

EMAKUNDE – EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA

GENEROAREN ARABERAKO  
ERAGINAREN EBALUAZIOA

OSASUNAREN  
ESPARRUAN



2014

**“Generoaren araberako eraginaren ebaluazioa osasunaren esparruan”**

Dokumentu hau Maribel Pizarrok egin du Emakunderentzat, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren berdintasunerako administrazio-unitatearen lankidetzarekin.

2014ko urtarrila

## AURKIBIDEA

1. TESTUINGURUA .....	4
2. GENERO-ERAGINA EBALUATZEKO AZERTU BEHARREKO FUNTSEZKO ALDERDIAK.....	7
2.1. EMAKUMEEN ETA GIZONEN PRESENTZIA SEKTOREAN .....	7
2.2. BALIABIDEAK ESKURATZEKO DESBERDINTASUNAK .....	21
2.3. EMAKUMEEN ETA GIZONEN PARTE-HARTZE DESBERDINA.....	35
2.4. GIZARTE-ARAUEN ETA BALIOEN ERAGINA .....	38
2.5. BERDINTASUNAREN ARLORREKO AGINDU ESPEZIFIKOAK: .....	45
3. LEGERIA.....	51
4. DATU-ITURRIAK.....	52
5. ERREFERENTZIA-AGIRIAK .....	57

## 1. TESTUINGURUA

Osasuna eraikuntza historiko, sozial, kultural eta subjektibo bat da; zehaztasun anitzekoa da, eta denboran zehar aldatzen joan da, eta, era berean, testuinguruaren eta talde sozialen arabera aldatzen da, eta hainbat konnotazio eta esanahi hartzen ditu.

Osasuna "gaixotasun eza" gisa ulertu zen mendeetan, 1947. urtean Osasunaren Mundu Erakundeak kontzeptua aldatu eta honela definitu zuen arte: "erabateko ongizate fisiko, mental eta soziala, eta ez gaixotasun eza bakarrik".

Osasunaren ikusmolde positiboa azpimarratzen duen definizio horrek ikusmolde negatiboaren aldean aurrerapen nabarmena ekarri bazuen ere, ez zen kritiketatik salbuetsirik egon. Batez ere izaera idealista eta utopikoagatik, "erabateko ongizate fisiko, sozial eta mentala" aipatzen zuelako. Ikusmolde horrek berekin dakar osasun-egoera pertsona gehientzat eskurazina izatea. Osasunaren ikusmolde estatikoa ere gaitzetsi zen, osasuna –bizitza bezala– zerbait dinamikoa eta aldakorra izanik, egunez egun eskuratu edo okertu daitekeen zerbait delako, arrazoi biologikoen, ingurumenaren eraginaren edo bizimoduaren ondorioz.

Kritika haien ondorioz, 1984. urtean OMEk beste definizio bat formulatu zuen, errealistagoa eta holistikoagoa: "*...norbanakoa edo taldea noraino hel daitekeen, alde batetik, bere itxaropenak betetzeko eta beharrak asetzeko eta, bestetik, ingurunea aldatzeko edo horri aurre egiteko. Osasuna, beraz, eguneroko bizitzarako baliabide gisa hartzen da, eta ez bizitzako helburu gisa; baliabide sozialak eta pertsonalak, baita gaitasun fisikoak ere, nabarmentzen dituen kontzeptu positiboa da*".

OMEk formulatutako definizio berriak aurrerapena ekarri duela aitortzen bada ere, generoaren eragina ez aipatzea kritikatzeko zaio, osasunaz hitz egitean sexuen arteko desberdintasuna ez aitortzea eta, beraz, sexuen arteko aldea parametro gisa kontuan ez hartzea, osasun gisa zer ulertu behar den zehaztean. Hori dela eta, badira OMEk proposatutako osasun-kontzeptuaren azterketa deseraikitzailea egitearen aldekoak eta osasunaren kontzeptua generoaren kategoria kontuan hartuta berriz hausnartzearen aldekoak.

Nazio Batuen Milurteko Adierazpenak (2000), nazioarteko beste hitzarmen batzuek bezala, gizon-emakumeen arteko eskubideen berdintasunaren garrantzia aitortzen du, bai eta pertsona orok bizitzako arlo guztietan — osasunean barne—, diskriminaziorik gabe bizitzeko duen eskubidea ere. Osasunaz gozatzeko eta ez gaixotzeko, eta desgaitasuna sufritzeko edo prebenitu daitezkeen arrazoiengatik hiltzeko aukeretan eragotzi daitezkeen aldeak ezabatzea esan nahi du horrek; halaber, osasuna bultzatu eta

babestuko duten edo pertsona bakoitzaren beharren arabera gaixotasunei helduko dieten baliabideak izendatu eta jasotzea ere.

Faktore askok eragiten dute bizi-luzetasunean, bizi-kalitatean, osasun-egoeran eta pertsonak sufritzen dituzten gaixotasunetan (osaera genetikoa, baldintza sozialak eta ekonomikoak, norbanakoaren ohiturak eta portaerak, bizitzako eta laneko baldintzak, osasun-baliabideetarako irisgarritasuna...), eta generoak asko eragiten du faktore horietan guztietan.

Gizon-emakumeak modu desberdinean gaixotu eta hiltzen direla hartzen du oinarri dokumentu honek. Desberdin, biologikoki desberdinak direlako eta gizarte-egituran hartzen duten lekuak eginkizunak, ohiturak, portaerak eta aukerak baldintzatzen dituelako; horren guztiaren ondorioz, gizarte-desberdintasunak sortzen dira biztanleen osasunean.

Osasunaren mugatzaileen azterketak generoaren eta klase sozialaren araberrako desberdintasunak daudela erakusten du. Oraindik ere, gizonezkoen bizimodua, oro har, ez da emakumezkoena bezain osasungarria (alkohol, droga, tabako... gehiago kontsumitzen dute gizonek). Emakumezkoak berriki arlo publikoan nabarmen sartu izanaren ondorioz, gehiago berdindu dira orain arte gizonezkoen bereizgarri izan diren zenbat osasun-baldintzatzaile (tabakoaren eta alkoholaren kontsumoarekin gertatu den moduan). Bestalde, gizon-emakumeen artean ez dira zuzen banatzen denborak eta zaintza-ardurak. Emakumezkoak ordaindutako lana egiten hasi dira, baina gizonezkoak ez dira hein berean hasi ordaindu gabeko lana egiten (etxeko lanak eta pertsonen zainketa), eta, ondorioz, zail gertatzen da emakumezkoek bizi-ohitura osasungarriak hartzea, hala nola ariketa fisikoa egiteko denbora izatea, aisiaz gozatzeko denbora izatea edo behar adina lo egitea.

EAEko Osasun Inkestaren (2013) arabera, arazo kronikoen prebalentzia areagotu egiten da gizarte mailan behera egiten den heinean, eta, are gehiago, emakumeen artean (hipertentsioa, artrosia, kolesterola...).

Emakumeen aurkako indarkeria ere jorratzen da dokumentu honetan. Giza eskubideen aurkako erasoak izateaz gain, OMEk osasun publikoko arazotzat hartzen du, kontuan hartuta arazoaren larritasuna (eragindako emakume kopurua eta erasotzaile kopurua) eta erasoaren biktimak diren emakumeen eta haien seme-alaben osasun fisiko eta mentalean dituen ondorioak. Plazaola Castañok eta Ruizek (2004) diotenez, tratu txarrarekin lotutako lesioek, beldurrak eta estresak osasun-arazo kronikoak eragin ditzakete. Arazo horiek askotarikoak izan daitezke: hezur eta giltzaduretako oinazea, arazo kardiobaskularrak eta sintoma neurologiko errepikariak, kasu.

Balio eta arau sozialei buruzko atalean, mendebaldeko gizarteetan nagusi diren gorputz-eredu estetikoaren, sozialki partekatutako eta finkatutako edertasunaren idealaren (argaltasunaren eta betiereko gaztetasunaren

kultura) eta elikaduraren nahasmenduen arteko lotura jorratzen da. Ikerketa askok eta askok erakusten duten moduan, bereziki azpimarratzekoa da marketinaren industriak emakumeengan presio handia eragiten duela komunikabideen bidez. Presio horrek modu negatiboan eragiten du emakumeen asebetetze-mailan eta gorputz-distorsioan, eta alderdi bi horiek oso lotuta daude anorexia eta bulimiaren antzeko nahasmenduekin.

Amatasunaren harira, gure gizarteetan nagusitzen den ideologiak emakumeengan duen eragina aztertuko dugu. Ideologia horrek emakumeen helburu biologiko eta psikologikotzat hartzen du amatasuna, emakumeek duten jarrera osasuntsu bakar moduan, emakume "oso eta psikologikoki errealizatu" bilakatzen dituen.

Giza ugalketaren gaia jorratzen duen ikuspegiaren arabera, giza ugalketa ez da gai biologiko hutsa, jarduera soziala baizik; jarduera hori baldintza politiko, material eta soziokulturalek baldintzatuta dago; izan ere, baldintza horiek arreta-eredu jakin bat ezartzen dute; eredu horren oinarrian ugalketari buruz dagoen ideologiak esanahiz betetzen ditu ugalketaren elementu guztiak —hala nola haurdunaldia, erditzea eta erditze-ondoko aroa—, eta ideologia jakin batzuk sortzen ditu amatasunari eta aitasunari buruz. Emakumezkoaren gorputz-fisiologiaren alderditik, haurdunaldia eta erditzea prozesu unibertsalak diren arren, ez dira prozesu biologiko soil gisa gertatzen, kulturalki moldekatuta baizik; hori horrela, desberdin gertatzen dira gizarte bakoitzean eta gizarte talde desberdinetan.

Azkenik, emakumezkoen osasunarekin eta gaixotasunarekin zerikusia duten generozko joera batzuk ere aztertuko ditugu: diagnosiarekin, ahalegin terapeutikoarekin eta ikerketarekin lotutakoak.

Egoera hori konpontzeko eta berdintasunerantz aurrera egiteko, badira ezinbestean egin beharrekoak: berdintasunari buruz indarrean dagoen legediaren aginduak betetzea, legedia horrek —besteak beste— emakumeen osasuna bizi-ziklo guztian hobetzeko betebeharra ezartzen baitie botere publikoei, arreta berezia jarrita emakumeengan eragin handiena duten osasun-arazoei; berriaz emakumeen osasuna sustatzen lagunduko duten ekimenak hartzea; gizon-emakumeen tratu- eta aukera-berdintasuna bermatzea osasunarekin zerikusia duen ikerketan eta arretan; sexu- eta ugalketa-eskubideetatik eratorritako beharrei erantzutea; berdintasun-printzipioa txertatzea osasun-arloko langileen trebakuntzan; neurriak hartzea osasun-arazoak dituzten pertsonak etxean zaintzetik sortutako lan-karga arintzeko, eta, azkenik, emakume-kolektibo ahulenen osasun arloko desberdintasunak zuzentzea. Hitz gutxitan esanda, emakumeen benetako aukera- eta tratu-berdintasun eraginkorrerako baldintzak sustatzea osasunaren alorrean, kolektibo eta egoera desberdinei kasu eginik eta adi egonik diskriminazio anizkoitzeko egoerarik gerta ez dadin.

## 2. GENERO-ERAGINA EBALUATZEKO AZTERTU BEHARREKO FUNTSEZKO ALDERDIAK

### 2.1. EMAKUMEEN ETA GIZONEN PRESENTZIA SEKTOREAN

**Jaiotzean dagoen bizi-itxaropena**, edo batez besteko bizitza, EAEn, 2011. urtean: 86,1 urtekoa emakumezkoetan, eta 79,3 urtekoa gizonezkoetan. Alde horiek emakumeek bizi-ziklo guztian duten hilkortasun-arrisku txikiagoaren ondorio dira.

Bizi-luzetasuna areagotzeak ez du nahitaez osasun-egoera onean bizitutako urteen gorakada esan nahi, herrialde garatuetan behinik behin; izan ere, egungo osasun-arazoek kroniko-izaera dute bereizgarri, eta ez dute berehalako heriotza eragiten. Egoera horrek adierazle hauen erabilera ekarri du: **desgaitasunik gabeko bizi-itxaropena**<sup>1</sup>, **gaixotasun kronikorik gabeko bizi-itxaropena**<sup>2</sup> eta **osasun-egoera oneko bizi-itxaropena**<sup>3</sup>. Adierazle berri horien txertaketak emakumeen gaixotze-tasa handiagoa erakutsi du, eta hori azaltzen duten hainbat teoria proposatu dituzte (sozializazio desberdina, laneko eta familiako rol desberdinak eta abar).

EAEko 2002-2010 Osasun Planaren ebaluazioko ondorioen artean aipatu dira emakumeen bizi-itxaropenaren gorakada jaiotzean, gizonezkoekin alderatuta (3 eta 2,3 urte, hurrenez hurren), eta gizonezkoen desgaitasunik gabeko bizi-itxaropenaren gorakada emakumezkoen aldean (4,5 eta 3,6 urte, hurrenez hurren). 2007an, desgaitasunik gabeko bizi-itxaropena 69,7 urtekoa zen gizonen artean, eta 75,2 urtekoa, emakumeen artean. EAEn, gaixotasun kronikorik gabeko bizi-itxaropena jaiotzean 58,4 urtekoa da emakumeen artean, eta 54,5 urtekoa, gizonezkoen artean (Osasunaren egoera EAEn, Eustat 2010).

Osasuntsu biziko garen urteei buruzko itxaropenaz ari garela, etortzeko dauden urteetarako osasunaren kalitateari buruzko informazioa ematen du. EAEn, 2009. urtean, jaiotzean dagoen osasuntsu bizitzeko bizi-itxaropena 60,5 urtekoa zen emakumezkoetan, eta 60 urtekoa, gizonezkoetan. 65 urterekin, bizi-itxaropena 8,20 urtekoa zen emakumezkoetan, eta 8,80 urtekoa, gizonezkoetan. Hori horrela, jaiotzean alde txiki hori emakumeen

<sup>1</sup> Pertsona bati adin jakin batean desgaitasunik gabe bizitzeko geratzen zaizkion urteen batez bestekoa (hilkortasun eta desgaitasunari buruzko datuekin kalkulatzeko da) (OKM, 2000).

<sup>2</sup> Pertsona bati adin jakin batean, heriotza arte, gaixotasun kronikorik gabe bizitzeko geratzen zaion urte kopuruaren batez bestekoa (OKM, 2002).

<sup>3</sup> Pertsona bat osasuntsu (muga funtzionalik gabe edo desgaitasunik gabe) batez beste zenbat urte biziko den adierazten du.

aldekoa da, eta hirugarren adinean sartzean, berriz, alde txikia gizonetzkoen aldekoa da<sup>4</sup>.

Osasuntsu bizitzeko bizi-itxaropenarekin zerikusia duen beste adierazle bat **norberak osasunaz egiten duen balorazioa da**. 2013ko datuek erakusten dutenez<sup>5</sup>(2013ko Osasun Inkesta), EAEko emakumeen % 23,3k eta gizonetzkoen % 17k bere osasun-egoeraren balorazio ertaina edo oso txarra egiten du. 65 urtetik gorakoan artean, balorazio negatibo horiek emakumeen artean % 49,4 arte eta gizonetzkoen artean % 36,7 arte iristen dira. Hori horrela, osasunaren pertzepzio negatiboa emakumeengan nabarmenagoa da, eta, horretaz gainera, adierazle horren aldeak gizon-emakumeen artean gora egiten du adinarekin batera (12,7 puntu 65 urtetik gora). Laburbilduz, emakumezkoen bizitza luzeagoa da, baina gizonetzkoena baino kalitate txarragoa.

2006. urtean, UPV/EHUK "EAEn finkatutako immigrante-kolektiboen osasun-inkesta"<sup>6</sup> azterketa egin zuen, eta osasunari buruz lortutako emaitzen arabera<sup>7</sup>, erkidegokoa ez den Europako kolektiboan izan ezik, gainerako immigrante-kolektiboetan emakumezkoek gizonetzkoek baino osasun okerragoa erakutsi zuten. Magrebtar jatorriko kolektiboan, hain zuzen ere, gizonetzkoen osasun-egoera emakumezkoena baino hobea izan zen ebaluatutako alderdi guztietan, rol fisikoan, emozionalean eta osasun orokorrean izan ezik, horietan puntuazioa antzekoa izan zen (alderik handiena funtzio fisikoan topatu zen). Saharaz hegoaldeko jatorria duen kolektiboan, gizonetzkoek osasun-egoera hobea azaltzen dute alderdi guztietan (alde handienak hauetan topatu ziren: funtzio fisikoa, bizitasuna, funtzio soziala eta osasun mentala). Jatorri latinoamerikarreko kolektiboan, gizonetzkoek emakumezkoek baino osasun-egoera hobea azaldu zuten alderdi guztietan (alde handienak hauetan topatu ziren: rol fisikoa eta gorputzeko oinazea). Azkenik, erkidegoz kanpoko europar jatorriko kolektiboan gizonetzkoek emakumezkoek baino osasun-egoera hobea izan zuten alderdi fisiko gehienetan, bizitasunean salbu. Alderdi emozionalean, aldiz, emakumeek puntuazio apur bat hobek lortu zituzten.

**Osasun-arazo kronikoen** harira, aipatutako osasun-inkestan aipatzen diren 35 arazoetatik 20tan, prebalentzia handiagoa da emakumeengan, eta horietatik 9tan, bi sexuen arteko aldea 1,5 puntu edo gehiagokoa da, taula honetan ikus daitekeen moduan.

<sup>4</sup> "Osasun Sistema Nazionaleko adierazle giltzarriak –Euskadi–" (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2011).

<sup>5</sup> Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila.

<sup>6</sup> Elena Rodríguezek eta Nerea Lanborenak egindako azterketa, Bilbao Bizkaia Kutzaren dirulaguntzarekin (Gizarte Proiektuen Programaren V. Deialdia).

<sup>7</sup> Osasun Inkestak 36 item ditu: osasunari buruzko 8 alderdi, osasun fisikoari buruzko 5 eta ongizate emozionaleko 3 jorratzen dituzte.



