



EMAKUMEAK ETA OSASUNA
PROGRAMA
2009-2012

AURKIBIDEA

1.	Sarrera	5 or.
2.	Oinarritzea (Oinarri kontzeptualak)	8 or.
3.	EAEko emakumezkoen egoeraren analisia	11 or.
3.1.	Egoera sozio-demografikoa	11 or.
3.1.1.	EAEko biztanleria	11 or.
3.1.2.	Bizi-itxaropena	14 or.
3.1.3.	Jaiotza-tasa	15 or.
3.1.4.	Ezkontzak	17 or.
3.1.5.	Hezkuntza	17 or.
3.1.6.	Lana	19 or.
3.1.7.	Pobrezia	21 or.
3.2.	Osasun-egoera	25 or.
3.2.1.	Hautemandako osasuna	25 or.
3.2.2.	Osasun-arazo kronikoak	27 or.
3.2.3.	Jardueraren murrizketa	27 or.
3.2.4.	Bizi-azturak	29 or.
3.2.5.	Emakumeen aurkako indarkeria	35 or.
3.2.6.	Osasun emankorra	37 or.
3.2.7.	Minbiziaren intzidentzia	45 or.
3.2.8.	Osasun mentala	48 or.
3.2.9.	Erikortasuna	50 or.
3.2.10.	Hilkortasuna	52 or.
3.3.	Ohitura sozialak	56 or.
3.4.	Emakumeak eta immigrazioa	57 or.
4.	Programaren esparrua	60 or.
4.1.	Printzipioak	61 or.
4.2.	Testuinguru arauemailea	61 or.
4.3.	Beste plan eta estrategia batzuekin elkarganatzea	62 or.

5.	Jardunbideak	64 or.
5.1.	Osakidetzaren plan, programa eta protokoloen genero-analisi bat egitea eta osasun-jarduketetan generoaren ikuspegia sartzeko neurriak proposatzea	64 or.
5.2.	Osasun sexualaren eta osasun emankorraren hobekuntza sustatzea	65 or.
5.3.	Zerbixeko minbiziaren prebentzioa eta bularreko minbiziaren diagnostikoa duten emakumezkoen atentzioa hobetzea	71 or.
5.3.1.-	Zerbixeko minbiziaren prebentzioa	71 or.
5.3.2.-	Bularreko minbizia diagnostikatu zaien emakumeen atentzioa hobetzea	72 or.
5.4.	Genero-indarkeriak emakumeen osasunean duen eragina murritztea, zerbitzu sanitarioen detekzio eta esku-hartzearen bitartez ..	74 or.
5.5.	Genero-eragileekin zerikusia duten emakumeen osasun mentaleko arazoei atentzio hobea sustatzea	75 or.
5.6.	Egoera espezifikoetan dauden emakumeen osasuna hobetzen laguntzea	77 or.
5.6.1.-	Behar bereziak dituzten adingabekoak zaintzen dituzten emakumeen osasuna hobetzen laguntzea	77 or.
5.6.2.-	Emakume etorkinen osasuna hobetzen laguntzea	78 or.
5.6.3.-	Ezintasuna duten emakumeen osasuna hobetzen laguntzea ..	79 or.
5.6.4.-	Gaixotasun kronikoak eta lehentasuneko osasun-arazoak dituzten emakumeen osasuna hobetzen laguntzea	80 or.
6.	Finantzaketa	83 or.
7.	Jarraipena eta ebaluazioa	83 or.

Eranskinak	84 or.
1.- Testuinguru arauemailea	84 or.
2.- Beste plan eta estrategiak batzuk	91 or.
3.- Glosarioa	93 or.
 Erreferentzia bibliografikoak	 100 or.

1. SARRERA

Emakumezkoen eta gizonezkoen arteko berdintasunaren sustapena, Eusko Jaurlaritzaren funtsezko helburu bat da. Sustapen hori, gainera, etika eta justizia sozialarekin zerikusia duen arazo bat da, giza eskubideen arazo bat; baina baita garapenaren aldeko apustua egiten duen gizarte baten aukera adimentsu eta arduratsua ere, aurrera egiteko bere kide guztiak behar dituela dakien gizartea, hain zuzen ere^a.

Sanitatearen esparruak, neurri handi batean, emakumezkoen eta gizonezkoen arteko berdintasun desiratu hori lortzen lagun dezake, osasunean ekitatea sustatuz.

Horiek horrela, Osasun Sailak bere 2002-2010eko Osasun Planean¹ lehentasunezko arlo gisa, emakumeen osasuna bultzatzen du; bestalde, gizarte- eta genero- desberdintasunak gutxitzeko esku-hartzeko estrategiak deskribatzen ditu. Horrez gain, ekitatea politika sanitarioaren lehentasuntzat hartzen du^b. Bestalde, EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Planak era askotako helburu eta ekintzak biltzen ditu Osasun Barrutian².

Osasun-profesionalek eta biztanlerien osasun-determinatzaileak ikertzen dituzten adituek zera identifikatu dute arazo garrantzitsu gisa: generoan dagoen ekitaterik eza osasun-egoeran eta zerbitzu sanitarioetarako sarbidean emakumezkoetan eta gizonezkoetan, emakumezkoen kasuan emaitza osasun txarragoa dutela atera delarik.

Emakumezkoek eta gizonezkoek arrisku-faktore bereizgarriak dituzte. Emakume askok, aurrerapen handiak egin diren arren, lan txarragoak dituzte eta soldatak baxuagoak dira, erabakiak hartzeko aukera gutxiago eta desabantaila sozial gehiago dituzte, lanaldi bikoitzaren estres fisiko eta mentala eta familia osoaren zaintzaile gisa egiten duten lan emozionalak sortutakoa pairatzen dute. Gainera, erantzukizun horiek direla bide, ariketa fisiko gutxiago egiten dute, ordu gutxiago lo egiten dute eta aisialdiaz gozatzeko denbora gutxiago dute. Genero-arrazoiek eragindako diskriminazioa, halaber, emakumeen aurkako indarkeria moduan ager daiteke, bai haien bikoteek edo bikote ohiek emandako tratu txar gisa (kasurik tragikoenetan heriotza gertatuz), neskato eta adingabekoen sexu-abusu gisa, sexu-eraso gisa

^a Garapen-idea esanahi ezberdinak hartzen joan da, PNUD delakoak (Garapenerako Nazio Batuen Programa) prestatutako giza garapen noziora heldu arte. Nazioarteko erakunde horretarako garapenak, dimentsio ekonomikoa baino askoz gehiago barne hartzen du, nazioen benetako aberastasuna herriak baitira. Funtsezko elementu bat giza ahalmenaren garapena da, pertsona batek gauzatu ahal dituen era askotako jardueren multzo gisa eta bizi ditzakeen baldintzak bezala ulertuta. PNUD: Giza garapenari buruzko txostenak. 1997-2006. New York.

^b OMEk "osasun-desberdintasun" kontzeptua horrela ulertzen du: osasun-arloan dauden premiagabeko desberdintasun baztergarri eta bidegabeak; beraz, dimentsio moral edo etiko bat barne hartzen du.

edo sexu-jazarpen gisa lan-esparruan; egoera guzti horiek haien osasun fisiko, psikiko eta sozialean ondorio suntsitzaileak dituztelarik.

Emakumezkoak eta gizonezkoak ez dira prozesu berdinez gaixotzen, eta maiztasuna ere ez da berdina. Ez dute sintomatologia berdina izaten eta ez dute berdin erreakzionatzen tratamendua jartzen zaienean. Emakumezkoek eta gizonezkoek bakarrik eragiten dieten kontsulta-arrazoiez gain, esaterako sexu bakoitzari dagozkion ezaugarri biologikoekin zerikusia duten osasun-prozesuak, emakumezkoek gizonezkoekiko erikortasun bereizgarria jasaten dute, hau da, emakumezkoetan sarriago gertatzen diren prozesu edo gaixotasun multzo bat izaten dute, hala nola: arazo osteomuskularrak, mina eta neke kronikoa, gaixotasun autoimmuneak, alterazio endokrinoak, osasun mentaleko eta jateko portaerako trastornoak eta gernu-inkontinentzia, besteak beste³.

Azterlan ezberdinek genero-alborapenak identifikatu dituzte atentzio sanitarioan, ahalegin diagnostiko eta terapeutikoan eta ikerketan. Alborapen horiek, oro har, emakumezkoek kalte egiten diete; eta gizartean zein profesional sanitarioen artean indarrean dauden genero-estereotipoek eragiten dituzte. Hoberen ezagutzen den adibidea emakumeen patologia koronarioarena izango litzateke, baina Euskal Autonomia Erkidegoan egindako azterlanek aditzera eman dute emakumezkoek Lehen Mailako Atentzioan haien bizimoduari buruz gizonezkoek baino gutxiagotan galdetzen zaiela; eta hori dela eta, osasunaren prebentzioa eta sustapena egiteko sistemaren ahalmenari etekin gutxiago ateratzen diote. Are gehiago, ohiko erretzaile eta edale gisa identifikatutako biztanleriaren artean, euskal emakumezkoek gizonezkoek baino gutxiago aholkatzen zaie erretzeari uzteko edo haien alkohol-kontsumoa murrizteko⁴.

Bestalde, Osasun Inkesta guztiek emakumezkoek osasun txarragoa hautematen dutela identifikatzen dute, arazo kronikoak gehiago pairatzen dituztela eta handiagoa dela jardueraren denbora-murrizketa⁵.

Desberdintasun horiek ez dituzte sexuarekin lotutako arrazoi biologikoek soilik azaltzen, baizik eta bizi-baldintzekin eta emakumezkoek gizartean duten lekuarekin zerikusia duten faktoreen multzo batek azaltzen ditu batez ere. Benach^a irakasleak esaten zuen moduan: “Gaur egun, produktu edo substantzia berriak osasunerako toxikoak direla aurkitzen den momentu berean, gorabehera sozialen “toxikotasuna” eta osasunari dagokionez gizartea antolatze moduak berraurkitzen ari gara”. Osasun txarrago hori, beraz, ez da diferentzia biologiko huts bezala hartu behar, baizik eta, Osasunaren Mundu Erakundeak adierazten duen legez, desberdintasun

^a Joan Benach irakasleak, Bartzelonako Pompeu Fabra Unibertsitatean osasun publikoa eta laneko osasuna irakasten du.

bat bezala hartu behar da, ez delako beharrezkoa, saihestu daitekeelako, bidegabekoa delako, eta zuzendu behar delako⁶.

Emakumezkoek ahalik eta osasun-mailarik hoberenak lortzea sustatzeak, zera inplikatzeko du: batetik, osasun publiko eta asistentzia sanitarioarekin zerikusia duten jarduketak; eta bestetik, emakumezkoen bizi-baldintzak hobetzeko politikak, euskal etxeetan genero-desberdintasuna murrizteko, etxeko lanen eta pertsonen zaintzaren berdintasunezkoagoa den banaketarekin, eta gizarteko esparru guztietan berdintasunaren alde egiteko.

Osasunean genero-ekitatearen bilatzea da, sektore sanitarioak berdintasunaren helburuari egiten dion ekarpenik handiena. Gogoratu behar dugu ekitatea lortzeko eskubide-berdintasuna nahitaezko baldintza dela, baina ez dela nahikoa. Genero-ekitateak, desabantailan dagoen talde bati (emakumeak) onura iragankorrak emateko konpromiso sozial bat aipatzen du, aurretik dagoen desberdintasuna itzultzeko asmoz. Justizia, pribilegioak hobetzeko eta bi generoekiko ardura printzipio bat dakar. Era berean, ekitateak ez du esan nahi emakumezkoengan eta gizonezkoengan hilkortasun- eta erikortasun- tasa berdinak lortu behar direnik, baizik eta prebeni daitezkeen arrazoiengatik ezgaitasuna pairatzeko edo hiltzeko, ez gaixotzeko eta osasunaz gozatzeko aukeretan saihestu ahal diren desberdintasunak ezabatzea. Hori posible izan ez dadin, politika zehatz eta espezifikoak behar dira, genero-desberdintasuna osasunaren determinatzaile gisa hartuz, Nazio Batuen Ekonomia eta Gizarte Kontseiluaren ebazpenak^a eta Madrileko Adierazpenak^b gomendatzen duten bezala, erakunde sanitarioen kulturetan eta osasun-politiken prestaketan, haien plangintzan, betearazpenean eta ebaluazioan aldaketak sartzeko.

Osasuna eta Emakumeak Programa, generoa dela kausa osasunean dauden desberdintasunak murrizteko eremu sanitarioak aukeratu duen tresna da. Osasuna eta Emakumeak Programak, halaber, erantzun osoa eman nahi dio EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Planean lortutako emakumeak ahalduztzeko konpromiso nagusiari. Sektore sanitarioak, bere aldetik, hori egiteko haien gorputzaz duten kontrolean eta haien osasunaren kudeaketan beren autonomia fisikoa sustatuko du eta gehituko du, are gehiago, haien osasun-arazoekiko instituzio sanitarioek ematen duten atentzioa, emakumeen iritziak eta lehentasunak kontuan hartuz eta haien erabaki informatuak onartuz.

^a Kontseiluko 1997/2an erabakitako ondorioak, Nazio Batuen sistemaren politika eta programa guztietan genero-ikuspuntua sartzeari buruzkoak.

^b Madrileko Adierazpena, Europar osasun-politiketan generoaren *Mainstreaming* delakoari buruzko mintegiaren emaitza da. Mintegia Madrilen, 2001eko irailaren 14an, egin zen.

2. OINARRITZEA (OINARRI KONTZEPTUALAK)

Osasunean genero-ikuspegi deiturikoaren garapena oraintsuko fenomeno bat da. Genero-kontzeptua bera nahiko berria da eta gizonezkoen eta emakumezkoen arteko botere-desberdintasunen tratamenduari erreferentzia egiten dio. Desberdintasun horiek, halaber, aldatu egiten dira denborak aurrera egin ahala, eta testuinguru bakoitzaren baldintza sozial, politiko eta kulturak ezberdinen arabera.

John Stuart Mill (1806-1873) filosofo eta ekonomialaria lehenengo pentsalari modernoetako bat izan zen, genero hitza erabili gabe, pentsamendu zientifikoan emakumearen izaera sozialaren eta sexuen arteko harremanen kritika sartu zuena. Emazte zuen Harriet Taylor-en laguntzarekin, “La esclavitud femenina” izeneko liburu argitaratu zuen. Liburu horretan diote, bi sexuen arteko harremanak erregulatzen dituen printzipioa, batak bestearekiko duen mendekotasuna, berez okerra dela eta giza aurrerapenerako oztoporik garrantzitsuenetako bat dela. XX. mendearen erdialdera, emakume-egile batzuk, Simone de Beauvoir edo Margaret Mead esaterako, dagoeneko diferentzia sexualen eraikitze sozial eta kulturalari buruz ari dira. Medikuntza-zientzien arloan, 1955ean, garapen genitalaren sortzetiko akatsen azterketan espezialista den John Money jaunak genero-rol kontzeptua sartu zuen: pertsona hermafroditak, sexu biologikoarekin bat etorri ez arren, euren burua emakumezkotzat edo gizonezkotzat sumatzen zuten eta besteek ere horrela hartzen zituzten, lehen haurtzaroan jasotako rolak eta igurikimenak betez. Pixka bat beranduago, 1968an, Robert Stoller jaunak “Sex and Gender” izeneko liburuarekin, sexu biologikoaren eta genero sozialaren arteko banaketari buruzko eztabaida hasi zuen, gaur egun oraindik eztabaidatzen dena; bere asmoa biologia dena eta kultura dena bereiztea zelarik.

Sexu hitzak haxe izendatuko luke: gizon edo emakume gisa fisikoki definitzen duten pertsona baten ezaugarri biologikoak eta genetikoak, hau da, pertsonen kromosomekin, sexu-organoekin eta bigarren mailako ezaugarri sexuarekin zerikusia duen oro⁷. Genero-kontzeptuak, emetasun eta maskulinitasunaren eraikitze kultural eta sinbolikoari erreferentzia egingo lioke; hortaz, gizonezkoei eta emakumezkoei lotutako usantza sozial, irudi eta balioen multzoari. Multzo horrek, bestetik, emakumeak eremu emankorrean eta diskriminazio-egoera batean baztertzten dituen espazioen desberdintzen asimetriko eta hierarkizatu bat dakar⁸.

Hasiera batetik, genero-kontzeptua eraikitze, deseraikitze eta legitimazio prozesu iraunkor batean aurkitzen da. Hona helduta komeni da esatea generoa, emakumearekin sarritan nahasten denez gero, gizonezkoen eta emakumezkoen artean ezartzen diren desberdintasunei erreferentzia egiten dien erlaziozko kontzeptu gisa ulertu behar dela, haien bizitzaren alderdi

ezberdinei buruzko (horien artean: osasuna eta gaixotasuna) ondorio zehatzak izanik. Era berean azpimarratu behar da, azken urteetan, ikuskera klasikoa zalantzan jarri dela, emetasunaren eta maskulinitasunaren ikuspuntu bakar eta unibertsal batekin muturreko polaritate bat hartu duelako, ez dituelako kulturak biologian sortzen dituen aldaketak jasotzen, jarrera determinista hartzeagatik eta, azkenik, ez dutelako argi adierazten baldintza sozio-ekonomikoak, adina, eremu geografikoa, etnia, orientazio sexuala, eta abar nola gurutzatzen diren generoarekin eta aldatzen duten.

Genero-kontzeptuaren erabilera era askotako arlo eta usantza sozial, kultural eta politikoetara hedatu da, emakume eta feministen mugimenduak emandako bultzadari esker; baita horrek, zalantzarik gabe, adierazten duen kontzeptuzko ekarpenari esker ere. Beraz, osasunean genero-ikuspegia horrela defini daiteke: “gizonezkoek eta emakumezkoek jokatzen dituzten roletan dauden diferentziak eta desberdintasunak kontuan hartzea, haien harremanetan dauden botere-desberdintasunak, euren beharrak, mugak, aukerak eta diferentzia horiek arlo hauetan duten eragina: arriskuen agerpen bereizgarrian, abantaila teknologikoen erabileran, baliabideen informazioan eta osasun-atentzioan, baita haien eskubideak bete eta zehaztean ere”. Genero-berdintasuna horrela definituko litzateke: “diskriminaziorik eza baliabide edo onuren aukerei eta banaketari dagokionez, edo pertsonaren sexuan oinarritutako zerbitzuen erabilerari dagokionez”. Genero-ekitatearen definizioa hauxe izango litzateke: “zuzentasuna emakumezkoen eta gizonezkoen arteko onuren eta erantzukizunen banaketan. Kontzeptuak aitortzen du bi sexuek behar eta botere ezberdinak dituztela, eta diferentzia horiek euren arteko desberdintasunak zuzentzeko identifikatu eta aztertu behar direla”⁹.

Testuinguru horretan, emakumezkoen osasun-baldintza eta gaixotasunari buruzko ikerketa ugari egin dira, gizonezkoekiko dituzten diferentziak eta horiek ekitaterik eza eta desabantailak dakartzala aztertu da. Gainera, genero-teorien esparruan, gizonezkoen osasuna baldintzatzen duten determinatzaile sozial eta psikologikoei buruzko azterlanak egin dira eta maskulinitasun-eredu tradizionalek sustatutako jokabide menderatzaile, kontrolatzaile, lehiakor eta emozio-baztertzailearekin zerikusia duten ondorio negatiboak daudela egiaztatu da. Gizonezko askoren jokabidea eredu horretatik aldentzen denez gero, eta era askotako maskulinitasunak edo aukera askotako maskulinitasunak daudenez, maskulinitasunaren ezaugarri edo forma guztiak ez dira osasunarentzako arriskutsuak edo, gutxienez, ez dute arrisku bera inplikitzen^{10,11,12}.

Gaur egun, lehentasunezko helburutzat jotzen da osasunean berdintasuna eta ekitatea lortzeko baldintza gisa genero-ikuspegia sartzea sustatzea. Osasunean generoa ikusteko, azken urteetan garatu diren zenbait bide posible dagoen arren¹³, programa honetarako generoaren ikuspegi integratua aukeratu da. Ikuspegi nagusi horrek emakumeen osasun-lerro desberdinek egindako ekarpen guztiak barne hartzen ditu, genero-desberdintasuna eta genero-determinatzaileen analisia barne. Horiek horrela, honako hauek osatzen dute ikuspegi hori: sexu bakoitzaren bizi-

zikloarekin zerikusia duten osasunaren behar espezifikoak eta prozesu fisiologikoak, sexuen araberako erikortasun bereizgarria (emakumezkoen eta gizonezkoen osasun-arazoak), eskuragarritasun eta atentzio desberdintasunekiko ardura, generoaren ekitaterik eza eta generoaren determinatzaile psikosozialen analisia^{14,15}. Hala ere, eta programa hau emakumeen osasunari buruzkoa denez, jarduketa gehienak emakumeei zuzenduta daude, garrantzi berezia duten batzuk emakumezko zein gizonezkoentzako diren arren.

Bestalde, osasun-gaixotasun binomioa ulertzeko eredu biopsikosozialaren kontzeptuzko esparrua ere aukeratu da. Ikuspegi horren arabera, gaixotasunak disfuntzio biologikoen adierazpen izateaz gain, aldagai biologiko, psikologiko eta sozialen elkarrenergin konplexuen emaitza dira.

Era berean, osasunaren, giza eskubideen erabileraren eta gizartearen garapenaren arteko lotura gaineratu da. Lotura hori OMEko Konstituzioak dakar, eta horrela dio: “lor daitekeen osasun-mailarik altuenaz gozatzea, gizaki ororen oinarritzko eskubideetako bat da” eta hauxe da 2000. urtean egindako proposamena: “...munduko biztanle guztiek produktiboki lan egin eta bizi diren komunitatean gizarte-bizitzan aktiboki parte hartu ahal izateko besteko osasun-maila izan dezatela”^a.

Eta azkenik, politika publikoen formulazioan generoaren arazoaren zeharkakotasun sistematikoaren ikuskerara estrategikoa partekatzen da¹⁶. Eta horrek dakar, plangintza eta ezarpeneko etapa guztietan eta maila guztietan genero-ikuspegiaren berdintasuna helburutzat hartzea.

^a Jonnathan Mann eta Sofia Gruskin-entzat, eskubideen eta osasunaren artean euren artean nahasten diren erlazio desberdinak daude. Horietako batek aipatzen du eskubideak ez betetzeak gizakien osasunean ondorio negatiboa daukala. Beste erlazio bat osasun politika eta programek eskubideen sustapenean duten eraginari buruzkoa da. Azkenik, hirugarren erlazio batek dio, bi arloek sinergikoki jarduten dutela osagarritasun-erlazio bat sortuz, non biak elkarri bultzatzen edo murrizten dioten.

3. EAEko EMAKUMEZKOEN EGOERAREN ANALISIA

EAEko emakumeen egoera ezagutzea, proiektu honen garapenerako ezinbesteko abiapuntua zen.

Kapitulu hau prestatzeko erabili den informazioa, gaia interesatzen zaion edozein pertsonak eskura ditzakeen iturrietatik lortu da. Batez ere honako hauen orrialde eta dokumentu instituzionalak kontsultatuta dira: Osasun Saila, Justizia Saila, EUSTAT, EMAKUNDE eta abar; egiaztatu nahi izan delako ea dauden informazio-sistemek haien datuak sexuaren arabera berezita eskaintzen dituzten eta ea ematen duten informazioa nahikoa den EAEn emakumearen egungo egoera ezagutzeko.

Eraitza zati batez gogobetekoa izan da, datuak lortzeko prozesuak zera aditzera eman baitu: txosten eta informazio-iturriek erkidegoan emakumeen egoeraren hurbilketa ona izateko aukera ematen duten datu garrantzitsuak gero eta gehiago dakartela. Hala ere, oraindik beharrezkoa da hobekuntzak sartzen jarraitzea; horregatik, ideia batzuk agertzen dira jardunbideen atalean.

3.1.- EGOERA SOZIODEMOGRAFIKOA^b

Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) dinamika demografikoa bere testu historiko, sozial eta ekonomikoaren barruan ulertu behar da. Azken 30 urteetan, aldaketa sozial garrantzitsuak gertatu dira, hala nola: emakumeen hezkuntza-mailaren gehikuntza eta haiek lan-merkatuan masiboki sartzea, edo aldaketak familia-egituran eta etxeetan, familiaren batez besteko tamainaren murrizketa eta bakarrik bizi diren pertsonen kopurua igotzea eraginez. Gainera, euren lana eskaini eta egungo sistema soziala mantentzen laguntzen duten etorkinen erakarpen-polo bihurtu da EAE.

3.1.1. Emakumeak EAEko biztanleriaren %51 baino zertxobait gehiago dira

Lor daitezkeen zifra berrienak adierazten dute EAEn 2.129.339 biztanle bizi direla, horietako 1.089.405 emakumezkoak dira eta 1.039.934 gizonezkoak.

^b Kapitulu honen atal garrantzitsu bat Euskal Estatistika Erakundeko (Eustat) "Emakume eta gizonen arteko berdintasuna" ataletik hartu da. Bertan biltzen dira, EAEn emakumearen egoera ekonomiko eta sozialaren alderdi ugari generoaren ikuspegitik islatu nahi duten adierazle batzuk.
<http://www.eustat.es/estad/arbola.asp?idioma=c&tipo=10>

44 urtetik beherako adin-talde guztietan, gizonezkoen kopurua emakumezkoena baino altuagoa dela egiaztatzen da. Egoera hori alderantziz jartzen da momentu horretatik aurrera, eta adinak gora egin ahala areagotzen doa.

