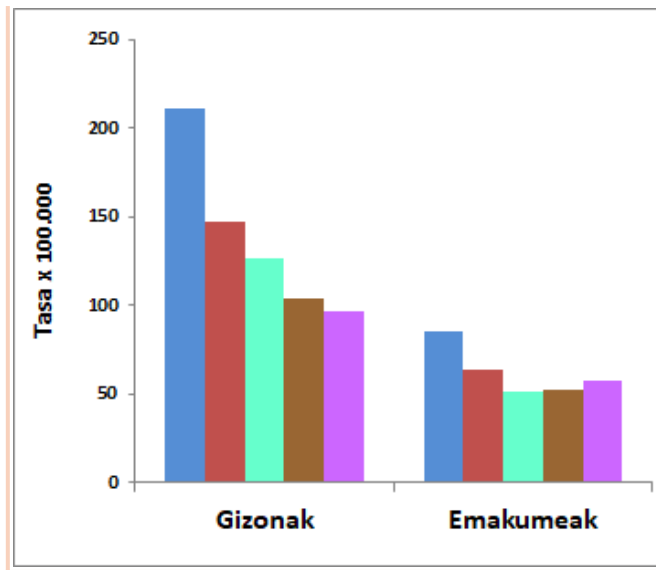
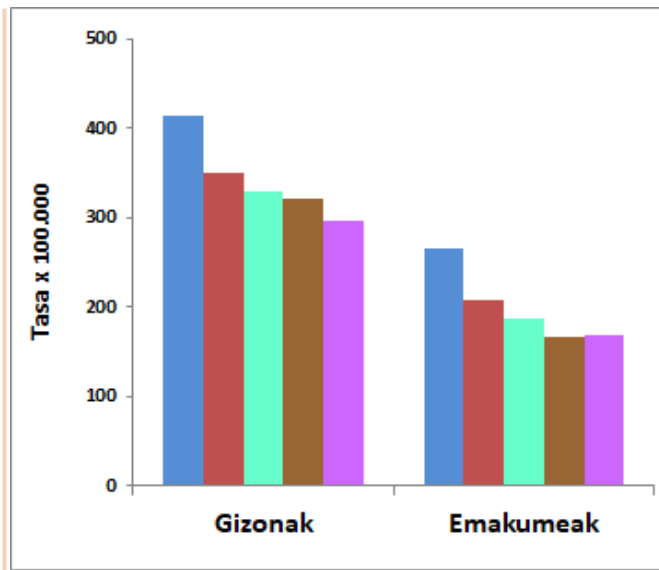
TUMORE GAIZTOAK

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa nagusiak

- Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak -
- Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketa-sistemako gaixotasunak
- Digestio-sistemako gaixotasunak
- Kanpoko kausak



ZIRKULAZIO-SISTEMAKO GAIXOTASUNAK

ARNASKETA-SISTEMAKO GAIXOTASUNAK

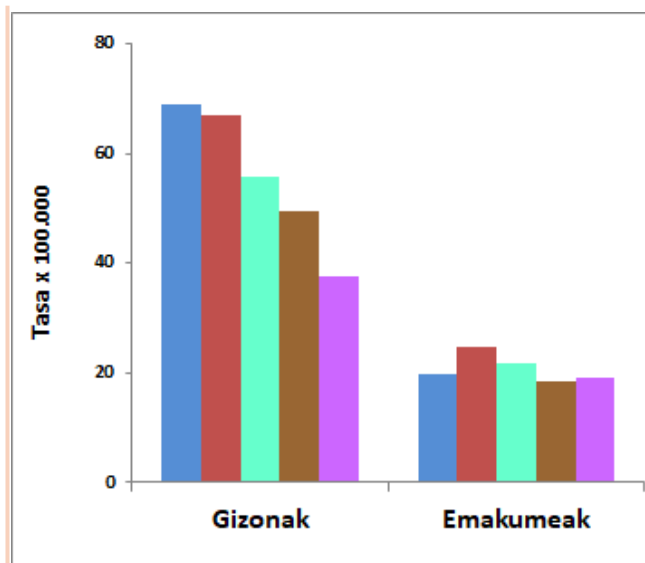
DIGESTIO-SISTEMAKO GAIXOTASUNAK

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa nagusiak

Kausa guztiak - Infekzio-gaixotasunak - Tumore gaiztoak -
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak - Arnasketa-sistemako gaixotasunak-
Digestio-sistemako gaixotasunak-
Kanpoko kausak



KANPOKO KAUSAK

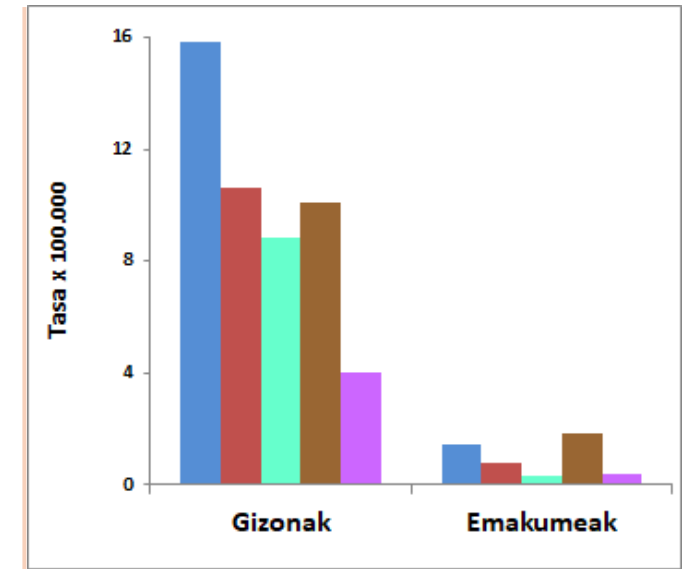
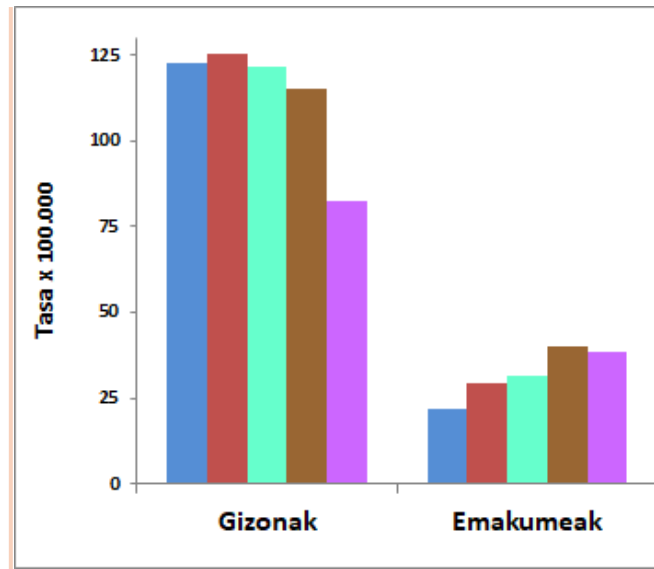
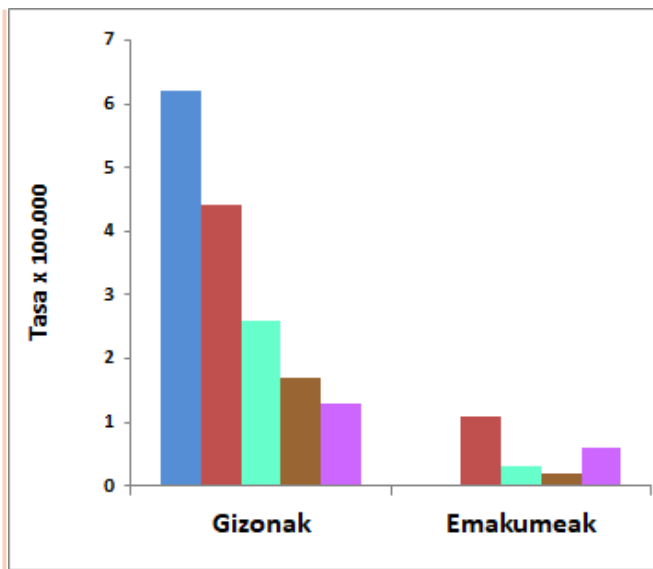
■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia

- Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia -
- Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia -
- Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia
- Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
- Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra
- Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -
- Istripuzko pozoidurak



HIESA ETA GIB-A

BIRIKETAKO MINBIZIA

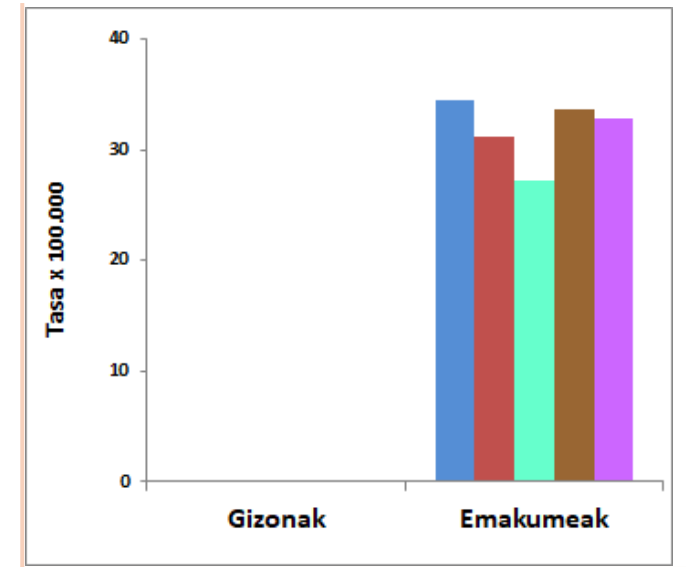
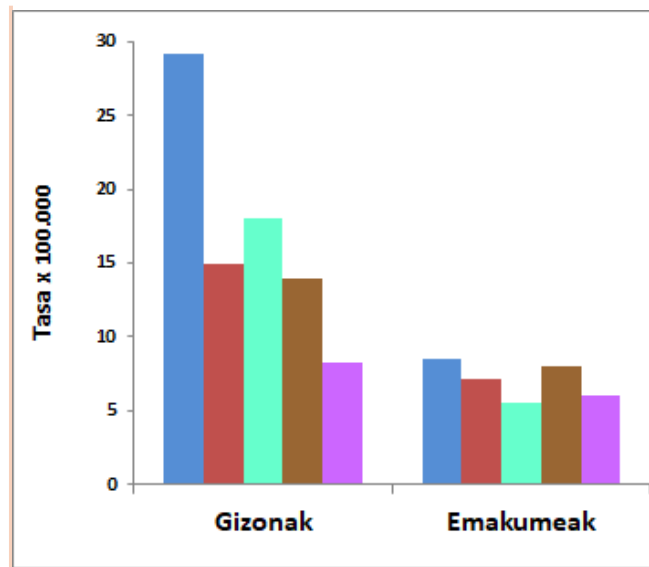
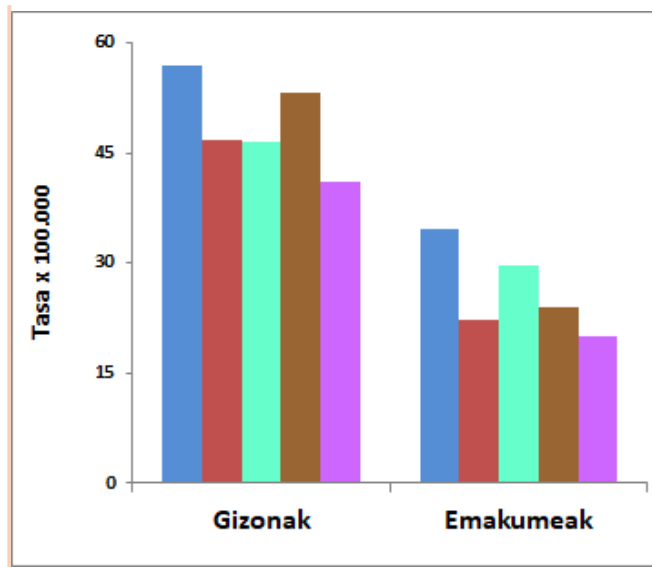
LARINGEKO MINBIZIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

- Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia -
- Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia**
- Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia -Pankreako minbizia -
- Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia
- Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
- Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa -Gaixotasun zerebrobaskularra
- Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa -Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -
- Istripuzko pozoidurak



KOLENEKO MINBIZIA

ONDESTEKO MINBIZIA

BULARREKO MINBIZIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

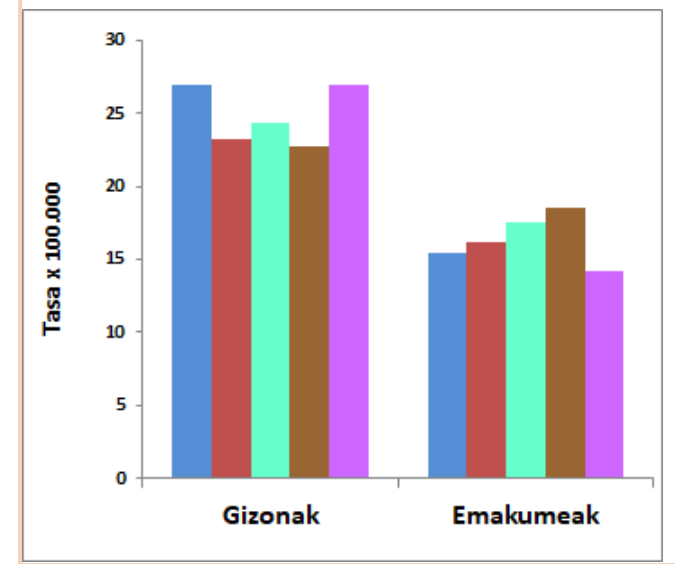
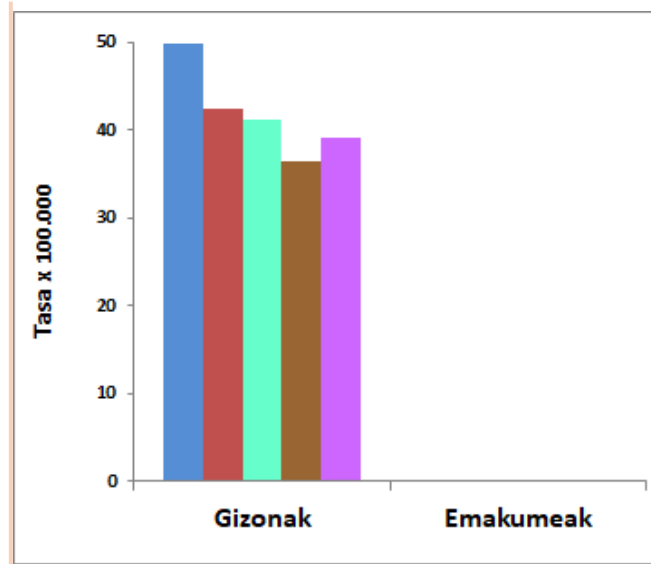
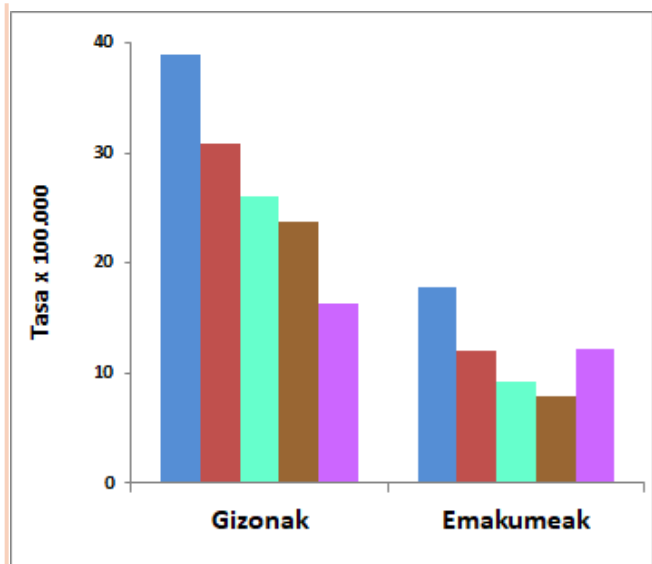
Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia -
Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia

Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia -

Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia
- Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra
- Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -
Istripuzko pozoidurak



URDAILEKO MINBIZIA

PROSTATAKO MINBIZIA

PANKREAKO MINBIZIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

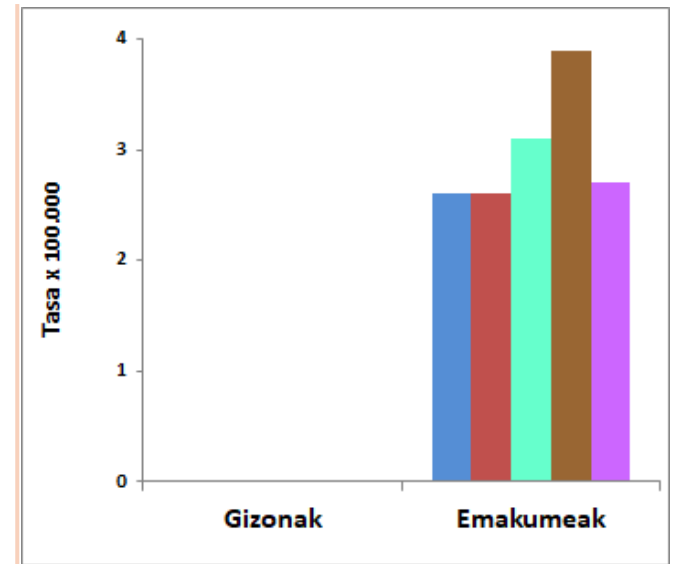
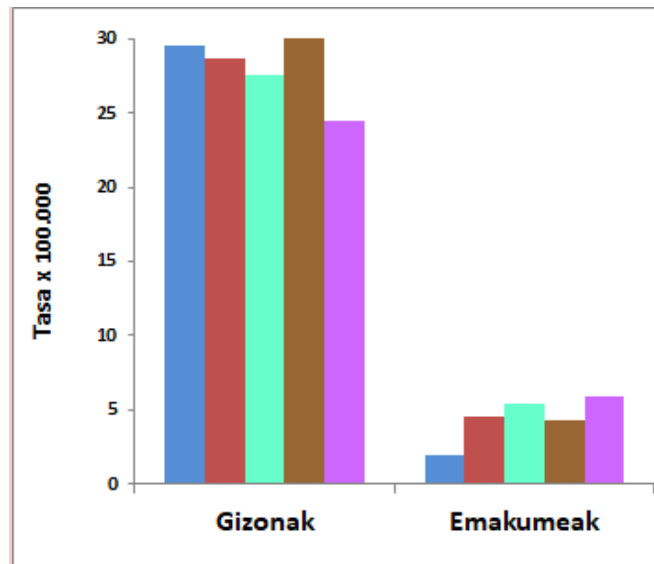
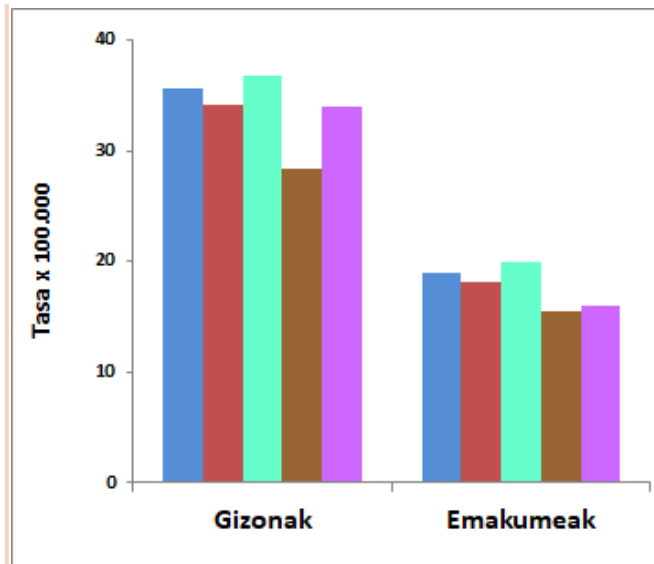
Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia -
 Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia
 Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia -

Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia

- Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
 Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebroaskularra
 - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -
 Istripuzko pozoidurak