ARAZO KRONIKO OHIKOENAK (2013)	EMAKUMEA (%)	GIZONAK (%)
Bizkarreko mina	8,6	6
Lepoko mina	7	3,3
Barizeak	5,7	2,2
Artrosia	11	4,8
Estutasuna	3,8	1,3
Depresioa	3,3	1,4
Osteoporosia	4,3	0,4
Migraina	4	1,4
Tiroide-arazoak	5,2	0,7

Iturria: EAEko Osasun Inkesta, 2013koa (geuk egina)

Gizonezkoengan prebalentzia handiagoa duten osasun-arazo kronikoetan, gizon eta emakumeen arteko aldea 1,5 puntu baino gutxiagokoa da.

Aurrez aipatutako azterketak aldeak topatu ditu neska-mutil gazteen artean, sufritzen dituzten zenbait gaitzen maiztasunean. Neskek neurri handiagoan sufritzen dute nekea, suminkortasuna eta urduritasuna, eta tratamendu psikologikoak neurri handiagoan jarraitzen dituzte (% 3,6k; mutilek, berriz,% 0,9).

Oro har, immigranteen artean emakumeetan aitortzen dira arazo kroniko gehien, batez ere, emakume latinoamerikarren artean; izan ere, emakumeek bikoiztu egiten dute kolektibo horretako gizonen arazo kronikoen adierazpena (UPV/EHU, 2006).

EAEko biztanleen % 9,7k (208.617 lagun) **jardueraren** nolabaiteko **mugapen kronikoa** jasaten du: gizonezkoen % 8,6k eta emakumezkoen % 10,8k (2013). Mugapenaren norainokoari jarraiki, datuak taula honetan ikus ditzakegu:

MUGAPENAREN NORAINOKOA (2013)	EMAKUMEA (%)	GIZONAK (%)
Erabateko mugapena jarduera nagusian	6,4	4,6
Mugapen partziala jarduera nagusian	3,6	3
Mugapena beste jarduera batzuetan	0,8	1
Guztira	10,8	8,6

Iturria: EAEko Osasun Inkesta, 2013koa (geuk egina)

Jardueraren mugapen kroniko horren arrazoen harira, taulako datuek adierazten dutenaren arabera, gaixotasun arrunta da gizonen nahiz emakumeen arrazoi nagusia (% 78,9 eta % 86,6, hurrenez hurren). Alzheimerra da gaixotasun ezgaitzaile handienetariko bat, eta horri buruzko 2011ko datuek gorakada erakusten dute: % 2koa emakumeen artean eta % 3koa gizonezkoen artean (2010. urtearekin alderatuta).

Lanak eragindako gaixotasuna da mugapen kronikoaren bigarren arrazoa (% 8,3 gizonazkoen artean, eta % 4,1 emakumezkoen artean).

JARDUERAREN MUGAPEN KRONIKOAREN ARRAZOIAK (2013)	EMAKUMEAK (%)	GIZONAK (%)
Lan-istripua	0,8	5
Zirkulazioko istripua	1,9	4,5
Etxeko istripua	3,7	0,7
Beste istripu mota bat	2,5	2,1
Gaixotasun arrunta	86,6	78,9
Lanak eragindako gaixotasuna	4,1	8,3
Indarkeria fisikoa	0,2	0,2
Beste batzuk	0,2	0,3

Iturria: EAEko Osasun Inkesta, 2013koa (geuk egina)

Etxeko istripua eta beste istripu mota bat jardueraren mugapen kronikorako arrazoiak dira, eta emakumeen artean gehiago agertzen dira gizonazkoen artean baino.

Indarkeria fisikoak, berriz, mugapen kronikoa eragiten du kasuen % 0,2an, bai emakumeen artean, bai gizonen artean. Emakumeen artean 44 urtetik 65 urtera artean biltzen dira kasu guztiak, eta gizonazkoen artean, aldiz, 25 urtetik 44 urtera bitartean.

EAE mugapen kronikoren bat sufritzen duten guztien artetik (208.617 lagun) erdiak baino gehiagok (115.934) jardueraren mugapen kronikoren batetatik sortutako laguntza behar du (% 66,8 emakumeak dira, eta % 33,2 gizonak). Pertsona horien guztien artetik 77.833 lagunek egunero behar dute laguntza (% 63,8 emakumeak eta % 36,2 gizonak), eta 23.757k eguneko 24 orduetan behar dute laguntza (% 64,9 emakumeak eta % 35,1 gizonak).

Taula honetan jasotako datuetatik hau ondoriozta daiteke: laguntza motaren bat behar duten gizon-emakumeek sufritzen duten mugapen kronikoa oso ezgaitzailea da; izan ere, kasu batean zein bestean, asteko egun guztietan laguntza behar dute gehienek (% 64,1 eta % 73,2, hurrenez hurren).

JARDUERAREN MUGAPEN KRONIKOA DUTENEK BEHAR DUTEN NOLABAITEKO LAGUNTZAREN MAITZASUNA (2013)	EMAKUMEZKOAK K=77.451	GIZONEZKOAK K=38.438
Egunero, eguneko 24 orduetan	19,9	21,7
Egunero, eguneko 24 orduetan baino gutxiago	44,2	51,5
Astean hainbat aldiz	14,3	6,5
Noizean behin	21,6	20,3

Iturria: EAEko Osasun Inkesta, 2013koa (geuk egina)

Jardueraren mugapen kronikoa duten eta laguntza behar duten horiei (% 6,9 emakumeak eta % 3,6 gizonak) **nork ematen dien laguntza**. Taulako datuen arabera, zaintzaile mota bi daude: formalak eta informalak.

JARDUERAREN MUGAPEN KRONIKOA DUTENEK BEHAR DUTEN NOLABAITEKO LAGUNTZA NORK EMATEN DIEN (2013)*	EMAKUMEZKOAK	GIZONEZKOAK
Beraiekin bizi den senidea	4	3,7
Beraiekin bizi ez den senidea	1,9	0,3
Gizarte-zerbitzu publikoak	0,6	0,2
LAPAD (Autonomia pertsonala sustatzeko eta mendekotasuna prebenitzeko Legea) prestazioa duen enplegatua	0,3	0,1
LAPAD prestaziorik gabeko enplegatua	1,2	0,2
Enpresa pribatua	0	0,1
Beste batzuk	0,2	0,1

(\*) Ez dira kategorია baztertzaileak.

Iturria: EAEko Osasun Inkesta, 2013koa (geuk egina)

Egon daitezkeen erantzun posibleen arteko ehunekoen banaketak adierazten duenez, emakumezkoen nahiz gizonezkoen kasuan, nagusiki familia arduratzen da pertsona horiek behar duten laguntza emateaz (zaintzaile informalak). Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saileko web-orrialdean eskuragarri dauden datuak sexuen arabera berezita ez badaude ere, 2008an EAEn<sup>8</sup> egindako azterketa batek zaintzaile nagusi gisa identifikatutako pertsona emakumezkoa dela erakusten du (kasuen % 67,5ean): batez beste 59 urtekoa, ezkondua (% 65,0), lehen mailako ikasketak edo ikasketa baxuagoak dituen (% 43,5), eta espainola (% 82,0).

**Osasun mentalari** buruz ari garela, 2013ko osasun-inkestak dienez emakumeen osasun mentaleko indizea 68 da, eta gizonezkoena, berriz, 73,7<sup>9</sup>. Adin tarte guztietan, emakumeek gizonezkoek baino indize baxuagoak dituzte.

Estutasun eta depresiozko sintomen prebalentzia % 24,3koa da emakumeen artean, eta % 15,5koa gizonen artean. Adin talde guztietan handiagoa da emakumeen prebalentzia.

Datu horien harira, interesgarria da EAEn osasun-inkesta (2013) egin aurreko bi egunetan "lo egiteko" edo "urduritasunerako edo estutasunerako" botikak hartu zituen pertsonen ehunkoa aipatzea. Emakumeen % 7,3k eta gizonen % 2,9k lehen motako botikak hartu zituen, eta emakumeen % 7k eta gizonen % 3,9k bigarren motakoak.

2013ko osasun-inkestaren arabera, gizonezkoen % 3,6k eta emakumezkoen % 5,1ek bere buruaz beste egitea pentsatu du azken 12 hilabeteetan. Hala eta guztiz ere, 2012ko hilkortasunari buruzko txostenean EAEn gertatutako suizidioen inguruan jasotako datuek % 4,4ko tasa gordina<sup>10</sup> adierazten dute emakumeen artean, eta % 12,5koa, gizonen artean.

<sup>8</sup> "Adineko pertsonen desgaitasuna eta mendekotasuna Euskadin". Eusko Jaurlaritzaren Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila eta INGEMA Fundazioa. 2008

<sup>9</sup> Balioen tarteak 0tik 100era artekoa da. Balio altuek osasun-egoera hobea adierazten dute.

<sup>10</sup> Hau da, emakume guztien artean, adina edo bestelako aldagai esanguratsuen ondorioz gerta daitezkeen aldeak kontuan izan gabe.

Hain zuzen ere, 2010. urtearekin alderatuta, suizidioen gorakada nabarmena gertatu zen 2011n. Kasuen kopuruak % 31 egin du gora (% 96 emakumeetan eta % 16 gizonetan). Suizidioen zifrarik baxuena duen azken hamarkadako urtea 2010a denez, txostenak horren hurrengo urteetako bilakaera ikusteko beharra azpimarratzen du, goraka baloratu ahal izateko (Osasun Saila, 2011).

Immigranteen ongizate psikiko emozionalari jarraiki, aurrez aipatutako inkestak bi galdera proposatzen ditu: bata bizitzako uneren batean beren buruaz beste egiteko aukerari buruz, eta, bestea, pentsamendu hori azken hamabi hilabeteetan izateari buruz. Lehen galderari baiezkoa erantzun zion emakumeen ehunekoa gizonetzkoena baino askoz altuagoa da kolektibo guztietan: jatorri magrebtarreko kolektiboan, gizonetzkoen % 8,5ek eta emakumeen % 18,2k pentsatu zuten bizitzako uneren batean bere buruaz beste egitea; Saharaz hegoaldeko Afrikako gizonetzkoen % 7,2k eta emakumeen % 46,2k pentsatu zuten aukera horretan; jatorri latinoamerikarrekoen artean gizonetzkoen % 9,1ek eta emakumeen % 29,9k aipatu zuten pentsamendu hori, eta erkidegoz kanpoko Europatik etorritakoen artean 47 gizonetatik % 10,6k eta 72 emakumetatik % 25ek aitortu zuten bizitzako uneren batean bere buruaz beste egiteko aukera hausnartu zuela.

Aurreko galderari baiezkoa erantzun zieten artean hauek aipatu zuten azken hamabi hilabeteetan suizidioan pentsatu izana: magrebtar jatorriko 5 gizon; Saharaz hegoaldeko 4 gizon eta 3 emakume; jatorri latinoamerikarreko 12 emakume eta erkidegoz kanpoko Europako 3 gizon eta 3 emakume.

Bizi-itxaropenak emakumeen artean handiagoa izaten jarraitzen badu ere, pixkanakako homogeneizazioa antzeman daiteke **gizon-emakumeen hilkortasunean**. Hori horrela, 2005etik 2010era artean, adinaren arabera doitutako hilkortasun-tasa<sup>11</sup>, 100.000 biztanleko, gizonetzkoen artean emakumezkoen artean baino gehiago gutxitu da (% 11,6 eta % 7,3 gutxiago, hurrenez hurren)<sup>12</sup>. 2005ean, hildakoen % 53,2 gizonetzkoak izan ziren, eta % 46,8, emakumezkoak; 2011n, berriz, EAEn hildako 19.832 lagunetik % 51,9 gizonetzkoak izan ziren, eta % 48,1, emakumezkoak.

EAEko heriotza-tasari buruzko txostenak diotenaren arabera (Osasun Saila, 2011), azken 10 urteetan (2002-2011), EAEn adinaren arabera egokitutako heriotza-tasa urtean % 2,1eko erritmoan txikitu da emakumeen kasuan, eta urtean % 2,3ko erritmoan, gizonen kasuan. Bi kasuetan heriotzaren arrazoi nagusiak zein diren azaltzen da taula honetan.

<sup>11</sup> Biztanleria totalen kalkulaturako heriotza kopuru totala biztanleriaren guztizkoarekin zatituta, adinaren banaketako aldean eragina kenduta.

<sup>12</sup> Osasun Sistema Nazionaleko adierazle giltzarriak –Euskadi–, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa (2011ko azaroa).

HERIOTZAREN ARRAZIOAK (2011)	GIZONEZKOAK		EMAKUMEZKOAK	
	Maizt.	%	Maizt.	%
Zenbait infekziok eta parasitok eragindako gaixotasunak	146	1,4	183	1,9
Tumoreak (neoplasiak)	3.846	37,4	2.415	25,3
Odoleko eta organo hematopoietikoko gaixotasunak eta immunitate-mekanismoari eragiten dieten zenbait asaldura	31	0,3	31	0,3
Gaixotasun endokrikoak, nutrizionalak eta metabolikoak	252	2,4	359	3,8
Buru- eta portaera-nahasmenduak	386	3,7	707	7,4
Nerbio-sistemako gaixotasunak	473	4,6	737	7,7
Begiko eta begi ataletako gaixotasunak	-	-	-	-
Belarriko eta mastoide apofisiko gaixotasunak	-	-	-	-
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	2.699	26,2	2.956	31
Arnas aparatuko gaixotasunak	992	9,6	766	8
Digestio-aparatuko gaixotasunak	503	4,9	443	4,6
Larruzaleko eta larruzalpeko ehunetako gaixotasunak	21	0,2	30	0,3
Sistema osteomuskularreko eta ehun konektiboko gaixotasunak	72	0,7	139	1,5
Aparatu genitourinarioko gaixotasunak	209	2	184	1,9
Haurdunaldia, erditzea eta erditze ondoko aroa	-	-	-	-
Jaiotza inguruko aldiaren sortutako zenbait gaixotasun	7	0,07	25	0,3
Sortzetiko malformazioak, deformazioak eta anomalia kromosomikoak	27	0,3	18	0,2
Klinikako zein laborategiko sintoma, zeinu eta aurkikuntza anormalak	185	1,8	307	3,2
Hilkortasunaren kanpo-faktoreak	447	4,3	236	2,5
<b>GUZTIRA</b>	<b>10.296</b>	<b>% 100</b>	<b>9.536</b>	<b>% 100</b>

(Iturria: EUSTAT)

Taulan ikus daitekeen moduan, bai emakumezkoetan, bai gizonezkoetan, tumoreak (lehen faktorea gizonezkoetan) eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak (lehen faktorea emakumezkoetan) dira hilkortasun-faktore nagusiak, eta heriotza guztien % 60 adierazten dute batean zein bestean.

Tumoreek eragindako heriotza kopuru totalak % 6,7 egin du gora emakumeen kasuan, aurreko urtearekin alderatzen badugu; gizonezkoen kasuan, gorakada hori txikiagoa izan da: % 2,4koa. Emakumeei dagokienez, bularreko tumore gaiztoak eusten dio zerrendako lehen tokiari; gainera, heriotza-kopurua eta adinaren arabera egokitutako tasa % 12 igo da 2010ekoaren aldean. Bigarren tokian dago koloneko tumore gaiztoa. Kasu kopurua % 14 hazi da, eta adinaren arabera egokitutako heriotza-tasak % 8 egin du gora, 2010. urtearekin alderatuta.

Hilkortasunaren bi faktore nagusiekin lotuta, tumoreak (neoplasiak) eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak, EAEko 2002-2010 Osasun Planak bi gaixotasun horiek eragindako heriotza kopuruaren murrizketarekin lotutako

hainbat helburu planteatzen zituen. Tumoreei dagokienez, hain zuzen ere, gizonezkoen artean hilkortasunaren beheranzko joerari ekitea planteatzen zuen, eta emakumeen artean hilkortasun-tasa % 10 murriztea. Bada, planaren ebaluazioak zera ondorioztatu du gizonezkoen kasuan xedea bete dela (% -14,76), baina emakumezkoen kasuan, aldiz, beheranzko joerari ez ekiteaz gain, heriotza-tasaren % 2,10eko gorakada gertatu dela. Horrez gain, aipatzekoa da biriketako heriotzagatiko heriotza-tasaren gorakada nabarmena emakumeen artean (% 164,10ekoa aztertutako hamarkadan), baita bularreko minbiziak eragindako heriotza-tasaren % 26ko murrizketa ere (gaixotasun horrek emakumeen heriotza-eragile nagusia izaten jarraitzen du).

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunekin lotutako heriotzei buruzko datuak positiboak dira; gizonezkoen artean heriotza-tasa % 29,4 gutxitu da, eta emakumeen artean, % 31.

Hilkortasunaren kanpo-faktoreek (zirkulazioko istripuak, etxeko istripuak...) gehiago eragiten diete gazteei. Gizonezkoetan 39 urte arte eta emakumezkoetan 34 urte arte heriotzaren eragile nagusiak dira.

Zirkulazioko istripuak askoz ere ohikoagoak dira gizonezkoen artean; horregatik, hainbat egilek fenomeno horretan antzematen den maskulinitasun-karga azpimarratzen du, nagusiki arriskuaren pertzepzioa eta gidatzeko jarreraren gisako faktoreekin lotuta (abiadura, alkoholaren kontsumoa). Emakumeak pixkanaka gidatzen hasteak ez du haien istripu-tasa areagotzea ekarri.

1996tik 2009ra artean, gazteen heriotza-tasa erdira jaitsi zen, azterketa-aldia balio txikiarekin amaituz: 0,3 hildako, 15etik 29 urtera bitarteko 1.000 biztanleko. Gazteen heriotza-tasa are urriagoa da emakumeen artean gizonezkoen artean baino: 2009. urtean, gizonezkoen tasak emakumezkoena hirukoizten zuen Euskadin (1.000 biztanleko 0,45 eta 0,14 hildako, hurrenez hurren).

Gazteen **heriotza-arrazoiei** dagokienez, 1999tik 2009ra artean, heriotza kopuruaren bilakaera negatiboa izan zen ia arrazoi guztietan, eta kanpokoen beherakada azpimarratu behar da; izan ere, gazteen heriotzen arrazoi nagusi dira (% -77,2 Euskadin, eta % -56,5 Espainian). Hala ere, Euskadiko eta, bereziki, Gipuzkoako tumoreak orokorrean erregresiboa den joeraren salbuespen eskasetako bat dira. Beheraldi ia orokortuaren ostean, 2009an, Euskadiko eta Espainiako gazteen artean aipatu beharreko heriotza-arrazoiak hiru dira, bai ehuneko-banaketan, bai heriotza-tasa espezifikoari jarraiki: tumoreak, motordun ibilgailuen zirkulazioko istripuak, eta suizidioa eta nork bere buruari eragindako lesioak; aipatu beharra dago gazte gipuzkoarren artean tumoreak nagusitzen direla eta Araba eta Bizkaiko gazteen artean, berriz, motordun ibilgailuen zirkulazioko istripuak.