Adin-taldea eta lurralde historikoa kontuan hartuta, emakumeen biztanleria horrela banatzen da:

Adin-talde (adina 2005/ XII/31n), lurralde historiko eta sexuaren arabera. 2006. (p)

	Euskal AE			Araba			Bizkaia			Gipuzkoa		
	Guztira	Gizonak	Emakumeak	Guztira	Gizonak	Emakumeak	Guztira	Gizonak	Emakumeak	Guztira	Gizonak	Emakumeak
Guztira	2.129.339	1.039.934	1.089.405	305.822	152.290	153.532	1.136.852	550.638	586.214	686.665	337.006	349.659
- (1)	17.436	8.916	8.520	2.533	1.312	1.221	8.719	4.444	4.275	6.184	3.160	3.024
00-04	95.646	49.012	46.634	13.763	7.012	6.751	48.675	25.049	23.626	33.208	16.951	16.257
05-09	83.457	42.687	40.770	12.129	6.134	5.995	42.464	21.819	20.645	28.864	14.734	14.130
10-14	80.352	41.276	39.076	11.746	6.000	5.746	41.898	21.463	20.435	26.708	13.813	12.895
15-19	91.631	46.937	44.694	13.684	7.067	6.617	48.933	25.049	23.884	29.014	14.821	14.193
20-24	123.049	62.757	60.292	19.065	9.731	9.334	65.820	33.402	32.418	38.164	19.624	18.540
25-29	168.465	86.714	81.751	25.740	13.450	12.290	89.450	45.712	43.738	53.275	27.552	25.723
30-34	181.368	93.534	87.834	27.346	14.269	13.077	95.522	48.702	46.820	58.500	30.563	27.937
35-39	173.270	88.507	84.763	25.916	13.390	12.526	92.142	46.589	45.553	55.212	28.528	26.684
40-44	172.642	86.138	86.504	25.183	12.671	12.512	93.079	46.141	46.938	54.380	27.326	27.054
45-49	163.830	81.111	82.719	23.264	11.534	11.730	88.959	43.746	45.213	51.607	25.831	25.776
50-54	143.074	70.638	72.436	20.597	10.259	10.338	76.208	37.436	38.772	46.269	22.943	23.326
55-59	138.165	68.189	69.976	19.676	9.936	9.740	72.821	35.505	37.316	45.668	22.748	22.920
60-64	117.669	56.788	60.881	16.531	8.327	8.204	62.647	29.875	32.772	38.491	18.586	19.905
65-69	97.271	45.341	51.930	13.059	6.454	6.605	52.869	24.050	28.819	31.343	14.837	16.506
70-74	104.407	46.978	57.429	13.192	6.286	6.906	58.399	25.995	32.404	32.816	14.697	18.119
75-79	84.133	34.844	49.289	10.197	4.400	5.797	47.417	19.641	27.776	26.519	10.803	15.716
80-84	55.270	19.606	35.664	6.946	2.554	4.392	30.531	10.773	19.758	17.793	6.279	11.514
85-89	25.876	7.279	18.597	3.504	1.081	2.423	13.784	3.873	9.911	8.588	2.325	6.263
90 eta gehiago	12.328	2.682	9.646	1.751	423	1.328	6.515	1.374	5.141	4.062	885	3.177

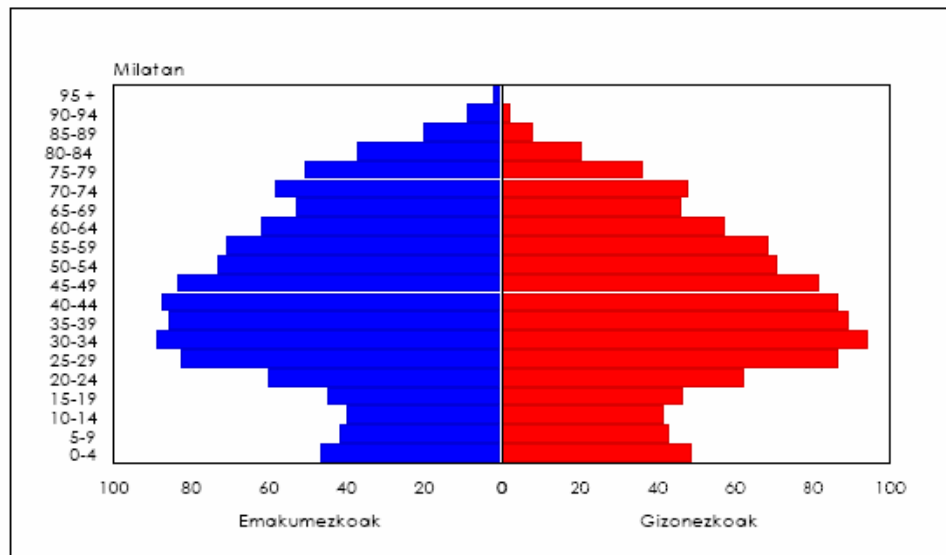
(p) Behin-behineko datuak.

(1) 2006an jaiotakoak.

Iturria: EUSTAT. Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Estatistika (BEE06).

Emakumeen presentzia kuantitatiboa altuagoa da adinean aurrera doazen heinean. Emakume horiek heziketa-maila eskasa dute, eta horrek ondasunak eta zerbitzuak lortzeko dituzten aukerak muga ditzake. Gainera, haien pentsioak baxuak dira, ia beti jarduera emankorretan eskusiboki jardun dutelako¹⁷.

EAEko biztanleria estimatuaren piramidea (milatan). 2005

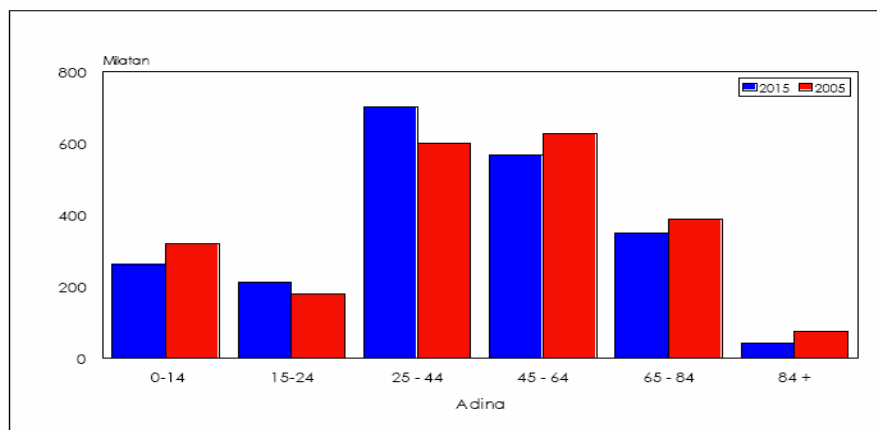


¹ Osasun Publikorako interesgarriak izan eta batez ere EUSTAT-Euskal Estatistika Erakundetik ateratako fenomeno demografikoen laburpena. Bertan, erreferentziatzko datuak eta txostenak hedatuki garatuta daude (<http://www.eustat.es>).

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/eu_opt/adjuntos/2006.pdf

Hurrengo grafikoan, 2015. urterako biztanleria-proiekzioak aurkezten dira:

EAEko biztanleriaren banaketa adin-taldea kontuan hartuta (2005eko estimazioa; 2015era begira), EUSTATen arabera



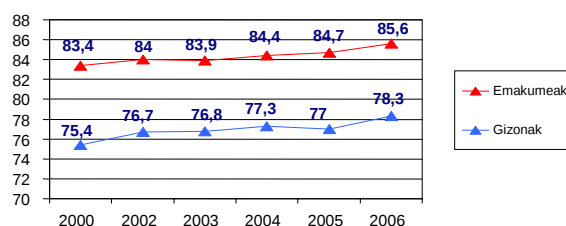
http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/eu_opt/adjuntos/2006.pdf

3.1.2. Bizi-itxaropen handiagoa, ezintasunarekin bizi izandako urte-kopurua handiagoa den arren

Bizi-itxaropena jaiotzean esanguratsuki altuagoa da emakumezkoen kasuan. Eskura ditugun azken datuen arabera, Euskadiko emakumeek 85,6 urtetako bizi-itxaropena daukate, EB-25eko batez betekoa (81,9 urte) baino ia 4 urte gehiago, eta EAEko gizonezkoekiko 7 urte baino zertxobait gehiago (78,3 urte).

Bizi-itxaropenaren gorakada, 2002-2010 Osasun Planaren helburuetako bat da, eta hauxe izan da azken urteetan izan duen eboluzioa:

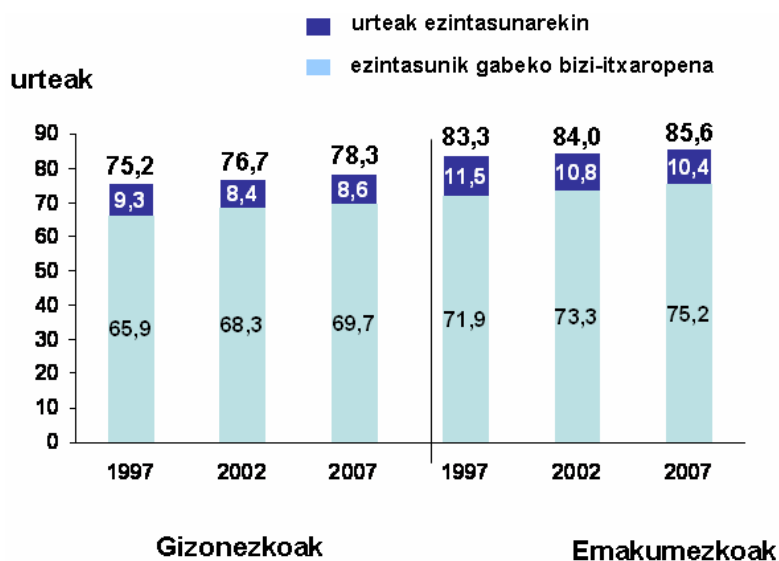
BIZI-ITXAROPENA JAIOTZEAN



Iturria: Hilkortasun Erregistroa, Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila.
http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20737/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/mortalidad_c.html

Biziraupen-abantaila hori faktore genetikoekin erlazionatu da, gizonezkoen hilkortasunak emakumezkoena gainditzen baitu edozein adinetan, baita umetokian ere; gaineratiko hori jaiotza-inguruko etapan bereziki nabarmentzen delarik. Hala ere, beste faktore batzuk ere tartean sartuta daude, emakumeen bizi-luzetasun altuagoaren fenomenoak nahiko modernoak baita.

Bizi izandako urteen kalitateari dagokionez, hurrengo grafikoan ikus daiteke emakumezkoetan bizi-itxaropena handiagoa den arren, ezintasunarekin bizi izandako urte-kopurua ere handia dela; beraz, biziraupen-abantailak beti ez du esan nahi osasun hobea dutela. Egoera horri “bizi-luzetasun elbarria” deitzen zaio.



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/encuesta_salud_2007.html

3.1.3. Jaiotza-tasaren beherakada eta atzerapena

EAEk, azken hamarkadetan, ugalkortasun baxuko eredu emankorra izan du. Izan ere, Euskadiko jaiotza- eta ugalkortasun- tasak oso baxuak dira (emakume bakoitzeko 1,18 seme-alaba), belaunaldi arteko ordezipen-mugatik oso behera daudelako (emakume bakoitzeko 2,1 seme-alaba).

Hurrengo taulan biltzen dira gure autonomia-erkidegorako bizirik jaiotakoen datuak eta jaiotza-tasak:

Bizirik jaiotakoak eta jaiotza-tasa 1.000 biztanleko, lurralde historikoa kontuan hartuta. 2002-2006

	Euskal AE		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Jaioak	Tasa	Jaioak	Tasa	Jaioak	Tasa	Jaioak	Tasa
2002 (a)	18.133	8,7	2.491	8,6	9.372	8,3	6.270	9,3
2003 (a)	19.267	9,2	2.694	9,2	9.806	8,7	6.767	10,0
2004 (a)	19.594	9,3	2.809	9,6	9.996	8,8	6.789	10,0
2005 (a)	19.715	9,3	2.792	9,4	10.122	8,9	6.801	10,0
2006 (a)	20.043	9,5	2.918	9,8	10.087	8,8	7.038	10,4

(a) Behin-behineko tasak.

Iturria: EUSTAT. Jaiotzen Estatistika.

Azken 5 urte hauetan jaiotza-tasetan 1.000 biztanleko gehikuntza txiki bat gertatu dela nabaritzen den arren, 2006ko tasa hori EB-25eko batez bestekoa (10,5/1.000 biz.) eta Espainiako estatukoa (10,7/1.000 biz.) baino baxuagoa da. Jaiotza-tasak mantentzen dira, neurri handi batean, atzerriko emakumeek izandako haurrengatik. Horiek horrela, 2007. urterako Estatistikako Institutu Nazionalak (EIN) emandako behin-behineko datuen arabera, EAEn 20.828 jaiotza izan ziren; eta horietatik %11,31 (2.355) atzerrikoa zen jaiotako haurraren ama. Portzentaje horiek esanguratsuki igora egin dute azken urteetan, 1996ko %2tik, 2004an %7ra eta aipatutako %11,3ra 2007an.

2005ean, lehenengo haurra izan zuten amen batez besteko adina, EAEn, 31 urtekoa izan zen, gutxi gorabehera; EB osoan erregistratutako batez besteko adinen gainetik. 40 urtetik gorako emakumeen amatasunak, halaber, 20 urtetik beherako emakume gazteena gainditu zuen.

Jaiotzen kopurua adin-taldeak kontuan hartuta aztertzen bada, jaiotza-kopururik altuena 30-34 urteko adin-taldean dauden amen artean gertatu dela ikus daiteke (%44,93); eta ondoren, 35-39 urtekoena agertzen da (%26,64). 20 urtetik beherako amei dagokionak zertxobait gora egin du, aurreko urtearekin konparatzen badugu (%1,36). Amatasunaren atzerapena izan da, segur aski, jaiotza-tasaren murrizketan eragin duen fenomenoetako bat. Horiek horrela, 2000. urtean 40 urte edo gehiago zuten amengandik bizirik jaiotakoen kopurua 450ekoa izan zen, eta 2007an 1.001ekoa.

Bestalde, adin oso gaztearekin haurra izandakoen kasu-kopuruak gora egitea kontuan hartzeko datu bat da, portzentajezko pisua eskasa den arren, eta nerabeen sexu-hezkuntza indartzea komenigarria izango litzatekeela aditzera ematen du. 2000. urtean, Euskadin, 19 urte edo gutxiago zuten amengandik bizirik jaiotako haurren kopurua 178koa izan zen, eta 2007an 290era igo zen.

EAEko jaiotzen proportzioa, amaren adin-taldea kontuan hartuta.

Adina	Guztira	%
14	3	0,01
15	15	0,07
16	30	0,14
17	46	0,22
18	89	0,42
19	107	0,50
20 - 24	1.089	5,11
25 - 29	3.647	17,11

30 - 34	9.579	44,93
35 - 39	5.679	26,64
40	1.001	4,69
Ez da ageri	33	0,15

Iturria: 2007ko Memoria. EAEko Jaioberrien Baheketa Programa.

Hauxe da egungo ugalkortasun-ereduan interes nabaria duen beste datu bat: seme-alabak edukitzeko ezkontuta egoteak eskakizun sozial gisa izateari utzi dio; beraz, ezkontu ez diren aitalehenak dituztenen kopuruak gora egin du (%23). Horrez gain, ezkontza-dataren eta lehen umearen jaiotzaren artean igarotako denbora-tarteak ere gora egin du.

3.1.4. Ezkontzen beherakada eta atzerapena

Bizikidetzan eta pertsona arteko harremanetan gertatu den beste aldaketa adierazgarri bat hauxe da: ezkontzen kopuruak izan duen beherakada progresiboa, denbora-tarte laburretan ere nabaritu dena. Horiek horrela, 2002. urtean 10.020 ezkontza ospatu ziren, eta zifra hori 9.227ra jaitsi zen 2006an. Emakumeek ezkontzeko adin-tarterik ohikoena 25-29 urtekoa da, gero 30-34 urtekoa eta 35-39koa datoz.

Ezkontzak eta ezkontza-tasak 1.000 biztanleko, lurralde historikoa kontuan hartuta. 2002-2006

	Euskal AE		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Ezkontzak	Tasa	Ezkontzak	Tasa	Ezkontzak	Tasa	Ezkontzak	Tasa
2002 (a)	10.020	4,8	1.410	4,9	5.164	4,6	3.446	5,1
2003 (a)	10.130	4,8	1.451	5,0	5.176	4,6	3.503	5,2
2004 (a)	10.045	4,8	1.381	4,7	5.183	4,6	3.481	5,1
2005 (a)	9.575	4,5	1.280	4,3	5.000	4,4	3.295	4,9
2006 (a)	9.227	4,4	1.270	4,2	4.769	4,2	3.188	4,7

(a) Behin-behineko tasak.

Oharra: Ez ditu homosexualen arteko ezkontzak barne hartzen.

Iturria: EUSTAT. Ezkontzen Estatistika.

3.1.5. Hezkuntza-egoera

Emakumeen hezkuntza-maila, gizarte baten garapena adierazteko indize on bat da. Hezkuntzan

genero-ekitate egotea, Eusko Jaurlaritzak giza eskubideekiko errespetu eta justizia sozial ikuskeratzat hartzen du.

Beharrezkoa da emakumeak irakastea, honako alderdi hauek hobe daitezen: haien bizibaldintzak, parte-hartzea eta garapen pertsonala, baita haien osasun-maila eta euren ardurapean dauden pertsonena ere.

Eskolatzetarako, adina eta sexua kontuan hartuta, hurrengo koadroan biltzen dira:

Eskolatzetarako, mailak eta sexua kontuan hartuta. Euskal AE.

2006/2007

	Guztira	Gizona	Emakumea
Guztira	19,2	19,7	18,7
Haur eta Lehen Hezkuntza	8,9	9,5	8,4
Bigarren Hezkuntza guztira	5,2	5,5	4,9
DBH	3,3	3,5	3,1
Batzilergoa	1,4	1,4	1,5
LH	0,5	0,6	0,4
Goi-mailako Ikasketak guztira	3,8	3,8	3,9
Unibertsitatekoak ez diren Goi-mailako Ikasketak	0,7	0,8	0,6
Unibertsitateko Goi-mailako Ikasketak	3,1	2,9	3,3
HHE	1,3	1	1,5

Eskolatzetarako hezkuntza-sistemako ikasle-kopuruaren eta Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleen arteko loturak osatzen ditu.

HHE guztian tasa garbia baino ez da kalkulatzen, ez adinen arabera.

Batzilergoan, lanbide-heziketan eta unibertsitatekoak ez diren goi-mailako ikasketetan 19 urtetik gorako adin bakoitzean ikasleen banaketa aintzat hartu behar izan da lehenengo bi mailatan, eta 22 urtetik gorakoetan azken mailan.

Estimazioa Euskal Autonomia Erkidegoko azken zentsuak ematen dituen datuetan oinarritzen da.

Iturria: EUSTAT. Eusko Jaurlaritza. Hezkuntza, Unibertsitate eta Ikerketa Saila.

2006/2007 ikasturteari dagozkien datuek adierazten dute emakumeak nagusitzen direla Unibertsitateko Irakaskuntzan eta Araubide Bereziko Irakaskuntzetan, eta gizon gehiago dago Haur Hezkuntzan, Lehen Hezkuntzan eta Bigarren Hezkuntzan (DBH). Gainera, emakumeak nagusitzen dira ziklo luzeko unibertsitateko ikasketetan eta gizonezkoak ziklo laburreko unibertsitateko ikasketetan; beraz, oro har, emakumeek gizonek baino unibertsitateko titulu gehiago lortzen dituzte.

Egoera hori lanbide-heziketako irakaskuntzan alderantziz jartzen da, gizonezkoen kopurua emakumezkoena baino altuagoa baita, erdi mailako lanbide-heziketan zein goi-mailakoan.

3.1.6. Lana

3.1.6.1. Ugalketa-lana

Pertsonen zaintzaz ia eskusiboki emakumeak arduratzeak, osasunean genero-desberdintasun elementu bat suposatzen du. Besteen osasuna zaintzeak eta, batez ere, mendeko pertsonak, adingabekoak, gaixoak eta ezgaituak zaintzeak, modu ezberdinean eragina dauka zaintzaileen bizitzan eta euren osasun fisiko eta mentalean; gainera, horrek dakar lan-merkatutik aldi baterako edo behin betiko baztertea.

Etxeko lanak egiten ematen den denboran dauden desberdintasunak aztertzean, emakumeek gizonek baino denbora gehiago ematen dutela ikusten da jatekoak prestatzen eta garbiketaz, arropaz eta erosketaz arduratzen.

3.1.6.2. Produkzio-lana

Emakumeak ordaindutako lan-munduan sartzea, ez da gizonen eta emakumeen arteko familia-erantzukizunen dagokion birbanaketarekin bat etorri, gizonezkoen etxeko inhibizio sindrome deiturikoa dela eta. Rolak aniztasunak osasunean dituen ondorioak, hori dela bide, badiardi gizarte-klase eta etxeko lanetarako eta zaintzarako laguntza lortzeko aukeragatik eraginda daudela. Alde batetik, lanean ari diren emakumeek etxekoandre gisa lanaldi osoan lan egiten dutenak baino osasun-egoera hobea dute, euren autoestimua indartzeko aukera gehiago dutelako, laguntza sozialak bizitzarekin duten betetasuna gehitzen duelako eta soldata bat jasotzeak euren familian duten boterea areagotzen duelako. Bestetik, gaitasun gehiegizkoa bada eta rolen gatazka bat gertatzen bada, osasuna, batez ere ezkondata dauden emakumeena, mindu daiteke¹⁸. Lanaldi bikoitza eta hirukoitza berdintasunerako zailtasun garrantzitsua da, honako hauek eragozten baitizkie emakume askori: lan-sustapena,

etengabeko prestakuntza, informazio eta kulturarako sarbidea, bizitza sindikal, politiko eta sozialean aktiboki parte hartzeko eta aisiaz eta aisialdiaz gozatzeko aukera.

16 urte eta hortik gora duten biztanleen jarduera- eta langabezia- tasei dagokienez, zifrek adierazten dute gizonezkoen eta emakumezkoen tasen artean ezberdintasun handia dagoela. Hortaz, 2007an gizonezkoen jarduera-tasaren urteko batez bestekoa %65,0koa zen, eta emakumezkoetan %44,9koa zen. Langabeziari dagokionez, urte horretarako urteko batez bestekoa gizonezkoentzat %3,0koa zen, eta emakumezkoen kasuan %3,6ra igo zuen.

16 urte eta hortik gora duten biztanleen jarduera-tasa sexua eta adina kontuan hartuta (%) (1)

	Sexua			Adina		
	Guztira	Gizonak	Emakumeak	16-24 urte	25-44 urte	45 urte eta gehiago
2001	53,6	65,7	42,2	40,0	85,8	32,8
2002	54,3	66,1	43,1	40,5	85,6	34,2
2003	55,1	66,2	44,6	40,6	86,5	35,1
2004	55,4	65,8	45,5	40,7	86,5	35,7
2005	54,8	65,3	44,9	37,7	85,1	36,4
2006	54,6	64,4	45,2	34,9	85,3	36,6
2007	54,6	65,0	44,9	33,5	85,9	36,7

(1) Berrikusitako biztanleria berriarekin lortutako datuak (2001 oinarria).

Iturria: EUSTAT. Biztanleriaren Inkesta Jardueraren arabera.

EAEn 16 urtetik 64 urtera arteko emakumezkoen langabezia-tasaren jaitsiera (%3,6) nabarmentzen da, EB-27 (%7,8) eta Espainiako (%10,9) batez bestekoarekin konparatzen badugu, 2007ko datuen arabera eta, batez ere, azken urteetan tasa horretan eta adin-talde guztietan gertatutako portzentajeazko jaitsiera.

16 urte eta hortik gora duten biztanleen langabezia-tasa sexua eta adina kontuan hartuta (%) (1). 2008

	Sexua			Adina		
	Guztira	Gizonak	Emakumeak	16-24 urte	25-44 urte	45 urte eta gehiago
2001	11,1	7,5	16,5	25,5	11,1	6,3
2002	8,3	5,7	12,1	19,5	8,6	4,3
2003	8,6	6,5	11,5	22,2	9,2	3,6
2004	7,8	6,5	9,6	20,5	8,1	3,9
2005	5,7	4,7	7,0	13,5	6,4	2,9
2006	4,1	3,7	4,5	8,2	4,7	2,2
2007	3,3	3,0	3,6	7,6	3,7	1,9

(1) Berrikusitako biztanleria berriarekin lortutako datuak (2001 oinarria).

Iturria: EUSTAT. Biztanleriaren Inkesta Jardueraren arabera.

Enplegu-zifrek, astiro bada ere, denboran zehar gehikuntza gertatu dela adierazten dute. 2001ean enplegu-tasa %45,7koa zen emakumezkoen kasuan, eta 2007an %57,3ra igo zen, urte horretan oraindik erkidegoko gizonezkoen kopurutik oso azpian geratzen zen arren (%76,9).