TUMORE HEMATOLOGIKOAK

MASKURIKO MINBIZIA

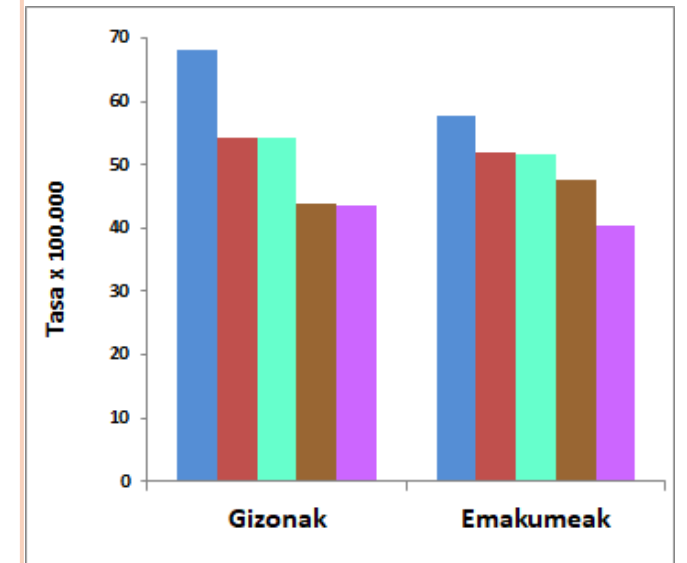
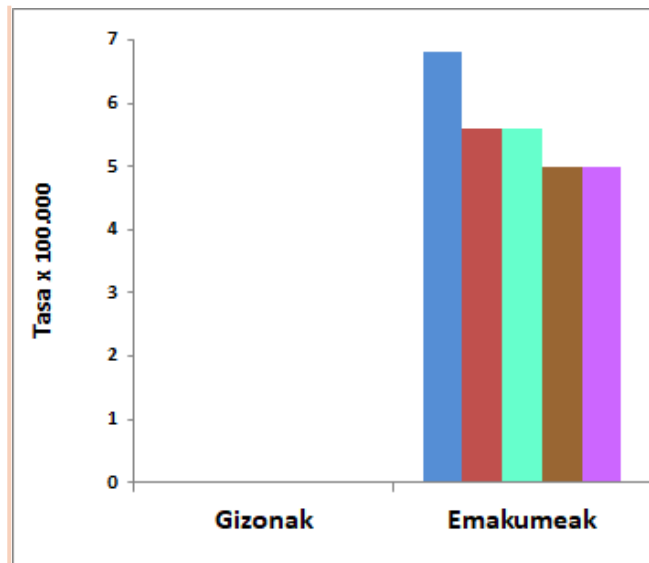
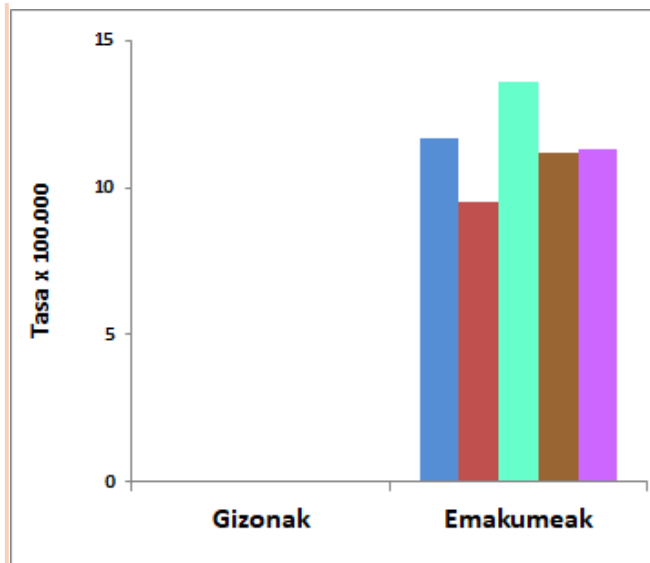
UMETOKI-LEPOKO MINBIZIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - **Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -** Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko pozoidurak



OBULUTEGIKO MINBIZIA

UMETOKI-GORPUTZEKO MINBIZIA

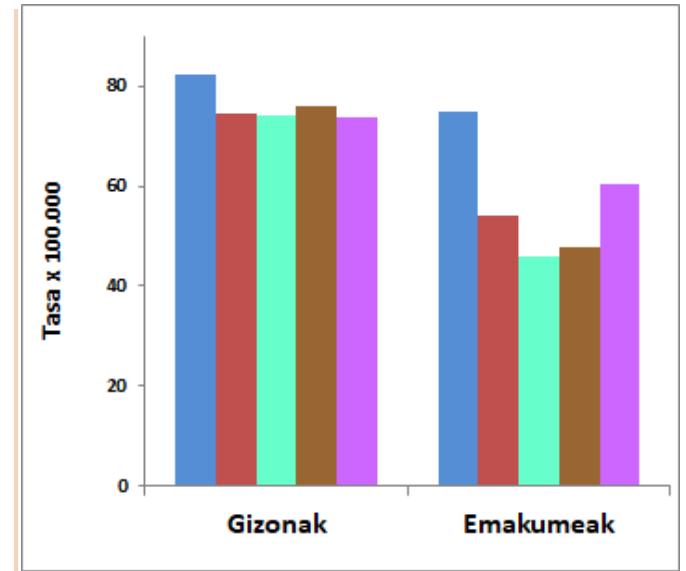
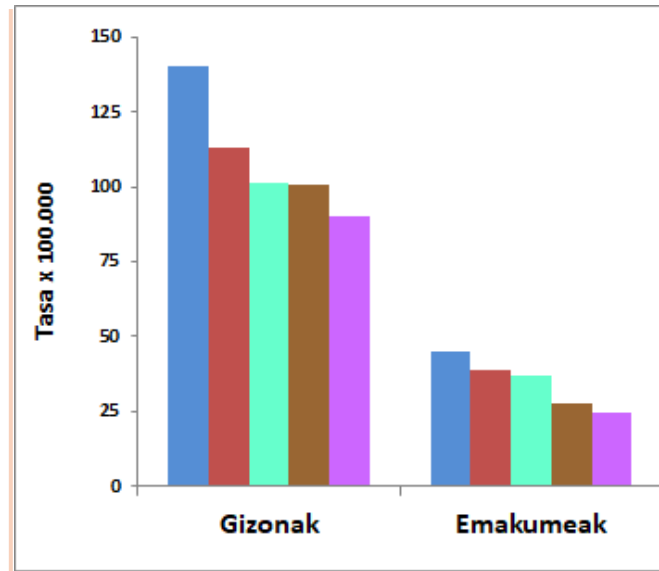
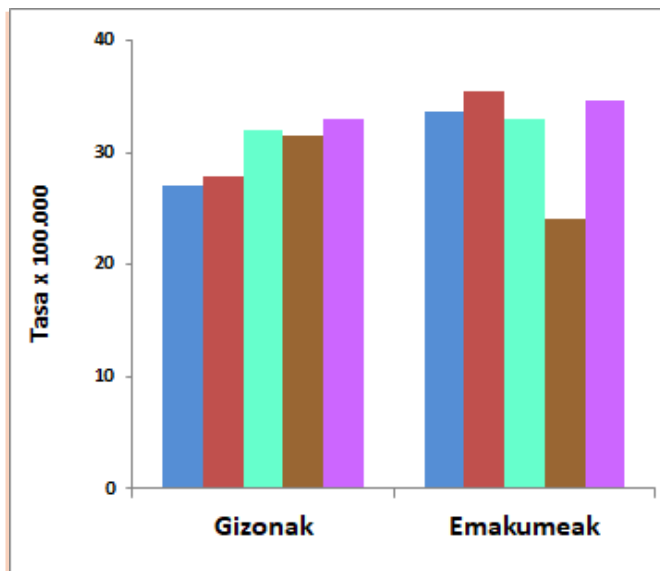
GAIXOTASUN MENTAL ORGANIKOAK

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia -
 Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia
 Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia -
 Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia
 - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra -
 Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -
 Istripuzko pozoidurak



ALZHEIMER GAIXOTASUNA

BIHOTZKO GAIXOTASUN ISKEMIKOIA

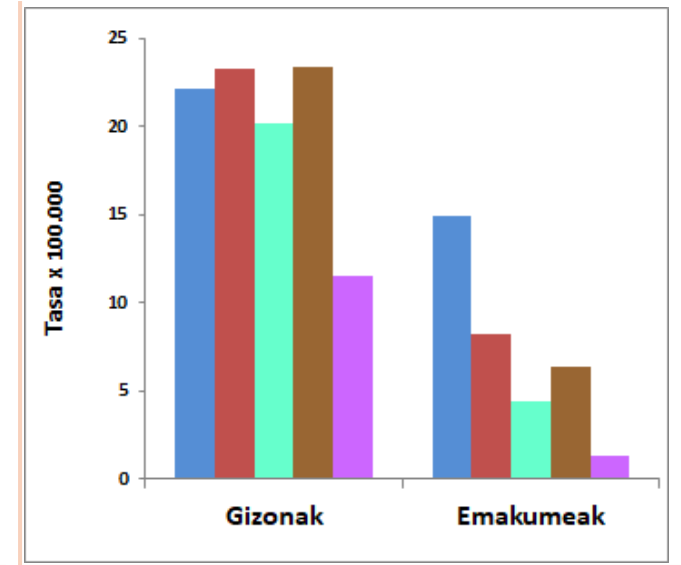
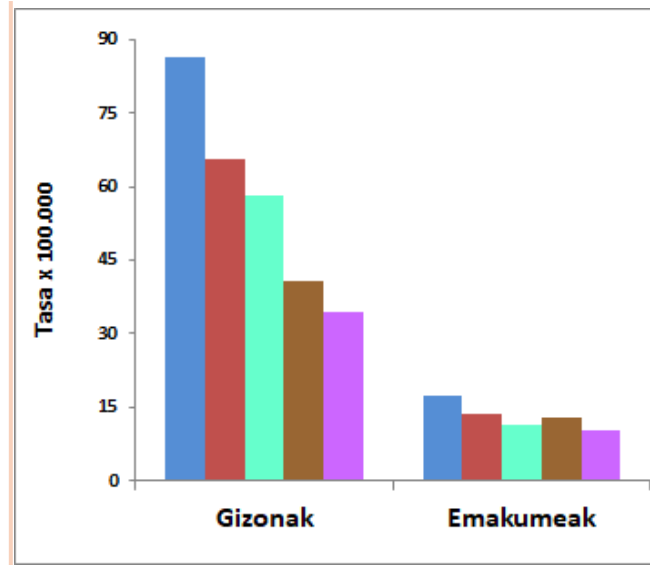
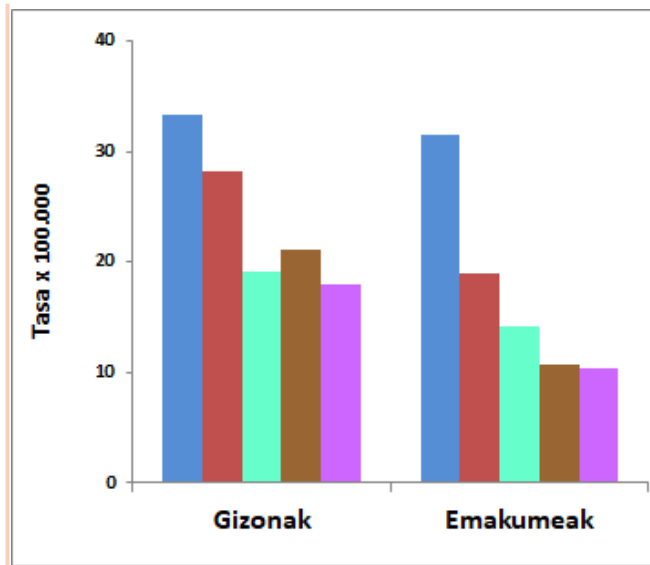
GAIXOTASUN ZEREBROBASKULARRA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia - Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia - Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia - Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak - Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra - **Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia** - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak - Istripuzko pozoidurak