Azkenik, heriotza-arrazoi gehienek askoz intentsitate txikiagoa dute emakume gazteen artean.

**Oso osasungarriak ez diren bizi-ohiturek** eta pertsonak, oro har, hartzen dituzten **jarrera arriskutsuek** gertatzen diren heriotza gehienak azaltzen dituzte. Osasunerako negatiboak diren ohitura eta jarrera mota horiek ohikoagoak dira gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino, eta horren ondorioz sortzen dira batzuen eta besteen arteko aldeak heriotza-tasan. Dena den, gero eta gehiagok pentsatzen du gizon-emakumeen heriotza-tasaren ereduak pixkanaka parekatzen ari direla, emakumeen rol sozialak aldatzen joan direlako azken urteetan, mendebaldeko herrialdeetan.

Baieztape hori bat dator osasunarekin zerikusia duten bizi-ohituren generozko desberdintasunen bilakaerarekin. EAEn, hain zuzen ere, homogeneizazio-prozesu bat egiaztatzen da gizon-emakumeen artean. Ikus ditzagun datuak.

EAEko Osasun Inkestako (2013) datuen arabera, emakumeen % 18,1ek eta gizonezkoen % 24,7k erre egin ohi du. Azken urteetan **tabakoaren kontsumoak** behera egin du gizonen artean; hala ere, bilakaera on hori ez da gertatu emakumeen artean. Inkesta horretan bertan ikusi da emakumeen % 15,7k eta gizonezkoen % 10,8k aurreko urtean baino gehiago erretzen duela. 15etik 24ra urte bitartean, emakumeen % 14,6 eta gizonezkoen % 14 erretzaile ohia da.

Emakume erretzaileen prebalentziarik handiena 25-44 eta 45-64 adin tartean dago, % 25,6 eta % 23,9, hurrenez hurren; gizonezkoen kasuan ere prebalentziarik handiena adin tarte horietan dago (% 29,7 eta % 30, hurrenez hurren).

Gizonezkoen % 25,5ek eta emakumezkoen % 14,5ek **alkohol-kontsumoaren** ondorioz epe luzera osasun-arazoak izateko arrisku handia du. Adinari erreparatuz gero, egoera horretan daudela ikusiko dugu: 15etik 24 urtera arteko nesken % 17,9; 25etik 44 urtera arteko emakumeen % 16, eta 45etik 64 urtera artekoen % 18,3. Gizonezkoen artean ehunekoak apur bat altuagoak dira, talderik gazteenean izan ezik, hor neskek 6 hamarrenetan gainditzen dute mutilen ehunekoa. Adin horretan alkoholismoa izateko susmoa duten neska-mutilen ehunekoa bera da: % 4,2.

Edaten hasteko adinari erreparatzen badiogu, emakumeen % 51,2k eta gizonezkoen % 58,2k 16 urtetik 18ra artean hasi izana aipatzen du; emakumeen % 8,3 eta gizonezkoen % 10,5, aldiz, 15 urte edo gutxiagorekin hasi zen.

Gazteriaren Euskal Behatokiak bultzatutako *Euskadiko gazteak 2008* azterketa soziologikoaren testuinguruan, **alkoholaren eta bestelako drogen**



**kontsumoari** buruz ea azken 12 hilabeteetan gehiegi edan ote zuen edo legez kanpoko drogarik kontsumitu ote zuen galdetu zitzaion gazteen lagin bati. Emaitzek hau erakutsi zuten: galdetutako mutil gazteen % 51k edariarekin, azken urtean behin gutxienez, gehiegikeriak egin izana aitortu zuen; nesken artean ehunekoa % 35ekoa izan zen. Legez kanpoko drogen kontsumoari dagokionez, elkarriketatutako bostetik batek (% 20) adierazi zuen azken urtean horiek gutxienez behin kontsumitu izana; berriro ere, gizonezkoek euren kontsumoa emakumezkoek baino gehiago aitortuta.

Ondoren zenbait **bizi-ohitura osasungarri** buruzko emaitzak aztertuko ditugu, hala nola ariketa fisikoa eta elikadurako ohiturak; hori guztia gure gizartean oso ohikoak diren gaixotasunen prebentzioan duten garrantzia dela eta, gaixotasun muskulu-eskeletikoak, kardiobaskularrak eta onkologikoak kasu.

Gizon-emakumeek egiten duten **ariketa fisikoaren** mailari erreparatuta, lan motarekin edo jarduera nagusiarekin zerikusia duten datuak azalduko ditugu.

LAN EDO JARDUERA NAGUSIAN ZEHARREKO ARIKETA FISIKOA (2013)	GIZONEZKOAK %	EMAKUMEZKOAK %
Eskuarki eserita	41,9	41,2
Zutik	38,8	46,7
Karga arinak garraiatzen ditut	11,9	9,6
Karga pisutsuak garraiatzen ditut	7,4	2,6

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saileko Osasun Inkesta

Taulan ikus daitekeen moduan, emakumeen artean ohikoena lanean edo jarduera nagusian eguneko tarterik handiena "zutik" edo "eserita" igarotzea da (% 46,7 eta % 41,2, hurrenez hurren); gizonezkoen artean ere bi horiek dira aukerarik ohikoena.

Aldiz, **ariketa fisikoari** buruzko datuek, oro har, jarduera "baxua" eta "apala" emakumeen artean ohikoagoa dela erakusten dute (% 34,8 eta % 45,5, hurrenez hurren); eta emakumeen ia bikoitzak baino gizonezko gehiagok egiten du ariketa fisiko "handia".

AZKEN 7 EGUNETAN EGINDAKO ARIKETA FISIKOAREN MAILA (2013)	GIZONEZKOAK %	EMAKUMEZKOAK %
Baxua	26,3	34,8
Apala	38,7	45,5
Altua	35,1	19,7

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saileko Osasun Inkesta

Emakumeen % 65,2k eta gizonezkoen % 73,7k ariketa fisiko osasungarria egiten duela dio. Adin tarte guztietan gizonezkoen ehunekoa



emakumezkoena baino handiagoa da baieztapen hori egitean; alde handienak 65 urtetik gora agertzen dira.

Datu horiek alde batera utzita, gizon-emakumeei egoneko bizimodua daramaten galdetzen zaienean, emakumeen % 40,5ek eta gizonezkoen % 29,8k erantzuten du baiezkoa (Osasun Ministerioaren Osasun Inkesta, 2011-2012).

2008an gazteen artean egindako azterketak (Osasuna eta gazteak: Euskadiko gazteen ikusmoldeak osasunari buruz) kirola egiteko maiztasuna mutilen artean nesken artean baino handiagoa dela erakutsi zuen (% 66,1 eta % 42,6, hurrenez hurren). Gizonezko gazteek alor sozialarekin lotzen dute batik bat kirola; lagunekin elkartu eta gozatzeko leku gisa bizi dute kirola. Hori horrela, % 58,8k kirola lagun taldean egiten duela dio; emakume gazteen artean, aldiz, ehunekoak % 45,3koa da. Emakumeek ariketa fisikoa bakarka egiteko joera handiagoa dute gizonezkoek baino, % 24,5 eta % 14, hurrenez hurren.

Ariketarik ez egiteko arrazoiei dagokienez, emakumeek zein gizonek, oro har, hauek aipatzen dituzte gehien: denbora falta lanaren ondorioz, familiarekiko betebeharrak edo zaintza, borondate falta eta osasun-arazoak. Gizon-emakumeen artean ehunekoak arteko aldeak oso handiak ez badira ere, lehen arrazoia apur bat ohikoagoa da gizonen artean, eta beste biak, berriz, emakumeen artean.

Adierazle horri adin tartearen arabera erreparatuta, denbora falta 15-24, 25-44 eta 65-74 urte arteko emakumeen artean ohikoagoa dela ikusi dugu (azken tarte horretan topatu dugu bien arteko alderik handiena, 7,9 puntukoa).

**Elikadurazko ohiturei**<sup>13</sup> dagokienez, EAEko gizon-emakumeek, oro har, antzeko ohiturak dituzte, nahiz eta zenbait elikagaitan aldeak antzeman daitezkeen; hortik emakumeak gizonak baino gehiago zaintzen direla elikaduraren alorrean ondoriozta daiteke. Esate baterako, egunero fruta, barazkiak eta arraina kontsumitzen duten emakumeen ehunekoak handiagoa da (% 70,1; % 32,4 eta % 3,4; eta gizonezkoetan % 61,1; % 20,9 eta % 2,2), eta apur bat txikiagoa egunero haragia, gozokiak eta janari lasterra jaten dutenena (% 5,6; % 31,9 eta % 0,4; eta gizonezkoetan % 7,6; % 33,8 eta % 0,7).

Datu horiek gizonezkoen artean **gehiegizko pisuaren** ehunekoak handiagoak izatea azalduko lukete, hein batean gutxienez (% 43 eta emakumeen artean % 22,2). Obesitateari buruzko emaitzak, aldiz, antzekoak dira: gizonen % 13,9k eta emakumeen % 12,6k sufritzen du gaixotasun hori.

<sup>13</sup> Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saileko Osasun Inkesta (2013).

Obesitatearen prebalentzia gizonezkoetan emakumezkoetan baino handiagoa bada ere, **pisu eskasa** argi eta garbi ohikoagoa da emakumeengan (% 3, % 0,7ren aldean), eta, bereziki, 15 urtetik 24 urtera bitartean (% 7, % 3,6ren aldean), eta 25 urtetik 44ra bitartean, emakumeen % 4,3 eta gizonen % 0,3.

2008an gazteei buruz egindako azterketaren arabera, **dietak** egiteari dagokionez, ia % 6ko aldea ikusi zen neska eta mutilen artean. Horrez gain, neskek eta mutilek elikadurarekin finkatzen duten erlazioa desberdina dela azpimarratzen du. Mutilek zerbait atseginarekin lotzen dute jatea; neskengan, berriz, elementu gatazkatsuak sortzen dira. Neska gazteenen artean gorputz idealera hurbilduko dena lortzeko beren buruei ezarritako dieta eta kontrolen ondorioz sortzen da gatazka; helduagoen artean, aldiz, elikaduraren desorekek (adibidez, betekaddek) alderdi psikologikoarekin eta emozionalarekin lotutako ondoez-egoerak adierazten dituzte.

Elikadurarekiko gatazka horren adierazpenik muturreko eta patologikoena **elikadura-jokabidearen nahasmenduan** (TCA) (anorexia, bulimia eta abar) topatuko dugu. Nahasmendu mota horiek erabat lotuta daude emakumeekin eta nerabezaroarekin. Gaur egun nazioartean onartutako datuak dira: anorexiaren ezaugarri guztien prebalentzia neska nerabeetan eta gazte helduetan % 0,5 eta % 1 artekoa, eta talde berean bulimiaren ezaugarri guztiak sufritzen dituztenak % 1etik % 3ra artekoa. Era berean, % 3ak eta % 5ak artean TCA sindrome azpiklinikoa pairatzen du. Sorta guztia kontuan hartuz gero (mota arinenak barne), maiztasunaren kalkulua % 11 eta % 16 artekoa izango da.

Gaur egungo mendebaldeko gizartean, emakumeengan mota horretako osasun-arazoak agertzearekin lotuta dauden hainbat faktore soziokultural daude: ederra eta osasuntsua denaren estereotipo jakina sortzea eta inposatzea (edertasunaren, liraintasunaren, osasunaren eta gaztetasunaren industriak); feminiteatearen sorkuntzak eta emakumeek beren gorputzarekin duten harremanak autokontrola dute funtsezko ezaugarri: zaindu egiten dute emakumeek zer jaten duten, nola janzten diren, nola hitz egiten duten, nola esertzen diren, nola ibiltzen diren, zer jarrera duten eta abar; alor profesionalean arrakasta izateko beharreak oinarritutako feminiteatearen eredu inposatzetik sortutako eskakizunek eta, aldi berean, emakumearen idealizatutako ereduarekin parekatzeak etengabeko borrokara eramaten du emakumea, etxeko erantzukizunak ordaindutako lanarekin bat egiteko; aurrekoarekin oso lotuta, dena egin dezaketen emakumeei buruzko fikzioak sortzea (super-woman); botere eta estatusarekiko lehia berdintasunezko baldintzetan gertatzen delako ustea; ikus-entzunezko komunikabideek markatutako sexualitatea, horietan itxura fisikoa funtsezkoa baita eta horrek emakumeak kontraesan eta frustraziozko jarreran jartzen ditu, eredu lorrezinei, irrealei eta kontraesanekoei aurre egin

behar baitiete; eta gaztetasunarekiko kultura eta zahartzeko eta hiltzeko beldurra. (Bullen, L eta Pecharromán, B, 2005).<sup>14</sup>

**Sexualitatearekin zerikusia duten prebentziozko praktiken** faltak edo horien erabilera okerrak ere eragin ditzakete osasunarekin lotutako arazoak, hala nola GIB/HIESarekin infektatzea edo nahi gabeko haurdunaldiaren borondatezko etendura.

2011. urtean EAEko nerabeen artean egindako azterketa baten arabera (Gómez Zapiain; Ortiz Barón; eta Ezeiza Camarero),<sup>15</sup> gizonetzkoen % 88,4k eta emakumezkoen % 77,9k preserbatiboa erabiltzen duela erantzun zuen. Hau da, sexualki aktiboak diren hamar gizonetatik batek ez luke preserbatiborik erabiliko koitodun sexu-harremanetan, eta emakumezkoen kasuan, hamarretatik bik.

Preserbatiborik erabiltzen ez duten nesken % 22,1etik % 28,6k ez du bestelako metodarik ere erabiltzen. Hortaz, sexualki aktiboak diren nesken % 6,23 GIBarekin infektatzeko, sexu-transmisiozko infekzioak hartzeko edo nahi gabe haurdun geratzeko arriskuan egongo litzateke.

"Biharamuneko pilula" delakoaren edo larrialdiko kontrazepzioaren erabilerari dagokionez, sexualki aktiboak diren nesken % 37,1ek baliabide hori noizbait erabili duela dio. Zenbatetan erabili zuten galdetu zitzaizenean, datuok erakusten dute erdiak baino zertxobait gehiagok (% 56,2) behin erabili duela, % 25,7k bitan, % 10,5ek hirutan eta % 7,7k hirutan baino gehiagotan.

**Haurdunaldiaren borondatezko etendurari (HBE)** buruz EUSTATEk (2011) emandako datuen arabera, egindako 4.138 etenduretatik % 55,1 emakume gazteetan egin ziren ( $\leq 29$  urte), eta % 43,9, 25 eta 29 urte arteko emakumeetan. EAEko HBEen tasa % 9,9koa da, hau da, 1.000 emakumetik 10ek beren borondatez eten zuten haurdunaldia 2011n.

GIBari dagokionez, 2012. urtean 161 kasu berri diagnostikatu ziren EAEn (Osakidetzako web orria), eta kutsatutakoen artean % 82 gizonetzkoak izan ziren. Horien artean bide homosexualetik % 59,9 kutsatu zen eta bide heterosexualetik % 25; emakumeen artean, aldiz, kutsaduren % 93,2 bide heterosexualetik gertatu zen.

Osasunerako erabakigarria den beste faktore bat **babes soziala** da. Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak 2013an egindako Osasun Inkestako emaitzen arabera, emakumeek, oro har, gizonetzkoek baino (29 eta 28,9) apur bat

<sup>14</sup> Bullen, Margaret L. eta Pecharromán Ferrer Begoña (2005): Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios. *Zainak*. 27. kapituluak, 179-186. or.

<sup>15</sup> "Bigarren hezkuntzako ikasleei eta haien erreferentziazko hezkuntza-komunitateari bideratutako heziketa afektibo sexualari buruzko programaren garapena". Eusko Jaurlaritzaren eta Euskal Herriko Unibertsitatearen arteko kontratuaren testuinguruan egindako ikerketa.

altuagoa dute (batez beste) babes sozial konfidentziala (komunikatu ahal izateko pertsonak dituzte)<sup>16</sup>. Babes sozial afektiboari dagokionez (maitasun eta enpatia adierazpenak), emakumeen puntuazioa gizonezkoena baino baxuagoa da (24 eta 25,2, hurrenez hurren)<sup>17</sup>.

Babes sozial afektiboari dagokionez, emakumeen batez besteko puntuazioa gizonezkoena baino apur bat altuagoa da 15 urtetik 44ra bitartean; 45 urtetik 74ra bitartean, gizonezkoen batez bestekoa emakumezkoena baino altuagoa da, eta 75 urtetik gora, berriro ere emakumeek dute puntuazio altuena.

Babes sozial konfidentzial faltaren prebalentzia % 5,2koa da emakumeen artean, eta % 4,8koa gizonen artean; babes sozial afektibo faltaren prebalentzia, aldiz, % 24koa da emakumeen artean, eta % 25,2koa, gizonen artean.

Immigranteen osasunari buruz egindako galdeketak (2006) ere ikertu zuen babes sozial konfidentzialari eta babes sozial afektiboari buruz. Erkidegoz kanpoko Europako emakumeek, gizonekin alderatuta, osasun sozial okerragoa dutela erakusten dute emaitzek: % 80,2k babes afektibo baxua du, eta % 79,1ek babes konfidentzial baxua. Jatorri magrebtarrekoen kasuan, emakumeek (% 31,6) gizonezkoek (% 15,1) baino babes konfidentzial falta handiagoa erakutsi zuten.

---

<sup>16</sup> Babes konfidentziala falta dela jotzen da puntuazioa  $\leq 18$  denean.

<sup>17</sup> Babes afektiboa falta dela jotzen da puntuazioa  $\leq 15$  denean.

## 2.2. BALIABIDEAK ESKURATZEKO DESBERDINTASUNAK

Gizarte gehienetan boterea banatzen den moduaren ondorioz, emakumeek beren osasuna babesteko beharrezkoak diren baliabideen gaineko kontrol eta irisgarritasun txikiagoa dute, eta esku hartzeko aukera gutxiago, erabakiak hartzerakoan.