Emakumezkoen enplegu-tasa (16tik 64 urtera). 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Euskal AE (1)	35,3	36,4	38,7	42,2	43,0	45,7	49,4	51,6	53,9	54,8	57,0	57,3
-Araba	39,6	42,1	45,3	47,1	49,4	51,5	54,9	55,6	57,5	56,8	58,3	58,1
-Bizkaia	33,8	34,0	35,8	39,2	39,3	42,3	45,5	48,1	50,5	52,2	54,8	55,2
-Gipuzkoa	36,0	38,0	41,0	45,4	46,7	49,0	53,6	55,7	58,0	58,3	60,0	60,5

(1) Berrikusitako biztanleria berriarekin lortutako datuak (2001 oinarria).

Iturria: EUSTAT.

3.1.7. Ordainsari-diferentziak eta pobreziaren feminizazioa

18 urte eta hortik gorako biztanleria errenta pertsonalaren mailaren arabera sailkatzean, gizonezkoen aldeko diferentzia handia dagoela ikusten da, errentarik ez zuen gizonezkoen portzentajea %12,94koa zelako, eta kasu berean zeuden emakumezkoena %20,67koa zelako. 1.500 €-ra arteko errenta-maila aztertzean, egoera negatiboa errepikatu egiten da: tarte horretan emakumezkoen %20,43 dago, eta gizonezkoen kasuan %4,80 baino ez.

Emakumezkoen portzentaje altuago hori 9.000 eurotik 12.000 eurora arteko tartera arte mantentzen da, gizonezkoen nagusitasuna errenta altuagoetako tarteetan argiro adierazgarriagoa delarik.

18 urte eta hortik gorako biztanleria, errenta pertsonalaren maila eta sexua kontuan hartuta (%). 2003

	Euskal AE		
	Guztira	Gizonak	Emakumeak
Guztira	100,00	100,00	100,00
Errentarik gabe	16,92	12,94	20,67
1.500 eurora arte	12,84	4,80	20,43
1.501-3.000 euro	2,82	1,66	3,92
3.001-4.500 euro	3,12	1,90	4,26
4.501-6.000 euro	4,35	2,26	6,31
6.001-9.000 euro	8,02	6,01	9,91
9.001-12.000 euro	7,26	6,98	7,53
12.001-15.000 euro	7,70	9,30	6,20
15.001-18.000 euro	7,08	9,96	4,35
18.001-21.000 euro	6,17	9,16	3,34
21.001-24.000 euro	5,06	7,42	2,83
24.001-27.000 euro	4,01	5,83	2,30
27.001-30.000 euro	3,52	5,00	2,12
30.001-33.000 euro	2,84	3,95	1,78
33.001-36.000 euro	1,87	2,68	1,11
36.001-39.000 euro	1,27	1,89	0,69
39.001-42.000 euro	0,92	1,43	0,44
42.001-45.000 euro	0,69	1,07	0,33
45.001-48.000 euro	0,53	0,83	0,25
48.001-51.000 euro	0,45	0,70	0,21
51.001-54.000 euro	0,36	0,58	0,16
54.001-57.000 euro	0,30	0,48	0,14
57.001-60.000 euro	0,26	0,42	0,11
60.001-63.000 euro	0,22	0,36	0,09
63.001-66.000 euro	0,18	0,30	0,07
66.001-69.000 euro	0,16	0,26	0,06
69.001-72.000 euro	0,12	0,21	0,04
72.001-75.000 euro	0,10	0,17	0,04
75.001-78.000 euro	0,09	0,15	0,03
78.001-81.000 euro	0,08	0,13	0,03
81.001-84.000 euro	0,07	0,11	0,02
84.001-87.000 euro	0,06	0,10	0,02
87.001-90.000 euro	0,05	0,08	0,02
90.001-93.000 euro	0,04	0,07	0,02
93.001-96.000 euro	0,04	0,07	0,01
96.001-99.000 euro	0,04	0,06	0,01
99.001-102.000 euro	0,03	0,05	0,01
>=102.001 euro	0,36	0,61	0,13

Iturria: EUSTAT. Errenta Pertsonal eta Familiarraren Estatistika.

Batez besteko errenta pertsonala aztertzean ere, argi eta garbi ikusten da emakumezkoen egoera gizonezkoena baino txarragoa dela. Horrela, gizonezkoek 18.846 € dagokie eta emakumezkoek 8.744 €. Biztanleria okupatuari dagozkien lanaren errenten kasu zehatzean, datuek emakumezkoen batez besteko errenta pertsonala gizonezkoena baino %30 baxuagoa dela islatzen dute, zehazki esateko: 14.128 € emakumezkoena eta 20.212 € gizonezkoena.

2005ean, Eustatek etxerik gabeko pertsonen inkesta bat egin zien eta bertako emaitzak ikusita haxe ondoriozta daiteke: etxerik gabe dauden lau pertsonetatik bat emakumezkoa da. Emakume gazteak dira –%77ak 44 urte baino gutxiago ditu-, eta hautematen duten osasun-egoera ‘ona edo oso ona’ da kasuen %55ean. Gainera, kasuen %53ak ez du drogarik edo alkoholik kontsumitu.

Erretiratutako biztanleriari dagokionez, alde zuzenetik deskribatutako desberdintasun-egoera guztiz indarrean dago, datu honek erakusten duen moduan: erretiratutako gizonezko baten batez besteko errenta pertsonala 15.888 €-koa zen, eta egoera berdinean zegoen emakumezkoarena 9.136 €-koa.

Erretiratutako biztanleriaren batez besteko errenta pertsonala errenta-mota, lurralde historikoa eta sexua kontuan hartuta (eurotan). 2003

	Euskal AE			Araba			Bizkaia			Gipuzkoa		
	Guztira	Gizona	Emakumea	Guztira	Gizona	Emakumea	Guztira	Gizona	Emakumea	Guztira	Gizona	Emakumea
Errenta totala	12.872	15.888	9.136	12.197	14.391	9.153	13.256	16.492	9.149	12.469	15.425	9.110
Lanaren errenta	503	752	195	454	629	210	604	915	210	347	507	166
Higigarrien kapitalaren errenta	1.390	1.492	1.265	1.467	1.549	1.354	1.317	1.404	1.207	1.487	1.627	1.329
Mugiezinen kapitalaren errenta	321	298	349	371	339	414	285	269	306	362	333	396
Jardueren errenta	165	193	131	223	254	180	149	170	122	171	207	130
Transferentziak	10.492	13.154	7.196	9.682	11.620	6.996	10.900	13.733	7.304	10.100	12.751	7.089
Errenta erabilgarria	11.911	14.581	8.604	11.327	13.270	8.633	12.247	15.104	8.620	11.556	14.186	8.568

Iturria: EUSTAT. Errenta Pertsonal eta Familiarraren Estatistika.

Emakumeak buru diren guraso bakarreko eta lagun bakarreko etheen kopuruak gora egitea ere pobreziaren feminizazioa laguntzen ari da.

Azken 10 urteetan, bakarrik bizi diren pertsonak osatutako familiak gora egiten jarraitzen dute (%61). %61 baino zertxobait gehiago emakumezkoak dira, %48 ezkongabeak eta %41,5 alargunak. 1996. urtean bakarrik bizi ziren dibortziatu edo banatutako pertsonak 7.000 ziren, 2006an kopuru hori bikoiztu egin zen eta 14.400 inguru ziren (%8,4) egoera horretan zeudenak. Emakumezkoen bizi-itxaropena handiagoa denez, alarguntasun eta zahartasunetik ondorioztatzen diren egoerei neurri handiagoan aurre egin behar diete.

Ekonomia eta Gizarte Euskal Kontseiluak (EGEK) 2008ko urrian aurkeztutako estimazioen arabera, emantzipazio, alarguntasun eta dibortzioen egungo tasen aurreikuspena mantentzen bada, baita epaileen aldetik emakumeei guraso-ahalaren gehiengo esleipena ere, 2015ean emakumeak buru izango diren 222.000 etxe egongo dira Euskadin.

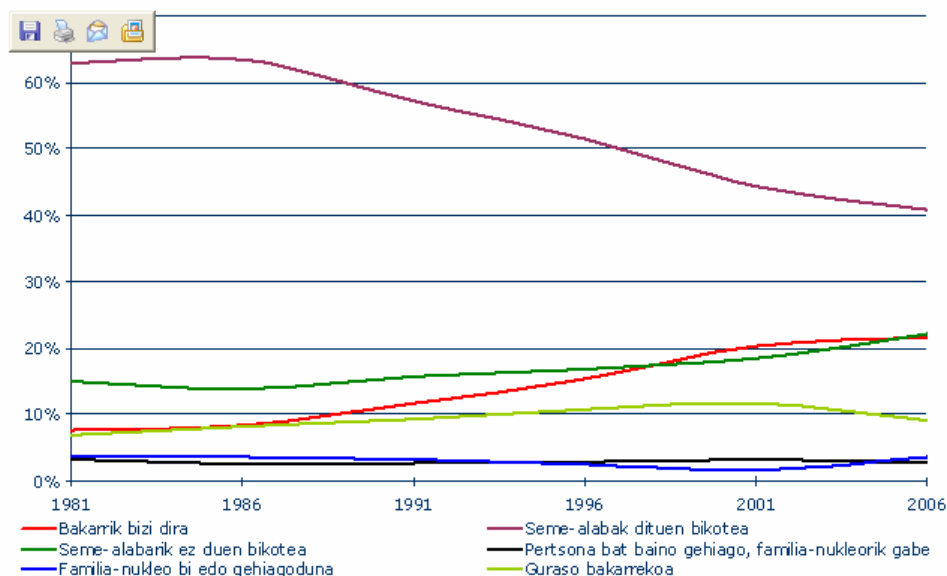
Bestalde, *ama bakarreko* etxe horiek ohiko etxeek baino esanguratsuki baxuagoa den urteko batez besteko errenta dute, EINeko datuen arabera (Europar Batasuneko Etxe Panela, 2002); eta pobreziaren atalasea sarriago hurbiltzen direnak dira.

Familiak, motaren eta erreferentziako pertsonaren egoera zibilaren arabera (milatan). 2006

	Guztira	Ezkongabea	Ezkondua	Alarguna	Dibortziatua	Legez banatuta
Euskal AE	787,0	144,3	485,3	120,6	18,5	18,3
Lagun						
bakarrekoa	169,7	81,3	3,5	70,5	7,5	6,9
Osatua	21,3	16,4	0,4	3,7	0,3	0,5
Nuklearra seme-alabarik gabe	164,7	27,0	135,9	0,2	1,2	0,4
Nuklearra seme-alabekin	299,3	9,4	288,1	0,1	1,0	0,7
Guraso						
bakarrekoa	65,5	5,3	3,0	41,5	7,1	8,6
Handitua	38,1	4,1	29,1	2,6	1,2	1,1
Polinuklearra	28,5	0,8	25,3	2,0	0,2	0,1

Iturria: EUSTAT. Inkesta Demografikoa, 2006.

Familia moten bilakaera. Euskal AE 1981-2006



Iturria: Eustat

3.2.- OSASUN EGOERA

Oro har biztanleriaren osasunaren ezaugarriak eta emakumezkoenak, bereziki, azken belaunaldietan esanguratsuki aldatu egin dira. Osasunean gertatutako aldaketa horiek, gizartean eta emakumezkoen bizi-azturetan izandako beste aldaketa askoren ondorio dira. Honako hauek dira gaur egun emakumezkoek duten osasun-egoera ulertzeko gakoetako batzuk: tradizionalki gizonen bizimodutzat hartutakoak eskuratzea, lan-merkatuan sartzea etxean ohiko rolak eta familia alde batera utzi gabe, jaiotza-tasa baxua eta bizi-itxaropen handiagoa.

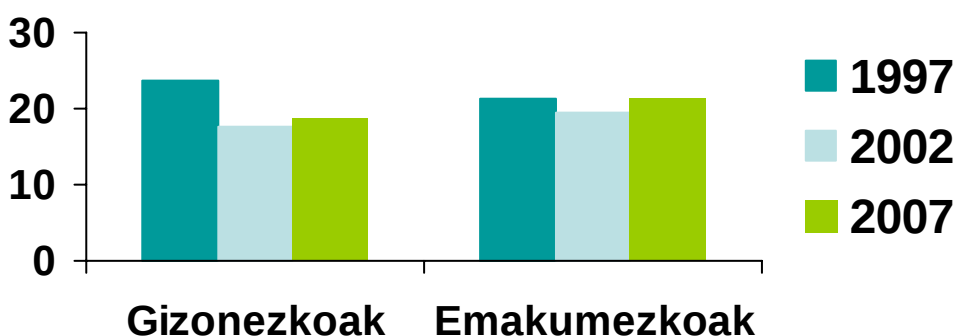
Planteatu izan da emakumeen emantzipazioak osasunean prezio bat duela, eta azken 10 urteetan gizonezkoek izan duten bizi-itxaropenaren irabazia handiagoa azaltzen du: 3 urte gizonezkoak eta 2,5 urte emakumezkoak. Genero-rolen modernizazioaren teoriak, alabaina, haien osasuna aldi baterako galtzearen erantzukizuna emakumezkoen zeregin sozial berriei egozteaz baztertzen du. Emakume emantzipatuaren sindrome gehienak, ugalketan gizonezkoen erantzukizunik ezagatik azal daitezkeela planteatzen du; eta orain arte gizonezkoetat hartutako bizimoduaren bereganatzearekin zerikusia duten arriskuak etxeko esparruari dioten lotura mantentzeagatik zehazten direla azaltzen du teoria horrek¹⁹.

3.2.1. Hautemandako osasuna

Norberaren osasunaren pertzepzioa, emakumezkoengan gizonezkoengan baino txarragoa da, batez ere 65 urtetik gorako emakumezkoen artean. Euskadiko 2007ko Osasun Inkestak (EAEOI)

emandako datuek diote emakumezkoen %23k euren osasuna txartzat hautematen zutela. Gizonezkoen kasuan, berriz, kopurua %17koa zen. Gainera, hautemandako osasun txarraren igoera 45 urtetik aurrera emakumezkoetan kontzentratzen da.

Norberak osasunaz duen pertzepzio desberdin hori aldaketa gabe mantentzen da azken urteetan. Hurrengo grafikoan ikus daiteke, sexuen arabera, hautemandako osasun txarrak izandako eboluzioa.

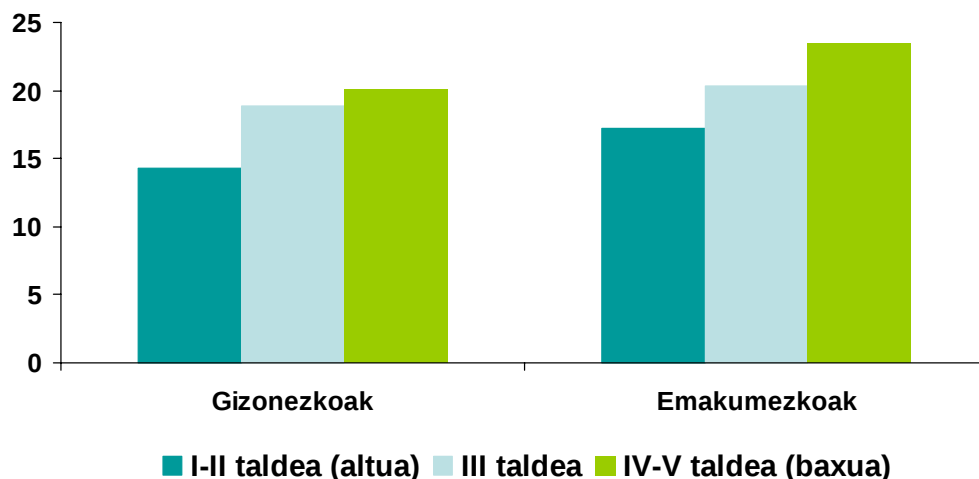


<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Era berean, EAEOIko emaitzetan ikusten da osasun txarraren prebalentziak sexuarekin eta maila sozio-ekonomikoarekin zerikusia daukala, emakumezkoetan eta egoera txarragoan dauden talde sozialetan altuagoa delarik, hurrengo grafikoan islatuta agertzen den moduan.

Osasun txarraren prebalentzia (%) estandarizatu adina kontuan hartuta



<http://www.osasun.eigv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

3.2.2. Osasun-arazo kronikoak

2007ko EAEOIn aipatutako arazo kroniko ohikoenak hurrengo taulan ageri dira, adin-taldeak eta sexua kontuan hartuta. Prebalentziarik handiena 45 urtetik gorako emakumeen kasuan dagoela ikus daiteke. Hipertentsio eta artrosiaren presentzia garrantzitsua da 45 urtetik 65 urtera arteko emakumeen taldean nahiz 65 urtetik gorakoetan:

PREVALENCIA DE PROBLEMAS CRONICOS MÁS FRECUENTES
POR EDAD Y SEXO.(%)

	Hombre					Mujer					CAPV
	<=17	18-44	45-64	>=65	Total	<=17	18-44	45-64	>=65	Total	
Caries	1,1	1,6	1,6	0,6	1,4	0,5	1,1	0,9	1,0	0,9	1,1
P. dentales	0,7	0,8	1,4	1,1	1,0	0,8	0,8	1,3	1,1	1,0	1,0
Dolor de espalda	0,1	3,9	7,8	6,5	4,7	0,3	3,7	9,5	10,6	6,1	5,5
Dolor cervical	0,3	1,7	4,1	4,8	2,6	0,2	2,5	6,3	7,9	4,2	3,4
Sordera	0,5	0,3	2,9	8,2	2,2	0,1	0,6	2,4	6,6	2,2	2,2
Hipertensión	0,0	1,2	17,7	39,2	11,1	0,0	0,7	13,5	40,3	12,0	11,6
Colesterol elevado	0,0	1,2	12,8	17,0	6,5	0,0	0,5	9,3	19,4	6,6	6,5
Asma	9,1	3,4	1,7	4,0	3,9	4,6	3,7	2,6	3,7	3,6	3,8
Alergia	6,7	5,0	2,2	1,6	4,0	4,2	5,2	2,9	2,2	3,8	3,9
Cancer	0,0	0,2	0,9	1,9	0,6	0,1	0,4	1,2	2,0	0,9	0,8
Arterioesclerosis	0,0	0,0	0,3	0,4	0,1	0,0	0,0	0,1	1,8	0,4	0,3
Varices	0,0	0,5	1,8	3,0	1,1	0,0	1,5	5,0	7,8	3,5	2,3
Bronquitis crónica	0,7	0,1	1,9	8,0	1,9	0,6	0,5	0,9	3,1	1,2	1,5
Prob. riñón	0,0	0,2	0,8	1,0	0,4	0,0	0,4	0,7	0,5	0,4	0,4
Caguera	0,2	0,6	1,2	4,5	1,3	0,0	0,2	1,1	5,9	1,6	1,4
Prob.de corazón	0,0	0,4	5,9	22,2	5,1	0,3	0,1	2,1	13,2	3,3	4,2
Úlcera	0,0	0,8	1,8	2,6	1,2	0,0	0,4	1,1	1,6	0,7	1,0
Artrosis	0,1	0,8	4,9	10,5	3,2	0,4	0,9	11,2	28,0	9,0	6,2
Prob. de piel	1,0	1,0	1,5	1,4	1,2	0,8	1,6	1,6	1,2	1,4	1,3
Piedras en la vesícula	0,0	0,0	0,3	0,5	0,2	0,0	0,1	0,6	1,2	0,4	0,3
Diabetes	0,0	0,5	5,9	12,4	3,6	0,3	0,5	3,5	9,9	3,2	3,4
Prob. cerebrovasculares	0,0	0,2	1,0	4,5	1,0	0,0	0,1	0,5	2,6	0,7	0,9
Prob. de próstata	0,0	0,1	2,6	14,3	2,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,4
Incontinencia urinaria	0,0	0,0	0,4	1,6	0,4	0,0	0,2	0,3	3,1	0,8	0,6
Ansiedad-depresión	0,0	1,3	2,6	3,6	1,8	0,2	2,7	7,4	9,0	4,8	3,3
Prob. mentales	0,3	1,8	0,5	1,7	1,2	0,4	0,8	0,6	2,1	0,9	1,1
Anemia	0,2	0,1	0,3	0,8	0,3	0,1	1,1	1,1	0,6	0,8	0,6
Osteoporosis	0,0	0,1	0,4	1,7	0,4	0,0	0,2	5,2	10,9	3,7	2,1
Estreñimiento crónico	0,0	0,2	0,3	1,4	0,4	0,2	0,8	1,5	2,6	1,3	0,8
Migraña	0,4	1,0	1,0	0,7	0,9	0,2	3,4	3,8	2,5	2,8	1,9
Prob.de tiroides	0,2	0,6	0,8	1,2	0,7	0,2	2,4	6,5	4,6	3,6	2,2
Hemorroides	0,0	0,2	0,9	0,9	0,5	0,0	0,5	1,2	0,8	0,7	0,6
Algún problema	18,7	26,1	55,9	83,5	41,5	13,7	30,0	57,6	86,1	46,3	43,9

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/tablaResultados.pdf

3.2.3. Jardueraren murrizketa

Aldez aurreko bi asteetan jarduera aldi baterako murrizteak, hau da, iraupen labur edo luzeko arazoek eragindako jardueraren murrizketa, gizonezkoen %5,5ean eta emakumezkoen %7an eragina izan zuen, 2007ko EAEOIren datuen arabera.

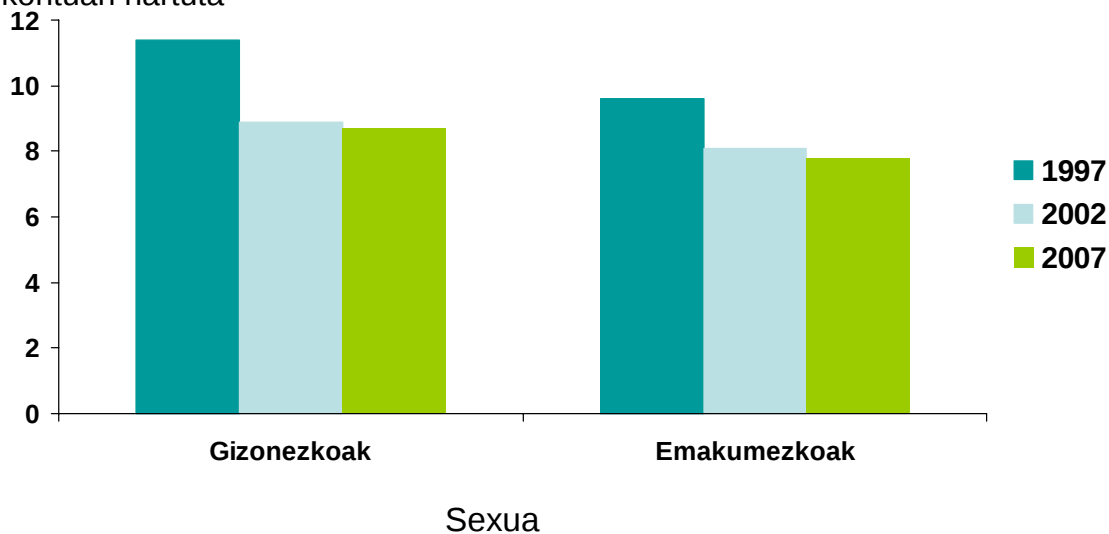
PORCENTAJE DE PERSONAS CON RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD LAS DOS SEMANAS ANTERIORES
POR SEXO, EDAD y TERRITORIO HISTÓRICO

		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV	Población estimada
Hombre	0-14	7,9	12,1	5,9	8,3	11.672
	15-24	7,6	5,1	3,2	4,5	4.955
	25-44	7,3	6,5	3,4	5,0	17.654
	45-64	8,1	6,3	3,9	5,3	14.654
	>=65	6,6	6,5	4,5	5,4	8.458
	Total	7,5	7,1	4,0	5,5	57.393
Mujer	0-14	8,0	9,4	9,3	9,1	12.247
	15-24	5,6	3,5	4,3	4,2	4.468
	25-44	9,2	7,1	4,3	5,9	20.230
	45-64	8,4	7,4	6,3	6,9	18.775
	>=65	10,4	8,1	9,2	9,0	19.963
	Total	8,7	7,3	6,4	7,0	76.683
Ambos sexos	0-14	8,0	10,8	7,5	8,7	23.919
	15-24	6,6	4,3	3,7	4,3	9.423
	25-44	8,2	6,8	3,8	5,4	37.884
	45-64	8,2	6,8	5,1	6,1	34.429
	>=65	8,8	7,4	7,2	7,5	28.421
	Total	8,1	7,2	5,3	6,3	134.076

Población estimada: Población con restricción temporal de la actividad por sexo, edad y territorio histórico

Iraupen luzeko ondorioak edo mugapenak eragiten dituen edozein osasun kronikoko arazoren ondorio den mugapen kronikoaren prebalentziak, antzeko eragina dauka emakumezko eta gizonezkoengan. Horiek horrela, gizonezkoen eta emakumezkoen %8k jardueraren mugapen kronikoren bat dauka. Eta egonkor mantentzen da aldez aurreko datuekin konparatzen bada.