DIABETES MELLITUS

BGBK

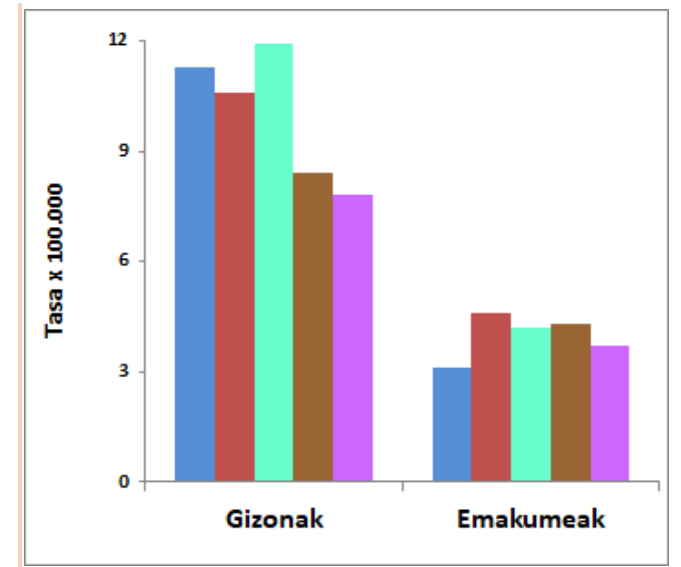
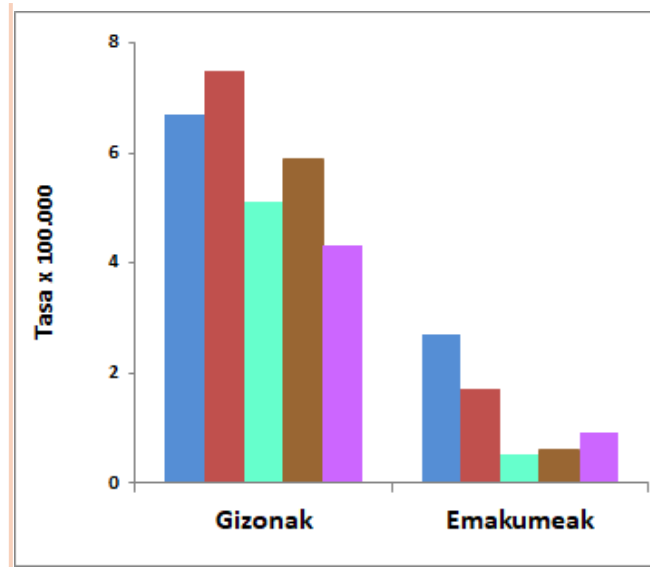
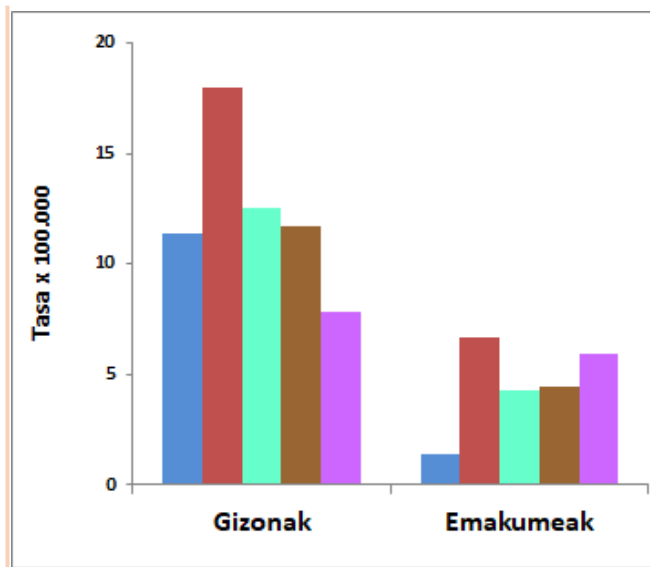
ZIRROSIA

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

- Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia -
- Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia
- Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia -
- Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia
- Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
- Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra
- Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - **Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -**
- Istripuzko pozoidurak



SUIZIDIOA

TRAFIKOKO LESIOAK

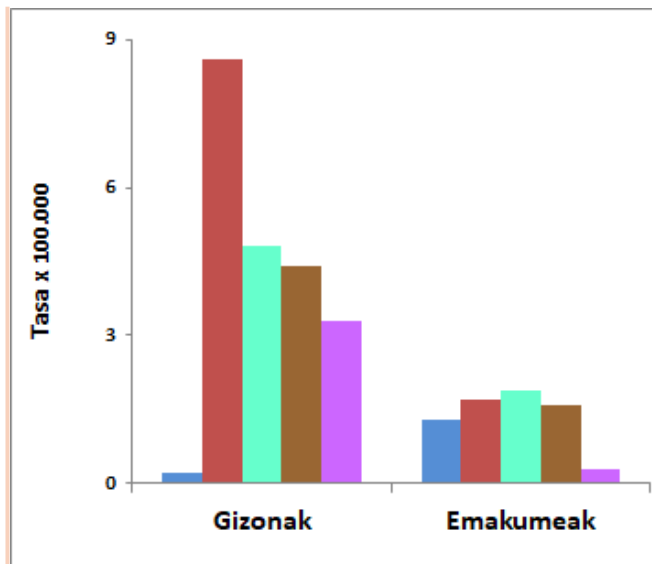
ISTRIPUZKO ERORTZEAK

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Heriotza-tasak, adinaren arabera estandarizatuak, ikasketa-maila eta sexua kontuan hartuta. EAE, 2013-2016

Kausa espezifikoak

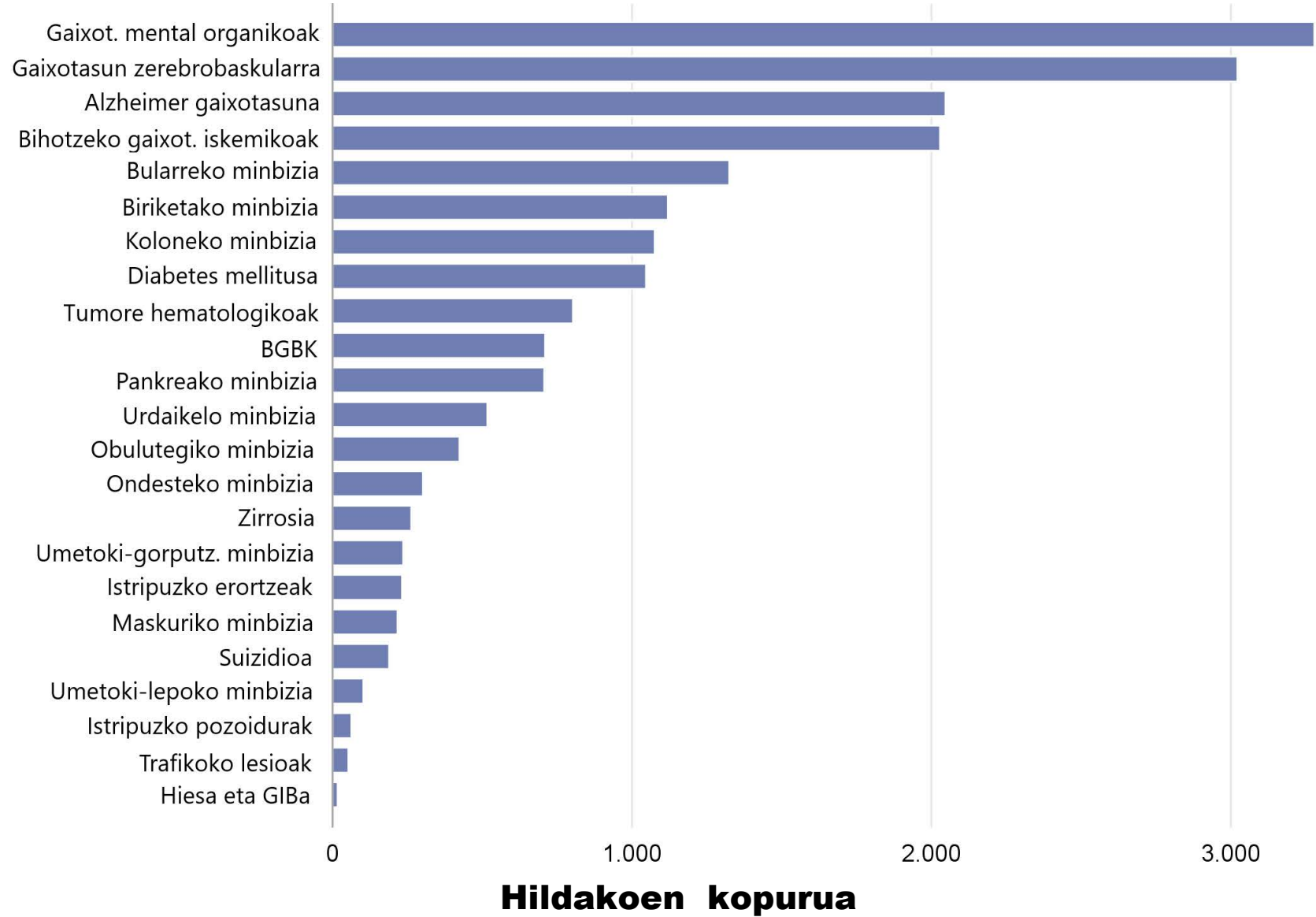
Hiesa eta GIBa - Biriketako minbizia - Laringeko minbizia -
 Koloneko minbizia - Ondesteko minbizia - Bularreko minbizia
 Urdaileko minbizia - Prostatako minbizia - Pankreako minbizia -
 Tumore hematologikoak - Maskuriko minbizia - Umetoki-lepoko minbizia
 - Obulutegiko minbizia - Umetoki-gorputzeko minbizia - Gaixotasun mental organikoak -
 Alzheimer-en gaixotasuna - Bihotzeko gaixotasun iskemikoa - Gaixotasun zerebrobaskularra -
 Diabetes mellitusa - BGBK - Zirrosia - Suizidioa - Trafikoko lesioak - Istripuzko erortzeak -
Istripuzko pozoidurak