Orielle Solar, Alec Irwin eta Vicenc Navarro egileek defendatzen dutenez, bi elementu nagusi daude osasun arloan dauden berdintasun ezen faktore erabakigarriak azaltzeko: egiturazko faktoreak eta bitarteko faktoreak<sup>18</sup>. Lehenengoak testuinguru sozioekonomikoak, politikoak eta egitura sozialaz osatuta daude. Egitura sozialak berdintasun ezak ekartzen ditu bitarteko faktoreetan, eta horiek, aldi berean, osasun arloko berdintasun ezak zehazten dituzte. Faktore horiek **baliabide materialak** eta **osasun-sistema** jasotzen dituzte.

### **BALIABIDE MATERIALAK**

Hauek hartzen dira baliabide material gisa: enplegu- eta lan-baldintzak; ordaindu gabeko lan-karga; diru-sarreraren maila eta egoera ekonomikoa eta ondare-egoera; etxebizitzaren eta ekipamenduen kalitatea; bizilekua den auzo edo eremua eta bertako ezaugarriak. Baliabide horiek guztiek prozesu psikosozialetan eragiten dute, hots, kontrol falta, babes sozialaren falta eta estres-egoerak (bizitzako gertakari negatiboak); horrez gain, horietatik etorritako osasunean eragiten duten jarreretan eta prozesu biologikoetan ere eragiten dute. Sexuaren arabera banandutako datuak topatu diren baliabideetako gizon-emakumeen egoera aipatuko dugu hemen.

#### **Enplegu eta laneko baldintzak:**

Lanbidek Emakumea eta Lan Jarduera (2012) txostenean argitaratutako datuek azaltzen dute prekarietateak gehiago eraso egiten diela emakumeei: behin-behinekotasun handiagoa dago emakume okupatuen artean –% 25,3–, gizon okupatuen artean baino –% 19,5–; lan-kontraturik gabeko emakume okupatuak ere gehiago dira –% 1,9 baina gizonen % 0,2–; lanaldi partzialeko kontratua dutenak ere bai, horrelako kontratua duten 10 pertsona okupatutatik 8 emakumeak baitira eta horrek zuzeneko eragina du haien diru-sarreretan, eta zaildu egiten du emakume eta gizonen ordaindu gabeko lanean berdintasunez parte hartzea, emakumeek denbora gehiago baitute ordaindutako lan-ordutegitik kanpo,

<sup>18</sup> Berdintasunerantz aurrera: osasun arloan desberdintasun sozialak murrizteko politika eta esku-hartzeen proposamena (Osasun Ministerioa, 2010).

eta posizio ahulagoan kokatzen ditu familiako eta bikoteko harreman zuzenagoak eta berdintasun handiagokoak negoziatzeko orduan.

Gazte jendearen artean, 2012an, % 51,8koa zen behin-behinekotasun tasa (aldi baterako kontratua duten pertsonen ehunekoa soldatapeko pertsona guztiekin alderatuta), 16 urtetik 29ra arteko emakumeen artean, eta % 49,4koa, adin-tarte bereko gizonen artean. Kontratu gabeko lana ere ohikoagoa da adin horietako emakumeen artean gizonen artean baino (% 4 eta % 1, hurrenez hurren), eta gauza bera esan daiteke lanaldi partzialari buruz (% 35 eta % 14, hurrenez hurren).

Desgaitasuna duten pertsonen dagokienez, 2011ko (EIN) inkestako datuek diote emakumeen % 27k aldi baterako lan-kontratua duela (gizonen % 20,3), eta % 27,7k, lanaldi partziala (gizonen % 8,8).

Immigranteen kontratu motari erreparatuz, daturik deigarriena kontraturik gabe lan egiten duen emakumeen ehuneko handiarena da: % 20,8 (gizonen % 7,3). Zuzeneko erlazioa du datu horrek, alde batetik, emakumeen irregulartasun-tasarekin (% 7,8), eta bestetik, emakumeen gehiengoak egiten dituen lan motekin, guztiek prekarietatea dutelarik ezaugarri nagusi gisa: etxe-zerbitzua, ostalaritza eta merkataritza.

### **Ordaindu gabeko lan-karga (etxekoa eta zaintzakoa):**

Emakumeen osasun-egoeran lan-egoeraren, klase sozialaren eta lan-okupaziotik eta familia-eskakizunetatik etorritako lan-kargen arabera aldakortasun handia erakusten duten hainbat ikerketa daude; ez da ahaztu behar emakumeak pixkanaka lan-munduan sartzea ez dela gizonen etxeko lanetako eta pertsonen zaintzako erantzunkidetasunarekin batera etorri (Arartekoa, 2007).

2008an egindako Denboraren Erabilera Sozialari buruzko Inkestak aditzera eman zuen Euskadiko emakumeek, egunero, gizonen baino bi ordu gehiago ematen dituztela etxeko lanetan (3 h 25' eta gizonen 1 h 19'); gizonen, aldiz, emakumeek baino ordu bate gehiago sartzten dute enpleguan eta prestakuntzan (4 h eta emakumeek 2 h 49'); horrek esan nahi du emakumeek denbora libre gutxiago –ordubete inguru– izaten dutela (Emakunde, 2010).

EINek (2009-2010) egindako Denboraren Erabilera Sozialari buruzko Inkestaren arabera ere emakumeek eskaintzen diete, egunero, batez besteko ordu kopuru handiena ordaindu gabeko zereginei (ia 2 ordu gehiago), eta, alderantziz, gizonak dira ordaindutako lanari, batez beste, ordu gehien eskaintzen diotenak (ordubete gehiago). Emakumeek enpleguari eta zaintza-lanei eskaintzen dieten denbora batzen badugu, egunero batez

beste gizonetako baino orduete gehiago egiten dutela lan ondorioztatuko dugu.

Berriaz aztertzen badugu pertsonen zainketa —ugalketa-lanaren (ordaindu gabekoaren) funtsezko zeregina—, 2008ko datuek (Eustat) adierazten dute alde handiak daudela emakumeek eta gizonen gisa horretako zereginetan egunero sartzan duten batez besteko denboran: emakumeek 2 ordu sartzan dituzte, batez beste, eta gizonetako orduete eta 19 minutu. Gainera, alde hori mantendu egiten da enplegua duten emakumeak eta gizonak alderatzen direnean (2 ordu eta 17 minutu emakumeek, eta orduete eta 37 minutu gizonen).

Arartekoaren Bulegoak egindako txostenak (2007) emakume langileen osasuna alor pribatuan haien gain erortzen den lan-karga gehigarriarekin lotuta dagoela azpimarratzen du ondorio moduan. Etxeko lanez eta zaintzaz ia bakarrik arduratu behar duten emakumeek aztertutako osasun-aldagai hauetan berdintasuneko banaketa dutenek baino emaitza okerragoak azaldu dituzte: nor bere buruaz egiten duen osasunaren balorazioa, osasunarekin lotutako bizi-kalitatea eta osasunarekin zerikusia duten bizi-ohiturak (ariketa fisikoa denbora librean, tabakoa erretzeko ohitura eta egunean 7 ordu baino gutxiago lo egitea).

Ordaindutako lana edukitzea eta bikotearekin etxeko lanen eta zaintzaren bidezko banaketa egitea da emakumeen osasunean duen eraginagatik aukerarik onena. Emakumeek etxearekin lotutako lanak beren gain bakarrik edo ia bakarrik hartu behar dituztenean, osasunarekin lotutako emaitzarik onenak (balorazioa eta bizi-kalitatea) etxeko lanetan eta zaintzan soilik aritzen diren emakumeen artean eman ziren, ordaindutako lana ere garatzen dutenekin alderatuta.

### **Diru-sarrerak:**

Emakumeen eta gizonen diru-sarrera ekonomikoei buruz bildutako datuek batzuen eta besteen arteko alde handiak erakusten dituzte. Eskuratutako azken datuen (2010) arabera, EAEko emakumeen batez besteko diru-sarrera gizonetakoena baino % 24 baxuagoa da; emakumeen eta gizonen arteko soldataren alde handiagoa da errenta baxuenetan, (% 39) eta txikiagoa errenta altuenetan (% 15). Horrez gain, alde horiek emakumeen hainbat kolektibotan topatu dira: EAEko emakume gazteek gizon gazteek baino 200 € gutxiago irabazten dituzte; Espainian desgaitasuna duten emakumeen hileko soldata garbia desgaitasuna duten gizonena baino baxuagoa da (123 € gutxiagokoa) (EIN 2010); eta EAEn emakume immigranteen batez besteko per capita diru-sarrera immigranteen kolektiboko batez besteko diru-sarrera pertsonaren batez bestekoa baino 200 € baxuagoa da (EPIE –Biztanle Etorrin Atzeritarren Inkesta–, 2010).

EAE en erretiratutako gizonen batez besteko errenta pertsonala 24.905 €-koa zen 2011. urtean, eta emakumeena, berriz, 12.866 €-koa; hau da, % 48 gutxiago (Eustat).

Arartekoaren bulegoak EAEko biztanleriaren osasun arloko aldeei buruz egindako azterketak (2007) aditzera eman duenez, pertsonen testuinguru sozioekonomikoarekin zerikusia duten alde nabarmenak daude osasun arloan, eta, horren ondorioz, batzuk besteak baino gehiago, baina osasunerako arriskuen mende geratzen dira, osasun-sistema publikorako eskubide unibertsalaz haratago. Azterketa horretatik ateratako emaitzek sexuaren eta klase sozioekonomikoaren aldagaien arabera osasunarekin zerikusia duten aldeak daudela erakusten dute.

- Osasunaz norberak egiten duen balorazioa klase sozialarekin oso lotuta dago; izan ere, klase sozial pobreenetako pertsonak aberatsenek baino osasun okerragoa dutela aitortzen dute, bai gizonen, bai emakumeen artean.
- SF-36<sup>19</sup> inkestaren alor guztietan, klase sozial aberatsenen puntuazioak pobreenak baino altuagoak dira, emakumeen artean bereziki.
- Arazo kronikoen pairamena klase sozialarekin lotuta dago, bereziki, emakumeen kasuan; hain zuzen ere, V klase sozialekoen (pobreena) prebalentzia I klasekoena (aberratsena) baino % 22,7 handiagoa da.
- Aldi baterako mugapenaren prebalentzia gradiente sozioekonomiko argiaren arabera banatzen da, eta horrek jardueraren aldi baterako mugapen handiagoa egozten die maila sozioekonomiko baxuagoa dutenei. Gizonen kasuan, zehazki, V klasekoek (pobreenak) I klasekoek (aberratsenak) baino 2,3 bider aldi baterako mugapen gehiago sufritzen dute; emakumeen artean alde hori ia bikoitza da.
- Sedentarismoa oso lotuta dago pertsonen ezaugarri sozioekonomikoekin, horrela, V klaseko (pobreenak) gizonen artean I klasekoen (aberratsenak) artean baino % 36 altuagoa da; maila sozioekonomiko baxueneko emakumeak aberatsenak baino % 14 sedentarioagoak dira. Obesitateari dagokionez, eredu sozioekonomiko argiari jarraiki banatzen da, eta emakumeen artean nabarmenagoa dela dirudi.

<sup>19</sup> Osasunari buruzko 8 alor jasotzen dituen 36 galderaz osatutako galdeketa da: funtzio fisikoa (PF), rol fisikoa (RP), gorputzeko oinazea (BP), osasun orokorra (GH), bizitasuna (VT), funtzio soziala (SF), rol emozionala (RE) eta osasun mentala (MH). Alor bakoitzean, galderak 0 (osasun-egoerarik txarrena) eta 100 (osasun-egoerarik onena) arteko eskalan kodetu, erantsi eta eraldatzen dira.



- Prebentziozko aholku medikoari jarraiki, klase ahulenetako emakumeei gutxiago galdetzen zaie kasu guztietan (tabakoaren eta alkoholaren kontsumoa, ariketa fisikoa egitea eta sexu-ohiturak).
- Heriotza-tasa txikitu egiten da bizilekuko maila sozioekonomikoak gora egiten duen heinean, hortaz, V klasekoen (pobreenak) heriotza tasa % 26 altuagoa da gizonezkoetan, eta % 11 altuagoa emakumezkoetan, I taldekoen aldean (aberatsenak). Horrekin lotuta, maila sozioekonomikorik baxueneko auzoetan jaiotzeak gizonezkoetan 3,5 urte gutxiagoko eta emakumezkoetan 1,3 urte gutxiagoko bizi-itxaropena edukitzea esan nahi du.

Osasun arloko itxaropenei dagokienez (osasun oneko itxaropena eta kalitatearen araberrako bizi-itxaropena), EAEn egindako bi azterketek (Ruiz eta kolaboratzaileak, 2005; Esnaola eta kolaboratzaileak, 2007) hau ondorioztatzen dute: atal desberdinetako taldeen arteko aldeak jaiotzean 9,2 urtekoak izan ziren gizonezkoen kasuan, eta 6,8 urtekoak emakumezkoen kasuan, osasun ona edukitzea itxaropenean; eta kalitatearen araberrako bizi-kalitatean, 1999-2003 aldirako, 15 urterekin aberatsenen eta pobreenen arteko aldeak 4,6 eta 3,6 urtekoak ziren gizonezkoen eta emakumezkoen kasuetan, hurrenez hurren.

### **Bizi-kalitatea eta ekipamenduak:**

Baldintza egokiak betetzen dituen etxebizitza edukitzea osasun fisiko eta mentalerako aurrebaldintza da. Nazioarteko esperientziek erakutsi dute etxebizitzetako kalitatea eta egokitzapena hobetzen duten esku-hartzeak eta bizitokien banaketa murrizten dutenek osasun arloko berdintasun ezak murriztu ditzaketela<sup>20</sup>.

Berdintasun ezaren arazo guztietan bezala, etxebizitza egokiaren faltak eragin handiagoa du kolektibo ahulenen artean. Etxebizitzaren arazoak Espainian gazteei, immigrantei eta adineko pertsoneri eragiten die nagusiki, eta, neurri txikiagoan, alor sozioekonomikoan ahulak diren kolektiboak, hala nola desgaitasunak dituzten pertsoneri, langabetuei eta abar.

Arazo horren azterketa tradizionaletan ez da generoaren inolako ikuspegirik jaso, ezta baldintza orokorretan emakumea buru duten etxebizitza askotako baldintza sozioekonomiko baxuagoak nabarmenak izanik ere, oinarrian emakumeek lan-merkatuan jasaten duten diskriminazio iraunkorraren ondorioz: prekaritate handiagoa, langabezia handiagoa eta diru-sarrera txikiagoak. Bosch Medaren (2006) araberrera, Espainian etxebizitzaren arazoa emakumeen artean talde hauetan finkatuta dago

<sup>20</sup> Bosch Meda, J. (2006). *Etxebizitzaren arazoa Espainian generoaren ikuspegitik: analisia eta garapenerako proposamenak*. Alternativas Fundazioa.

nagusiki: gazteak, adinekoak, guraso bakarreko etxeak, genero-indarkeriaren biktimak, emakume immigranteak, preso ohiak, prostituzioan aritzen diren emakumeak eta sexu-esplotazioaren biktimak (azpitalde horietako bakoitza ez da baztertzailerik, emakume asko talde batean baino gehiagotan koka daitezke).

Osasuna (antzemandako osasuna eta osasun-egoera) eta etxebizitzarako aukera lotzen dituen EAEko datu bakarrak, zeharkakoak badira ere, "etxebizitzarik gabeko"<sup>21</sup> pertsonen buruzkoak dira. Kolektibo horretako emakumeek kolektibo bereko gizonek baino osasun okerragoa dutela erakusten dute datuek.

SEXUA	"Etxebizitzarik gabeko" pertsonetan antzemandako osasuna (2012)		"Etxebizitzarik gabeko" pertsonen osasun-egoera (2012)	
	Erregularra	Oso txarra	Gaixotasun larria edo kronikoa	Desgaitasuna
EMAKUMEZKOAK	31,6	12,8	30,3	18,5
GIZONEZKOAK	22,9	8,1	23,1	13,9

Iturria: EUSTAT (geuk egina)

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Osasun Inkestak (2013) etxebizitzarekin zerikusia duten zenbait adierazle jaso ditu osasunaren mugatzaileen artean: zarataren arazoak, usain txarren arazoak, edateko uraren kalitatea. Etxean usain txarrekin edo edateko uraren kalitatearekin arazoak dituela dioen emakume kopurua gizonezkoena baino handiagoa da; zaratari buruzko datuak, aldiz, ia parekoak dira taulan ikus daitekeen moduan.

ARAZOAK ETXEBIZITZAN 2013	EMAKUMEZKOAK		GIZONEZKOAK	
	ASKO	ZERTXOBAIT	ASKO	ZERTXOBAIT
ZARATA	4,9	22,2	4,6	22,2
USAINAK	2,4	12,1	1,6	10,5
URAREN KALITATEA	1,4	6,7	0,9	5,8

Iturria: EAEko Osasun Inkesta (geuk egina)

Bizi-baldintzei buruz Inkestan aipatutako beste datu interesgarri batzuk (EIN, 2007) gizon-emakumeen arteko aldeei buruzkoak dira, adina kontuan hartuta: etxebizitzetako leku falta, tenperatura beroaren falta hotza egiten duen hilabeteetan eta tenperatura freskoaren falta udan (estatu guztiko datuak dira).

<sup>21</sup> Hau da, inolako etxebizitzarik ez duten pertsonak, kalean bizi direnak.

ADIN TALDEAK	LEKU FALTA DUTEN ETXEBIZITZAK (2007)		TEMPERATURA FALTA DUTEN ETXEBIZITZAK BEROA HOTZA EGITEN DUEN HILABETEETAN (2007)		UDAN TEMPERATURA FRESKORIK GABEKO ETXEBIZITZAK (2007)	
	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak	Gizonak
16-29	13,9	12,2	19,8	23,2	33,4	40,6
30-44	19,5	17,1	17,1	15	25,7	25,7
45-64	12,1	12,1	18	17,9	25	23,8
≥ 65	7,2	6,9	20,2	18,9	22,9	21,9

Iturria: Bizi-baldintzei buruzko inkesta (EIN) (geuk egina)

Aipatutako hiru alderdiekin lotuta emakumeak eta gizonak buru dituzten etxebizitzetako baldintzen artean alde handiez hitz egin ezin dezakegun arren, salbuespen batzuk izan ezik, taulako datuek adierazten dute mota horietako gabeziak dituztela dioten emakumeak gehiago direla gizonezkoak baino, adin talde gehienetan.