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia (%) estandarizatua, adina kontuan hartuta

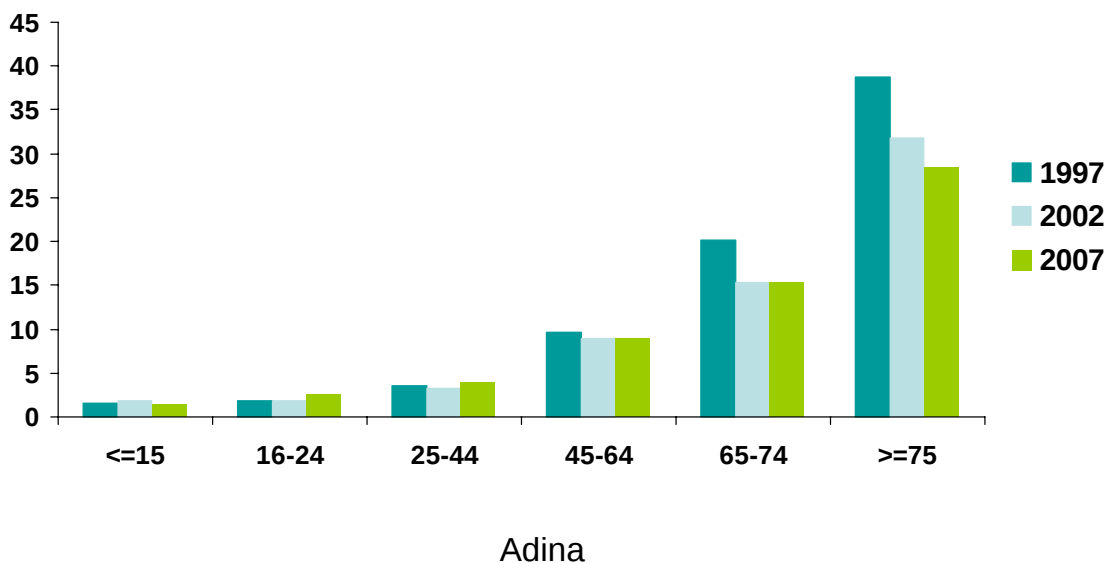


<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Emakumeak adin-taldearen arabera aintzat hartuta, 75 urte eta hortik gorakoen taldean ikus daiteke jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia handiagoa dela. Hala ere, goian aipatutako taldea da azken hamarkadan alderdi honi dagokionez aldeko eboluzioa izan duena.

Mugapen kronikoaren prebalentzia (%) emakumezkoetan



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

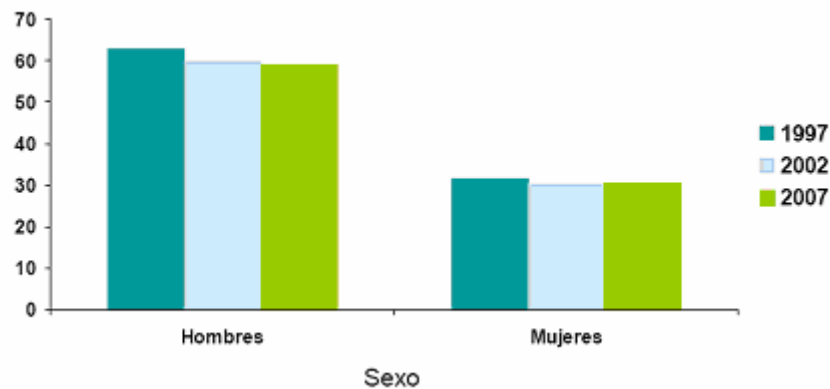
publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

3.2.4. Bizi-azturak

Alkohola

Gizonezkoen %59k eta emakumezkoen %30ak edari alkoholodunak kontsumitzen dituzte, astean behin gutxienez. Emakumezkoen artean, alkoholik gehien kontsumitzen duen taldea 16 urtetik 24 urtera bitartekoa da.

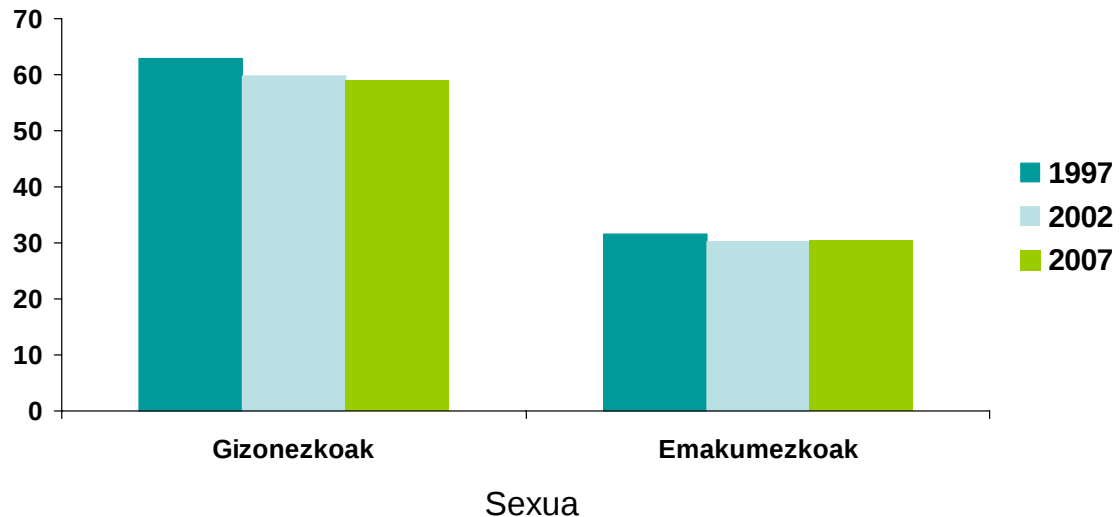
Proporción (%) estandarizada de población bebedora habitual



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Ohiko edaleen proportzio (%) estandarizatua, adina kontuan hartuta



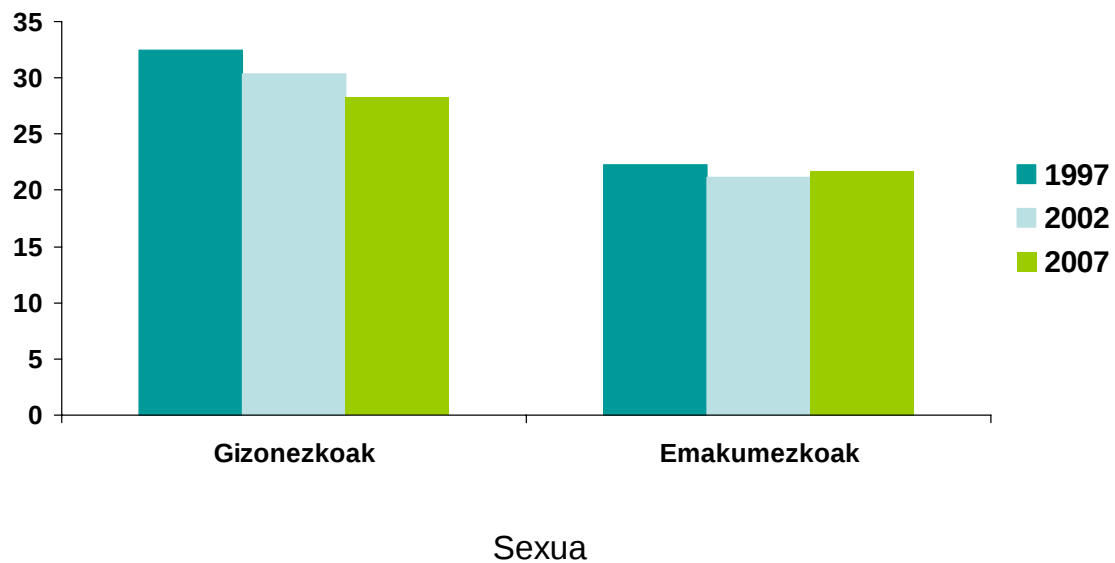
<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

2007ko EAEOIren datuen arabera, gizonen %29ak eta emakumeen %21ak ohituraz erretzen du. Azken urteetan, tabakoaren kontsumoak behera egin du gizonen kasuan. Hala ere, eboluzio on hori ez da emakumeengan nabaritu. Emakume erretzaileen prebalentzia handiena duen adin-taldea 25 urtetik 44 urtera bitartekoak izaten jarraitzen du, 16 urtetik 24 urtera bitarteko taldean dagoen tabakismoaren prebalentzia altua deigarria den arren, adin-talde horretan gizonen prebalentziatik gora kokatzen baita.

Emakumeak eta tabakoari buruzko Liburu Zurian²⁰ bildu dira emakumeengan tabakismoaren alderdirik aipagarrienak, eta generoaren ikuspegia prebentzioan eta tabakismoaren tratamenduan sartzeko ahalegin bat egin da.

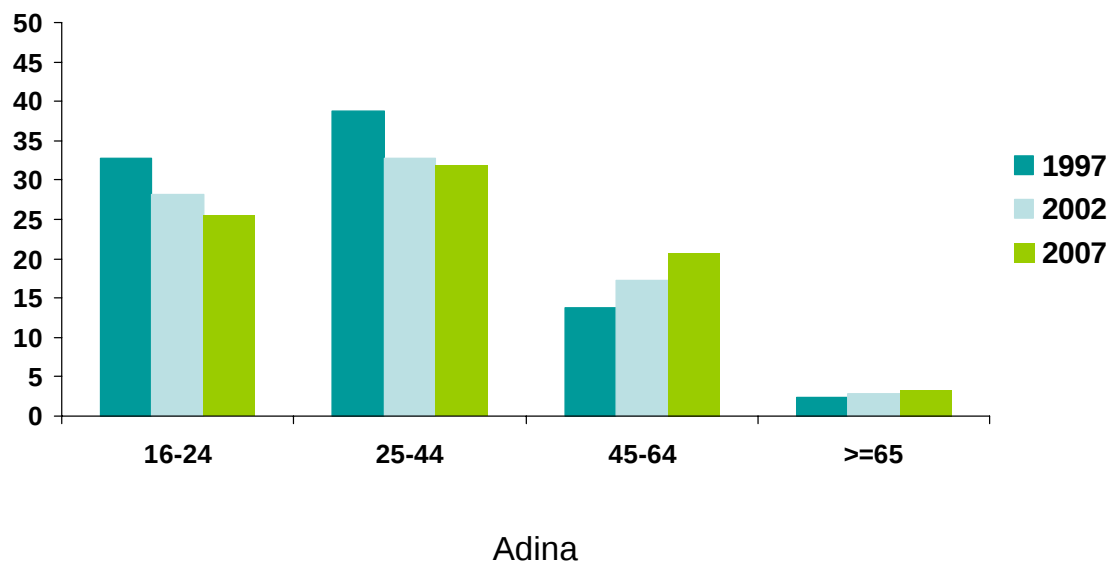
Erretzen dutenen proportzio (%) estandariztua, adina kontuan hartuta



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Erretzen duten emakumezkoen proportzioa (%)



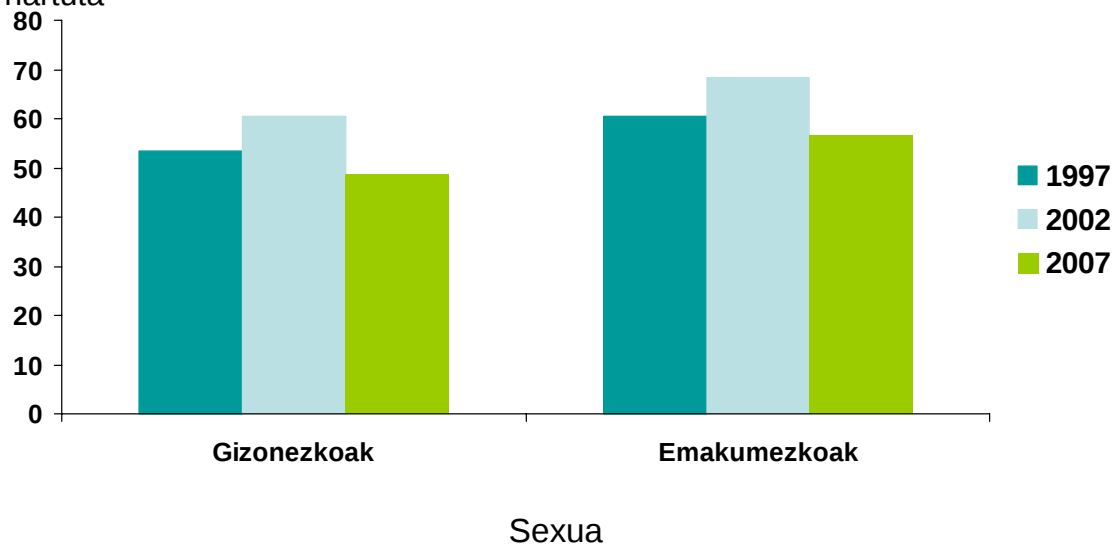
<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

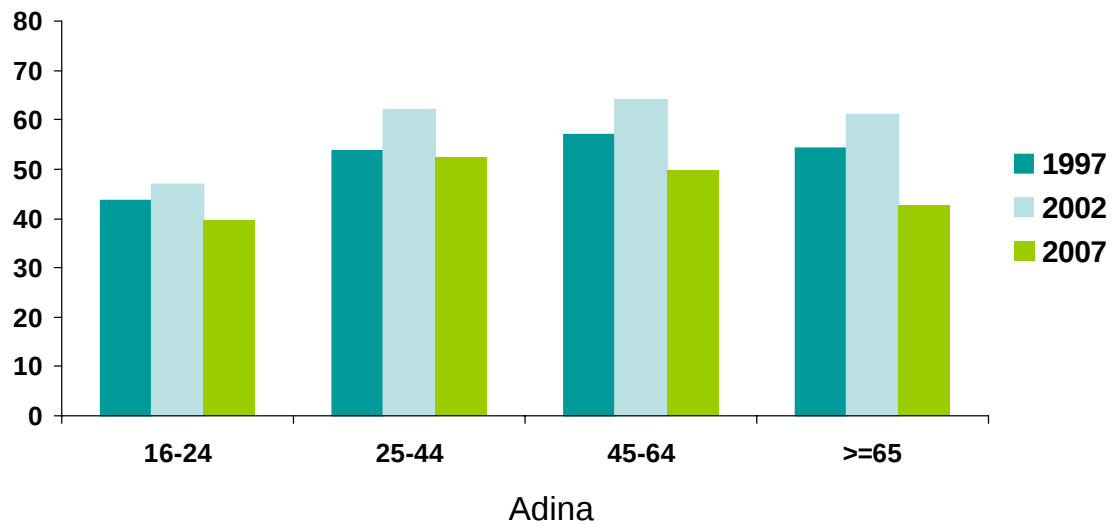
Oro har, tabakoaren eta alkoholaren kontsumoa emakumezkoengan gizonezkoengan baino baxuagoa da.

Aldez aurretik egindako inkesten emaitzei dagokienez, sedentarismoak behera egin du emakumezko zein gizonezkoengan. Hala ere, oraindik badago emakumezkoen %57 bat beren aisialdian inolako jarduerara fisikorik egiten ez duena. 45 urtetik 64 urtera bitarteko emakume-taldea da jarduerara fisiko gehien egiten duena.

Astialdian sedentarioak direnen proportzio (%) estandarizatua, adina kontuan hartuta



Astaldian sedentarioak diren gizonezkoen proportzioa (%)

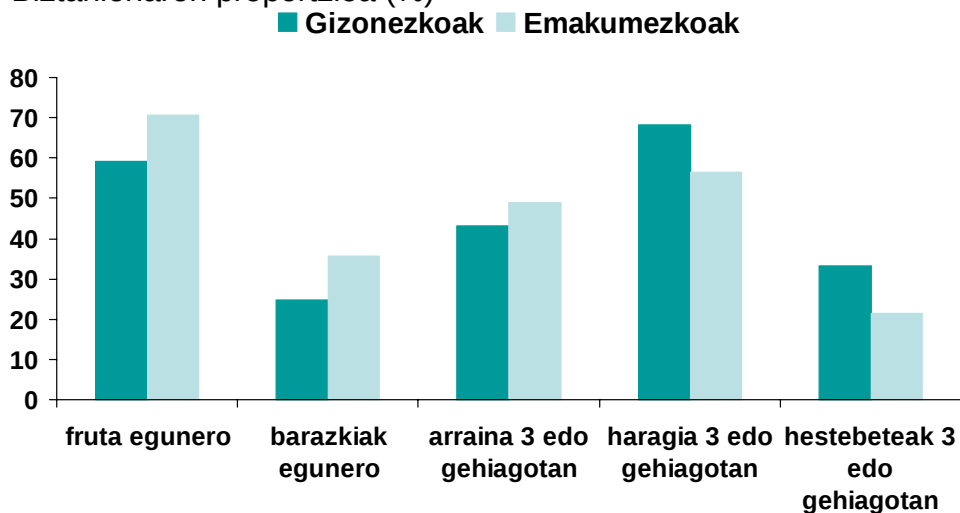


<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Jateko ohiturei dagokienez, emakumezkoek gizonezkoek baino dieta egokiagoa daukate eta fruta eta barazki gehiago kontsumitzen dituzte.

Biztanleriaren proportzioa (%)



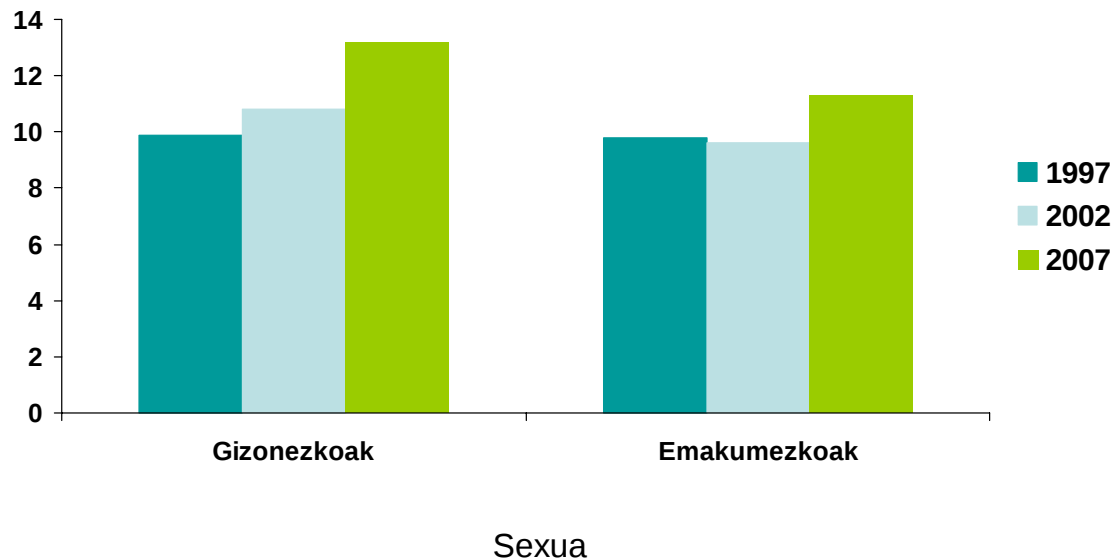
<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Hala ere, emakumezkoengan dietaren edukiaren banaketan kalitate handiago horrek ez du

obesitatearen igoera kezkagarria saihesten, antzera gertatzen da gizonezkoengan, aurretiazko emaitzekin konparatuta. Horiek horrela, gizonezkoen %13 eta emakumezkoen %12 gizenegi daude.

Obesitatearen prebalentzia (%) estandarizatua, adina kontuan hartuta

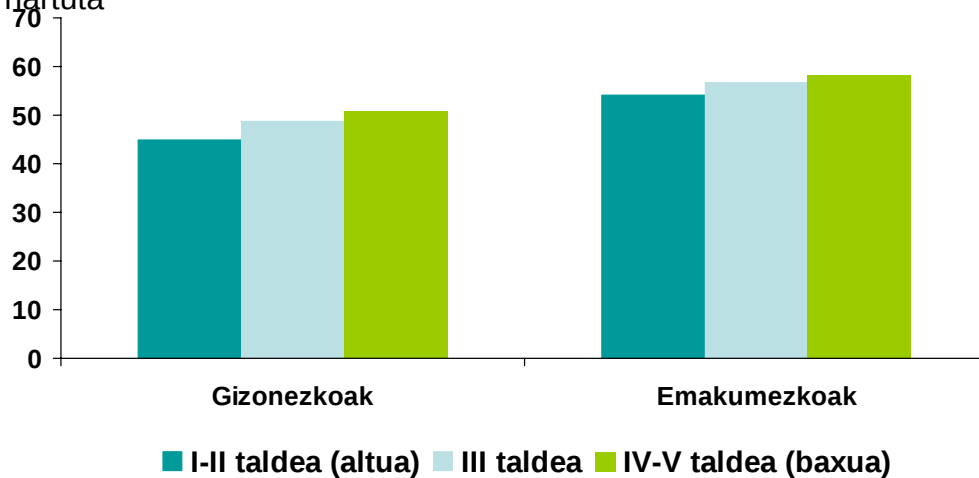


<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

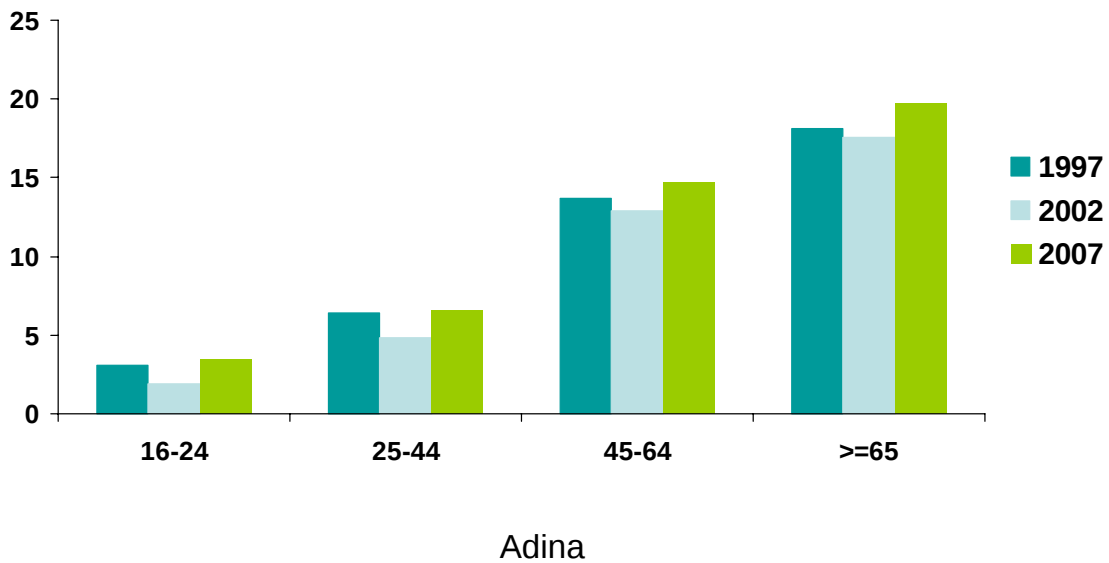
publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

Emakumezkoengan obesitatearen gehikuntza adin-talde guztietan gertatzen da, eta intentsitatea handiagoa ageri da sozio-ekonomikoki egoera txarragoan dauden taldeetan.

Astaldian sedentarioak direnen proportzio (%) estandarizatua, adina kontuan hartuta



Obesitatearen prebalentzia (%) emakumezkoetan



<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52->

publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf

3.2.5. Emakumeen aurkako indarkeria

Emakumeen aurkako indarkeria, emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunaren agerpenik mutur-muturrekotzat hartzen da. Giza eskubideen aurkako atentatu bat da, gizarte honetako gaitz oso larria eta Euskadin atentzio handia jasotzen ari den osasun publikoko arazoa. Honako hauek konpromiso horren adierazgarri dira: Berdintasunerako Legea, Berdintasunerako IV. Plana, tratatu txar eta sexu-erasoen emakume biktimen atentzioa hobetzeko Institutuzioen arteko II. Akordioa eta EAEko emakumeen aurkako sexu-indarkeria etxeko tratatu txarrei buruzko protokolo sanitarioa²¹.

2007an, guztira, emakumeen aurkako erasoen 274 kasuren berri eman zen, eta kasu horietatik 122 sexu-erasotzat jo ziren, beste 122 sexu-abusotzat eta 2 exhibizionismo eta sexu-probokaziotzat. 12 urtetik 17 urtera bitarteko adin-taldea izan da kasu-kopururik gehien (65) pairatu dituenak, eta ondoren 18 urtetik 22 urtera bitartekoa dator (41 kasu).

Emakumeen sexu-askatasunaren aurkako delituei dagozkien biktimizazioen bilakaera²⁰, gertatu diren lurraldearen arabera (2002-2007)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araba	41	50	65	70	35	52
Bizkaia	119	136	152	181	152	138
Gipuzkoa	72	88	81	66	69	84
EAE	232	274	298	317	256	274

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Herrizaingo Saila.

¹⁹ Biktimen estatistikak jaso dituzten legez kontrako egintza penalak biltzen ditu, egintza penalak izanik Ertzaintzan erregistratuta geratu baitira herritar batek jarritako salaketa baten bidez edo atestatu baten bidez. Esate baterako, pertsona batek eraso sexualen salaketa bat baino gehiago jarri baditu, salaketa bakoitzeko biktimizazio bat kontabilizatzen da.

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_e.pdf

Emakumeen aurkako etxeko indarkeriaren eboluzioari buruzko zenbait datu, Emakunderen "Emakumeen Aurkako Indarkeriari buruzko Txostena" (2008)²² delakotik hartutako hurrengo tauletan ikus daitezke.