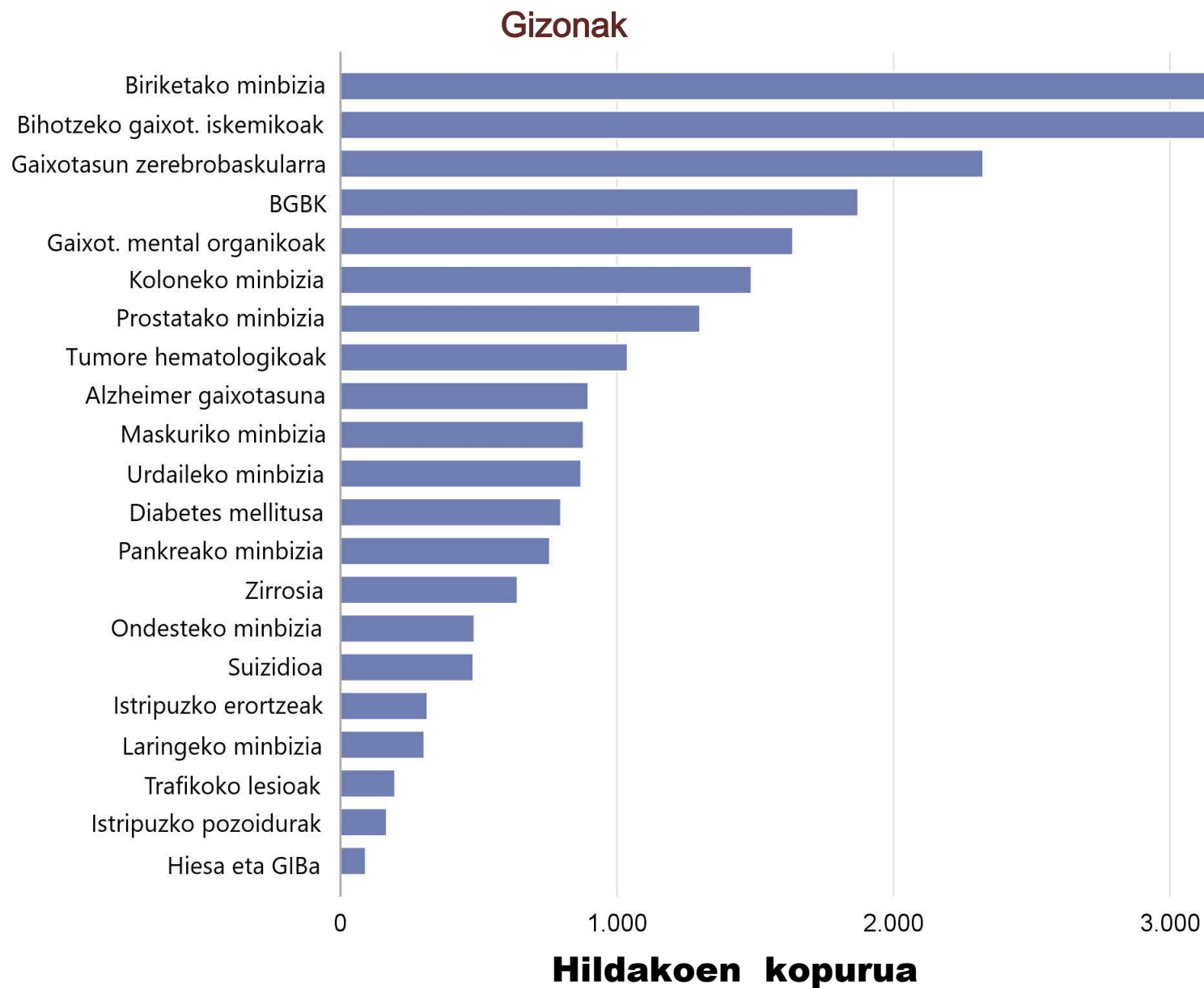
ISTRIPUZKO POZOIDURAK

■ Ikasketarik gabe ■ Lehen hezkuntza ■ Beheko big. hezk. ■ Goiko big. hezk. ■ Unibertsitatea