Inkesta horretan bertan, estatu osoko emakumeen % 12,9k eta gizonezkoen % 11,2k etxebizitzarekin "ez dagoela batere gustura" edo "ez dagoela gustura" dio.

## **OSASUN-SISTEMA**

Babes gutxien duten talde sozialei osasun-zerbitzuetarako sarbidea murrizteak eta zerbitzuen kalitatea txikitzeak osasunean eta ongizatean eragiten dutenak baino ondorio larriagoak izan ditzake. Bitan banatu ditugu baliabide horiek: 1) herritar guztientzako osasun-zerbitzu eta -programak (kontsulta orokorrak, kontsulta espezializatuak, larrialdiak, ospitaleratzeak); 2) emakumeei zuzenduriko zerbitzu eta programa espezifikoak (ugalketa-osasuna; bularreko minbiziaren eta minbizi ginekologikoaren prebentzioa; genero-indarkeria).

### **1. Biztanle guztientzako osasun-zerbitzu eta -programak:**

2013ko Osasun-inkestaren arabera, EAeko emakumeen % 89,4 eta gizonen % 90,7 pozik daude osasun-zerbitzuekin. Osasun-beharrizanen estaldurari dagokionez, emakumezkoak ez daude gizonezkoak bezain pozik.

OSASUN-BEHARRIZANEN ESTALDURA (2013)	EMAKUMEZKOAK %	GIZONEZKOAK %
Pozik (premia guztiei erantzuten die)	40,8	42,4
Nahiko ondo erantzuten die, baina beste arreta-zerbitzu batzuk ere eskaini behar lituzke	54	53,6
Ez ditu betetzen nire osasun-beharrizanak	5,2	4

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saileko Osasun-inkesta

### Prebentzio-jardunak

2013ko Osasun Sailaren Osasun-inkestan azken **12 hilabeteetako lau prebentzio-jardunen** inguruan galdetzen da: gripearen aurkako txertoa; tentsio arteriala neurtzea; kolesterol-maila neurtzea, eta odoleko azukre-maila neurtzea. Emaitzen arabera, oro har, ia ez dago alderik emakumezkoen eta gizonezkoen artean; bai, ordea, adina kontuan hartzen bada. 44 urte bete arte, emakumeen artean gauzatzen dira gehienbat jardun horiek, baina, adin horretatik aurrera, gora egiten du gizonezkoen ehunekoak.

Adin - taldea	Gripearen txertoa (2013)		Tentsio arteriala neurtzea (2013)		Kolesterol-a neurtzea (2013)		Odoleko azukrea neurtzea (2013)	
	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak	Gizonak	Emakumeak	Gizonak
15-24	3	4,2	35,5	37,8	22,2	20,3	22,8	21,8
25-44	6,1	5,4	53,9	53,9	46,7	45,8	45,7	44,7
45-64	13,2	13,9	68,1	74,1	64,2	70,6	61,3	66,8
65-74	55,4	62,1	82,8	86	81,6	85	75,7	81,2
≥ 75	77,3	84,3	90,6	89	84	86,3	81,2	84,6

Iturria: Bizi-baldintzei buruzko inkesta (EIN). (geuk eginikoa)

### Medikuaren aholkua

Jarraian, medikuaren edo erizaintzako kontsultetan honako gai hauei buruz galdetu, hitz egin edo aholkua eman zaien emakume eta gizonen ehunekoari buruzko datuak agertzen dira: tabakoaren eta alkoholaren kontsumoa; ariketa fisikoa; sexu-ohiturak; HIESa, eta gorputzaren pisua. Alderik handienak tabakoari eta alkoholari lotuta nabari dira; izan ere, emakumei gehiago galdetu zaie halako ohituren inguruan, nahiz eta gizonezko gehiagok dituzten tabakoa eta alkohola kontsumitzeko ohiturak.

Medikuaren zein erizaintzako kontsultetan, inoiz galdetu, hitz egin edo aholkua eman zaie (2013)	EMAKUMEAK %	GIZONAK %
Erretzen duen galdetu diote	50,8	45,8
Zenbat alkohol edaten duen galdetu diote	47,9	39
Ariketa fisikorik egiten duen galdetu diote	48,8	46,4
Sexu-ohiturei buruz galdetu diote	8,1	9
HIESari buruz hitz egin diote	7,4	7
Pisatu egin dute	38,9	42,1
Beretako gorputz-pisu egokiena zein den esan diote	30	29,9
Beretako egokienak diren ariketa fisikoak zein diren esan diote	31,4	33,4

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Osasun eta Kontsumo Saileko Osasun-inkesta

### Kontsulta orokorrak eta espezializatuak

EAEko emakumeen % 14,8k eta gizonen % 13k kontsulta orokorrak edo pediatriako kontsultak egin dituzte, inkestan (2013) parte hartu aurreko 14 egunetan. Hurrengo taulan agertzen dira inkestan parte hartu aurreko 12 hilabeteetan izandako kontsulta medikoen kopurua.

Azken 12 hilabeteetan izandako kontsulta kopurua (2013)	EMAKUMEA %	GIZONAK %
Bat ere ez	12,9	21,7
1 ó 2	32,8	34,5
3 eta 9 bitartean	42,9	35,6
Hamar eta gehiago	11,4	8,2

Iturria: Eusko Jaurritzaren Osasun eta Kontsumo Saileko Osasun-inkesta

Datuek adierazten dutenez, emakumeek kontsulta gehiago izan zituzten inkesta egin aurreko 12 hilabeteetan.

### Larrialdiak

EAEko emakumeen % 14 eta gizonen % 12,9 larrialdi-zerbitzuetan artatu dituzte, inkestan (2013) parte hartu aurreko 6 hilabeteetan. Adin-tarte guztietan, 0-14 eta 65-75 tarteetan izan ezik, artatutako emakumeen kopurua handiagoa gizonena baino.

### Ospitaleratzea

EAEko emakumeen % 7,6 eta gizonen % 7,1 ospitaleratuta egon dira, inkestan (2013) parte hartu aurreko 12 hilabeteetan. Adina kontuan hartzen bada, 25-44 adin-tartea izan ezik, beste guztietan, inkestan (2013) parte hartu aurreko 12 hilabeteetan ospitaleratuta egon diren gizonen ehuneko emakumeena baino handiagoa da. Aipatutako adin-tartean, 2013ko erditzeen % 96,3 gertatu ziren (zesareak barne), hau da, 10.795 (emakumeen ospitaleratze guztien % 12,8).

### Eguneko ospitalea

EAEko emakumeen % 5,8 eta gizonen % 5,6 eguneko ospitalean artatu dituzte inkestan (2013) parte hartu aurreko 12 hilabeteetan.

Emandako datuen arabera, oro har, emakumeek gizonek baino gehiago erabiltzen dituzte laguntzarako osasun-baliabideak, beharbada osasun okerragoa dutelako, emandako datuetan aditzera ematen denez.

## 2. Emakumeentzako osasun-zerbitzu eta -programa espezifikoak:

### Ugalketa-osasuna

#### **Koitoaren ondorengo pilula**

2008an, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila doan ematen hasi zen koitoaren ondorengo pilula, medikuak aginduta. Lehen mailako arretarako zentroetan, arreta jarraituko gunetan (AJG) eta, salbuespen gisa, ospitaleetako larrialdi-zerbitzuetan ematen zen. Pilula informatzeko liburuxka batekin eta preserbatibo batekin batera zetorren kit batean. 2011an, Osasun Sailak 6.000 kit erosi zituen, anbulatorio eta AJGetan doan banatzeko.

2009ko irailean, Espainiako estatuan onetsi zen sexu eta ugaltzeko osasunari buruzko legeak "hurrengo eguneko pilula" medikuaren errezetarik gabe ematea baimendu zuen.

EAEEn pilulari emandako erabilerari buruzko datuak bat datoz 2011n Kontrazepzioaren Espainiako Elkarteak egindako azterlanaren emaitzekin<sup>22</sup>. Emaitzen arabera, inkestan parte hartu zuten emakumeen % 14,1ek bakarrik erabili zuen inoiz hurrengo eguneko pilula. Emakume horien % 14,6k baieztatu zuen erabiltzeko arrazoia antisorgailurik ez erabili izana izan zela.

Farmazian (% 31,2); lehen mailako arretako zentroan (% 27,1); larrialdi-zerbitzuan (% 18,7); familia planifikatzeko zentroan (% 20,8), eta ohiko ginekologoarenean (% 2,1) eskuratu zuten hurrengo eguneko pilula. % 9,7k adierazi zuen zailtasunak izan zituela pilula eskuratzeko.

Inkesta berean, azken 12 hilabeteetan medikuarenera antisorgailuekin erlazionatutako konturen batengatik joan ziren galdetu zitzaizenean, % 95,8k ezetz erantzun zuten.

#### **Haurdunaldia borondatez etetea (HBE)**

3.913 izan ziren EAEEn bizi eta 2012an HBEa egin zuten emakumeak. Adinaren arabera datuak aurkeztu ahal izateko, 2011ko datuetara jo dugu.

Horien arabera, 20 urtetik 39ra artekoak izan ziren HBE egin zuten emakumeen ehuneko handiena hartu zutenak (% 67,4).

<sup>22</sup> [http://www.sec.es/area\\_cientifica/AU/estudiocomunidades.php](http://www.sec.es/area_cientifica/AU/estudiocomunidades.php)

ADIN-TALDEAK	HBE BAT EGIN ZUTEN EMAKUMEAK (2011)
< 15	10 (% 0,2)
15-19	416 (% 10,1)
20-24	851 (% 20,6)
25-29	1.003 (% 24,2)
30-34	934 (% 22,6)
35-39	649 (% 15,7)
40-44	254 (% 6,1)
> 44	21 (% 0,5)
<b>Guztira</b>	<b>4.138</b>

Iturria: Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa

### Erditzeak:

Eskura dauden datuen arabera (oraindik behin-behinekoak badira ere), 19.089 jaiotza gertatu ziren 2013an.

EAEko erditzeen ezaugarriari dagokienez, azken datuak 2009koak dira (Eustat eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila, 2012). Hau da eskura dagoen informazioa.

EAE-KO ERDITZEEI BURUZKO INFORMAZIOA	(2009)
Erditzeak	20.884
Baginatik	17.880
Zesarea bidez	3.004
Erditze anizkoitzak	484
Anestesia epidurala erabiliz egindako erditzeak	15.877
Abortuak	2.303
Jaiotza inguruko heriotzak	70
Jaioberrien heriotzak	24
Jaioberri goiztiarrak	14

Zesarea-tasa jardun onen adierazletzat jotzen da: tasa baxua denean, haurdunaldia ondo kontrolatu dela eta erditzean behar bezalako laguntza jaso dela esan nahi du.

OMEk zesarea bidezko jaiotzen % 15 ez gainditzea gomendatzen du. EAEk du Espainiako estatuko zesarea-tasarik baxuena (12,64).

## Minbizia prebenitzearekin erlazionatutako baliabideak

### **Bularreko minbizia detektatzeko programa**

EAEEn, bularreko minbiziari aurre egiteko ekintzen barruan daude bularreko minbizia goiz detektatzeko programa eta estrategia eta ekintza batzuk, helburu nagusi dutenak alarma-sintomen aurrean diagnostiko bizkorrak egiten direla eta tratamendu eraginkor eta integralenak aplikatzen direla bermatzea. 50 urtetik 69ra arteko EAEko emakumeentzako programa da: bi urtean behin, aldebiko mamografia egiten zaie, proiektzio bikoitzekoa.

2013ko datuek diotenez, 50 urtetik 69ra arteko emakumeen % 92,8k jaso du programan parte hartzeko gutuna. Horien % 86,6 proba egitera joan ziren.

2013ko osasun-inkestan, 50 urtetik 69ra arteko emakumeen % 2,6k esan zuen ez zuela inoiz ere mamografiarik egin. % 40,6 dira erantzun hori eman zuten 40-49 urte arteko emakumeak.

### **Minbizi ginekologikoa detektatzeko programa**

EAEEn emakumeei eragiten dien minbizi genitala emakumeek pairatzen dituzten prozesu neoplasikoen % 13 da gutxi gorabehera, eta, umetoki-lepoko minbizia % 2 baino zertxobait gehiago. 2,0/100.000 da heriotza-tasa, 2006tik eskura dauden datuen arabera (Osakidetza, Umetoki-lepoko minbizia bahetzeko programa).

Bahetzeko programei esker umetoki-lepoko minbiziaren intzidentzia % 80 baino gehiago murriztu ahal izan da, programa antolatua izan diren kasuetan. Kalitate-maila handia izan dute prozesuko fase guztiek, eta xede den biztanleria behar bezala hartu da barne.

Duela 20 urtetatik hasita gorabehera, Osakidetzak umetoki-lepoko minbiziaren aurreko lesioak detektatzeko zitologiak egiteko aukera ematen du noizean behin; hau da, ez dira umetoki-lepoko minbizia berariaz detektatzeko egindako probak. Beraz, "Osakidetzan umetoki-lepoko minbizia bahetzeko programa" agirian aipatzen diren mugak ditu<sup>23</sup>.

Zitologiak egiteko maiztasunak hainbat eztabaida sortu ditu. 1999ko martxoan, umetoki-lepoko minbiziaren prebentzioan eta tratamenduan sartutako hainbat arlotako profesionalen talde zabal batek agiri bat idatzi zuen, "Documento de Consenso. Prescripción de citologías de Cérnix en

<sup>23</sup>

[http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/e\\_s\\_pub/adjuntos/programaCribadoCancerCervix.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/e_s_pub/adjuntos/programaCribadoCancerCervix.pdf)



Osakidetza/Servicio Vasco de Salud" izenekoak. Minbiziari buruzko aholku-kontseiluaren idazkaritzak onetsi eta zabaldu zuena.

*Protocolo para la detección precoz de lesiones pre-invasivas de cérvix (1999)*

IRIZPIDEAK	
Lesio aurreinbasiboak hautemateko probak egitea Papanicolau probaren bidez umetoki-lepoko zitologia eginda.	Sexualki aktiboak izan diren edo diren emakumeei medikuaren kontsultara edozer dela eta joatean, noizean behin, proba egitea.
25 urtetik 59 urtera arteko gomendatua (biak barne)	Hasierako bi zitologiak, urtebetera egitean, negatiboak badira, 3 edo 5 urtean behin egin behar da (arriku-faktoreen arabera).
60 urtetik gorako emakumezkoak	Aurrez zitologiarik egin ez bada, baliteke aztertu behar izatea.
Arriku-faktoreak detektatzea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexu-transmisiozko gaixotasunen aurrekaririk edo HPV bidezko infekzioen aurretiazko zantzu zitologikorik dagoenean.</li> <li>- Babesik gabeko sexu-harremanen ugaritasuna (norberarenak zein bikotekidearenak)</li> </ul>
Banan banakako kasuetan, jarraipen-protokolo espezifikoak ezartzea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexu-transmisiozko gaixotasun aktiboak dituzten emakumeak.</li> <li>- Garatxoak egotea.</li> <li>- Lesio displasiko epitelialak edo minbizia bertan egotea.</li> </ul>

EAEko emakumeen % 20,3k ez du egin baginako zitologiarik inoiz. Adinari erreparatuta, 15 eta 24 urte arteko emakumeen % 63,4k, 25 eta 44 urte arteko emakumeen % 13k eta eta 45 eta 64 urte arteko emakumeen % 3,8k. Emakumeen % 15,9k duela 5 urte baino gehiago egin zuen proba.

Euskadiko Txertaketen Batzorde Aholkulariaren gomendioari jarraiki, Osasun Sailak giza papilomaren birusaren aurkako txertoa gehitzeko erabakia hartu zuen 2007ko azaroan. Txertoaren helburua giza papilomaren birusak eragindako infekzioak eta horiek izan ditzaketen ondorioak murriztea da, umetoki-lepoko minbizia, batez ere. Txertoa eraginkorra izango da sexu-harremanak izaten hasi aurretik hartzen bada. Hori dela-eta, EAEn, Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzako lehen mailako neskatuei jartzen zaie, gurasoek edo tutoreek ados daudela esaten badute, alde aurretik.

## Emakumeen aurkako indarkeria: Osasunaren alorrean jarduteko protokoloa

Emakumeen aurkako indarkeriaren alorreko Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren eta Osakidetzaren jarduna etxean tratu txarrak jaso dituzten eta sexu-indarkeria jasan duten emakumeei ematen zaien arreta hobetzeko Erakundeen arteko II. Akordioan dago sartuta, eta, osasunaren alorrerako, jarduteko protokolo batean dago jasota.

Osasunaren alorreko langileek tratu txarren edo sexu-indarkeriaren biktima izan eta osasun zentro batera jotzen duten emakumeen aurrean duten jokabidea Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren osasun-protokoloan ezarritakoaren arabera izango da, bai sektore publikoan, bai pribatuan, eta lehen mailako arretako, arreta espezializatuko zein larrialdi-zerbitzuetako kontsulta denean.

2013ko urtariletik azarora artean 4.598 biktima egon direla dakigun arren, urriak izan dira EAEko osasun-baliabideetako detekzio eta esku-hartzeei buruzko datuak. Berez, azken Emakumeak eta osasuna programan (2009-2012) osasun-zerbitzuetan genero-indarkeriaren kasuak erregistratzeko sistema bat ezartzeko proposamena egin zen.

Aurkitutako datu bakarrak 2008koak dira, eta emakumeen aurkako etxeko tratu txarrekin lotutako osasun-baliabideen irismenari eta eraginkortasunari buruzko ebaluazio-txostenean agertzen dira. Erregistratutako susmoen kasuen eta epaitegira bidalitako lesioen parteen ingurukoak dira:

- Ospitaleen sarean erregistratutako susmoen kasuak 299 izan ziren.
- Lehen mailako arretako kontsultetatik eta ospitaleen sarekoetatik lesioen 246 eta 470 parte bidali ziren epaitegira, hurrenez hurren.
- Ez dago daturik osasun mentalaren inguruan.