Etxeko indarkeriak eragindako emakumeen biktimizazioen bilakaera¹³, egintzok gertatu diren lurraldearen arabera (2002-2007)¹⁴

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araba	345 (271) ¹⁵	408 (294)	451 (334)	562 (450)	547 (446)	659 (533)
Bizkaia	1357 (1007)	1534 (1187)	1728 (1299)	2029 (1479)	2216 (1693)	2430 (1.837)
Gipuzkoa	543 (412)	680 (507)	763 (586)	907 (682)	937 (743)	1116 (853)
EAE	2245 (1690)	2622 (1988)	2942 (2219)	3498 (2611)	3700 (2882)	4205 (3223)

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Herrizaingo Saila.

¹³ Biktimen estatistikak, biktimek jasan dituzten legez kontrako egintza penalak biltzen ditu; egintza penalak izanik, Ertzaintzan erregistratuta geratu baitira herritar batek jarritako salaketa baten bidez edo atestatu baten bidez. Esate baterako, mehatxuengatik pertsona batek salaketa bat baino gehiago jarri baditu, salaketa bakoitzeko biktimizazio bat kontabilizatzen da.

¹⁴ 2006an Herrizaingo Sailak zabaldu egin zuen etxeko indarkeria titulupean biltzen ziren arau-hausteen aukera, eta multzo horretan sartzen dira orain "familia-inguruarekin lotutako bestelako arau-haustek ere" (familia-harremanen kontrako arau-haustek, neurri judizialak ez betetzea, etxea bortxatzea eta laguntzeko betebeharrari ez erantzutea).

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_e.pdf

Etxeko indarkeriak eragindako emakumeen hilketen bilakaera, egintzok gertatu diren lurraldearen arabera (2002-2007)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araba	-	-	-	-	-	1 (1)
Bizkaia	1 (1) ¹⁶	-	5 (4)	4 (3)	3 (2)	2 (1)
Gipuzkoa	-	-	-	-	-	- (-)
EAE	1 (1)	-	5 (4)	4 (3)	3 (2)	3 (2)

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Herrizaingo Saila.

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_e.pdf

EAEn emakumeen eskatutako babes-aginduen kopuruaren bilakaera

EAE	Eskatu (guztira)	Onartu (%)
2003	443	69
2004	462	71
2005	2.039	68
2006	1.110	65

Iturria: Emakundek berak eginiko taula, Instituto de la Mujer erakundeak eta Botere Judizialaren Kontseilu nagusiak emandako datuetan oinarrituta.

http://www.emakunde.es/images/upload/violencia_e.pdf

3.2.6. Osasun emankorra

Antisorkuntza

EAEn, 445.838 emakume adin emankorrean (15-44 urte artean) daude. Horietako askok, haien ugalkortasuna kontrolatzeko metodo antikonzeptiboren bat behar dute.

Adin-talde (adina 2005/XII/31n), lurralde historiko eta sexuaren arabera biztanleria. 2006.
(p)

	EAE	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
	Emakumeak	Emakumeak	Emakumeak	Emakumeak
Guztira	445.838	66.356	239.351	140.131
15-19	44.694	6.617	23.884	14.193
20-24	60.292	9.334	32.418	18.540
25-29	81.751	12.290	43.738	25.723
30-34	87.834	13.077	46.820	27.937
35-39	84.763	12.526	45.553	26.684
40-44	86.504	12.512	46.938	27.054

(p) Behin-behineko datuak.

(1) 2006an jaiotakoak.

Iturria: EUSTAT. Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Estatistika (BEE06).

Koitoaren osteko pilula emakumeek erabiltzen dute metodo antikonzeptiboak huts egiten duenean (preserbatiboa apurtzea, expulsión del DIU), edo giza akatsa gertatzen denean (antikonzeptiborik ez erabiltzea, pilula hartzea ahaztea); eta nahi gabeko haurdunaldi bat

gertatzeko aukeraren aurrean hartu beharreko erantzukizuntzat jo behar da²³. EAEn, 2006an, 19.180 dosi eman dira. Trussel-ek aintzat hartzen duen bezala², 1.000 tratamendu bakoitzetik 53 haurdunaldi prebenitzen badira, emergentzia-metodo horrekin, Euskadin, nahi gabeko 1.000 haurdunaldi inguru saihestu ahal izango ziren.

Osakidetzako zentroetan pilula doan emateko erabakia 2008an hartu zen, eta bere asmoa ekitatea hobetzea da, gazteentzako eta ekonomikoki ahulago dauden sektoreentzako eragozpen ekonomikoa ezabatzen baitu. Horrez gain, nahi gabeko haurdunaldiak osasun publikoko arazotzat hartu nahi dira. Era berean, sistema sanitarioak haien bizitza sexuala izaten hasi eta informazioa eta laguntza behar duten nerabeekin duen harremana erraztu nahi da; batez ere egiaztatu delako haien haurdunaldia eteten duten nerabe eta gazte portzentaje altua ez dela inoiz zentro sanitario batera aholku eske joan. Doako banaketa horrek, halaber, arriskuko jokabide sexualak detektatzeko eta beharrezkoa den interbentzioa errazteko aukera emango du.

Haurdunaldiaren borondatezko etendura (HBE)

Euskal Autonomia Erkidegoko Haurduntzaren Borondatezko Etenduren Erregistroak sistematikoki biltzen ditu EAEko HBEen datuak. Horri esker, haien kopurua jakin daiteke, baita HBEa egiten duten eamkumeen ezaugarri sozio-demografikoak ere. Horrela, EAEko HBEen erregistroko azken txostenaren arabera, haxe izan zen 2006an erregistroari jakinarazi zitzaion HBEen kopurua: 3.091.

HBE horietatik, haxe izan zen beste autonomia-erkidego batzuetan bizi diren emakumeei egindako interbentzio-kopurua: 505. Gehienak erkidego mugakideetakoak izan ziren, hala nola: Nafarroa (%46,1), Kantabria (%38,2), Errioxa (%8,1) eta Burgosekoak (%5,3).

2.586 izan ziren (aurreko urtean baino 203 emakume gehiago) HBEa egin zuten EAEko emakumeak.

Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV 1993-2006.

AÑO	Nº IVE	TASA
1993	1.283	2,60
1994	1.174	2,37
1995	1.256	2,55
1996	1.278	2,59
1997	1.301	2,64
1998	1.305	2,64
1999	1.435	2,91
2000	1.653	3,34
2001	1.646	3,33
2002	1.804	3,92
2003	1.798	3,93
2004	1.997	4,43
2005	2.383	5,34
2006	2.586	5,86

* tasa específica por 1000 mujeres de 15 a 44 años.

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20IVE%202006.pdf

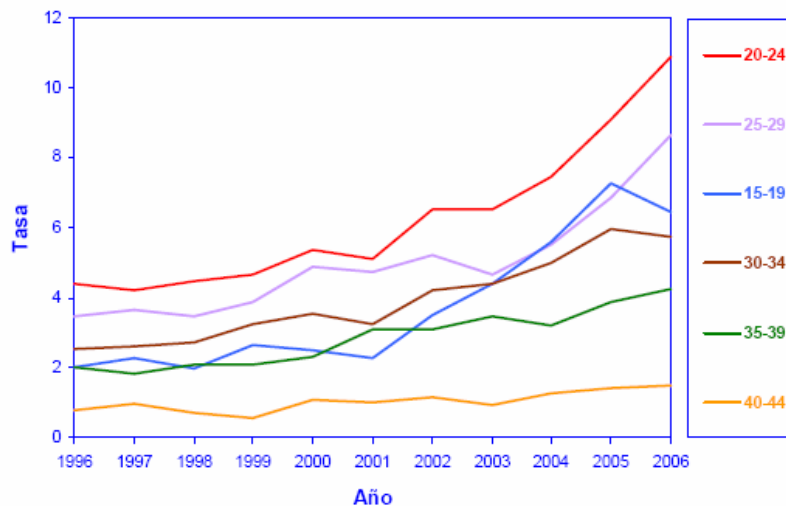
Hona hemen, 2006an, HBEa egin zuten euskal emakumeen ezaugarri sozio-demografikoak:

- HBEaz sarrien baliatu zen adin-taldea 25 urtetik 29 urtera bitartekoa izan zen.
- %11 inguru nerabeak ziren (19 urte baino gutxiago).
- Gutxi gorabehera, emakumeen erdia ez zen bikotearekin bizi.
- %65,1ak lan egiten zuen, %13,5a langabezian zegoen eta %12 ikasleak ziren.
- Heziketa-mailari dagokionez, horietako gehienak (%59,7) bigarren mailako edo goi-mailako ikasketak zituen edo ikasten ari zen.
- Kasuen erdian baino gehiagotan emakumeak ez zeukan seme-alabarik eta horietako %73,9tan HBEa egiten zuen lehen aldian.

Azpimarratu behar da emakumeen %64,7 ez zela zentro edo zerbitzu sanitario batera joan, HBE egin aurreko bi urteetan metodo antikonzeptiboak erabili edo kontrolatzeko. Adin-talde gazteagoetako emakumeak dira plangintza-baliabideak gutxien erabiltzen dituztenak. Nerabeen kasuan, portzentaje hori %86ra igotzen da. Datu horiek adierazten dute, emakume-talde jakin batzuetan, eta bereziki gazteenen taldeetan, metodo antikonzeptiboen eskuragarritasuna hobetzeko beharra dagoela.

Hurrengo grafikoan, 1996tik adin-taldean arabera abortibitate-tasen eboluzioa ikus daiteke. 20-24 adin-taldeko emakumeak dira denboraldi horretan HBEren tasarik altuena azaltzen dutenak. Nerabeen kasuan (15-19 urte), azken 10 urteetako eboluzioan lehen aldiz abortibitate-tasak behera egin duela ikusten da

Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1996-2006.



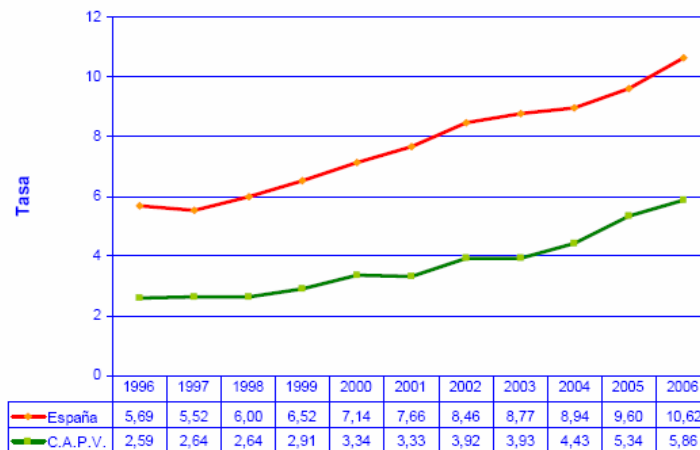
<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20IVE%202006.pdf

Ez dakigu zein izan daitekeen EAEko HBEren eboluzioan emakume etorkinei egindako HBEek izan dezaketen garrantzia. Datu horren berri zehatzago jakingo da hurrengo urteetan, 2007tik aurrera honako aldagai hauek biltzen hasi direlako: nazionalitatea, jatorrizko herrialdea eta iriste-urtea. Horri esker, beharrezkoak diren neurriak ezartzeko aukera izango dugu.

Azkenik aipatu behar da, 1996. urteaz geroztik Espainiako estatuan zein EAEn abortibitate-tasa etengabe, pixkanaka eta paraz pare igo dela ikusten da.

Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1996- 2006 .



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

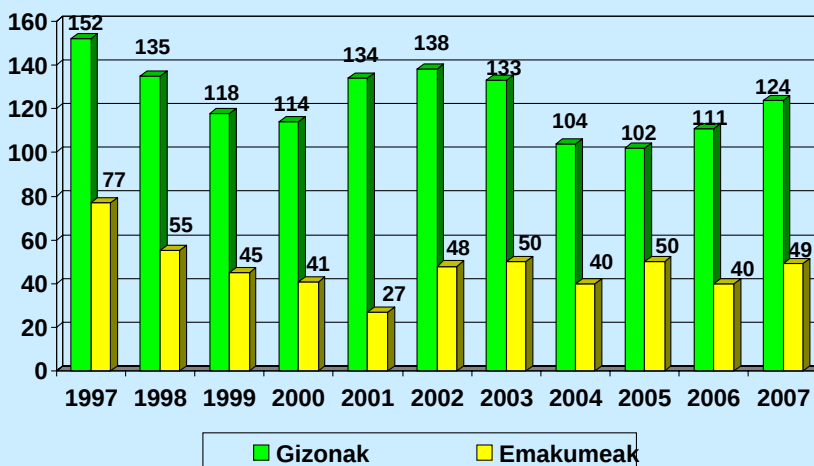
publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/INFORME%20IVE%202006.pdf

GIB eta Hiesa

Osasun Sailaren HIESA Prebenitu eta Kontrolatzeko Planak, berau prebenitzeko era askotako jarduketaz gain, gure erkidegoan HIESaren eboluzio epidemiologikoaren jarraipen estua egiten du.

Horiek horrela, eskura daitezkeen azken txostenen arabera, 2007. urtean zehar, GIBak eragindako 173 infekzio berri diagnostikatu dira, 2006an 151 diagnostikatu zirelarik. Horietatik %28,3, batez beste 33 urte dituzten emakumeak dira.

GIBak eragindako INFEKZIO BERRIAK SEXUAREN ARABERA. 1997-2007



Guztira: 1.887 kasu

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

[20319/es/contenidos/informacion/sida_documentacion/es_doc/documentacion.html#situacion](http://www.osanet.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/sida_documentacion/es_doc/documentacion.html#situacion)

Emakumeen kasuan transmisioa batez ere harreman heterosexualen bidez (%81,6) gertatu da. Emakumeen kasuan transmisio heterosexualerako suszeptibilitate biologikoa handiagoa den arren, honako hauek dira urrakortasun handiagoa ematen dietenak: faktore ekonomikoak, faktore sozialak, faktore kulturalak eta genero-indarkeria, GIB eta Hies bidezko infekzioari aurre egiteko Plan Multisektorialak²⁵ egiaztatzen duen moduan. Aipatutako faktore horiek, halaber, euren gorputzaz eta beren bizitza sexualaz duten botere falta erlatiboan eragiten dute.

Haurdunaldia, erditzea eta amagandik edoskitzea

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_esp/adjuntos/2006.pdf

2006an, Jaioberrien Erregistroaren arabera, guztira 20.726 ume jaio dira EAEn: 10.692 (%51,59) Bizkaian; 7.405 Gipuzkoan (%35,73) eta 2.629 Araban (%12,68). 2005. urtean baino 255 ume gehiago jaio dira, beraz, 1995. urteaz geroztik sumatu eta 1998an bakarrik apurtu zen joera mantendu egin da.

Helduaurrekotasunaren intzidentzia

2007an, erditzeen %92,20 ernaldiko 37-42 asteen artean gertatu ziren eta helduaurrekotasun-indizea (A.G. < 37 aste) %7,74koa izan zen.

Jaiotzen proportzioa ernaldi-asteak kontuan hartuta.

Asteak	Jaiotzen kop.	%
< 28	86	0,40
28 – 32	269	1,26
33 – 36	1.296	6,08
<37 guztira	1.651	7,74
37 – 42	19.655	92,20
> 42	6	0,03
Ez da ageri	6	0,03

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_isp/adjuntos/2006.pdf

Jaioberrien proportzioa jaiotzean izandako pisua kontuan hartuta.

PISUA	EAE	
< 1.500 g	275	%1,29
1.500-2.500 g	1.374	%6,45
<2.500 g GUZTIRA	1.649	%7,74
≥ 2.500 g	19.666	%92,25
EZ DA AGERI	3	%0,01
J.B. GUZTIRA	21.318	

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_isp/adjuntos/2006.pdf

Erditzearen atentzioa

Osakidetzak, 2007. urtean, 18.134 erditze atenditu zituen, hau da, erkidegoko erditzeen %88. 2007an Osakidetzan egindako zesareen tasa %13,23koa izan zen, Osasun Sistema Nazionalaren zifra globalaren (%25,8) oso azpitik. Hala ere, sektore pribatuan gertatutako erditze guztien %29,66 zesarea bidez egin dira. Osakidetzan zesareen tasa baxu erlatibo hori, zesareen adierazleen egokitzapen eta kontrolaren denboran egindako ahaleginaren emaitza da.

Jaioberrien proportzioa aurkezpena eta erditze-mota kontuan hartuta.

Aurkezpena	Kopurua	%
Zefalikoa	20.284	95,15
Podalikoa	912	4,28
Zeharkakoa	79	0,37
Beste batzuk	13	0,06
Ez da ageri	30	0,14
Guztira	21.318	

Mota	Sektore publikoa		Sektore pribatua	
	Kopurua	%	Kopurua	%
Baginala	16.159	86,76	1.834	70,27
Abdominala	2.464	13,23	774	29,66
Ez da ageri	1	0,01	2	0,07
Guztira	18.624		2.610	

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_jsp/adjuntos/2006.pdf

**Bide abdominaleko (zesarea) erditzeen portzentajearen eboluzioa
EAEn. 2000-2006**

Lurraldea	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Araba	14,5	14,4	15,7	16,6	15,5	16,5	16,7
Bizkaia	15,4	15,5	16,6	16,4	17,9	15,3	15,9
Gipuzkoa	16,4	16,8	18,6	18,3	17,9	15,2	15,4
EAE	15,4	15,8	16,9	17,1	17,1	15,7	15,7

ITURRIA: EAEKO JAIOPERRIEN ERREGISTROA.

<http://www.osanet.euskadi.net/r85>

publ01/eu/contenidos/informacion/informe_salud_publica/eu_opt/adjuntos/2006.pdf

Behar bezala aukeratutako kasuetan, aurkezpen podalikoa duten erditzeak bagina bidez egiten dira, Erkidegoan egindako Adostasun Dokumentuari²⁶ jarraiki. Era berean, kanpoko bertsioak egitea eskaintzen da, eta bagina bidezko erditzeen kopuruak aldeztu aurretik zesarea egin zaien emakumeetan "Amarekiko adeitsua den erditzera izateko ekimena"²⁷ delakoak egindako %60aren gomendioa hedatuki gaitzen du.

Erkidegoan badaude, emakumeen fisiologia eta autonomiarekin adeitsua den erditzeari atenezioa emateko beharrek oso sentibilizatu dauden herritarrak eta profesionalak.

2006an jaiotako haurtxoek amaetxean egon diren denboran izandako elikadura-motari dagokionez, edoskitze naturala da tipilki nagusia izaten jarraitzen duena.

EAEko jaioberrien elikadura-moten portzentajearen eboluzioa. 2002- 2006

Elikadura	2002	2003	2004	2005	2006
Naturala	64	63	68	69	66
Artifiziala	11	12	11	12	13
Mistoa	23	23	19	17	20
Ez da ageri	2	3	2	1	1

ITURRIA: EAEKO JAIOPERRIEN ERREGISTROA.

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/informe_salud_publica/es_esp/adjuntos/2006.pdf

2001. urtetik aurrera, aurreko urteekiko goranzko joera duen amagandiko edoskitze naturalaren portzentajeak duen diferentzia, Osakidetzako ospitaleek hartutako murrizgarriagoa den irizpide berri bati zor zaio: haurtxoak gehigarri bat hartzea nahikoa da, ur hutsa bada ere, elikadura mistotzat sailkatzeko.

2006ko Osasun Inkestaren datuen arabera, Euskal Autonomia Erkidegoa amagandiko edoskitzearen prebalentziarik handiena duen bigarren erkidegoa da 6 astera (%82,37), 3 hilabetera (%64,47) eta prebalentziarik handiena duena 6 hilabetera (%39,19).

3.2.7. Minbiziaren intzidentzia

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

[publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20castellano.pdf](http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20castellano.pdf)

2003an, 11.052 tumore gaizto diagnostikatu ziren, 4.281 (%38,7) emakumezkoetan eta 6.771 (%61,3) gizonezkoetan. Hauxe da minbiziaren intzidentzia-tasa gordina biztanleria osorako: 100.000 biztanleko 532,2 kasu. Datu horiek sexua kontuan hartuta aztertzen baditugu, ikus daiteke emakumezkoetan intzidentzia-tasa gordina 100.000 emakumezkoetik 403koa dela, eta 100.000kotik 667koa gizonezkoen kasuan.

Kolon-ondesteko minbizia, bi sexuetan, sarrien gertatzen den tumore gaizto bezala agertzen da (%13,9), maiztasun-ordenari jarraiki bularreko tumoreak (%10,9) eta biriketakoak (%10,5) datoz atzetik.

Honako hauek izan ziren, 2003an, emakumezkoetan sarrien eman ziren tumoreak: bularrekoa, kolon-ondestekoa eta umetoki-gorputzekoa. Baina sumatu da, azken urteetan, tabakoarekin zerikusia duten tumoreek, hau da, birika eta laringeko minbiziek, gora egin dutela.

Bularreko minbizia

Emakumezkoetan sarrien agertzen den tumorea da, eta haiek pairatzen duten tumore gaizto guztien %27,8 adierazten du. Intzidentzia-tasak urteko %0,27ko igoera izan zuen (KT -0,64, 1,18); eta hori ez da igoera esanguratsutzat jotzen.

Azken 5 urteetan, urtero batez beste 1.123 kasu berri diagnostikatu dira EAEko emakumezkoetan, eta hauxe izan da, 2004. urtean, Europako biztanleriarekiko intzidentzia-tasa estandarizatua: urteko 100.000 emakumezkoetik 84,2.

EAEn bularreko minbiziaren aurkako borroka zera begiesten du: Titietako Minbizia Goiz Detektatzeko Programa (TMGDP) eta alarma-sintomen aurrean diagnostiko azkarra bermatzeko helburua duten estrategia eta ekintza batzuk eta tratamendu eraginkor eta integralenak.

TMGDP delakoa 50-69 urte arteko EAEko emakumeei zuzenduta dago, alde biko mamografia doble proiektzio bikoitzean egiten da, bi urtez behin. Osakidetzak programa hori egiteko zera du: 9 detekzio-unitate, irakurketa diagnostikoa egiteko 6 balorazio-unitate eta detektatutako lesioen diagnostikoa, tratamendua eta jarraipena egiteko erreferentziako 7 ospitale. 2008an unitateen digitalizazioa egiteari ekin zaio eta 2009an bukatzea espero da.

Partaidetza-tasa %80koa da, beraz, Osasun Sistema Nazionalaren Minbizi Estrategian ezarritako parte-hartzeko minimoak 10 puntutan gainditu dira, eta gizarte-klase desberdinentzako oso homogeneoa da.

TMGDPa hasi zenetik (1995. urtea) 2008ko ekainera arte, guztira 872.965 emakumek parte hartu dute. 3.745 minbizi diagnostikatu dira, eta horietatik %46,45 “minbizi minimoak” delakoak dira. Gainera, kasuen %78,49an tratamendu kirurgiko kontserbatzailea egin da.

Programaren erabiltzaileei 2007ko azaroan egindako azken Gogobetetasun Inkestan, emakumezkoen %95,5ak adierazten zuen oso edo nahiko pozik zeudela programatik igarotzearekin eta %100ak erantzun zuen joango zirela berriro deitzen zietenean.

Baheketa-programak eta esku hartzeko estrategiek zera lortu dute: osasun-arazo honek eragindako hilkortasun-tasa, azken 15 urteetan, %30era jaitea.

Emakumezkoaren aparatu genitaleko minbiziak

Aparatu genitaleko tumore gaiztoek emakumezkoen minbizi-kasu guztien %12,5 adierazten dute, eta bere kokapenetako batzuk, umetoki-gorputza esaterako, sarrienen artean (%5,8) aurkitzen dira. Maiztasuna kontuan hartuta, atzetik obulutegia (%3,1) eta umetoki-lepoa (%2,1) daude.

Azken urteetan intzidentzia-tasen eboluzioan ikusten da, umetoki-gorputzeko tumoreen intzidentziak gora egin duela. Hala ere, obulutegikoak eta umetoki-lepokoak behera egin dute.