Emakumeak

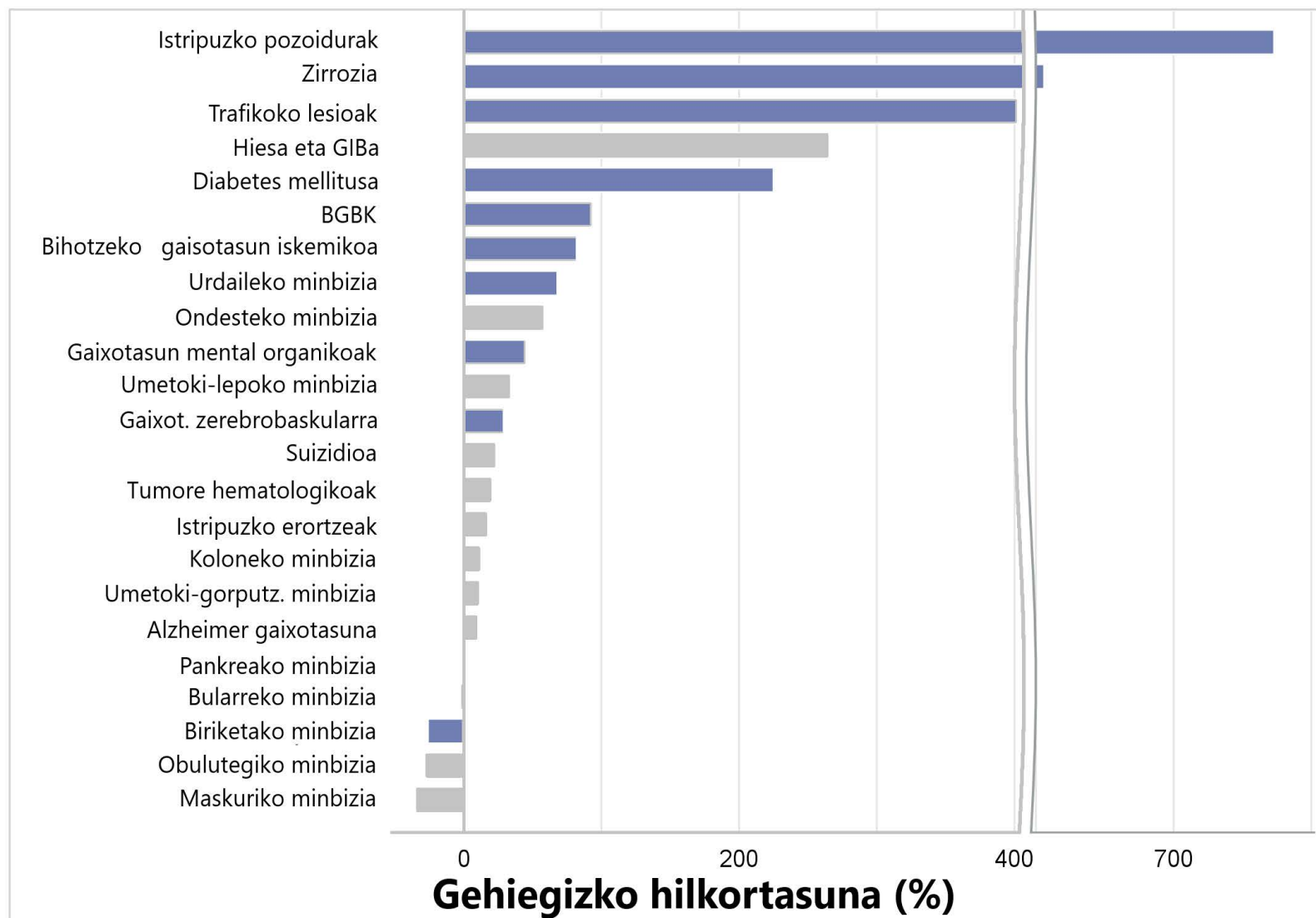


4.1. Irudia. Heriotza-kausak espezifiko nagusien rankinga emakumeetan. EAEn, 2013-2016



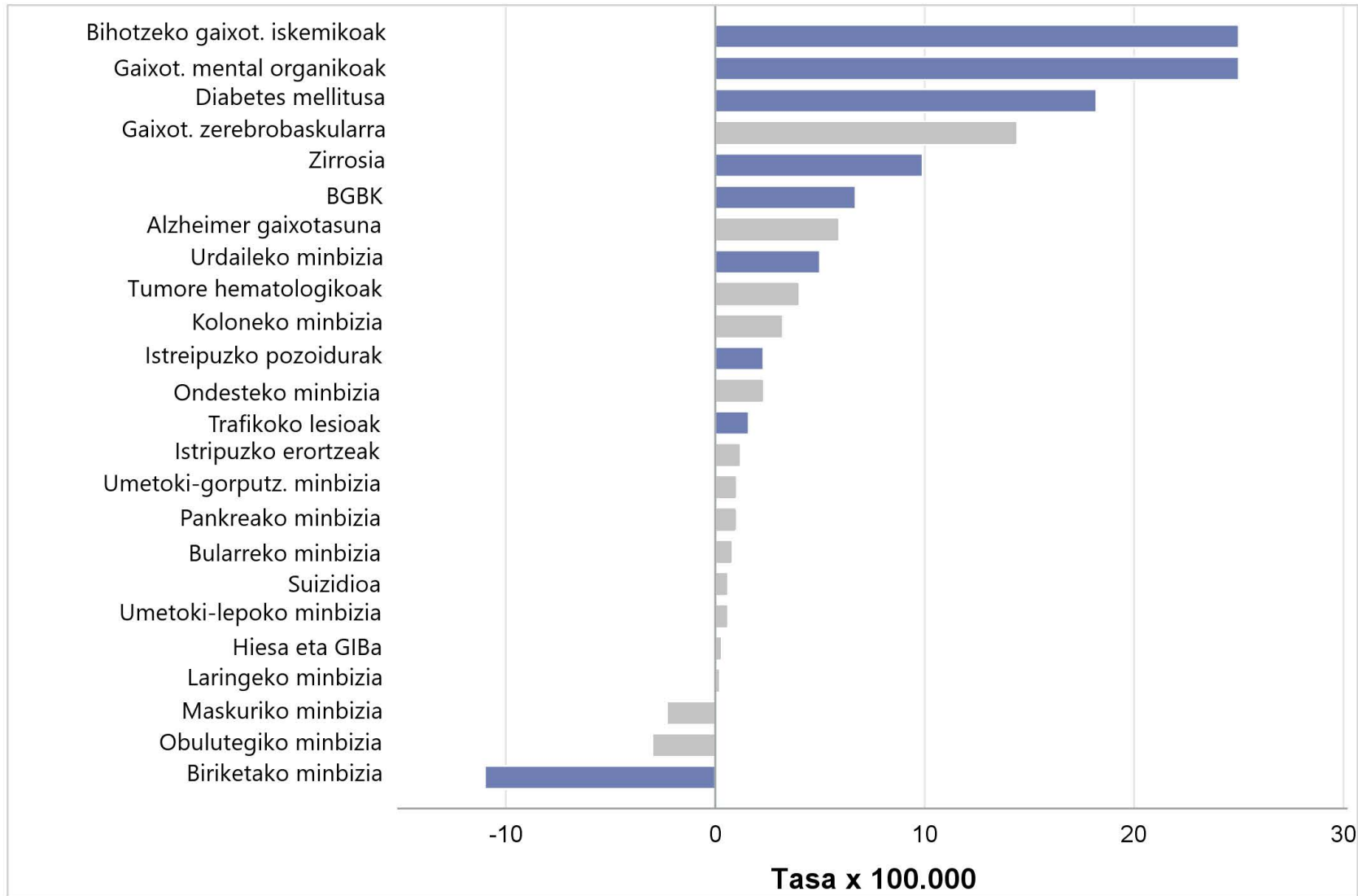
5.1. Irudia. Heriotza-kausaren espezifiko nagusien rankinga gizonetan. EAEn, 2013-2016

Emakumeak



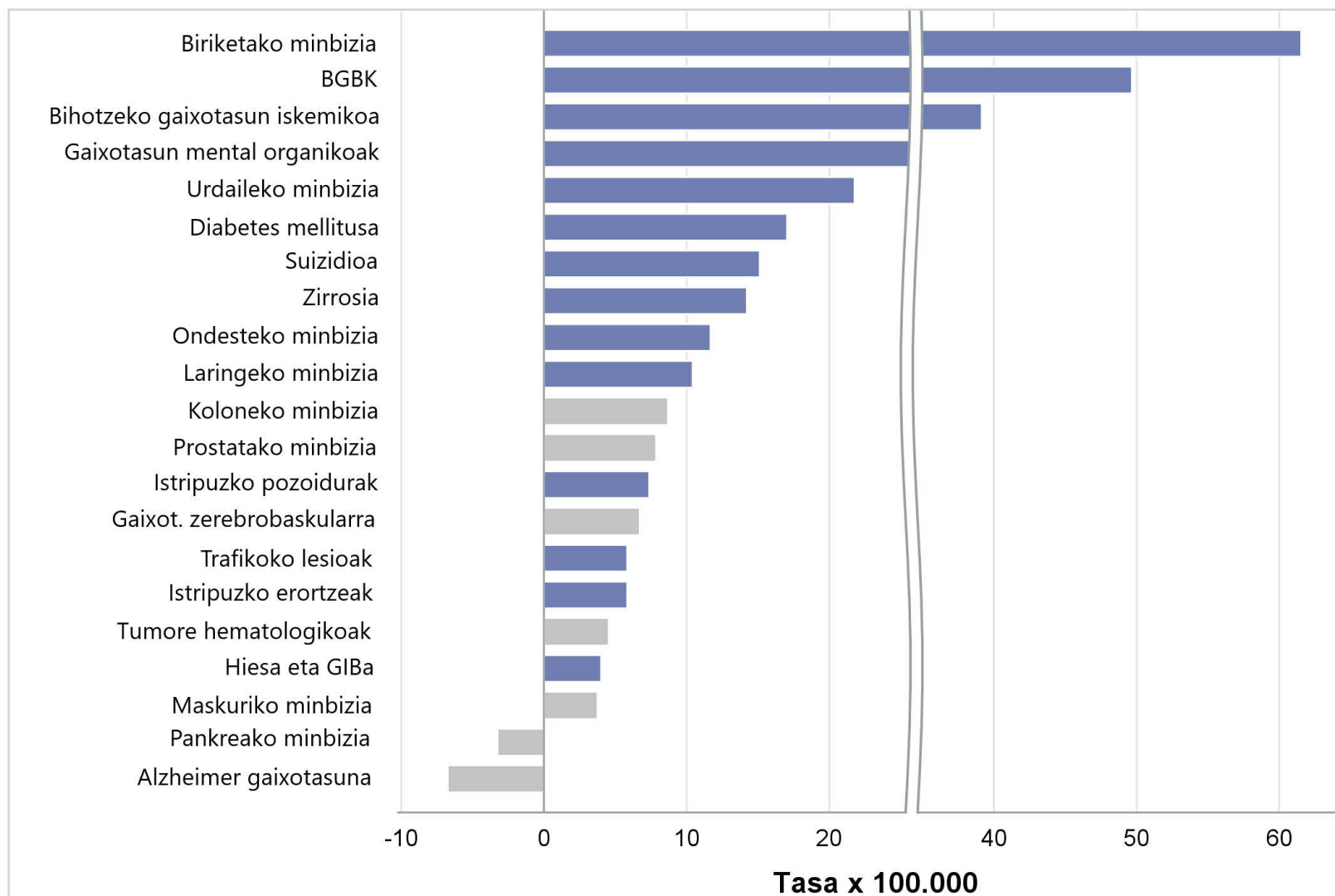
8.1. Irudia. Desberdintasun erlatiboak kausa espezifikoaren ondoriozko hilkortasunean, 25 urteko eta gehiagoko emakumeetan. EAE, 2013-2016

Emakumeak



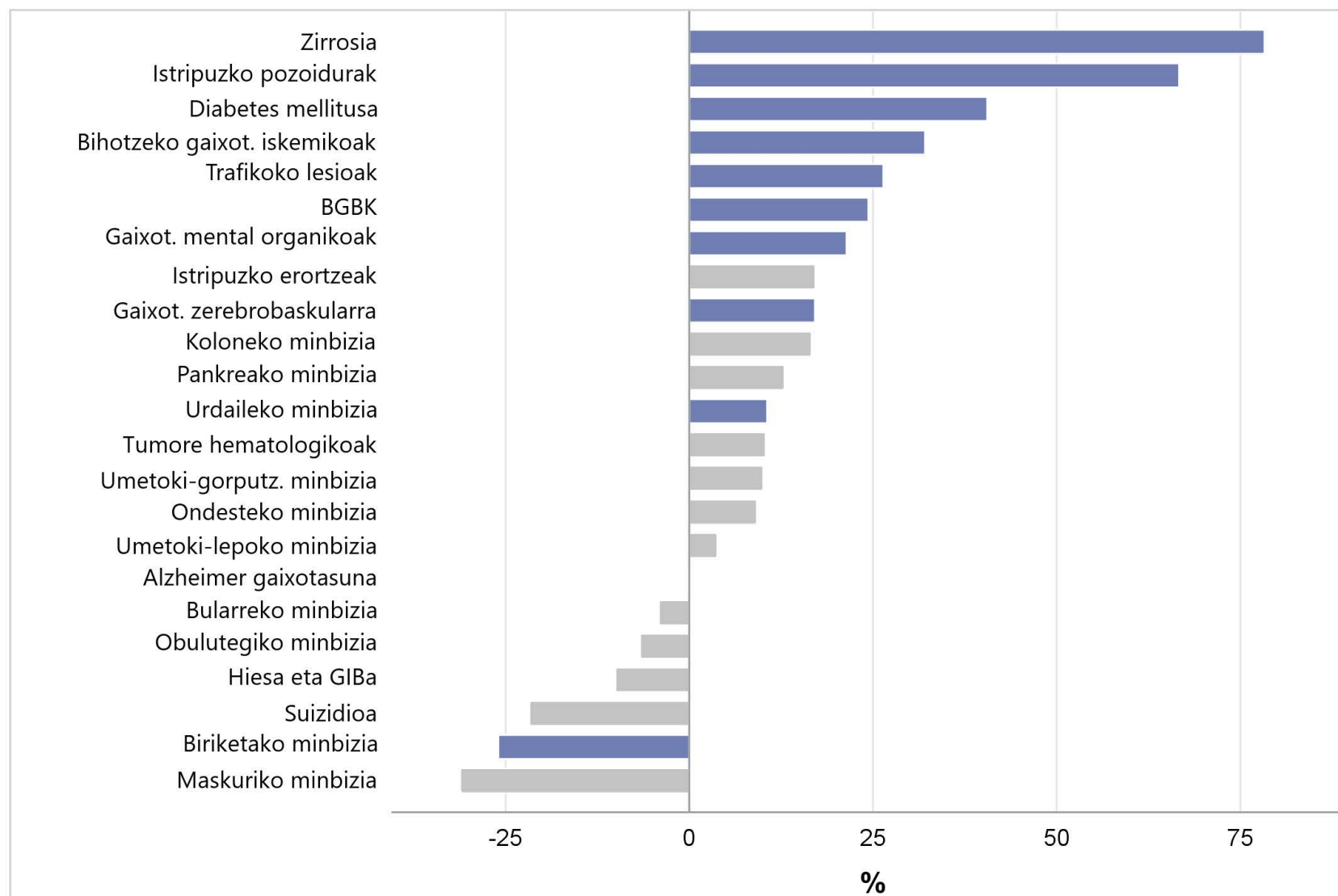
9. Irudia. Desberdintasun absolutuak kausa espezifikoaren ondoriozko hilkortasunean sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko emakumeetan. EAE, 2013-2016