### 2.3. EMAKUMEEN ETA GIZONEN PARTE-HARTZE DESBERDINA

Osasunaren alorreko genero-zuzentasunaren adierazleetako bat da **kudeaketako parte-hartzea**<sup>24</sup>. Lehentasunak definitzeko eta osasuna ziurtatzeko behar diren baliabideak esleitzeko erabakiak hartzean emakumeek eta gizonek berdintasunez parte-hartzea eskatzen du zuzentasun mota horrek.

Jarraian agertzen diren datuen arabera, osasunaren sektorean emakume gehiago dago, bai ikasleak, bai profesionalak (ikerketaren alorra barne hartuta).

UPV/EHUko emakumeen eta gizonen egoerari buruz argitaratutako azken txostenak (2009-2010)<sup>25</sup> dioenez, zientzietako **gradu-ikasketetan** matrikulatuta dauden ikasleen % 78 emakumeak dira. % 87 emakumeak dira erizaintzako ikasketetan; % 75 farmaziakoetan; % 74 medikuntzan eta odontologian, eta % 78 psikologian.

Bestalde, **graduondoko ikasketetan**, osasun-zientzien alorrean matrikulatutakoen % 77,33 emakumeak dira. **Irakurritako tesiei** erreparatuz gero, ezagutza-alor berean, tesi guztien % 67,35en egileak emakumeak dira.

Osasun-langile elkargokideei buruzko taulako datuek (Eustat, 2012) zera erakusten dute: 8 lanbideetatik 7tan emakumeak gehiago dira. Medikuntzan orekatuago dago aldea.

Osasun-langileak (2012)	Emakume elkargokideak	Gizon elkargokideak
Medikuntza	% 51	% 49
Odontologia eta estomatologia	% 61	% 39
Farmazia	% 79,7	% 20,3
Albaitaritza	% 45	% 55
Podologia	% 67,9	% 32,1
Fisioterapia	73,6%	26,4%
Erizaintza	% 89,9	% 10,1
Optika/optometria	% 68,8	% 31,2

Iturria: Eustat (geuk eginikoa)

Medikuntzako I+Gko langileei (lanaldi osokoak) buruzko datuek ere adierazten dute emakume gehiago daudela, % 55,7 % 44,3ren aldean. Bioteknologiako I+Gko langileen artean ere berdina da egoera (Eustat, 2012): ikerketako langileen % 56,6, teknikarien % 70,2 eta laguntzaileen % 52,9 emakumeak dira.

<sup>24</sup> Erabakiak hartzean lana, ordainak eta boterea bi sexuen artean zuzentasunez banatzea.

<sup>25</sup><http://www.berdintasuna.ehu.es>

Ikus dezagun orain zein den emakumeen eta gizonen egoera kasu hauetan: osasunaren alorreko lanbideen elkargo ofizialetan; euskal sare publikoko Ikerketa-unitateetako karguetan; Osasun Sailean eta Osakidetzan, eta osasunaren alorrekoak diren sindikatu batzuetan.

### Osasunaren alorreko lanbideen elkargo ofizialak

Erizaintzako, farmaziako, medikuntzako eta psikologiako Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako elkargo ofizialen web-orrialdeetan honako hau aurkitu dugu:

Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako elkargo ofizialak (2012)	Emakumeak Presidenteak edo dekanok	Gizonak Presidenteak edo dekanok	GUZTIRA
Erizaintza	3	0	3
Farmazia	1	2	3
Medikuntza	0	3	3
Psikologia	1	2	3
GUZTIRA	5 (% 41,7)	7 (% 58,3)	12

Iturria: web-orriak (geuk eginikoa)

### Euskal sare publikoko ikerketa-unitateetako karguak

Osasun Saileko web-orriak dakarrenaren arabera, Euskadin 7 ikerketa-unitate daude: lehen mailako arretakoak Bizkaian eta Araban; Gurutzetako ospitalea; Galdakaoko ospitalea; Basurtuko ospitalea; Txagorritxuko ospitalea, eta Donostia ospitaleko Ikerkuntzako eta epidemiologia klinikoko unitatea. Unitate horietako arduraduna emakumea ala gizona den galdetzean, zazpi kasuetan arduradun kargua gizonezkoek dutela jakin dugu.

### Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko eta bere erakunde autonomo eta publikoetako karguak<sup>26</sup>

Eusko Jaurlaritzako Osasun **sailburua** eta **sailburuordea** biak dira gizonezkoak. Gainerako organigrama osatzen duten zazpi Zuzendaritzek 5 emakume eta 2 gizon dituzte buru.

Gizonezko bat da **Osakidetza**ko zuzendaria, baita honako zerbitzu hauetako zuzendariak ere: Larrialdiak; Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroa, eta Osatek.

Osasun Berrikuntza eta Ikerketaren Euskal Fundazioan (BIOEF) ere gizonezko bat da zuzendaria.

<sup>26</sup> Osasun Saileko web-orrialdeetan begiratu dugu, baita Osakidetzaaren atala ere.

## Osasunaren alorrekoak diren sindikatuak

Osasun-sektoreko hiru sindikatutan aztertu da presidente eta idazkarien karguetan emakume edo gizon gehiago dauden (web-orrietatik lortutako informazioaren arabera). Desoreka nabarmena da, nahiz eta sektore horretako langile gehienak emakumeak izan.

Medikuen Sindikatuak: hiru lurralde-ordezkaritzetako presidentea zein autonomia-erkidegokoa gizonak dira. Egoera berdina da idazkaritzan, Bizkaiko ordezkaritzan izan ezik, baina gainerakoetan, Euskadikoan barne, gizonak dira idazkariak.

Erizaintzako sindikatuak: autonomia-erkidegoan, idazkaritza nagusiko kargua gizon batek du, antolakuntzako emakume batek, eta zerbitzu eta finantzaketako gizonak. Probintziei erreparatuta, Bizkaiko eta Arabako idazkaritza-karguak emakumeek dituzte; Gipuzkoakoa, ordea, gizon batek.

Erizaintzako laguntzaileen sindikatuak: idazkaritzan, idazkariordetzan eta hiru idazkaritzetan emakumeak dira buru.

## 2.4. GIZARTE-ARAUEN ETA BALIOEN ERAGINA

Sexu bakoitzari atxikitako arau eta balio sozialek pertsonen bizitzako esperientziak baldintzatzen dituzte, eta, ondorioz, haien osasuna ere bai. Egitate hori azaltzean, hainbat azterlanek genero-sozializazioa, arauen egiturak eta genero-eginkizunak aipatzen dituzte, besteak beste<sup>27</sup>.

**Genero-sozializazioa** prozesu bat da, eta prozesu horren bidez, pertsonak izaera bat garatzen dute, kultura jakin bateko edukiak ikastearen ondorioz. Prozesu hori esker transmititzen da kultura belaunaldi batetik bestera. Pertsonak sexu biologikoaren arabera sailkatzen dira, eta, horrekin batera, nortasun soziala sortzen da, sexu bakoitza definitzeko erabakigarriak diren eremu, funtzio eta jarduerak eskatzen dituena eta berezko egiten dituena. Gure gizartean, sozializazio hori jaiotzetik hasten da, genero-nortasunak bereizten dira, gizonezkoa eta emakumezkoa, eta ez dago berdintasunik bi generoen artean. Sozializazio prozesu horretan, familiak, eskolak, parekoen taldeak... transmititzen dituzte balioak eta arauak.

Sozializazio-prozesuan esleitu eta transmititzen diren **genero-eginkizunek** jokabide onargarrien sorta bat dakarte, arau sozialek babesten dituztenak eta sexuaren arabera bereizten direnak. Arau sozial horiek sexu bakoitzarentzako "egokia" dena zehazten dute, eta, hala, genero-eginkizunen egitura soziala ezartzen dute. **Lanbideko eta familiako eginkizunak** oinarrizkoak dira pertsonen bizitzetan. Lan produktiboak (ordaindutakoa) eta erreproduktiboak (ordaindu gabekoa) lotura konplexuak dituzte generoarekin eta osasunarekin, sozializazio-arauen eta aukeren egiturak sortzen baitituzte. Lan-arloan dauden berdintasun ezek baldintzatu egingo dituzte emakumeek eta gizonek beren burua osasuntsu ikusteko eta gaixotzeko daukaten modua eta bizitzeko erak, bai eta osasun-zerbitzuak erabiltzeko modua ere.

Kultura-eredu tradizionalengatik, ezinbesteko bi funtzio esleitu zaizkio emakumeari: amatasuna eta, hedaduraz, mendekoei (adingabeei, adinekoei edo urritasunen bat duten senideei) arreta eta zaintza emateko egitekoa.

Amatasunak osasunarekin duen harremanari lotuta, Solé eta Parella (2004)<sup>28</sup> egileen ustez, ezin da hitz egin gizarte osoarentzako amatasun-eredu bakar batez; aitzitik, hainbat amatasun motez hitz egin beharra dago. Eredu "idealak" edo "normalak" (amatasun intentsiboa) oinarri hartzeak kalteak eragin ditzake eredu horietara egokitu ezin diren edo nahi ez duten emakumeen osasun fisikoan eta mentalean. Errealitatearekin bat ez datozen eredu horiek segurtasun-gabezia eta errudun izatearen ustea

<sup>27</sup> Rohlf, I., Borrell, C. eta Fonseca, M. do C (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14 (3. gehig.), 60-71 or.

<sup>28</sup> Solé, C eta Parella S. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales. *RES*, 4. zk., 67-92 or.

indartzen dituzte ama gazte askoren artean; batez ere, konplexuagoa eta kudeatzeko zailagoa den eguneroko bizimodua dutenen artean.

Bestalde, mendekoentzako arreta eta zaintza emateko eginkizunak betetzeko energia eta denbora asko behar da, batzuetan hainbat hilabete eta urtez ere. Gainera, egiteko ugari izaten dituzte, eta ez dira batere atsegingarriak izaten. Horren ondorioz, haien bizitzan eragina izaten dute. Hauek dira hainbat azterlanetan aipatzen diren ondorioetako batzuk: aisialdirako denbora murrizten da, nekea, oporrik ez izatea, lagunekin ez egotea, etsita sentitzea, osasunak okerrera egitea, kanpoan lanik egin ezin izatea, norbere burua zaintzeko astirik ez izatea, arazo ekonomikoak, lanaldia murriztea eta lana uztea.

Laguntza denbora luzez eman behar denean eta beste pertsona batzuek laguntzen edo ardurarik hartzen ez dutenean, estres-egoerak sor daitezke, osasunak okerrera egin dezake (dorsalgia, lunbalgia errepikakorra, ezinegon psikikoa) eta nahigabea sor daiteke.

Gaixotasun kronikoak dituzten senideen zaintzaileei gainezka egiten die egoerak, eta beti ez dute izaten beharrezko laguntza sozio-sanitariorik euren egitekoa eraginkortasunez betetzeko, euren osasuna eta bizikaltatea kaltetu gabe. Interesak mugatuta dituen "zaintzaile" eginkizunari, maiz, "etxeko andrearen" eginkizuna gehitzen zaio. Egiteko guztien aurrean etsipena eta bakardadea sentitzen dira, eta *zaintzaile etsiaren sindromea* delakoa eragin lezake horrek.

Amaitzeko, aipatu behar da egun badagoela espektatibarik familiek laguntzarik behar izan gabe bizitzeko (ospitaleko alta goiztiarra prozesu askotan, gaixotasun mentala desinstituzionalizatzea, adinekoak, fase terminaleko gaixoak edota urritasunen bat dutenak beren inguruan izateko onura), eta espektatiba horrek indartu egiten duela egitekoak desberdin banatzea gizonen eta emakumeen artean.

Horrez gain, generoak, edo, zehatzago esanda, androzentrismoak eta horrek dakartzan genero-joerek jardun medikoa baldintzatzen dute: teoria, ikerketa, praxia (diagnostikoa eta tratamendua) eta osasun-zerbitzu eta -baliabideen esleipena.

**Androzentrismoak** gizona munduko gauza guztien erdigunea denaren ikuspegia dakar. Errealitatearen ikuskera horren oinarria zera da: gizonen ikuspegia posible den ikuspegi unibertsal bakarra da. Hori dela-eta, gizadi guztiari aplikatzen zaio, bai gizonei, bai emakumeei. Androzentrismoak emakumeak eta beren mundua ikusezin bihurtzea, emakumeen ikuspegia ukatzea eta emakumeei egindako ekarpenak ezkutatzea dakar. Emakumeen osasunari dagokionez, okerra da ikuspegi horrek finkatzen duen ezagutza. Hori dela-eta, ikuspegi bakar horretan oinarrituta egindako ikerketen aurkikuntzak eta emaitzak, alde batekoak izan arren, emakumeetara ere hedatzen dira eta estrapolatzen (genero-joerak).

**Genero-joerek** ondorio negatiboak dituzte pertsonen osasunean, emakumeen osasunean, batez ere. Ikuspegi androzentrikodun ikerketalanak profesionalen prestakuntzara eta osasunaren alorreko esku-hartzera zabaltzen dira.

Zientzia objektibotzat jo ohi den arren, epistemologia feministaren arabera, zientziaren aplikazio asko, ikerketarako arazoak definitzeko eta esperimenduak diseinatzeko moduak, eta esanahiak osatu eta horiek ikerketari emateko erak ez dira behar bezala garatu, baizik eta gizonetzkoen onerako bakarrik.

**Ikerketako genero-joera** honela definitzen da: «konstruktio sozialarekin erlazionatuta dagoen genero-ikuspegiaren errore sistematiko bat. Horrek berdintzat/desberdintzat jotzen ditu, oker jo ere, gizonak eta emakumeak arrisku-faktoreekiko esposizioan zein gaixotasunaren historia natural eta sozialean (hastapena edo prodromoak, fase finkatua, tratamendu eta pronostikoari ematen zaien erantzuna)»<sup>29</sup>.

Genero-joerak aurkikuntzaren testuinguruan gara daitezke (lan-hipotesiaren garapena), baina justifikazioaren testuinguruan ere sor daitezke (metodologian). Berez, ikerketan, genero-joeren ondorio nagusietako bat emaitzen ezagutza partziala edo okerra da, sistematikoki balio errealak ez bezalakoak baitira.

2007ko martxoan, Espainian Emakumeen eta Gizonen artean Benetako Berdintasuna lortzeko 3/2007 Lege Organikoa argitaratu zenean, azterlan bat egin zen saiakuntza klinikoetako datuen trataerak sexuen bereizketa aintzat hartzen zituen jakiteko. Azterlanaren egileek ondorioztatu zuten berrikusitako laburpenen % 80an ez zegoela sexuarekin erlazionatutako inolako informaziorik emaitzen eta ondorioen ataletan.

Hauk dira emakumeei modu negatiboan eragiten dieten ikerketako joeren adibide batzuk:

Joera epidemiologia soziala neurtzean: "familiako joera" da adibide bat, hau da, zaintza informalak aztertzean familia hartzea ikerketa-unitate gisa, gehienbat emakumeak izan arren adingabeak eta adinekoak zaintzen dituztenak.

Joera epidemiologia soziala hautatzean: adibidez, arrisku kimikoei buruzko ikerketan emakumeak gutxiagitan irudikatzea. Laneko osasuneko arrisku kimikoak ebaluatzean, balio berberak hartzen dira kontuan emakume eta gizonentzako esposizio-balioen mugak zehaztean, emakumeei buruzko informazio espezifikoa falta baita, nahiz eta jakina izan badaudela

---

<sup>29</sup> Chilet Rosell, E. (2011). Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible. *Feminismos*, 18, abendua, 353-363 or.



desberdintasunak sexu baten edo bestearen metabolismoan. Halaber, ez dira aintzat hartzen gehienbat emakumeenak diren lanbideen ezaugarriak, esate baterako, ile-apaintzaileenak, esposizio-ordu gehiago eta azaleko esposizioa baitituzte (ez bakarrik arnasteagatik).

Joera epidemiologia klinikoa hautatzean: Hainbat urtez, emakumeak saiakuntza klinikoetatik kanpo utzi ziren, farmako berriekiko esposizioak haurdunaldian izan zezakeen eraginagatik. 90eko hamarkadan, talde feministen aldarrikapenari esker, *National Health Institutes* eta *Food and Drug Administration* erakundeek gidak berridatzi zituzten emakumeen saiakuntza klinikoetan parte hartu zezaten. Emakumeen partaidetzak gora egin badu ere, I. eta II. faseetako saiakuntzetan duten parte-hartzea txikiagoa da; hori dela-eta, baliteke ez izatea saiakuntzen segurtasunaren berri.

Joera epidemiologia klinikoa neurtzean: Emakumeak saiakuntza klinikoetan barne hartzen hasi diren arren, sexuaren araberako emaitzak ia ez dira agertzen argitaratutako saiakuntza klinikoetan. Horren adibide garbia da American Heart Association erakundeak argitaratutako gidetan aztertutako saiakuntza klinikoen % 31k bakarrik jaso izana sexuen araberako emaitzen analisia.

Gaixotasun kardiobaskularrei dagokienez, genero-joerak atzerapena eragiten du sintomak agertzen diren unearen eta tratamendua lortzen denaren artean. 2004an egindako IBERICA azterlanaren arabera (8.200 miokardio-infartu Espainiako estatuan)<sup>30</sup>, emakumeek atzerapen handiagoak izaten dituzte sintomak hasten direnetik ospitaleratzen direnera arte. Ondorioak garrantzitsuak dira: miokardio-infartua dela-eta ospitalean hiltzen diren emakumeen tasa gizonena baino handiagoa da, eta hori ekidin egin daiteke.

**Genero-joera dago gaitz batzuen diagnostikoan eta tratamenduan.** Patologia eta sintomatologia kopuru berdina izan arren, gizonenak sakon aztertzen dira, baina emakumeei antsiolitikoak eta antidepresiboak hartzeko agintzen zaie.

Emakumeek pairatzen dituzten gaixotasun kroniko garrantzitsuak oraindik ez dira ondo aztertu; adibidez, gaixotasun autoimmuneak, endokrinologikoak, artritis edo min artikularra. Era berean, emakumeen gaixotasunei buruzko azterlan gehienak ugalketa-osasunaren ingurukoak izan dira. Ondorioz, emakumeen osasuna obstetziara eta ginekologiara mugatu da.

Lehen mailako arretako profesional ugari emakumezko pazienteak, haien osasun-arazoez hitz egitean, kexatiegiak direla esan ohi dute, eta haien gaixotasunak psikosomatiko gisa sailkatzen dituzte askotan.