KOKAPENIK OHIKOENAK, SEXUA KONTUAN HARTUTA EAE - 2003

GIZONAK			EMAKUMEAK	
%			%	
21,23	PROSTATA	1.	BULARRA	27,83
14,47	BIRIKA	2.	KOLON-ONDESTEA	14,10
13,76	KOLON-ONDESTEA	3.	UMETOKI-GORPUTZA	5,82
7,28	MASKURIA	4.	SISTEMA HEMATOPOIETIKOA	5,49
5,20	URDAILA	5.	URDAILA	4,74

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/eu/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20euskera.pdf

TUMORE GAIZTO ESPEZIFIKOEK ERAGINDAKO INTZIDENTZIAREN DENBORAZKO EBOLUZIOA EAE 1994-2003

CIE-O		Emakumeak			Gizonak			Bi sexuak		
		Tasa* 1994	Tasa* 2003	Aldaketa % 1994-2003	Tasa* 1994	Tasa* 2003	Aldaketa % 1994-2003	Tasa* 1994	Tasa* 2003	Aldaketa % 1994-2003
C00-C14	Ezpalna, aho-b. eta faringea	4,4	3,8	-0,61	33,8	28,0	-2,04**	18,3	15,3	-1,71
C16	Urdaila	13,5	11,0	-2,59**	34,3	28,4	-2,25**	22,6	17,9	-2,27**
C18-C21	Kolon-ondeste-uzkia	28,3	34,7	1,81**	63,8	70,4	2,14**	43,4	50,4	2,13**
C32	Laringea	0,4	1,0	2,15	28,6	20,5	-3,02**	13,6	10,4	-2,65**
C34	Birika	7,2	12,5	4,58**	85,6	75,9	-0,71	42,3	40,9	0,18
C42	Leuzemiak	7,4	6,8	-1,33	11,0	10,8	-0,85	9,1	8,6	-1,00
C44	Melanomak	2,8	5,0	5,54**	3,1	4,7	5,61**	2,8	4,8	5,59**
C50	Bularra	79,9	87,7	0,27						
C53	Umetoki-lepoa	7,8	7,3	-2,08	0,0	0,0	0,0			
C54	Umetoki-gorputza	14,5	17,6	1,56	0,0	0,0	0,0			
C56	Obulutegia	12,8	8,9	-2,00	0,0	0,0	0,0			
C61	Prostata				49,7	106,3	10,47**			
C67	Maskuria	4,9	4,5	1,89	34,7	37,2	1,23	17,7	19,0	1,58**
C77	Linfomak	6,7	10,0	5,31**	9,2	15,3	4,09**	7,8	12,5	4,63**

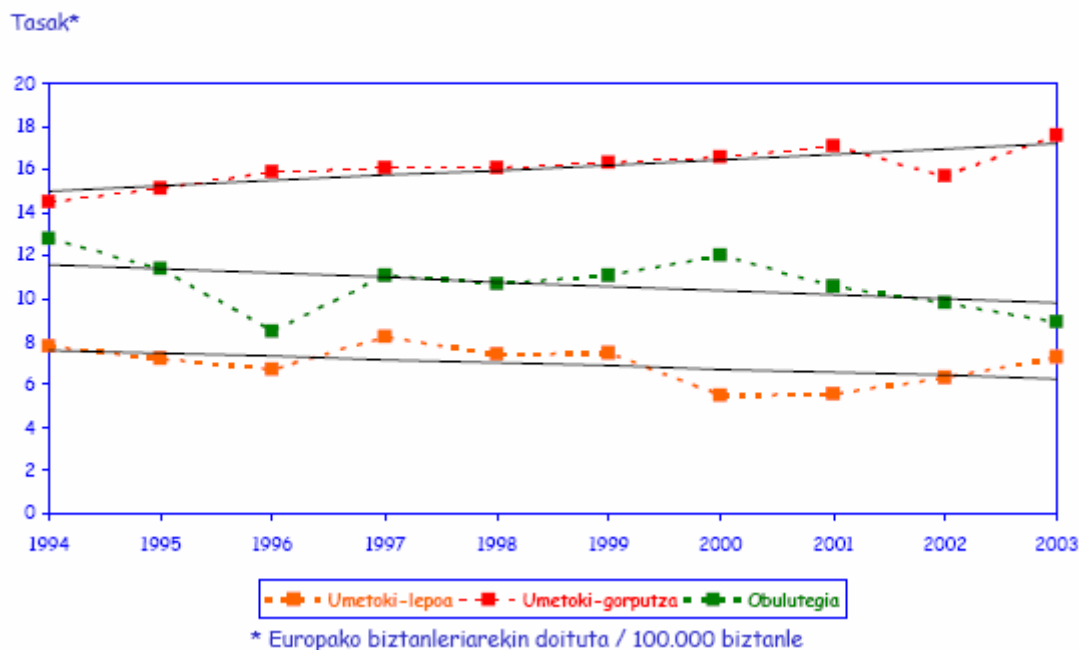
* x 100.000 biztanleko, Europako biztanleria estandarri araberako dirluta.

** Estatistikoki esanguratsua den aldea.

Iturria: Minbizi Erregistroa, Osasun Planingitza eta Antolamenduko Zuzendaritza, Osasun Saila.

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/eu/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20euskera.pdf

INTZIDENTZIA-TASEN EBOLUZIOA EMAKUMEZKOAREN APARATU GENITALEAN. EAE 2003.



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/eu/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20euskera.pdf

3.2.8. Osasun mentala

Emakumeen osasun mentalaren egoerak, gaur egun ere inkognita asko planteatzen ditu. Tradizioz onartu da emakumeak gaixotasun mentalaren aurrean ahulagoak direla, gaixotasun mental guztiekiko ahulak ez izan arren, baizik eta trastorno antsiatsu eta depresiboetan eta neurri txikiagoan, trastornoak jateko moduan. Emakumearen urrakortasun handiago hori arrazoi biologikoen bidez azaldu da, baina ikerkuntza kliniko eta epidemiologikoan genero-ikuspegia sartzeak arazoa beste modu batean ulertzeko aukera eman du.

Azterlan desberdinen arabera²⁸, osasun mentaleko arazoei emakumezkoen baino sarriago eragiten diete. Beraz, emakumeek osasun mentalean dituzten emaitzak txarragoak dira, eta horri honako faktore hauek laguntzen diete: emakumezkoen eta gizonezkoen artean desberdintasun sozialak, ekonomikoak eta botereari dagozkionak, pertsonen zaintzan erantzule izateak, genero-indarkeriak eta profesional sanitarioen genero-alborapenak. Horiek horrela, Espainian emakumezkoek gizonezkoek baino 2,8 aldiz aukera gehiago dute gogo-aldartearen trastornoak pairatzeko; eta hori, buru-nahasteek eragindako ezintasunaren arrazoi nagusia da, eta heretura-trastornoen urteko prebalentzia ia bikoitza da emakumezkoen kasuan. Gainera, buru-nahaste arruntek lan-egoerarekin zerikusia dutela identifikatu da eta arrisku-faktore gisa,

laneko baja eta langabeziaz gain, amatasun-baimenak aurkitzen dira. Adierazten du, halaber, buru-nahaste larriek familia-zama garrantzitsua sortzen dutela, eta zama hori normalean pazientearen amari edo ahizpari egokitzen zaio, zaintzaileengan honako hauek sortuz: galera-sentimenduak, murriztapenak haien bizitza sozial eta familiarrean, lan-aukeren galera eta euren osasun mentala gutxitzea.

Aitzitik, buru-nahaste larriek, azterlanak beti berdinak ez diren arren, badirudi gizonezkoengan intzidentzia handiagoa dutela, baita suizidioen tasak ere.

Bestalde, osasun mental hitzak alderdi positiboak ere aipatzen ditu, hala nola: ongizate emozionala, norberaren estimua, optimismoa, autokontrola, funtzionamendu integratua eta zoritxarrera moldatzeko gaitasuna. Estatuan, gizonezkoek osasun mental positiboan emakumezkoek baino puntuazio altuagoak lortzen dituzte.

2007ko EAEOIko emaitzak kontuan hartuta, hurrengo grafikoetan honako datu hauek ikus daitezke: depresio edota hersturaren sintomak dituen biztanleria-portzentajea, beren buruaz beste egitea pentsatu dutenen portzentajea eta EAEn gertatutako suizidioen kopurua.

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN
POR SEXO, EDAD Y TERRITORIO HISTÓRICO**

		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV	Población estimada
Hombre	16-24	9,2	7,0	7,2	7,5	7.469
	25-44	7,7	11,8	7,5	8,9	31.410
	45-64	10,3	15,1	11,1	12,3	33.736
	>=65	18,1	12,5	11,5	12,7	19.755
	TOTAL	10,3	12,4	9,3	10,5	92.370
Mujer	16-24	16,1	20,8	13,0	15,9	15.346
	25-44	16,8	19,0	14,3	16,2	54.849
	45-64	18,1	23,9	21,4	21,7	61.508
	>=65	28,0	25,5	25,0	25,5	56.267
	TOTAL	19,4	22,2	18,9	20,0	187.970
Ambos sexos	16-24	12,5	13,7	10,1	11,6	22.815
	25-44	12,2	15,3	10,8	12,5	86.259
	45-64	14,2	19,5	16,3	17,1	95.244
	>=65	23,6	20,2	19,4	20,2	76.022
	TOTAL	14,9	17,4	14,3	15,4	280.340

Población estimada: Población con síntomas de ansiedad y/o depresión por sexo, edad y territorio histórico

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/saludMental.pdf

**PORCENTAJE DE POBLACION QUE HA PENSADO ALGUNA VEZ SUICIDARSE
POR SEXO, EDAD Y TERRITORIO HISTÓRICO**

		Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV	Población estimada
Hombre	16-24	3,9	4,1	2,8	3,4	3.458
	25-44	6,6	7,1	3,9	5,3	18.757
	45-64	2,5	4,2	3,0	3,3	9.043
	>=65	1,7	2,6	1,8	2,0	3.189
	TOTAL	4,2	5,1	3,1	3,9	34.427
Mujer	16-24	1,2	5,8	5,1	4,8	4.605
	25-44	6,4	6,3	5,2	5,7	19.379
	45-64	5,6	6,1	3,8	4,8	13.611
	>=65	2,4	1,5	1,7	1,7	3.816
	TOTAL	4,8	5,1	3,9	4,4	41.411
Ambos sexos	16-24	2,6	5,0	4,0	4,1	8.063
	25-44	6,5	6,7	4,5	5,5	38.136
	45-64	4,0	5,1	3,4	4,1	22.654
	>=65	2,1	2,0	1,7	1,8	6.985
	TOTAL	4,5	5,1	3,5	4,1	75.838

Población estimada: Población que ha pensado suicidarse por sexo, edad y territorio histórico

http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/saludMental.pdf

Heriotzak lurraldea, GNS-10 taldeak, sexua eta aldia kontuan hartuta.

2002 2003 2004 2005 2006

Euskal AE

--098 Suizidioa eta norberak egindako lesioak

Guztira	187	161	171	171	148
Gizonak	130	121	127	128	115
Emakumeak	57	40	44	43	33
Iturria: Eustat.					

3.2.9. Emakumeen erikortasuna

Emakumezkoek, bizitzan zehar, gizonezkoek baino erikortasun-intzidentzia eta ezintasun altuagoa azaltzen dute; eta horren adierazgarri dira trastorno akutuen intzidentzia altuagoak,

hilgarriak ez diren gaixotasun kronikoen prebalentzia handiagoak eta ezintasun-maila altuagoak epe labur eta luzean.

Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale publiko eta pribatuetan gertatutako altei buruzko informazioa eskaintzen duen EAEko Ospitaleko Alteen Erregistroak dakartzan datuak ikusita, 2007. urtean Osakidetza-akutuentzako ospitaleetan emakumezkoen 117.549 alta erregistratu zirela ikus daiteke, gizonezkoen kasuan 108.516 izan zirelarik. Egonaldi ertain eta luzeko ospitaleen kasuan, emakumezkoen altak (4.066) gizonezkoenak (4.314) baino zertxobait baxuagoak izan ziren.

Talde diagnostiko handiak kontuan hartuta, emakumezkoetan alta-kopururik altuenek hardunaldi, erditze eta erditze ondokoarekin zerikusia izan zuten; eta ondoren, beste hauek zeuden: nerbio-sistemako eta zentzumen organoetako arazoak eta zirkulazio-sistemearekin zerikusia duten arazoak, hurrengo taulan ikus daitekeen moduan:

Altak guztira, Osakidetza-akutuentzako ospitaleetan sarrien ematen diren diagnostiko, adin eta sexuaren arabera. EAEn bizi direnak 2007

Gizonezkoak					Emakumezkoak				
Adina	CIE-9-MC	Arazoak	K	%* Guztira	Adina	CIE-9-MC	Arazoak	K	% Guztira
0-14	474	Amigdalita eta adenoiden garatutasun kronikoa	704	8,85	0-14	474	Amigdalita eta adenoiden garatutasun kronikoa	504	8,99
	540	Apendizitis akutua	328	4,11		765	Haurd. lehorjaktioz-pisu eskasarenin zer. traster.	279	4,97
	752	Org. genitalen anomalia organikoak	318	3,99		466	Bronkitis eta bronkiolitis akutuak	239	4,26
	765	Haurd. lehorjaktioz-pisu eskasarenin zer. traster.	303	3,82		540	Apendizitis akutua	232	4,14
	466	Bronkitis eta bronkiolitis akutuak	270	3,41		466	Pneumonia, zehaztu gabeko organismoa	163	2,91
ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				7.929	ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				5.609
15-29	540	Apendizitis akutua	362	6,03	15-29	650	Erditze guztiz normala den kasuan	839	7,86
	685	Kiste plikoidale	249	3,93		645	Kronologikoki aurretiaz den hardunaldia	583	5,46
	470	Sudur-tremkade desbideratua	189	2,98		664	Perineo eta bulbako trauma erditzean zehar	532	4,98
	717	Belsum benerio traslomoa	177	2,79		656	Amarengan eragina duten beste aniz. fetal eta plaz.	439	4,11
	295	Tumoreko eskizofrenia	188	2,62		656	Bamurbe eta mintz amiozitoen best. alfer.	374	3,50
ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				6.338	ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				10.679
30-44	717	Belsum benerio traslomoa	346	2,81	30-44	650	Erditze guztiz normala den kasuan	1.861	6,57
	295	Tumoreko eskizofrenia	317	2,58		664	Perineo eta bulbako trauma erditzean zehar	1.808	5,67
	540	Apendizitis akutua	288	2,33		645	Kronologikoki aurretiaz den hardunaldia	1.457	5,15
	550	lata-erena	277	2,25		656	Amarengan eragina duten best. aniz. fetal eta plaz.	1.327	4,69
	470	Sudur-tremkade desbideratua	237	1,93		656	Bamurbe eta mintz amiozitoen best. alfer.	1.161	4,10
ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				12.209	ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				28.318
45-59	550	lata-erena	696	3,42	45-59	354	Gorpo gorp. adierako mononeuritis eta mononeuritis anizkoitze	529	3,34
	414	Bihotzeko garatutasun isemiko kronikoen best. mot.	512	2,52		174	Emakumezkoen bularreko neoplasia garbia	489	3,09
	717	Belsum benerio traslomoa	485	2,38		574	Kolelitis	459	2,90
	366	Katarak	481	2,38		210	Umetokiko leiostoma	432	2,73
	766	Arnas eta bulameldako sintomak	488	2,39		366	Katarak	404	2,55
ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				20.350	ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				15.834
60-74	366	Katarak	2.547	8,21	60-74	366	Katarak	3.290	14,21
	491	Bronkitis kronikoa	1.013	3,27		715	Osteoartritis / artroko gait.	819	3,54
	550	lata-erena	953	3,07		574	Kolelitis	598	2,57
	414	Bihotzeko garatutasun isemiko kronikoen best. mot.	770	2,48		610	Prolapso genitala	518	2,23
	427	Bihotzeko disitmiak	683	2,20		735	Oinaren behatz lodaren deformazio hartua	470	2,03
ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				31.011	ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				23.155
75-89	366	Katarak	3.153	11,89	75-89	366	Katarak	5.169	18,22
	491	Bronkitis kronikoa	1.312	4,95		420	Bihotz-guzbeglasuna	1.149	4,05
	420	Bihotz-guzbeglasuna	1.084	4,09		620	Idarrazur lepoiko heustura	954	3,38
	510	Bihotzeko bestelako garatutasunak	858	3,24		510	Bihotzeko bestelako garatutasunak	752	2,65
	466	Pneumonia, zehaztu gabeko organismoa	773	2,92		434	Arnas-arterien bucadura	711	2,51
ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				28.518	ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				28.369
>90	420	Bihotz-guzbeglasuna	90	6,17	>90	620	Idarrazur lepoiko heustura	288	8,47
	366	Katarak	76	5,21		420	Bihotz-guzbeglasuna	213	6,31
	510	Bihotzeko bestelako garatutasunak	76	5,21		510	Bihotzeko bestelako garatutasunak	204	6,04
	466	Pneumonia, zehaztu gabeko organismoa	74	5,07		510	Arnas-arterien bucadura	184	5,45
	510	Arnas-arterien bucadura	84	4,39		366	Katarak	161	4,77
ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				1.459	ALTAK GUZTIRA ADIN-TALDE ETA SEXURAKO				3.377

*Bere adin-talde eta sexu guztianetako.

Iturri: Ospitaleko alteen erregistroa (GOOM), Osasun Planifikazio eta Antolamenduko Zuzendaritza, Osasun Gela.

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/eu/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/INFORME%20CMBD%202007%20EUSK.pdf

Adin-taldeak kontuan hartuta, alden kopururik handiena 30 urtetik 44 urtera arteko emakumeen taldean gertatu zen; eta batez ere haurdunaldiarekin, erditzearekin eta erditze ostearekin zerikusia zuten prozesuek eragindakoak izan ziren. 75 urtetik 89 urtera arteko taldean, berriz, ikusmenarekin, zirkulazio-sistemarekin eta hausturekin zerikusia zuten prozesuek eragin zituzten altak.

Altak guztira, Osakidetza akutuentzako ospitaleetan diagnostiko-taldea, lurralde historikoa eta sexua kontuan hartuta.

EAEn bizi direnak 2007

CIE9-MC	Diagnostiko Taldea	EAE				Araba				Gipuzkoa				Bizkaia			
		Gizonak		Emakumeak		Gizonak		Emakumeak		Gizonak		Emakumeak		Gizonak		Emakumeak	
		K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
001-139	Infekzioak eta parasitarioak	1.005	1,8	1.180	1,0	349	1,9	165	0,9	680	1,9	445	1,1	876	1,7	570	1,0
140-239	Tumoreak	10.799	10,2	9.225	8,0	1.756	9,6	1.536	8,1	3.347	9,4	2.738	6,8	5.696	11,0	4.951	8,9
240-279	Endokrino metabolikoak	1.365	1,3	1.715	1,5	218	1,2	338	1,8	493	1,4	591	1,5	654	1,3	786	1,4
280-289	Odola eta organo hematopoietikoak	1.116	1,1	1.170	1,0	214	1,2	256	1,3	437	1,2	404	1,0	465	0,9	510	0,9
290-319	Trastorno mentak	2.715	2,6	2.173	1,9	421	2,3	379	2,0	869	2,4	638	1,6	1.425	2,7	1.156	2,1
320-389	Nerbio-sistema eta zentzumen-organak	10.407	9,8	14.074	12,2	1.563	8,6	2.009	10,6	3.701	10,3	4.974	12,3	5.143	9,9	7.091	12,7
390-459	Zirkulazio-sistema	16.000	15,1	11.317	9,8	2.433	13,3	1.833	9,6	5.135	14,4	3.953	9,8	8.432	16,2	5.531	9,9
460-519	Arnas aparatua	14.369	13,6	9.353	8,1	2.776	15,2	1.798	9,5	5.280	14,8	3.703	9,2	6.313	12,2	3.852	6,9
520-579	Digestio-aparatua	15.221	14,4	10.793	9,4	2.699	14,8	1.807	9,5	4.809	13,4	3.580	8,9	7.713	14,9	5.406	9,7
580-629	Aparatu genitourinarioa	5.356	5,1	7.723	6,7	1.169	6,4	1.304	6,9	1.689	4,7	2.458	6,1	2.498	4,8	3.961	7,1
630-676	Haurdunaldi, erditze eta erditze ondokoa	0	0,0	22.269	19,3	0	0,0	3.361	17,7	0	0,0	8.461	20,9	0	0,0	10.447	18,7
680-709	Larruazala eta larruazalpeko ehuna	1.534	1,4	1.077	0,9	222	1,2	179	0,9	618	1,7	417	1,0	694	1,3	481	0,9
710-739	Sistema osteomuskularra	6.119	5,8	7.187	6,2	934	5,1	1.142	6,0	2.331	6,5	2.654	6,6	2.854	5,5	3.391	6,1
740-759	Sortzetiko anomaliak	969	0,9	611	0,5	165	0,9	95	0,5	282	0,8	182	0,5	522	1,0	334	0,6
760-779	Jaiotza-inguruko patologia	1.081	1,0	890	0,8	178	1,0	168	0,9	432	1,2	359	0,9	451	0,9	363	0,6
780-799	Gaizki definitutako zeinu eta sintomak	6.184	5,8	4.945	4,3	1.299	7,1	984	5,2	2.075	5,8	1.787	4,4	2.810	5,4	2.174	3,9
800-999	Lesioak eta pozoidurak	8.026	7,6	7.292	6,3	1.387	7,6	1.278	6,7	2.560	7,2	2.147	5,3	4.079	7,9	3.867	6,9
V01-V82	V kodea	2.725	2,6	2.326	2,0	453	2,5	385	2,0	998	2,8	923	2,3	1.274	2,5	1.018	1,8
	Kodetu gabe	30	0,0	22	0,0	1	0,0	0	0,0	28	0,1	22	0,1	1	0,0	0	0,0
	GUZTIRA	105.901	100	115.342	100	18.237	100	19.017	100	35.764	100	40.436	100	51.900	100	55.889	100

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/eu/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/INFORME%20CMBD%202007%20EUSK.pdf

3.2.10. Hilkortasuna

EAEko hilkortasun-daturik eguneratuenak Osasun Saileko Hilkortasun Erregistroan aurkitzen dira. 2006. urtean, 18.507 hil ziren EAEn (%47, hau da, 8.697 emakumeak ziren).

Sexuen araberako egungo hilkortasun-diferentzia ez da berdin banatzen heriotza-kausa guztietan.

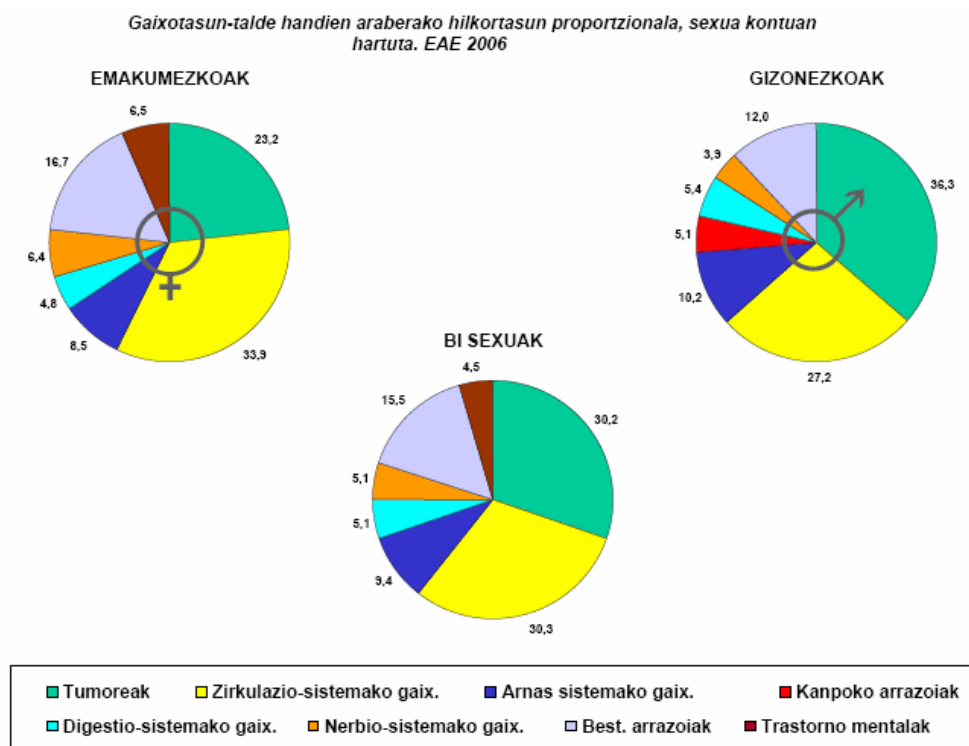
Osasunean genero-paradoxa handitzat jo da emakumezkoek, osasun-egoera txarragoa izan arren, gizonezkoek baino bizi-itxaropen handiagoa izatea. Hala ere, talde bezala, gizonezkoak emakumezkoak baino bizi-itxaropen gehiago irabazten ari dira azken urteetan.

Emakumezkoek arazo fisiko eta psikologiko gehiago, gaixotasun kroniko eta ezintasun gehiago jasaten dituzte, zerbitzu sanitarioetara sarriago joaten dira eta botika gehiago kontsumitzen dituzte. Gizonezkoek, berriz, ezintasun iraunkorra eta garaiz aurreko heriotza eragiten dituzten gaixotasun larri gehiago pairatzen dituzte.

Genero-faktoreak gizonezkoen bizirik irauteko desabantailan inplikaturik daude. Gizonezkoen eta emakumezkoen artean hilkortasunari dagokionez dauden desberdintasun handienak ezin zaizkie faktore biologikoei egotzi, baizik eta ohiko maskulinitasunarekin loturiko arriskuko jokabideen ondorio dira, hala nola: istripuak, suizidioak, biriketako minbizia, gibleko zirrrosia eta Hiesa.

Hilkortasun-kausa nagusiak

Zirkulazio-sistemako gaixotasunak -tumoreekin batera- EAEko biztanleen artean lehenengo heriotza-kausa gisa agertzen dira, heriotza guztien %30 adieraziz, eta 100.000 biztanleko 264 eta 262ko tasekin, hurrenez hurren. Maiztasun-ordenari erreparatzen badiogu, arnas sistemako gaixotasunek %11 adierazten dute 100.000 biztanleko 82ko tasarekin. Hauxe da gaixotasun-talde handiak sexuaren arabera banatzeak dakartzan emaitzak: emakumezkoetan, lehenengo heriotza-kausa zirkulazio-sistemako gaixotasunak izan ziren (%34), eta ondoren tumoreak (%21). Gizonezkoetan, aldiz, ordena hori alderantziz jartzen da.