Gizonak



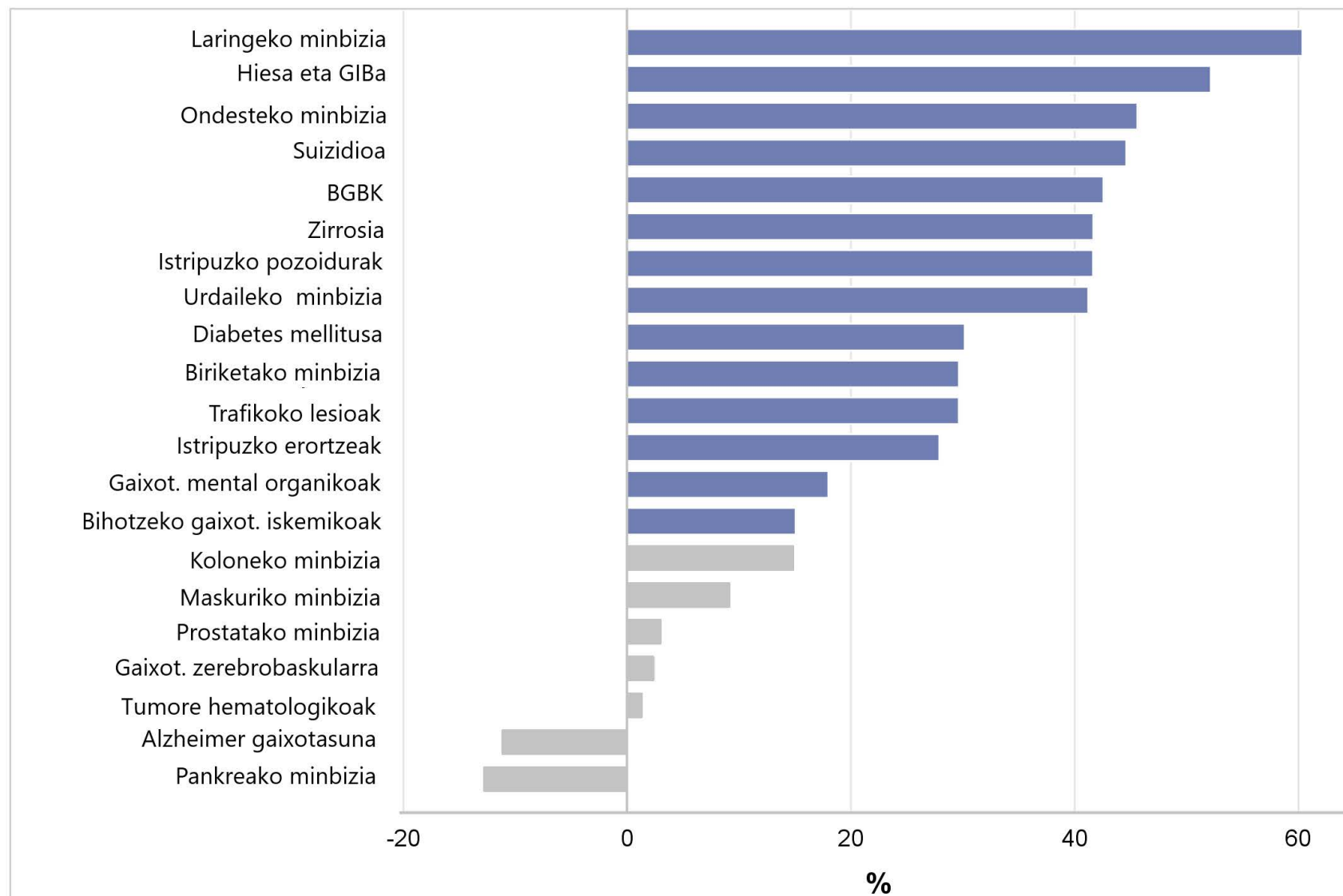
9. Irudia. Desberdintasun absolutuak kausa espezifikoaren ondoriozko hilketasunean sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko gizonetan. EAE, 2013-2016

Emakumeak



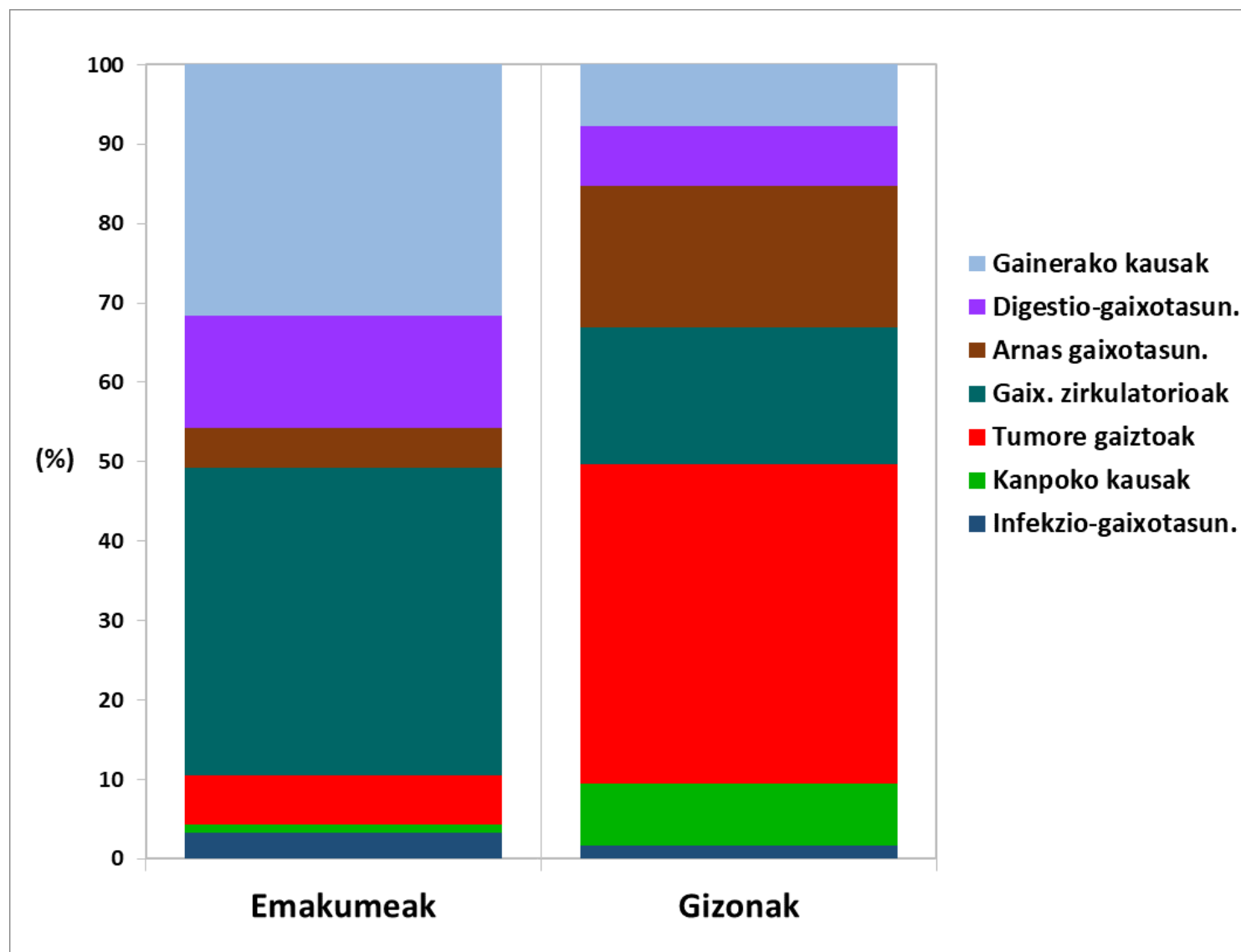
10. Irudia. Kausa espezifikoaren ondoriozko ikasketaren mailaren desberdintasunari egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa 25 urteko eta gehiagoko emakumeetan. EAE, 2013-2016

Gizonak



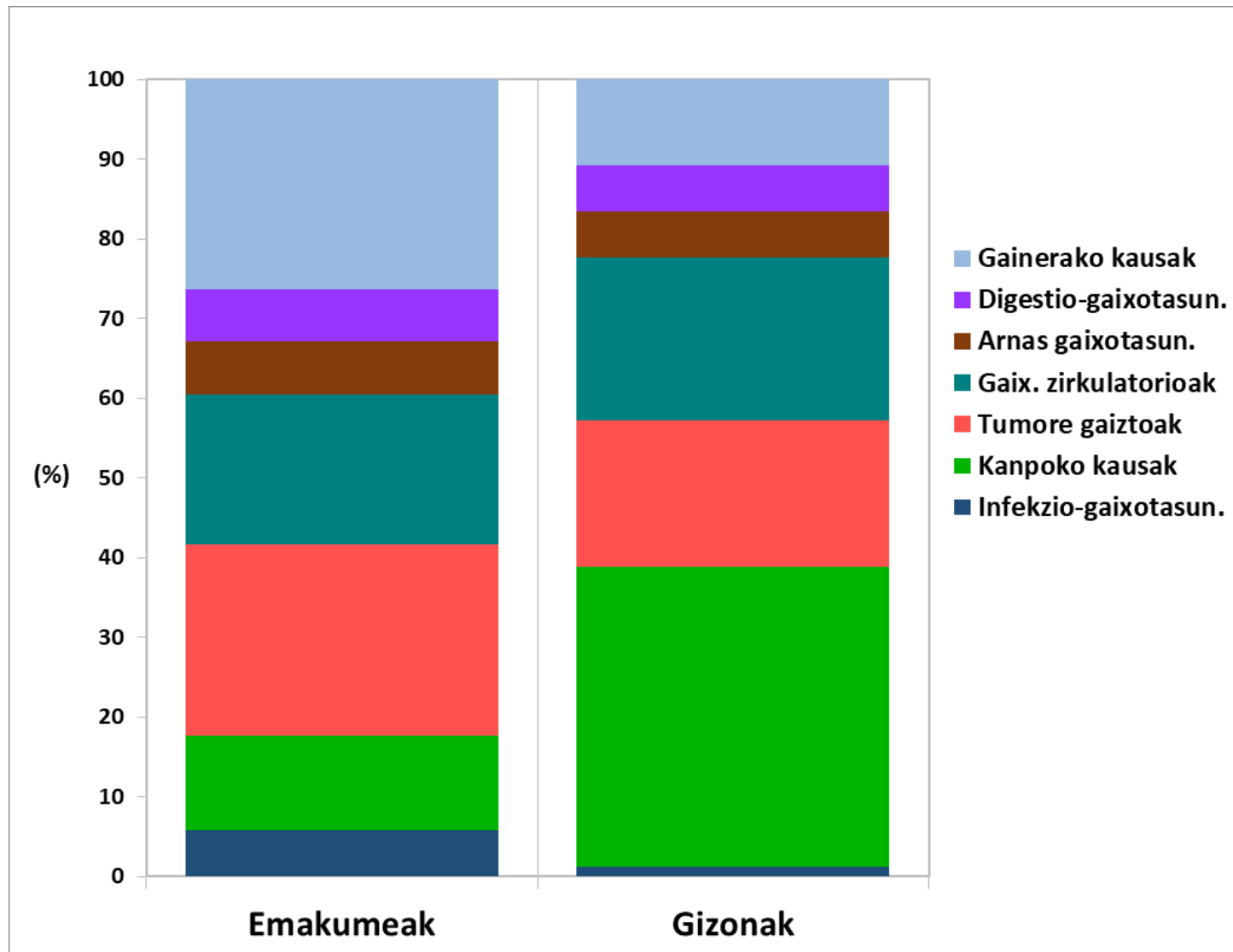
10. Irdia. Kausa espezifikoaren ondoriozko ikasketa-mailaren desberdintasunei egotz dakizkiekeen heriotzen proportzioa 25 urteko, eta gehiagoko gizonetan. EAE, 2013-2016