<sup>30</sup> *Revista Española de Cardiología*, 57, 6. zk., 514-523 or.

Bestalde, emakumeen artean, frogatu gabe, prebalentzia handiagoko diagnostiko gehiago egiten direla esaten da; esate baterako, depresioaren edo antsietatearen diagnostikoak. Hala ere, frogatu da emakumeen artean depresioa identifikatzeko medikuen atalase baxua, emakumeek kontsultetan gogo eroria aipatzen dutenean. Horren ondorioz, antsiolitiko eta antidepresibo gehiago hartzeko agintzen zaie.

**Ahalegin terapeutikoko genero-joerari** buruzko ikerketek honako hauek aztertzen dituzte: beharizan bera izanik bi sexuek ospitaletarako duten sarbidea, itxarote- eta atzeratze-denboraren aldeak lehen sintomak agertzen direnetik osasun-arreta jaso arte, estrategia terapeutiko motak eta sexuen araberako medikamentuen kontsumoa eta gastua. Helburuengatik, terapiak egitea gehiegi agintzeari buruzko ikerketak ere egin dira, prebalentzia handiagoko edo emakumeenak bakarrik diren osasun-arazoen kasuan.

Gizonek ospitalea gehiagotan erabiltzea ahalegin terapeutikoko genero-joeraren adierazletzat jotzen da, hori ez baita pazienteen erantzukizuna bakarrik; arreta medikoko eta osasun-sistemako profesionalak bideratutakoa ere bada. Honako hauek dira mota horretako joera aztertzen duten bi lan: Katalunian garatutakoa, 1990 eta 1997 arteko datak aztertu zituen (Brugulat, Séculi, Fusté, 2001)<sup>31</sup>, eta Gipuzkoan<sup>32</sup> egindakoa, ospitaleratzeak eragiten dituen miokardio-infartuari buruzkoa.

Genero-joerak dira, halaber, emakumeei farmako psikotropo gehiago agintzearen eta emakumeen artean halako farmakoak gehiago kontsumitzearen faktoreetako bat. Emakumeen artean depresioaren eta antsietatearen prebalentzia handiagoa islatu edo kexatzean gaixotasun horiek tratatzeko farmakoak emakumeei gizonei baino gehiago agintzea eragin arren horrek, medikuek errazago lotzen dituzte sintoma fisikoak (edo agerpen atipikoa dutenak) faktore psikologikoekin, edo joera dute emakumeei sintoma depresibo arinetarako farmakoak agintzeko, gizonei baino gehiago.

Emakumeen minaren zirkuituko genero-joerak diagnostiko-erroreak eragiten dituen bezala, zergatia psikologikoa dela esaten da gaixotasunak organikoak direnean, eta alderantziz. Horrek tratamendu okerrak aplikatzea eragiten du, eta, ondorioz, iatrogenia sor dezake tratamendua behar bezala hartzeko agintzen ez bada (Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007)<sup>33</sup>. Ezinbestekoa da gizonen mina hobeto ezagutzea eta, batez ere, emakumeena, kalte handienak emakumeek jasotzen baitituzte. Izan ere,

<sup>31</sup> Brugulat P, Séculi E, Fusté J. Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. *Gaceta Sanitaria*, 15, 54-60 or.

<sup>32</sup> Larrañaga N, Baterretxea M. (2002). Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Gipuzkoa. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1. gehig.), 60.

<sup>33</sup> "Osasuna eta generoa" txostena 2005

badirudi koadro klinikoa nahiz jasotzen duten arreta gizonena ez bezalakoa dela. Adibidez, fibromialgia duten gizonek emakumeek baino osasun-pertzepzio okerragoa dute: diagnostikoa entzun aurretik espezialista gehiagorekin hitz egiten dute eta emakumeek ez bezalako tratamendu farmakologikoa jasotzen dute. Hala ere, gizonen % 70i ezintasun iraunkorra aitortzen zaio gaixotasun horrengatik, baina emakumeen % 42,6ri bakarrik.

Osasunarekin eta sexua-generoa sistemarekin erlazionatutako beste arazo bat da **emakumeen gorputzen medikalizazioa**, haurdunaldia, erditzea eta erdiberriaroa bezalako prozesuak barne. Medikalizatzea beharrezkoak ez diren edo gehiegizkoak diren tratamenduak aplikatu edo esku-hartze medikoak egitea da. Adibidez, menopausia (hainbat hamarkadaz kalitatezko azterlanik egin gabe ordezeko hormona-terapiak aplikatuz), menstruazioa, haurdunaldia eta erditzea, edo zahartzaroa bera bezalako bizitzako fenomenoak ez dira prozesu natural gisa hartzen, hau da, gorputzak bere baliabideen bitartez gainditu beharreko bizitzako aldi gisa.

Medikalizatzeke beste modu bat da pertsona batek agertzen dituen sintomak kausa batera murriztea farmakoen bidez tratatu ahal izateko. Fibromialgia, adibidez, ez da gaixotasun zehatz bat, sintomen koadro bat baizik, eta, kasu bakoitzean, jatorria desberdina izan liteke (mina bakarrik tratatzen da, hori delako izendatzaile komuna gainerako sintomak saihesten badira)<sup>34</sup>.

Haurdunaldia, erditzea eta erdiberriaroa bezalako prozesu naturalen medikalizazioari dagokionez<sup>35</sup>, XX. mendearen erdialdetik hasita, mendebaldeko gizarte gehienetan, prozesu horiek ospitaleetan artatzen hasi ziren, osasun-alorretik kanpo trebakuntza medikorik ez zuten emakumeek, emaginek eta sortzainek artatu beharrean. Horrek berresten ditu instituzio medikoaren hegemoniaren oinarriak, osasunean, gaixotasunean eta jaiotzean boterea dutenak.

Prozesuak pribatuak izatetik publikoak izatera pasa zirenean, emakumeek beren gizarte-sarekoekin partekatzen zuten fenomeno bat izateari utzi eta prozesu horietan zuzendu, erabaki eta parte hartzen dutenak langile medikoak izan ziren —batez ere obstetrak—. Bere ingurutik bakartutako gertaeratzat hartzean da, berdina eta uniforme haurdun dauden guztientzat, gehienbat prozesuaren izaera biologikoan oinarritzen dena.

Hauek dira emakumezkoen gorputzaren eta ugaltzeko gaitasunaren medikalizazioa azaltzeko bi arrazoi orokorrak: ginekologiak, historikoki, patologiko edo akastuntzat jo dituelako, eta jaiotza-tasak baxuak izan direlako. Izan ere, emakumeak sozialki kontrolatzeko zeharkako modua dira:

<sup>34</sup>

[http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion de la vida y la salud Xarxa de salut Margarita Lopez Carrillo.pdf](http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf)

<sup>35</sup> Montes-Muñoz MJ (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Rovira i Virgili Unibertsitatea.

haurdunaldi eta erditze guztiak behar bezala gauzaten direla kontrolatzeko beharizanak medikalizazioaren arau bidezko jarduera kontrolatzailea ezartzea dakar.

Atal honi amaiera emateko, emakume eta gizonen eta osasunaren alorreko langileen erabakietan parte hartzen duten faktoreak hobeto ezagutzea ahalbidetzen duten azterlanak egiteko dagoen premia azpimarratu behar da, osasun-zerbitzuei ematen dioten erabilera hobeto ulertzen lagunduko lukeelako. Beharrezkotzat jotzen da, halaber, gaixotzean emakumeek eta gizonek izaten dituzten jokabideei buruz informazio gehiago ematen duten ikerketak egitea, baita osasun-laguntzako erabakietan genero-estereotipoen eginkizunei buruz ere.

## 2.5. BERDINTASUNAREN ALORREKO AGINDU ESPEZIFIKOAK:

BERDINTASUN ARLOKO AGINDUAK	TRESNA JURIDIKOAK
<p>Autonomia-erkidegoko administrazioak emakumeen eta gizonen <b>tratu- eta aukera-berdintasuna</b> bermatzea osasunarekin zerikusia duen ikerkuntzan eta arretan. Horretarako, aintzat hartuko du desberdinak direla gizonen eta emakumeen dituzten egoerak, baldintzak eta beharizanak, eta, ondorioz, politika espezifikoak garatuko ditu beharrezkoa denean. <b>Azterketa, eztabaida eta kontzientziazioa suspertu behar du</b> profesionalen, erabiltzaileen eta osasun-sistemarekin zerikusia duten eragileen artean, eremu horretan <b>emakumeek eta gizonen dituzten desberdintasunei buruz.</b></p>	<p><b>44.2 artikulua</b> 4/2005 Legea</p>
<p><b>Osasun-politika, -estrategia eta -programak prestatu, garatu eta ebaluatzean</b> emakumeen eta gizonen beharizanak eta beharizanei behar bezala erantzuteko neurriak barne hartzea.</p>	<p><b>27.1. artikulua</b> 3/2007 Lege Organikoa</p>
<p>Autonomia-erkidegoko administrazioak <b>emakumeei eta gizonen osasunerako eskubide bera</b> bermatzea, tratu-berdintasunaren printzipioa modu aktiboan barneratuz, osasun-helburu nahiz -jardueretan, eta, alde biologikoengatik edo halakoekin zerikusia duten gizarte-estereotipoengatik, batzuen eta besteen artean desberdintasunak sortzea saihestuz.</p>	<p><b>27.2. artikulua</b> 3/2007 Lege Organikoa</p>
<p><b>Osasun-politika, -estrategia eta -programen helburu eta jardueretan</b> emakumeen eta gizonen arteko berdintasun-printzipioa barne hartzea, desberdintasun fisikoengatik edo halakoekin zerikusia duten gizarte-estereotipoengatik haien osasun-helburu eta -jardueretan diskriminaziorik sortzea saihestuz.</p>	<p><b>3.4 artikulua</b> 14/1986 Legea</p>
<p>Estatuko Osasun Sistemaren erabiltzaileei zerbitzuak ematea <b>benetako berdintasuna eta kalitatezkoa</b> bermatuz, batez ere osasun-jardueretan emakumeen eta gizonen arteko diskriminazioa saihestuta.</p>	<p><b>2. artikulua a)</b> 16/2003 Legea</p>
<p>Euskal administrazio publikoek <b>emakumeei osasuna hobetzen laguntzea beren bizitzako ziklo osoan</b>, eta arreta berezia ematea emakumeengan eragin handiena duten osasun-arazoei.</p>	<p><b>44.1 artikulua</b> 4/2005 Legea</p>

<p>Administrazio publikoak, bere osasun-zerbitzuen eta kasuan kasuko organo eskudunen bidez, aukeraberdintasunaren printzipioari jarraiki, honako hauek garatu behar ditu: <b>emakumeen osasuna berariaz sustatzeko</b> ekimenak sistematikoki gauzatzera eta emakumeen diskriminazioa saihestera bideratutako jarduerak; <b>emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunak aintzat hartzen dituen ikerketa zientifikoaren sustatzea</b>, haien osasuna babesteari lotuta (sarbidea, ahalegin diagnostikoa eta terapeutikoa, saiakuntza klinikoetan zein laguntza ematean); laneko osasuna babestu, sustatu eta hobetzeko <b>sexu-erasoak eta sexuagatiko erasoak</b> kontuan hartzea; berdintasunaren printzipioa <b>osasun-erakundeetako langileen prestakuntzan</b> gehitzea, bereziki genero-indarkeriaren egoerak detektatu eta artatzeko gaitasuna dutela bermatuz; Estatuko Osasun Sistemari <b>zuzendaritzako eta erantzukizun profesionaleko karguetan</b> emakumeen eta gizonen kopuru orekatua dagoela bermatzea, eta datuak <b>sexuaren arabera bereizita</b> lortzea eta tratatzea, ahal den guztietan; adibidez, erregistroetan, inkestetan, estatistiketan edo informazio mediko eta sanitarioaren beste sistema batzuetan.</p>	<p><b>27.3. artikulua</b> 3/2007 Lege Organikoa</p>
<p>Asistentzia-prozesuen diseinua egiterakoan, Osasun Administrazioak neurriak hartu behar ditu osasun arazoak dituzten pertsonak <b>zaindu beharrak</b> –ordaindu gabe eta gehienbat emakumeek zaindu ere-etxeetan <b>eragiten duen karga arintzeko</b>.</p> <p>Gaixoa zaintzeak <b>zaintzaile informalen osasunean</b> duen eragina gutxitzeko estrategia eta mekanismoak garatzea (prestakuntza, kontsultarako sarbidea...).</p>	<p><b>44.3 artikulua</b> 4/2005 Legea</p> <p><b>2.1.6 ekintza</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p>

<p>EAEko administrazio publikoek bete egin behar dituzte <b>sexu- eta ugalketa-eskubideak</b> baliatzeak dakartzan beharrianak. Horretarako, prebentzio- eta asistentzia-programak prestatuko dituzte; horien artean egongo dira planifikazio sexuala erraztera eta nahigabeko haurduntzeak eta sexu bidez transmititutako gaixotasunak saihestera bideratutakoak.</p> <p><b>Aniztasun sentimentaletik eta sexualetik</b>, harreman eta jokabide afektibo-sexualak beren nahi eta interesetara egokitzen dituzten emakumezko gazteen eta helduen kopurua handitzea.</p> <p>EAEko administrazio publikoek jarduten duten kasu bakoitzean kontuan izango dute pertsonak beren <b>genero-identitatearen</b> arabera tratatu behar dituztela beti, alegia, sentitzen duten sexuaren arabera. Gainera, <b>transfobiaren</b> aurkako neurriak hartuko dira; <b>transexualak direnentzako, beren senideentzako eta hurbilekoentzako aholkularitza- eta laguntza-zerbitzuak</b> eskainiko dira; sexua berriro egokitzeko prozesuak dirauen artean, transexualek <b>behar bezalako administrazio-agiriak</b> izateko aukera izango dute, arauak ezarrita; Osakidetzak <b>beharrezko osun-laguntza</b> eskainiko du, doan; transexualei arreta emateko <b>gida kliniko</b> bat egingo da. <b>Lanaren eta hezkuntzaren alorrekin</b> erlazionaturako neurriak ere jasoko dira.</p> <p>Biztanleentzako, eta batez ere gazteentzako eta gizonekin sexua duten gizonentzako <b>prebentzio-programak</b> garatzea eta emakumeen jabetasun sustatzea, <b>beren autonomian, sexualitateari buruzko erabakiak hartzean, autozaintzarako praktikak garatzean eta arrisku-praktikak murriztean.</b></p> <p><b>Sexualitatea modu osasungarrian, atseginez eta berdintasunean</b> bizitzeko aukera bultzatzea eta <b>ugalketa-prozesuan arreta osoa, jarraitua eta kalitatezkoa</b> eskaintzea.</p>	<p><b>44.4 artikulua</b> 4/2005 Legea</p> <p><b>2.2.4. helb.</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p> <p><b>4-18 artikulua</b> 14/2012 Legea</p> <p><b>2.11.1 ekintza</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p> <p><b>2.2.4. helb.</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p>
---	---

<p><b>Bere burua zaintzeko ohitura</b> duten neskatilen, emakume gazte eta helduen kopurua handitzea (aipatu ohiturak: behar pertsonaletara eta bizitza estilora egokitutako <b>elikadura orekatua</b>, jarduera fisiko pozgarria, eta arrisku jarrerak murriztea, besteak beste).</p> <p>Euskadiko <b>haur eta gazteek era osasuntsuan bizitzeko</b> dituzten gaitasunak hobetzeko politikak garatzea, jokabide ez-osasuntsuen arriskuak gutxitu eta aukera sozial eta afektiboak hobetze aldera, genero-ikuspegia kontuan hartuta.</p> <p><b>Elikadura osasuntsuaren</b> estrategia diseinatu eta ezartzea Euskadiko biztanleentzat, kontsumo-patroietako desberdintasun sozialak eta genero-desberdintasunak kontuan hartuta.</p>	<p><b>2.2.4. 2.2.3. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p> <p><b>Helb. nagusia,</b> 4. lehenasunezko eremua, Euskadiko Osasun-politikak, 2013-2020</p> <p><b>2.2.4. 5.2. helb.</b> Euskadiko Osasun-politikak, 2013-2020</p>
<p>Erakundeek eskainitako erantzunak eta baliabideak <b>bazterte-arriskuan dauden emakumeen</b> beharretara hobeto egokitzea (zerbitzu sozialak, ekonomikoak, osasuna, hezkuntza, kultura enplegua, justizia, segurtasuna eta etxebizitza).</p> <p><b>Askotariko diskriminazio-arriskuan edo -egoeran dauden taldeetan</b> egoteagatik eratorritako egoerei erantzuteko behar adinako baliabideak dituzten <b>zerbitzuak</b> gehitzea.</p> <p>EAEko biztanlerian osasunean dauden desberdintasun sozialak eta genero-desberdintasunak murriztea, <b>talderik kaltetuenen</b> egoera hobetuz.</p> <p><b>Talde ahulen osasunaren alorreko desberdintasunak</b> aztertzea, baita urritasunen bat duten pertsonenak ere, berdintasunaren eta diskriminazioaren ikuspegi orokorrean oinarrituta. Emakumeak urte gehiago bizi ohi direla aipatzen du esplizituki, baina osasun-baldintza txarretan, laneko bizitza laburragoaren ondorioz; gainera, erretiroko prestazio txarragoak jasotzen dituzte, eta horrek osasun-laguntza eta medikamentuak eskuratzeko aukeran eragiten die zuzenean.</p>	<p><b>2.2.4. 3.2.2. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p> <p><b>2.2.4. 8.2.4. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p> <p><b>1. lehenasunezko eremua, helburua,</b> Euskadiko Osasun-politikak, 2013-2020</p> <p><b>5.4.2 atala</b> Europar Batasunean osasuneko desberdintasunak murrizteari buruzko txostena, Europako Batzorde Ekonomiko eta Sozialarena (2011/C18/13)</p>
<p><b>Osasun-arreta emakumeen beharretara hobeto egokitzea,</b> eta beren gogobetetze-maila hobetzea.</p>	<p><b>2.2.4. 3.3.3. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p>