<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/eu/contenidos/informacion/estado_salud/eu_5463/adjuntos/InformeMortalidad06Euskera.pdf

Garaiz aurreko hilkortasuna (GBUP)

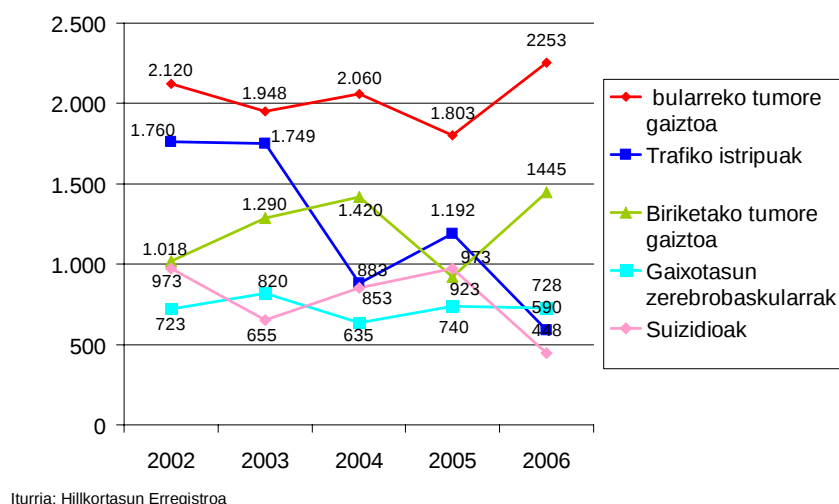
Bizi-itxaropen handia duten herrialde garatueta, heriotza gehienak adinean aurrera doazenetan gertatzen dira. Hori dela eta, hilkortasun orokorra ez da biztanleriaren osasunaren adierazle ona. Aitzitik, Galdutako Bizitza Urte Potentzialak (GBUP) osasun publikoan hilkortasunak biztanleria gazteagoan sorrarazten duen inpaktua islatzen duen neurri on bat dira.

2006. urtean zehar, hona hemen, sexu bietan, bizitza-urte potentzial gehien galdarazi duten heriotza-kausak: tumoreak (%40), kanpo-zergatiak (%22) eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak (%16).

Honako hauek dira, maiztasun-ordenaren arabera, emakumezkoetan bizitza-urte potentzial gehien sortu duten kausa espezifikoak: bularreko tumore gaiztoa (galdutako 2.253 bizitza-urte potentzial); trakeako, bronkioetako eta biriketako tumore gaiztoak (1.445 urte); gaixotasun zerebrobaskularrak (728); gaizki definitutako lekuetako edo leku sekundarioetako tumore gaiztoa (635) eta garuneko tumore gaiztoa (615 eta 0,6ko tasa).

Hurrengo koadroan ikus daiteke zein izan den, azken urteetan emakumeek izan duten garai aurreko hilkortasunaren kausen eboluzioa:

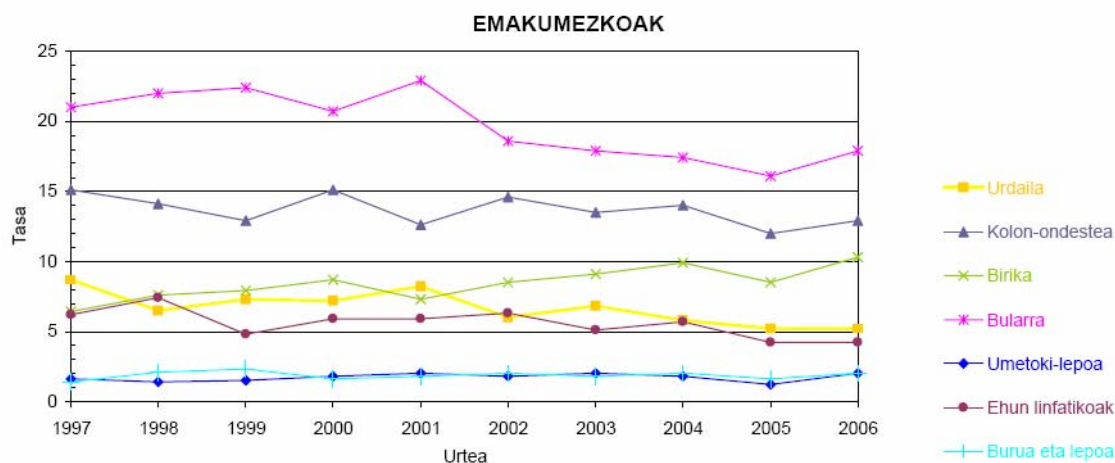
Garaiz aurreko hilkortasuna (GBUP) eboluzioa Emakumeak



Minbizi-mota desberdinek eragindako hilkortasunaren eboluzioa

Zehatzago, 2006ko Hilkortasun Txostenak azken 10 urteetan minbiziak eragindako hilkortasunaren eboluzioaren analisia egiten du. Emakumezkoen kasuan, tumore gaiztoek eragindako hilkortasunak jaitsiera esanguratsua izan du (urteko %1 batez beste, azken hamarkadan). 1997. urtean, esaterako, 100.000 biztanleko Europako biztanleria estandarrera adinaren arabera doitutako 113,1eko tasa izan zuen, eta 2006. urtean 102,4koa. Gehien jaitsi den tumorea urdailekoa izan da (%3,5). Ondoren, %3ko jaitsierarekin, beste hauek aurkitzen dira EAE osoan: bularreko tumore gaiztoa eta ehun linfatiko eta hematopoietikoen tumore gaiztoa. Azken hamarkada honetan hilkortasunaren igoera esanguratsua izan duen tumore gaizto bakarra, emakumezkoetan, biriketako tumorea da.

Sexuaren arabera aukeratutako tumore gaiztoengatiko hilkortasunaren eboluzioa.* **EAE 1997-2006**



*Tasak x 100.000 biztanleko, Europako biztanleria estandarrari adinaren arabera doituta.

<http://www.osanet.euskadi.net/r85->

publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20Mortalidad%202006.pdf

3.3. OHITURA SOZIALAK

Biztanleriaren eguneroko bizitza, neurri handi batean, lanaren zatiketa sozialak baldintzatzen du.

Aisialdia eta Gizarte-harremanak

Aisialdiari eta gizarte-harremanei eskainitako denborak garrantzi handia hartu du gure gizartean. Jarduera horietarako dagoen denbora eta zelan erabiltzen den denbora hori, desberdinak dira emakumezkoentzat eta gizonezkoentzat. Oro har, ikerketa desberdinek²⁹ diote emakumeek aisialdirako denbora gutxiago dutela. Beraz, EAEn euren denboraren zati bat aisialdi aktiboari (kirola egitea, paseatzea, ordenagailuak eta teknologia berriak erabiltzea) eskaintzen dioten emakumeek batez beste ordu 1 eta 55 minutu hartzen dituzte egunero; eta egoera berdinean dauden gizonezkoen kasuan denbora hori 2 ordu eta 22 minututakoa da. Aisialdi pasiboari dagokionez (telebista ikustea, irakurtzea, ikuskizunetara joatea, zaletasunak lantzea edo jolastea), emakumezkoek batez beste de 2 ordu eta 33 minutu eskaintzen dizkiote; gizonezkoek, berriz, 2 ordu eta 46 minutu.

Denbora Aurrekontuen Inkestaren arabera, euskal biztanleriak egunero, batez beste, 58 minutu dedikatzen dizkie gizarte-harremanei, asteko egun ezberdinen arteko diferentziak beste jarduera batzuetan baino agerikoagoak diren arren, igandeetan ordu 1 eta 42 minutu izatera iritsiz. Berriz ere emakumezkoak dira zentzu horretan denbora gutxiago dedikatzen diotenak, batez beste egunero 52 minutu baino ez diotelako eskaintzen jarduera horri; gizonezkoen kasuan ordu bat eta lau minutu hartzen dituztelarik. Sexuen arteko desberdintasunak, agian, hautemangarriagoak dira asteburuetan.

Komunikazio-teknologia berrien erabilera

2007ko azken hiruhilekoari dagozkion datuen arabera, 15 urte eta hortik gorako emakumezkoen %64,7k ordenagailua zuen bere etxean. Gizonezkoen kasuan, portzentajea %67,7koa zen. Era berean, hiru emakumezkoetik batek interneteko konexioa daukala adierazten du.

3. 4. EMAKUMEAK ETA IMMIGRAZIOA

Azken urteetan, EAEn emakumezko etorkinen biztanleriak gora egin du, eta 2008an gizonezkoena gainditu du.

EAEn eboluzio orokorra, lurralde historikoak eta sexua kontuan hartuta. 2004. urtetik 2008ra

Guztira	2004	2005	2006	2007	2008
Araba	12.058	15.141	16.857	19.392	22.734
Gipuzkoa	18.232	21.536	25.290	29.040	35.786
Bizkaia	28.876	36.217	43.395	50.092	58.130
Euskal AE	59.166	72.894	85.542	98.524	116.650

Emakumeak	2004	2005	2006	2007	2008
Araba	5.438	6.825	7.734	8.894	12.509
Gipuzkoa	8.853	10.444	12.248	14.127	18.634
Bizkaia	14.496	18.242	22.066	25.687	28.846
Euskal AE	28.787	35.511	42.048	48.708	59.989

Gizonak	2004	2005	2006	2007	2008
Araba	6.620	8.316	9.123	10.498	10.225
Gipuzkoa	9.379	11.092	13.042	14.913	17.152
Bizkaia	14.380	17.975	21.329	24.405	29.284
Euskal AE	30.379	37.383	43.494	49.816	56.661

Iturria: EIN.

EAEn egindako lan batzuek^{30,31}, inkesta eta eztabaida-taldeen bitartez, etorkinen baldintza sozio-ekonomikoak eta osasunari dagozkionak ezagutzeko aukera ematen dute, lanok ematen duten informazio asko sexuaren arabera bereizita ez dagoen arren.

Nazionalitate desberdinetako 618 pertsonari hiru lurralde historikoetan egindako inkestan lortutako datuak, honako ondorio hauetan laburtu ziren:

EAEn bizitzen daramaten denbora 2 urtetik beherakoa da inkesta egin zaien %54an. Batez besteko adina 32 urtekoa izan zen. Amerikar kontinentetik datozen pertsonak emakumezkoak dira kasuen %60an. %19k ez dauka ikasketarik, eta portzentaje hori bikoiztu egiten da Afrikatik datozen biztanle etorkinen kasuan.

%40 ezkongabe dago, asiarren %4 ez da senideekin bizi; eta portzentaje hori %37ra igotzen da afrikarren kasuan.

%43 baino zertxobait gehiago dira arauzko dokumentazio guztia ez dutenak, %11 izapideak egiten ari den arren.

Inkesta egindako %22ak lan finkoa dauka, %51k aldi baterako kontratua du edo noizbehinka lan egiten du, eta %27 langabezia dago. %75ak etxebizitza lortzeko arazoak zituen, eta %23 etxe berean sei edo pertsona gehiagorekin bizi da.

Inkesta egindako pertsonen %75ak osasun-txartela zeukan. Azken urte erdian, %50ak asistentzia sanitarioa jaso du, eta honako hauek izan ziren kontsultara joateko arrazoi ohikoenak: arnas prozesu akutuak (%40), bizkarreko mina (%19) eta azterketa medikoa egitea (%19).

Gizonezkoen %51 eta emakumezkoen %25 erretzaileak dira. Tentsio arterialaren eta kolesterolaren kontrolak, gutxi gorabehera, %15ak egiten dituzte sexu bietan. Emakumezkoen %19a familia-plangintzako kontsultetara joaten da.

Inkesta egindako pertsonen erdiak euren osasuna normala dela uste du, eta %61ak ez du bere osasunean aldaketarik nabaritzen bere jatorrizko herrialdearekiko. Honako hauek dira sarrien aipatzen diren osasun-arazo fisikoak: buruko minak, bizkarreko minak, eta hortzetako, nerbioetako eta begietako arazoak. Gogo-aldarteari dagokionez, erdiak dio denbora gehiena lasai dagoela eta %25 sarritan urduri dagoela adierazten du.

Inkesta egin duten pertsonen %75a zerbitzu sanitarioetara joan da eta jasotako atentzioaz egiten duten balorazioa ona da inkestatuen erdian, jasotako tratu pertsonalean zein komunikazioan, profesionalaren atentzioan, tratamenduaren azalpenean eta osasun-arazoari emandako irtenbidean.

Zerbitzu sanitarioak erabiltzeko aurkitu ziren aldagai adierazgarriek honako hauekin zerikusia zuten: emakumea izatea, osasuna hala-moduzko edo txartzat hautematea eta Magrebekoa izatea. Azken horrek lotura izan dezake Magrebeko pertsonak beste etorkin-taldekoak baino gutxiago onartzearekin, etorkin-talde ezberdinen aurrean euskaldunek dituzten pertzepzio eta jardueri buruz, Immigrazioaren Euskal Behatokiak egin duen azterlanean³² detektatu zen moduan. Etorkinek urgentziako zerbitzuak gehiago erabiltzea edozein ordutan joan ahal izateak azal dezake; eta horrek lan-ordutegiarekin bat etortzeko aukera ematen du, baita hizkuntzarekin, kulturarekin eta legeekin zerikusia duten zailtasunak direla-eta oztopo garrantzitsua izan daitezkeen tramitea saihestea ere. Emakumezko etorkinen kasuan are gehiago erabiltzea, faktore horiez gain, hautemandako osasunean emaitza txarragoak zehazten dituzten genero-eragileek eragin ditzakete, adin emankorrean aurkitzeak eta euren enplegu ohikoenek (etxeko lanak eta ostalaritza) zentro sanitarioetara modu programatuan joateko zailtasunak.

4. OSASUNA ETA EMAKUMEAK PROGRAMAREN ESPARRUA

Osasuna eta Emakumeak Programa plangintza eta esku-hartzeko tresna bat da, balio berezia duten beste tresna batzuei gehitzen dena, hala nola: 2002-2010eko Osasun Plana, EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Plana eta emakumezkoek osasuna izateko eskubidea bermatzeko hainbat programa eta protokolo, helburu hori lortzeko eraginkorra, kalitatezkoa eta ekitatiboa den atentzioa emanez eta, horrela, osasunean emakumezko eta gizonezkoen artean dauden desberdintasunak murrizten lagunduz.

Honako hauekin zerikusia duten Sailaren politiken orientazioa adierazten duen dokumentu marko bat da: emakumeen osasuna, osasunean generoaren ekitatearen bilaketa eta jarduketa sanitarioetan generoaren ikuspegia sartzea.

Hauxe da programaren asmoa: emakumezkoen osasuna hobetzeko Osasun Sailak eta Osakidetza dagoeneko martxan jarritako jarduketak osatzea, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Planean finkatutako programak eta helburuak garatzea, genero-ikuspegia osasun-politiketan sartzeko prozesuari ekitez eta beste plan edo programetan sartzen ez diren jarduketa-arlo oso espezifikoak heltzea.

Esandakoaz gain, emakumezkoen osasunaz arduratzen diren gainerako programa eta jarduketak erantsi eta koordinatzeko elementu izan nahi du, genero-ikuspegia sartuz programa horiek aberastu eta guztien integrazio handiagoa sustatzea bultzatzeko asmoz.

Azken finean, programak emakumeen osasuna sustatu eta horretaz arduratzeko politiken etengabeko hobekuntza lortu nahi du, aurretik egin diren beste asko gabe posible izango ez zena.

Bestalde, Programa honen asmoa hauxe da: bere indarraldiko lau urteetan beharrezko edo bereizletzat jotzen diren jarduketa edo bide estrategiko berriak sartzeko aukera ematen duen tresna dinamiko eta irekia izatea. Era berean, Osasuna eta Emakumeak Programaren politikak formulatzeko dokumentu honek instituzioek, profesionalek, herritarrek eta sozietate zibilaren erakundeek egindako zuzenketa, iradokizun eta ekarpen interesgarri guztiak entzun nahi ditu.

4.1. Printzipioak

Osasuna eta Emakumeak Programak sustatzen duen atentzio-ereduak honako printzipio hauek ditu:

- Osasun eta gaixotasun prozesuen ikuskera integrala, baita atentzio biopsikosozial eta humanizazioko elementuak sartu behar dituzten atentzio-zerbitzuen ere.
- Honako hauetara behartzen duen kalitate-agindua: eskura daitezkeen ezagutza eta ebidentzia hoberenak eta osasun-arazoez arduratzeko teknika eta trebetasun onenak erabiltzea, eta emakumeen prozesu fisiologikoak desmedikalizatzea^a.
- Osasunean dauden desberdintasunak murrizteko bokazioa, 2002ko Osasun Planaren bi helburu handietako bat dena, genero-arrazoiak eragindako desberdintasunak murriztuz.
- Emakumeen jabeakuntza eta parte-hartze soziopolitikoak bultzatzeko beharra, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako 4/2005 Legeak³³ eta Berdintasunerako IV. Planaren II. ardatzak biltzen duten moduan. Horrek dakar, halaber, erakunde sanitarioek haxe sustatzea: autozainketa eta emakumezkoek euren osasunaren kudeaketan duten erantzukizuna eta haien autonomiarekiko errespetua.
- Politika sanitario guztietan emakumeen iritzia eta ikuspegia kontuan hartzea.

4.2. Testuinguru arauemailea

Osasuna eta Emakumeak Programa testuinguru arauemailea kontuan hartuta egin da, osasunerako giza eskubideari eta gizonezkoek eta emakumezkoek berdintasuna eta ekitatea izateko eskubideari^a buruz nazioarteko, Estatuko eta Euskadiko erakundeek egindako gomendioei kasu eginez.

Osasunerako eskubidea Giza Eskubideen Deklarazio Unibertsalean sartu zen 1984an, eta Osasunaren Mundu Erakundeko printzipio nagusietako bat da.

Gizonezkoen eta emakumezkoen artean osasunari dagokionez dauden desberdintasunak gainditzea, Europar Batasunaren (EB) lehentasunezko politiketako bat da. Horrela jasotzen dute, 1. eranskinean dauden beste arauen artean, honako akordio hauek:

^a Medikalizatu: erabiltzaileengan mendekotasun ezgaitua sortu, fikziozko beharrak sustatu, sufrimendu eta ondoezarekiko tolerantzia-mailak murriztu, norberaren zainketa egiteko aukera oro deuseztatu. Cecchetto. *La medicalización de la vida en los Estados de bienestar –Política social, equidad y racionalidad*. Segio Cecchetto, RATIO Mar de Platako Unibertsitate Nazionalako Filosofia Sailaren ikerketa filosofikorako taldea. <http://www.favanet.com.ar/ratio/publicaciones.htm>

^a “Berdintasuna kontzeptu enpirikoa da; ekitateak, ordea, izaera etikoa duen agindu bat adierazten du.” Elsa Gómez Gómez, *Taller Internacional cuentas nacionales de Salud y género*. 2001eko urria, Santiago de Chile OPS/OMS-FONASA.

- **Genero Berdintasunaren aldeko Europako Ituna**, Europako Kontseiluak 2006an sinatutakoa, genero-desberdintasunak murrizteko eta zeharkakotasuna sustatzeko neurriak hartzeko agintzen duena.
- **Emakumeen eta Gizonen arteko Berdintasunerako Ibilbide Orria 2006-2010**, bere 1.5 atalak eremu sanitarioan genero-dimentsioa aitortzearen alde egiten duena eta genero-desberdintasunen murrizketan EBren jarduketa bultzatu nahi duena.
- **Genero Berdintasunaren Europako Institutuaren** sorrera, sexu-arrazoiak direla-eta diskriminazioaren kontra borrokatu eta EBko herritarrak sentsibilizatzeko.
- **Osasunaren esparruan ekintza komunitariorako** bigarren **programa 2007-2013**, osasunaren desberdintasunak begiesten dituen.

4.3. Beste plan eta estrategia batzuekin elkargatzea

Esanda dagoenez, Osasuna eta Emakumeak Programaren helburua ez da Osasun Sailak eta Osakidetza emakumeen osasuna sustatu, prebenitu eta atenditzeko egiten dituen jarduketa guztiak sartzea, baizik eta horiek osatzea eta guztietan genero-ikuspegia sartzeko beharra iradokitzea.

Programak, beraz, ondo daki zeintzuk diren emakumezkoen osasun integralerako funtsezko ekarpenak, eta honako hauek egiteko Osasun Sailak hartutako erabakiaren adierazleak: Titietako Minbizia Goiz Detektatzeko Plana – emakumezkoetan hilkortasunaren lehen kausa onkologikoa- 69 urtera arte luzatzea; gizonezkoen eta emakumezkoen bigarren hilkortasun-kausa onkologikoa den Koloneko Minbizia Detektatzeko Programa bat martxan jartzea; IKTU Serako Arreta Unitateak sortzea, gaixotasun kardiobaskularrak emakumeen heriotzaren kausa nagusia direlako; eta atentziorako denbora gehiago izateko aukera emango duen Lehen Mailako Atentzioan osasun-txartelak murriztea, 2008an hartutako eragin berezikoetako bakar batzuk aipatzearen.

Haxe da emakumeen osasunerako garrantzi berezia duen eta dagoeneko garatzen ari den beste lerro estrategiko bat: zerbitzu sanitarioak erabiltzaileen beharretara egokitzea eta haien ordutegia malgutzera, batez ere emakumeek hartzen duten zainketa-lanaren zama arindu eta bizitza pertsonal, familiar eta lanekoaren bateratzea hobetzean. Osakidetza ahalegin garrantzitsua egiten ari da, atenzioaren berrantolaketa emaitza gisa dakarrena (esate baterako: osasun-zentroak arratsalde zabaltea). Horrez gain, biziki feminizatuta dagoen eta eredu garri izan behar den Euskal Autonomia Erkidegoko enpresa publiko gisa, bere langileentzat bateratzeko neurriak hartu ditu. Programaren asmoa bide horretan aurrera egitea da, garaiz

aurreko umeen, ospitalean daudenen edo garapen-arazoak direla-eta behar bereziak dituzten haurren gurasoentzako neurri espezifikoak eskainiz

Bestalde, Programa honen diseinuan arreta berezia jarri da bere lerro eta estrategiek konexio bereziak dituen Osasun Sailaren beste programa batzuetan edo programa autonomikoetan dauden jarduketei ez ekiteko: Titietako Minbizia Goiz Detektatzeko Programa, Giza Papilomaren Birusaren (GPB) kontrako txertaketa-programa, Sexu Transmisiozko Gaixotasun (STG) eta Hiesaren Prebentzioa, Zilbor-hesteko odola ematea, Osasun Mentalaren Plana eta beste batzuk.

5. JARDUNBIDEAK

Honako bost jardunbide hauek aukeratu dira, euren garapenak Osasuna eta Emakumeak Programak lortu nahi dituen helburu nagusiak erdiesteko aukera emango dutela uste delako: batetik, emakumeen osasuna hobetzea, beren behar espezifikoak eta eurengan eragina duten genero-baldintzatzaileak hobeto ezagutzearen bitartez; eta bestetik, emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunak murriztea, osasunean ekitatea sustatuz.

5.1. Osakidetzako plan, programa eta protokoloen genero-analisi bat egitea eta osasun-jarduketetan genero-ikuspegia sartzeko neurriak proposatzea

Osasunaren genero-ikuspegiak medikuntza zientifikoago bihurtzen du eta gizonezko eta emakumezkoen interbentzio sanitarioen kalitatea eta eraginkortasuna hobetzen du. Osasun-jarduketan zeharkako ikuspegi horrek, zera aditzera ematen du: emakumezkoek eta gizonezkoek gizartean betetzen dituzten genero-erolek eragindako desberdintasunak nola kaltetzen duten emakumezkoen osasuna eta; gainera, gizonek euren zereginaren interpretazio sozialaren ondorioz aurre egin behar dieten osasun-arazoak identifikatzen ditu.

Osasun-interbentzioek gizonezko eta emakumezkoek dituzten osasun-behar desberdinez behar bezala arduratzeko, beharrezkoa da honako faktore hauek kontuan hartuko dituen osasunaren kontzeptu integral batetik abiatzea: biologikoak zein sozialak, urrakortasun psikosozialekoak eta modu bereizgarrian eragingo dieten bizi izandako esperientzia subjektibokoak. Genero-ikuspegia beharrezkoa da bikaintasun asistentziala lortu nahi izanez gero, eta Medikuntza zientifiko baten osagai ezinbestekotzat hartua izaten hasten da.

Helburu orokorra

Euskadin emakumezkoen eta gizonezkoen arteko osasun-desberdintasunak murriztea, osasun-sisteman euren ezagutza hobetzeko jarduketan bitartez eta euren zuzenketarako egokiak diren neurriak ezarriz.

Jarduketak

- Lehen Mailako Atentzioko prebentziozko jardueren Planean dauden genero-arazo aipagarrienak identifikatzea.
- Informazio-sistema eta erregistro sanitarioak berrikustea, behar hauetara egokitzeko: datuak sexuaren arabera bereizi eta emaitzak ustiatzea.
- Proposamen metodologikoak diseinatzea, osasunari buruzko protokolo, programa eta interbentzioetan generoaren ikuspuntua sartzeko.
- Prestakuntza-programa bat garatzea, osasunari buruzko genero-ikuspegian planak, programak eta protokoloak prestatu eta ebaluatzeaz arduratzen diren profesionalak trebatzeko.
- Osasun-profesionalen etengabeko prestakuntza-programetan generoari buruzko edukiak sartzea, emakumezko eta gizonezkoen osasunaren determinatzaile gisa.
- “Praktika Klinikoko Gidaliburuetan genero-alborapenak saihesteko gomendioak” izeneko dokumentu bat prestatzeko laguntza ematea.