25 urteko eta gehiagoko pertsonak



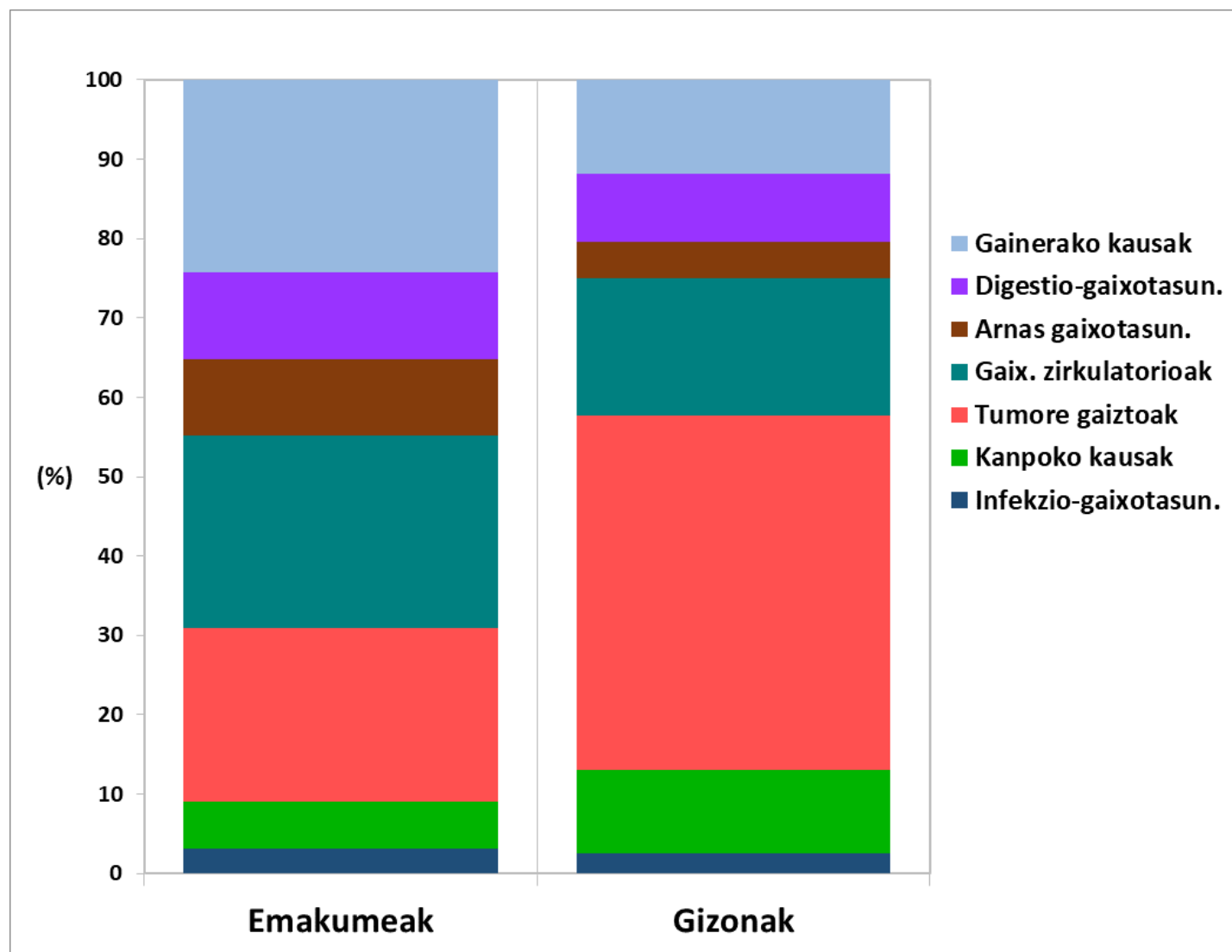
11. Irudia. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasuna, heriotza-kausen talde-handien eta sexuaren arabera, 25 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016

25-44 urte bitarteko pertsonak



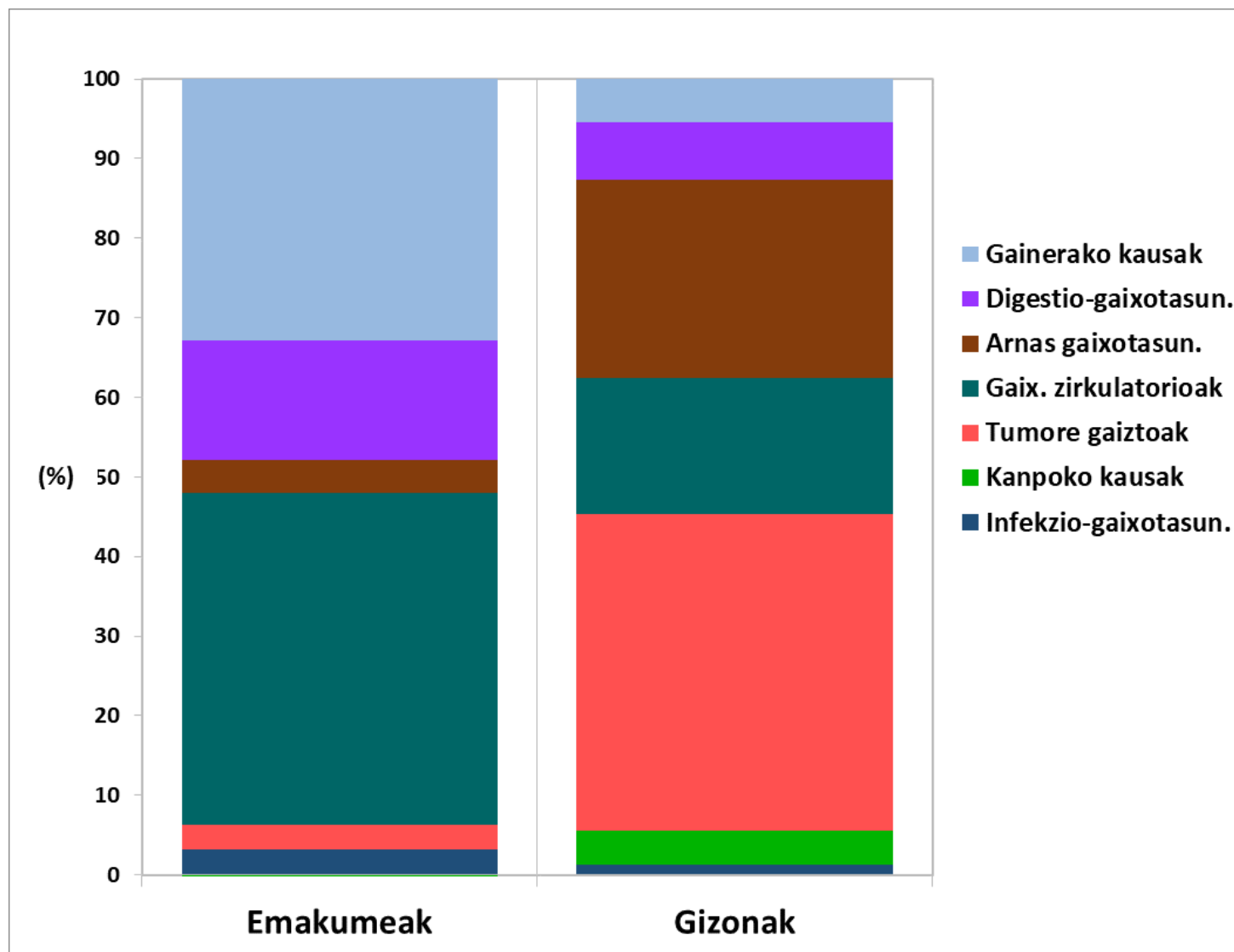
18. Irudia. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren inpaktu erlatiboa, heriotza-kausaren talde-handien eta sexuaren arabera, 25-44 urte bitarteko pertsonetan. EAE, 2013-2016

45-64 urte bitarteko pertsonak



18. Irudia. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren inpaktu erlatiboa, heriotza-kausen talde-handien eta sexuaren arabera, 45-64 urte bitarteko pertsonetan. EAE, 2013-2016

65 urteko eta gehiagoko pertsonak



18. Irudia. Ikasketa-mailaren ondoriozko desberdintasunei egotz dakiekeen hilkortasunaren inpaktu erlatiboa, heriotza-kausen talde-handien eta sexuaren arabera, 65 urteko eta gehiagoko pertsonetan. EAE, 2013-2016