<p><b>Informazioa biltzeko eta homogeneizatzeko sistemak</b> hobetzea, EAEn gertatutako <b>emakumeen kontrako indarkeria-kasuei</b> buruzko datu eguneratuak izateko eta gai horretan parte-hartze publikoa hobetzeko.</p>	<p><b>2.2.4. 7.2.1. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p>
<p><b>Emakumeen aurkako indarkeriari buruzko</b> eta haren adierazpenei buruzko <b>jakintza</b> hobetzea.</p>	<p><b>2.2.4. 7.2.2. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p>
<p><b>Emakumeen kontrako indarkeriaren arloko prebentzio-eta arreta-programen eta -neurrien eraginkortasuna</b> hobetzea.</p>	<p><b>2.2.4. 7.2.3. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p>
<p><b>Indarkeriaren kontzeptualizazioari</b> eta esku-hartzeetan horren eraginei <b>buruzko hausnarketa</b> bultzatzea.</p>	<p><b>2.2.4. 7.2.4. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p>
<p><b>Emakumeen aurkako indarkeriaren hautemate goiztiarrean</b> era proaktiboan eta <b>ezarritako protokoloek jarraiki</b> jardungo duten profesionalak gehitzea (hezkuntza-, osasun-, polizia-, epaitegi, lan- eta gizarte-sisteman).</p>	<p><b>2.2.4. 8.1.1. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p>
<p><b>Emakumeen kontrako indarkeria-kasuetarako prebentzio- eta arreta-protokoloak</b>, egoera ezberdinetara egokituta daudenak: horrelako protokoloen estaldura duten biztanle kopurua gehitzea.</p>	<p><b>2.2.4. 8.2.2. helburu operatiboa</b> EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana.</p>
<p><b>Emakumeen aurkako indarkeriaren prebentzioa eta tratamendua</b> sustatzea osasun-zerbitzuetan, inplikaturako sektore guztien artean erabakiak era bateratuan hartzen direla sustatuz.</p>	<p><b>2.2.4. 1.5. helb.</b> Euskadiraiko Osasun-politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Bularreko minbizia goiz detektatzeko</b> programaren estaldura mantentzea eta <b>kolon eta ondesteko minbizia bahetzeko</b> programaren estaldura osatzea, parte-hartzea eta detekzio-tasa hobetuta.</p>	<p><b>2.5.3 eta 2.5.4 ekintzak</b> Euskadiraiko Osasun-politikak, 2013-2020</p>

<p><b>Suizidioa saihesteko</b> neurrien protokoloa egitea, komunitate mailan eta gaixotasun mentalaren diagnostikoa edota arrisku-faktoreak dituzten pertsonentzat, <b>genero-ikuspegia</b> kontuan hartuta.</p> <p><b>Osasun mentalaren eta osasun emozionala</b> sustatzea, gizarte- eta genero-desberdintasunak kontuan hartuta.</p>	<p><b>2.10.1 ekintza</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p> <p><b>2.2.4. 5.5. helb.</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Adinekoen kalte funtzionala, ezgaitasuna, mendetasuna, malnutrizioa eta isolamendua</b> eragiten duten patologiak identifikatzea. Adinekoen prebentzio, arreta eta errehabilitazioko programa espezifikoak egitea, genero-desberdintasunei bereziki erreparatuta.</p>	<p><b>3.3.2 ekintza</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Ariketa fisikoaren</b> eskaintza eta <b>baliabideak</b> biztanleria-talde desberdinen beharizan eta lehentasunetara egokitzea, batez ere emakumeek dituztenetara.</p>	<p><b>5.1.5 ekintza</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Gaixotasun profesionaleko</b> eta langileen <b>istripuetako</b> arriskurik garrantzitsuenak prebenitzea, gizarte- eta genero-desberdintasunak kontuan hartuta.</p>	<p><b>2.2.4. 5.7. helb.</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020</p>

### 3. LEGERIA

<b>EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAREN EREMUA</b>
<u>4/2005 Legea, otsailaren 18koa, emakumeen eta gizonen berdintasunari buruzkoa</u>
<u>14/1986 Lege Orokorra, apirilaren 25ekoa, Osasunari buruzkoa</u>
<u>EAEko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VI. Plana</u>
<u>Ekainaren 26ko 8/1997 Legea, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena. Herritarren eskubideak eta betebeharrak.</u>
<u>14/2012 Legea, ekainaren 28koa, transexualak genero-nortasunagatik ez baztertzeari eta haien eskubideak aitortzeari buruzkoa</u>
<b>ESTATUAN</b>
<u>3/2007 Legea, martxoaren 22koa, emakumeen eta gizonen artean benetako berdintasuna lortzeko</u>
<u>1/2004 Lege Organikoa, abenduaren 28koa, genero-indarkeriaren kontrako babesneurri integralei buruzkoa</u>
<u>Sexu- eta ugalketa-osasunari eta haurdunaldia borondatez eteteari buruzko martxoaren 3ko 2/2010 Legea</u>
<u>825/2010 Errege-dekretua, ekainaren 25ekoa, 2/2010 Lege Organikoa, martxoaren 3koa, sexu- eta ugaltze-osasunaren eta haurdunaldiaren borondatezko etenaldiari buruzkoa partzialki garatzen duena.</u>
<u>831/2010 Errege-dekretua, ekainaren 25ekoa, HBE dela eta prestazioaren asistentzia-kalitatea bermatzen duena.</u>
<u>14/1986 Lege Orokorra, apirilaren 25ekoa, Osasunari buruzkoa.</u>
<u>16/2003 Legea, maiatzaren 28koa, Estatuko Osasun Sistemaren kohesio eta kalitateari buruzkoa.</u>
<u>39/2006 Legea, abenduaren 14koa, autonomia pertsonala sustatzeari eta mendekotasun egoeran dauden pertsonak artatzeari buruzkoa.</u>
<u>2012ko uztailaren 10eko akordioa, Lurralde Kontseiluarena, autonomia personalerako sistema eta mendekoentzako arreta hobetzeko</u>
<b>EUROPAN</b>
<u>89/391 Esparru-zuzentaraua, laneko osasunari eta segurtasunari buruzkoa</u>

## 4. DATU-ITURRIAK

ADIERAZLEAK ETA DATU GILTZARRIAK	ITURRIA	ALDIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bizi-itxaropena jaiotzean</li> </ul>	<u>Eustat 2011</u>	Bost urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena</li> <li>Gaixotasun kronikorik gabeko bizi-itxaropena</li> </ul>	<u>EAEko osasunaren egoera, Eustat 2010</u>	Bost urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bizi-itxaropena osasun ona izanik</li> </ul>	<u>"OSNren Gako adierazleak -Euskal Autonomia Erkidegoa- "(Osasun Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2011).</u>	Urtero eguneratzen da
<ul style="list-style-type: none"> <li>Osasunaren autobalorazioa</li> <li>Osasun-arazo kronikoak</li> <li>Mugatze kronikoaren zergatiak</li> <li>Jardueraren muga kronikoa</li> <li>Jardueraren muga kronikoa duten eta maiz laguntza motaren bat behar duten pertsonen behar duten laguntzaren maiztasuna.</li> <li>Jardueraren muga kronikoa dutenei eta laguntza behar dutenei laguntzen dien pertsona</li> <li>Osasun mentalaren indizea</li> <li>Antsietate- eta depresio-sintomen prebalentzia</li> <li>Osasun-inkestan parte hartu aurreko bi egunetan "lo egiteko" edo "nerbioak lasaitzeko, antsietateagatik" medikamentuak kontsumitu zituztenen ehunekoa, EAEn</li> <li>Azken hamabi hilabeteetan bere burua hiltzea pentsatu duten gizon eta emakumeen ehunekoa</li> </ul>	<u>Osasun-inkesta, 2013, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila</u>	Bost urtean behin

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gazteek osasunari buruz duten pertzepzioa</li> <li>• Neskek eta mutilek kirola zenbatero egiten duten</li> </ul>	<p><u>Osasuna eta gazteak: Euskadiko gazteen ikusmoldeak osasunari buruz (2008). Gazteak bilduma. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Vitoria-Gasteiz.</u></p>	<p>Maiztasunik gabe</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko etorkinen artean norbere osasunari buruzko pertzepzioa</li> <li>• Bizitzako uneraren batean bere burua hiltzea pentsatu duten gizon eta emakume etorkinen ehunekoa</li> <li>• Azken hamabi hilabeteetan bere burua hiltzea pentsatu duten gizon eta emakume etorkinen ehunekoa</li> </ul>	<p><u>EAEko finkatutako etorkinen taldeei egindako osasun-inkesta (2006)</u></p>	<p>Maiztasun zehatzik gabe</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suizidioen ehunekoa, sexuaren arabera bereizita.</li> <li>• Adinaren arabera doitutako EAEko heriotza-tasa, azken 10 urteetan</li> <li>• Emakumeak eta gizonak hiltzeko zergati nagusiak</li> <li>• Heriotza-tasa gazteen artean</li> <li>• Gazteen heriotzen zergatiak</li> </ul>	<p><u>EAEko heriotza-tasari buruzko txostena (2011)</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabako-kontsumoa</li> <li>• Alkohol-kontsumoa</li> <li>• Ariketa fisikoa lanean edo jarduera nagusia egitean</li> <li>• Azken 7 egunetan egindako ariketa fisikoaren maila</li> <li>• Ariketa fisikorik ez egiteko arrazoiak, emakumeak eta gizonak oro har</li> <li>• Egunero fruta, barazkiak, arraina, haragia, gozokiak eta janari lasterra jaten duten emakume eta gizonen ehunekoa</li> <li>• Gehiegizko pisua, obesitatea eta pisu gutxi izatearen prebalentzia emakume eta gizonetan</li> <li>• Zaratekin, usain txarrekin edota edateko uraren kalitatearekin arazoak dituztela dioten EAEko emakume eta gizonen ehunekoa</li> </ul>	<p><u>Osasun-inkesta, 2013, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila</u></p>	<p>Bost urtean behin</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preserbatiboaren erabilera emakume eta gizon nerabeen artean</li> <li>• Hurrengo eguneko pilula deritzona edo larrialdi-kontrazepzioa erabili duten nesken ehunekoa</li> </ul>	<p><u>"Elaboración del programa de educación afectivo-sexual dirigido al alumnado de educación secundaria y su comunidad educativa de referencia". Eusko Jaurlaritzaren eta Euskal Herriko Unibertsitatearen arteko kontratu baten barruan egindako ikerketa.</u></p>	<p>Egoeraren araberakoa</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haurdunaldiaren borondatezko etenaldia egin zuten 15 eta 29 urte arteko nesken ehunekoa</li> </ul>	<p><u>EUSTAT (2011)</u></p>	<p>Urtero</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2012an EAEn GIBa diagnostikatu zitzaizkiren kasu berriak, sexuaren arabera bereizita</li> </ul>	<p><u>Osakidetzaaren GIB-programa</u></p>	<p>Urtero</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emakumeek eta gizonek EAEn lortutako isilpeko gizarte-laguntzaren batez besteko puntuazioa</li> <li>• Emakumeek eta gizonek EAEn lortutako gizarte-laguntza afektiboaren batez besteko puntuazioa</li> <li>• Isilpeko gizarte-laguntzarik ezaren prebalentzia emakumeen eta gizonen artean</li> <li>• Gizarte-laguntza afektiborik ezaren prebalentzia emakumeen eta gizonen artean</li> </ul>	<p><u>Osasun-inkesta, 2013, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila</u></p>	<p>Bost urtean behin</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emakume eta gizon etorkinek EAEn lortutako isilpeko gizarte-laguntzaren batez besteko puntuazioa</li> <li>• Emakume eta gizon etorkinek EAEn lortutako gizarte-laguntza afektiboaren batez besteko puntuazioa</li> </ul>	<p><u>EAEn finkatutako etorkinen taldeei egindako osasun-inkesta (2006)</u></p>	<p>Zehaztu gabe</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aldi baterako kontratuen, kontratu partzialen eta kontraturik gabeko lanaren prebalentzia EAEko emakume eta gizon langileen artean</li> <li>• EAEko emakume eta gizon gazteen behin-behinekotasunaren tasa.</li> </ul>	<p><u>Emakumea eta lan-jarduera I</u> Eustat)  2012</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aldi baterako kontratuaren eta lanaldi erdiaren prebalentzia urritasunen bat duten emakume eta gizonen artean</li> </ul>	<u>Desgaitasuna eta lan-merkatua: EAEko egoera.</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko emakumeek eta gizonek etxeko lanetan emandako eguneko ordu kopuruaren batezbestekoa</li> </ul>	<u>Denboraren erabileraren inkesta, 2009-2010 (EIN)</u>	Maiztasun zehatzik gabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaintzako egitekoetan egunero emandako batez besteko denbora, halako egitekoak gauzatzen dituzten emakume eta gizonen artean</li> </ul>	<u>Denbora Aurrekontuei buruzko Inkesta, 2008 (EUSTAT)</u>	Bost urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko emakume eta gizonen batez besteko errenta pertsonala</li> </ul>	<u>Eustat 2010</u>	Bi urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emakumeen eta gizonen soldata-desberdintasuna EAEn</li> </ul>	<u>Soldaten egiturari buruzko inkesta, 2008-2009 (EIN)</u>	Lau urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espainiako estatuan urritasunen bat duten emakume eta gizonen hileko soldata garbia</li> </ul>	<u>(Urritasunen bat duten pertsonen datu-basearen eta soldata-egituraren ustiapena) (EIN 2010)</u>	Zehaztu gabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko emakume etorkinen batez besteko per capita diru-sarreraren eta etorkinen talde osoaren batez besteko diru-sarrera pertsonalen arteko aldea</li> </ul>	<u>EAEn bizi diren biztanle etorkinen inkesta (2010)</u>	Zehaztu gabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko emakume eta gizon erretiratuen batez besteko errenta pertsonala</li> </ul>	<u>EUSTAT 2012</u>	Bi urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etxerik gabeko pertsonen norbere osasunari buruz duten pertzepzioa</li> <li>• Etxerik gabeko pertsonen osasun-egoera</li> </ul>	<u>EUSTAT 2012</u>	Bi urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espainiako estatuan, etxebizitzetan toki falta, neguan tenperatura beroen falta eta udan tenperatura freskoen falta izaten dutela dioten emakume eta gizonen ehunekoa</li> </ul>	<u>Bizi-baldintzen inkesta (2007, EIN)</u>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko emakume eta gizonek osasun-zerbitzuekin duten gogobetetasun-maila</li> <li>• EAEko emakume eta gizonek beren osasun-beharrizanen estaldurarekin duten gogobetetasun-maila</li> <li>• Inkesta egin aurreko 12 hilabeteetan honako prebentzio-jardun hauek egin zituzten emakume eta gizonen ehunekoa: gripearean aurkako txertoa; tentsio arteriala neurtzea; kolesterol-maila neurtzea, eta odoleko azukre-maila neurtzea</li> <li>• Medikuaren zein erizaintzako kontsultetan honako gai hauei buruz galdetu, hitz egin edo aholkua eman zaien emakume eta gizonen ehunekoa: tabakoaren eta alkoholaren kontsumoa; ariketa fisikoa; sexu-ohiturak; HIESa, eta gorputzaren pisua.</li> <li>• Inkestan parte hatu aurreko 14 egunetan kontsulta orokorrak edo pediatriako kontsultak egin dituzten EAEko emakume eta gizonen ehunekoa</li> <li>• Inkestan parte hatu aurreko 14 egunetan kontsulta orokorrak edo pediatriako kontsultak egin dituzten EAEko emakume eta gizonen ehunekoa</li> <li>• Inkestan parte hartu aurreko 12 hilabeteetan EAEko emakume eta gizonek izandako mediku-kontsulten kopurua</li> <li>• Inkestan parte hatu aurreko 6 hilabeteetan larrialdi-zerbitzuetan artatu diren EAEko emakume eta gizonen ehunekoa</li> <li>• Inkestan parte hatu aurreko 12 hilabeteetan ospitaleratu diren EAEko emakume eta gizonen ehunekoa</li> <li>• Inkestan parte hatu aurreko 12 hilabeteetan eguneko ospitalean artatu diren EAEko emakume eta gizonen ehunekoa</li> </ul>	<p><u>Osasun-inkesta, 2013, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila</u></p>	<p>Bost urtean behin</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osasunaren alorreko profesional elkargokideak, sexuaren arabera bereizita</li> </ul>	<p><u>Eustat 2012</u></p>	<p>Urtero</p>



## 5. ERREFERENTZIA-AGIRIAK

### AZTERLANAK ETA TXOSTENAK

---

- Emakumeak eta gizonak Euskadin 2013. Emakunde–Emakumearen Euskal Erakundea
- Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020
- Genero-ikuspegia osasunaren alorreko ikerketarako politiketan barne hartzeko gomendioen gida. Emakumearen Osasunaren Behatokia
- Genero-ikuspegia osasunaren alorreko ikerketarako politiketan barne hartzeari buruzko giden berrikuspen-txostena. Emakumearen Osasunaren Behatokia
- Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en los servicios sanitarios. Sara Velasco Arias
- Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Sara Velasco Arias
- Gizonak eta osasunaren zaintza. Emakumearen Osasunaren Behatokia.
- Genero-indarkeriaren aurkako estrategietan parte hartu duten osasunaren alorreko gizonetzko langileak. Emakumearen Osasunaren Behatokia
- Chilet Rosell, E. (2011). Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible. *Feminismos*, 18, abendua, 353-363 or.
- *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud.* Giza eskubideen Juan San Martín bilduma, Arartekoa (2007)
- Discapacidad y dependencia de las personas mayores en el País Vasco. Eusko Jaurlaritzako Enplegu Saila eta INGEMA fundazioa (2011)
- Rodríguez, E. eta Lanborena, N. (2006). *Euskal Autonomia Erkidegoan finkatutako etorkinen taldeei egindako osasun-inkesta.* BBK-ko Proiektu Sozialen Programaren V. Deialdia (2006)

## ESKULIBURUAK ETA GIDALIBURUAK

---

- Guía de lenguaje para el ámbito de la salud. Emakunde–Emakumearen Euskal Erakundea
- Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. *Serie monografías EASP 48*. zk.. Osasun Publikoko Andaluziako Eskola
- Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones. María Teresa Ruiz Cantero eta Natalia Papí Gálvez. Alacanteko Unibertsitatea.
- GI Baren prebentzio-programetan genero-ikuspegia txertatzeko gida praktikoa. Txostenak, Azterlanak eta Ikerketa 2012. Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa.