5.2. Osasun sexual eta emankorraren hobekuntza sustatzea

Emakumeek eta gizarte osoak ahalik eta osasun-mailarik altuena lor dezaten haxe da funtsezkoa: arriskurik gabeko sexualitateaz gozatzea; jaiotza-tasa kontrolatzeko baliabideetarako sarbidea izatea; amatasuna eta aitatasuna kontzienteki eta libreki hautatzeko aukera; atentziorik hoberena haurdunaldian, erditzean eta erditze ondokoan; erditzea eta jaiotza bezalako funts sakoneko ekintzak emakumeak duen protagonismoa aitortzea; baita titia emateko duten eskubidearen alde egitea eta familian oinarritutako ikuspegiarekin gaixo edo garaiz aurretik jaio diren umeen beharrak aintzat hartzea ere.

Osasun-kontzeptuaren uko egin ezinezko elementu bat, bizitza sexual eta emankorraren kalitatea da. OMEk horrela definitzen du sexualitate osasuntsua: “jarduera sexual eta emankorraz gozatzeko gaitasuna, etika sozial eta pertsonaleko irizpideetara moldatuz. Erreaktibotasun sexuala eragotzi edo sexu-harremanei traba egiten dieten beldurrik, lotsazko eta erruduntasun-sentimendurik, oinarririk gabeko sineskizunik eta bestelako faktore psikologikorik eza”. Hortaz, honako hauek dira atentzio sanitarioaren helburu nagusiak: sexualitatearen ikuskera zientifiko, positibo eta libre bat ematea; autonomia moral eta etikoa sustatzen laguntzea eta; azkenik, sexualitatea erantzukizunez, bete-betean eta nahi gabeko

ondoriorik gabe bizi izateko aukera ematen duten baliabideak eskuratzea. Nerabe eta gazteentzako atentzio espezifikoa ere, pertsonak bizi-etapa desberdinetan (jaiotzetik hil arte) atsegingarria, osasungarria eta beldurrik gabekoa den sexualitatea bizi izateko duten eskubidearen alde egiteko zati bat da.

Nahi gabeko haurdunaldiek, mundu osoan konpondu ez den eta osasun publikoak duen arazoetako bat izaten jarraitzen dute. Emergentziako antisorkuntzaren erabilerak “bigarren aukera” bat eskaintzen du, beraz, berau sustatzea guztion intereserako den osasun publikoak hartutako neurri bat da, emakumeen osasun sexual eta emankorra eta euren giza eskubideak betetzea bultzatzen duena. OMEk funtsezko botikatzat hartutako koitoaren osteko pilula doan banatzeak, nahi gabeko haurdunaldien eta haurdunaldien etenduren murrizketaren alde egin nahi du, baita arriskuko sexu-portaerak dituzten pertsonen atentzio hobea izateko aukera ematea ere. Preserbatiboaren erabilera sustatzea, metodo antikonzeptibo eta sexu-transmisiozko gaixotasunak prebenitzeko metodo gisa duen bi moduak kontuan hartuta, osasun-agindu bat da gaur egun.

Azken urteetan, haurdunaldiaren zainketan medikalizazio handia gertatu da. Horrek osasun oneko umedunentzako zama bat dakar eta, askotan, beharrezkoak ez diren segurtasun-falta eta ziurgabetasunaren kausa da. Eguneratutako jaio aurreko zainketa integral eta kalitatezkoak pertsonalizatua izan behar du, euren eragingarritasuna erakutsi duten interbentzioak baino ez ditu sartu behar, beharrezkoa ez den guztia saihestu, alderdi psikosozialei garrantzi handiagoa ematea eta emakumearen zainketa emozionala lehentasuntzat jotzea. Hauek dira defendatzen den kalitatezko asistentzia osatzen dutenak: erditzerako eta edoskitzarorako prestaketa: erditze fisiologikoak, amangandiko edoskitzeak eta aitatasun erantzulearen prestaketak dakartzan abantailetan enfasi berezia jarritz. Down-en Sindromea eta bestelako Kromosomopatiak Baheketa Programa bat martxan jartzeak amiozentesiaren eskaintza 35 urtetik aurrera edozein adineko haurdunei eskainiko zaien arrisku-estimazioaren proba batengatik ordezkatzeko aukera emango du. Proba horrek, halaber, lehen aldiz emakume gazteagoetan kromosomopatiak detektatzeko aukera emango eta amiozentesia egitea eta lehen hiru hilekoko baheketa konbinatuan emaitza lasaigarriak dituzten 35 urtetik gorakoei fetua galtzeko dituen arriskuak saihestuko ditu.

Erditzea eta jaiotza, amaren eta haurtxoaren osasun fisiko eta psikikoaren momentu sustatzaile gisa ulertu behar dira. Horretarako, garrantzitsua da erditzearen eta jaiotzaren fisiologiarekin errespetuzkoagoa den atentzio pertsonalizatuagoa eta zientifikoagoa bultzatzea, erditzeko dagoenaren eta jaioberriaren oinarritzko beharrak eta norbere autonomiaren erabileran emakumeen lehentasunak eta erabakiak eta indarrean dagoen legeriak aitortzen dien guraso-ahala kontuan hartuta. Atentzio-eredu berri hori hobeto garatu dadin, Erkidegoa Esparru Dokumentu batez hornitu da. Dokumentu horrek honako hauek ezarriko ditu: erditze eta jaiotzaren atentziorako jardunbideak; asistentzia-kalitatearen adierazleak; Erditze Planen

tratamendua; profesionalei erditze fisiologikoaren asistentziari eta erditzearen minaren atentzio integralari buruzko prestakuntza eta eguneratzea; eta behar material, giza baliabide eta azpiegituren hobekuntzaren identifikazioa.

Asistentzia-eredu berri honen helburu garrantzitsu bat da, ahalik eta esku-hartze txikienarekin erditze eta jaiotza seguruak ahalbidetzeaz gain, ama-jaioberriaren arteko eraginari trabarik ez egitea. Jaiotzaren une gorenak eskatzen duen intimitatea gordetzea, berehalakoa eta etenik gabea den ama-haurraren (bien larriaren elkarrekiko) kontaktua eta titia berez ematen hastea garrantzitsuak direla ikusi da, lotura ezartzeko eta edoskitzeak arrakasta izateko. Abantaila horiek, ahal den neurrian, amek eta zesarea bidezko jaioberriek gozatu beharko lituzketela gero eta gehiago jabetzeak, gure amaetxeetan erronka profesional eta antolatzaile berri bat sartzen du.

Amagandiko edoskitzea posible den elikadurarik hoberena da eta, gainera, bularreko haurrak dituen ukitze fisiko eta segurtasun beharrak betetzen ditu. Beraz, sustatu behar da garapen egokia eman eta haurtzaroko infekzio eta gaixotasunen kontrako babesak ematen duen dieta osasungarriaren berme gisa. Baina, horrez gain, amarentzako eta haurtxoarentzako ongizate fisiko eta psikikoaren iturri gisa eta honako hauen aurkako babesle gisa: amen gaixotasunak, obulategiko minbizia, bularreko minbizia, osteoporosia, eta abar; eta bularreko haurrak bere helduaroan izan ditzakeen gaixotasunak babesten ditu, hala nola: gehiegizko pisua eta obesitatea, hiperkolesterolemia, asma eta diabetes mellitusa, besteak beste. Edoskitze artifizialaren desabantaila eta eragozpenak ezagutarazi behar dira, betiere aukeratzen duten emakumeen erabaki informatuarekiko errespetu arduratsua izanez. Bestalde, emakume horiek formula artifizialak modu egokian erabiltzen trebatu beharko dira, eta haien seme-alabekin ukitze fisiko estua izatera animatuko ditugu.

Jaioberrien proportzio garrantzitsu bat, haurdunaldia bukatu baino lehen jaiotakoak dira. Jaioberrien Zainketa Intentsiboetako Unitateek lortu dute garai aurretik jaiotako haurtxo horietako asko bizirik ateratzea, baina batzuetan nahi ez diren ondorioak sor daitezke. Garaiz aurreko jaioberria Zainketa Intentsiboetako Unitatea bezalako kontrako ingurune baten eraginpean jartzeak, garapen-bidean dagoen garunaren antolamendua eragozten du eta; gainera, gurasoengan inpaktu emozional handia sortzen du, edoskitzaro-prozesua kontrako erara aldatzen duena. Nahi ez diren ondorio horiek murriztu daitezke "Garapenean Oinarritutako Zainketak" (GOZ) deiturikoak ezartzen badira. Ikerketak aditzera eman du jarraian aipatuko diren neurriek garapenerako aldeko eragina dutela, emozioekin, jokabidearekin eta ikaskuntzarekin zerikusia duten alterazioak prebenitzen baitituzte: zarata eta argia kontrolatzea, gutxieneko manipulazioa duen protokolo bat ezartzea, erosotasunerako eta mina kontrolatzeko neurriek ekitea, jarrera zaintzeko eta makurdura mantentzeko habiak edo eusteko barrerak erabiltzea, guraso eta beste senideei sartzen uztea euren seme-alabak zaindu ahal izateko,

loaren kalitatea eta beste parametro batzuk hobetzea kanguru-metodoarekin eta amagandiko edoskitzea sustatzea.

Helburu orokorrak

- Nahi gabeko haurdunaldia prebenitzea.
- Nerabe eta jabeen osasun sexualaren atentzioa hobetzea.
- Haurdunaldi, erditze eta jaiotzaren atentzioa hobetzea.
- Erditze eta jaiotzaren prozesuan emakumeen eta familien autonomiarekiko errespetua eta protagonismoa gehitzea.
- Amagandiko edoskitzea sustatzea.
- Garaiz aurretik edo gaixorik jaio diren haurtxoen osasuna hobetzea.

Helburu espezifikoak

- Preserbatiboaren erabilera sustatzea, nahi gabeko haurdunaldiak eta sexu-transmisiozko infekzioak prebenitzeko modu gisa.
- Fisiologiarekin errespetutsua, pertsonalizatua eta ebidentzia zientifikoan oinarritutako erditze eta jaiotzaz arduratzeke eredu berria garatzea.
- Garaiz aurretik edo gaixorik jaio eta behar duten haurtxoei dohaintzan emandako ama-esnea ematea.
- Jaioberriak Zaintzeko Unitateetan familietan eta garapenean oinarritutako zainketak sustatzea.

Jarduketak

- Koitoaren osteko pilula osasun-zentroetan eta etengabeko arretako guneetan doan banatzeko programa garatzea, preserbatiboaren erabilerari buruzko aholkularitzari arreta berezia jarriz.
- Hezkuntza Sailarekin batera prestakuntzako zentroetako ikasleek sexualitateari eta osasun emankorrari dagokionez dituzten prestakuntzako premien analisi bat egitea.
- Nerabe eta gazteen osasun sexualari osasun-esparruan atentzio espezifikoa emateko beharrak aztertze lan-talde bat sortzea.
- Metodo antikonzeptiboen eskuragarritasunari eta aholkularitzaren kalitateari buruzko azterlan bat egitea, horiek hobetzeko neurriak proposatzeko asmoz.
- Eguneratu dagoen eta haurdunaldian medikalizazioa saihesten duen Haurdunaldiaren Zainketa Protokolo bat prestatzea.
- Amatasuna eta aitatasuna prestatzeko gidaliburu bat garatzea, erditze fisiologikoaren prestaketan arreta berezia jarriz.
- Haurdunaldiari, bere zainketei eta erditze fisiologikoaren abantailei buruzko material informatibo eta hezigarriak prestatzea.
- Alterazio Kromosomikoak Jaio Aurretik Diagnostikatzeko Programa bat martxan jartzea.
- Umedunentzako eta haien familientzako Alterazio Kromosomikoak Jaio Aurretik Diagnostikatzeko Programari buruzko informazio-materialak prestatzea, emakumeen erakundeen eta pertsona ezinduen elkarteetan lankidetzarekin.
- Erkidegoan Erditzea eta Jaiotza aintzat hartzeko Dokumentu bat prestatu eta ezartzea, aurkezpen podalikoetan Kanpoko Bertsioaren Protokolo baten prestaketa eta ezarpenari arreta berezia jarriz.
- Ipurmasailetik datorren fetu bakarreko epeko haurdunaldiaren erditzean jarduteko gomendioen dokumentua eguneratzea.
- Zesarea bidez Erditzea eta Jaiotza aintzat hartzeko Protokolo bat prestatu eta ezartzea.
- Erditze normalak atenditzeko erabateko eskumenak dituzten profesional gisa emaginek duten eginkizuna indartzea.

- Ospitaletako amaetxeen azpiegiturak pixkanaka hobetzea eta erditzea eta jaiotza atenditzeko modu berrietara egokitzea.
- Emakume osasuntsu eta haien haurtxoak Erditzean Atenditzeko Praktika Klinikoko Gidaliburua prestatzea, Praktika Klinikoko Gidaliburuak prestatzeko programaren barruan.
- EAEko Amagandiko Edoskitzea Sustatzeko Programa prestatzea.
- Edoskitzea haurtxoa jaio eta berehala hastea bultzatzea kontaktuaren eta ama eta seme-alaba erditze-geletan ez banatzearen bidez.
- Amatasun-solairuetan edoskitzea hastean erizaintzak emandako laguntza indartzea.
- Ospitaleko amaetxe bakoitzak ospitalean dauden jaioberrien amei elkarrekin ahalik eta denbora gehien egoteko beharrezkoak diren erraztasunak eskaintzeko dituen aukerak ebaluatzea.
- Lehen Mailako Atentzioak edoskitzearen sustapenean duen parte-hartzea gehitzea, jaio aurreko kontsultetan, aitarene eta amaren prestakuntzan, erditze ondoko bisitak eta berrikuspen pediatrikoetan.
- Garaiz aurretik edo gaixo jaio diren umeei, euren amak bere esnearekin elikatu ezin dituenean, ama-esnea emango dien esne bankua Osakidetzan sortzeko beharrezkoak diren jarduketeki hasiera ematea.
- Amen, aiten eta jaioberrien jaiotzaren inguruko eskubide espezifikoei buruzko arautegia garatzea.
- Jaioberriak zaintzeko unitateetan Garapenean eta Familian Oinarritutako Zaintzen ezarpena (24 ordu zabalik, jaioberriaren zainketetan aiten eta amen parte-hartzea, kanguru-metodoa, amagandiko edoskitzea, minaren atentzioa, ingurune egokia) bultzatzea.
- Amei eta aitei jaioberriak zaintzeko unitateetan ahalik eta denbora gehien egoteko erraztasunak ematea, kanguru-metodoa egin ahal izateko eta titia emateko.
- Ospitalean dauden adingabekoen eskubideei buruzko legeria garatzea.

5.3. Zerbixeko minbiziaren prebentzioa eta bularreko minbizia diagnostikatu zaien emakumeen atentzioa hobetzea

5.3.1. Zerbixeko minbiziaren prebentzioa

Zerbixeko minbizia, Euskal Autonomia Erkidegoan intzidentzia baxua duen neoplasia bat da: 83 kasu berri 2006an eta 29 emakumeko hilkortasuna. Hala ere, goiz diagnostikatzen bada senda daitekeen neoplasia bat da eta, batez ere, prebenitu ahal da, zerbixeko minbiziaren agente etiologikoari eta gaixotasunaren historia naturalari buruzko egungo ezagutzak, umetoki-lepoaren eskuragarritasun anatomikoak eta baheketa-proba egoki bat izateak arazoa goiz detektatzeko gai diren esku-hartzeak egiteko baldintza aproposak ematen dituztelako.

Baheketa-programek erakutsi dute zerbixeko minbiziaren intzidentzia %80 baino gehiago murrizteko gai direla, betiere, antolatutako programak direnean, prozesuaren fase guztietan kalitate-maila altuekin eta xede-populazioaren behar besteko estaldurarekin. Horregatik, egungo gomendioek zera planteatzen dute: batetik, detekzio oportunistak (gaixotasunaren prebalentzia baxuagatik klasikoki erabiltzen zena) alde batera uztea dakarren estrategia-aldaketa bat; eta bestetik, antolatutako detekzio-programak martxan jartzea.

Irizpide horien arabera, EAEk honako ezaugarriak izango dituen Zerbixeko Minbizia Detektatzeko Programa antolatu bat ezarri behar duela aintzat hartu da:

- Sistema publikoan integratuta, dagoeneko dauden baliabideak optimizatzeko.
- Parte-hartze garrantzitsua lortu duela erakutsi duen zitazio oportunistan bermatua.
- Emakumeen identifikazio eta dei-sistemak dituen, emakumeok sistemarekin harremanetan jarri ez direnez, programak markatutako denboretan zitologia egiteko deitu ezin izan zaielarik.
- Zerbixeko minbizia garatzeko arrisku handiago duten emakumeen programan parte hartzeko oztopoak murrizteko jarduketan sustatzailea.
- Europako kalitatezko Gidaliburuen gomendioetara doituta.
- Etengabeko prestakuntza jasotzen duten profesionalek, batez ere emaginek eta Lehen Mailako Atentzioko medikuek, garatua.
- Emakumeen elkarleen parte-hartzearekin prestatutako informazio- eta dibulgazio-materialekin bermatua.

Helburu orokorrak

- Zerbixeko minbizia prebenitzea.
- Zerbixeko minbiziaren detekzio goiztiarra hobetzea.

Helburu espezifikak

- Lepoko zitologiaren gauzatzea arrazionalizatzea.
- Zerbixeko minbiziaren eta GPBaren sexu-transmisio bidezko infekzioen arteko erlazio etiologikoaren ezagutza hobetzea.
- Preserbatiboaren erabilera sustatzea.

Jarduketak

- 2008an egindako EAEko Zerbixeko Minbizia Goiz Detektatzeko Programa eta bertan dauden jarduketa guztiak martxan jartzea.

5.3.2. Bularreko minbizia diagnostikatu zaien emakumeen atentzioa hobetzea

Bularreko minbizia diagnostikatu zaien emakumeek atentzio integrala eta kalitatezkoa behar dute, azken aurrerapen zientifikoak barne hartzen dituen eta beren beharrak hautematen dituen. Era askotako profesionalen parte-hartzea nahitaezkoa denez eta bularreko minbiziak tratamendu kirurgikoak, onkologikoak, erradioterapikoak, errehabilitatzaileak, psikologikoak eta abar behar dituzenez, komenigarria da atentzio-zirkuitu guztiak berrikustea, optimizatzeko eta euren koordinazio egokia bermatzeko. Bestalde, asko dira osatzen diren emakumeak eta asko dira minbiziarekin gaixotasun kroniko bat balitz bezala bizi direnak. Egoera horiek erronka berriak planteatzen dituzte, hala nola: amatasuna, antisorkuntza, klimaterio sintomatikoa, titia berregitea edo gorputz-irudi berriaren onarpena. Gainera, ohiko jarraipenaren kontrolera, erabilitako tratamenduek izan dezaketen ondorioetara, sexu-zailtasunetara eta emakume horiek aurre egiten dieten mota orotako arazo desberdinetara hurbiltzeko modu desberdin bat eskatzen dute.

Helburu orokorrak

- Bularreko minbizia diagnostikatu zaien emakumeen atentzio integrala eta asistentzia-prozesuak hobetzea.
- Bularreko minbizia izan duten emakumeen bizi-kalitatea hobetzea.

Helburu espezifikoak

- Bularreko minbizia duten emakumeek jasotako atentzioaz duten gogobetetzea gehitzea.

Jarduketak

- EAEn Bularreko Minbizia Atenditzeko Praktika Klinikoko Gidaliburu bat prestatzea.
- Bularreko minbizia izan duten emakumeen Jarraipen Protokolo bat prestatzea.
- Familiarengandik herentziaz bularreko minbiziarekin bateragarria den familia-historia duten emakumeei aholku genetikoa, jarraipena eta tratamendua eskaintzea.
- Autolaguntzako taldeekin lankidetzaren areagotzea.

5.4. Genero-indarkeriak dakarren emakumeen osasunerako eragina murriztea, zerbitzu sanitarioen detekzio eta esku-hartzearen bitartez

Emakumeen kontra haien bikoteek edo bikote ohiek erabilitako indarkeria, giza eskubideen aurkakoa tentatu bat da, baina baita osasun publikoko arazo bat ere. Jatorri kulturala duen osasun fisiko eta psikikoko arazo bat da. Horregatik, eta emakumeek nahiago dutelako egoera horren berri osasun-profesionalei eman, sistema sanitarioa zuzenki ukituta dago eta erantzun egokia eman behar du^{34,35}.

Dagoeneko ez du inork zalantzan jartzen emakumeek jasaten dituzten tratu txarren kontrako esku-hartzeak diziplina askotakoa izan behar duela eta inplikaturako gainerako instituzioekin koordinatu behar dela. Era berean, bat datoz zerbitzu sanitarioen aldeko atentzio espezifikoa, bereziki Lehen Mailako Atentziokoa, beharrezkoa dela pentsatzean.

Kontsultetan detektatu eta esku-hartzeko prozesuek profesionalak prestatzea eskatzen duen erronka berri bat suposatzen du, haiek detekzioa egin eta tratu txarrak pairatzen dituzten emakumei adre eman eta laguntza eman behar dietelako, tratu txarrak ematen dietenarekin harremanak hautsi eta bizitza berri bat hasteko prozesu zailean.

Helburu orokorra

Genero-indarkeria jasandako emakumeen osasuna hobetzea.

Helburu espezifikoak

Emakumeen kontra bikote-indarkeria kasuak detektatu eta esku hartzea.

Sexu-erasoen emakume biktimei inplikaturako instituzioekin koordinatutako atentzio integrala ematea.

Jarduketak

➤ Lehen Mailako Atentzian bikoteak edo bikote ohiak emandako tratu txarren aurka Jarduteko Gidaliburu bat prestatzea.

➤ Urgentziako Zerbitzuetan sexu-erasoen aurka Jarduteko Gidaliburu bat prestatzea.

- Zerbitzu sanitarioetan genero-indarkeria kausak erregistratzeko sistema bat ezartzea.
- Osasun publikoko arazo gisa ulertuta, tratu txarrei buruzko informazio-materiala prestatzea emakumeen elkartearen parte hartzearekin.
- Lehen Mailako Atentzioko, Urgentzietako eta Osasun Mentaleko pertsonal sanitarioari prestakuntza eman eta sentsibilizatzeko programa bat egitea, genero-indarkeriari ekiteko modua hobetzeko.
- Obstetrizia eta Ginekologiako zerbitzu espezializatuan sentsibilizazio-programa bat garatzea, euren bikoteengandik tratu txarrak pairatzen dituzten emakumeak zeintzuk diren antzeman eta sexu-erasoen biktimak diren emakumeei harrera egiteko.
- Osasun Hezkuntzako jardueretan eta ama izateko prestakuntza-taldeetan honako hauek sartzea: emakumeen kontrako indarkeria prebenitu eta sentsibilizatzeko edukiak, baita laguntzeko baliabideen zabalkundea ere.
- Genero-indarkeriaren aurrean emakume etorkinen eta ezintasuna duten emakumeen behar espezifikoak aztertzea, etorkinen eta pertsona ezinduen elkarte adierazgarriekin lankidetzan arituz.

5.5. Genero-eragileekin zerikusia duten emakumeen osasun mentaleko arazoaren atentzio hobea sustatzea

Osasun Mentala eta Generoari buruzko OMEren 2002ko txostenak³⁶ adierazten du, biztanleriaren 30ak pairatzen dituen ohiko alterazio mentaletan, depresioak, antsietateak, kexa psikologiko eta somatikoek emakumezkoen kasuan gizonezkoengan baino bi aldiz gehiago eragiten dutela, haien eboluzioa txarragoa izateaz gain. Alterazio horietako asko, %13ra arte emakumeengan, ez dator bat ezagunak diren kategoria diagnostikoekin, ondorez psikosozialarekin zerikusia dutela uste da, argitu ezin edo hitzekin adierazi ezin den sufrimendu gisa ulertua eta animikoki edo txarto definitutako sintoma fisikoekin azaltzen dena eta frogatu daitekeen kausa organikorik. Zeinu horiek “emakumeen ondorearen sindrome”^a izena hartzen dute eta Lehen Mailako Atentzioan emakumezkoen %9an arazo nagusia dira³⁷.

^a Eguneroko bizi-baldintzetatik datorren sufrimenduaren eta gaixotasunaren arteko bereizketa egiten duen emakumeen osasun mental berri bat definitzeko beharrari, Emakumeen Ondorez Psikikoari buruzko Nazioarteko Mintegian heldu zitzaion (Erroma, 1988).

Erasan horrek faktore psikosozialekin eta generoarekin zerikusia dutenekin zerikusia dauka, baita genero-estereotipoekin ere, profesionalei prozesu horiek emakumezkoen kasuan gizonezkoetan baino gehiago diagnostikarazten dietelarik. Azterlan komunitarioetan arrunki erabiltzen diren galdesorta diagnostikoek genero-alborapenak dituztela egiaztatu da. Beraz, depresioa detektatzeko sintomak sartzen dituzte, esaterako emakumezkoengan sozialki onartuta dauden negarra eta tristura; baina ez dituzte aipatutako trastornoak duten gizonezkoengan arruntagoak diren beste zeinu hauek sartu: suminkortasuna, agresibitatea, alkohol eta toxikoen kontsumoa; hortaz, gizonezkoen kasuan depresioaren diagnostikoa behar den bezala egin gabe gera daiteke. Bestalde, ez dira bilatzen gizonezkoengan sarriago gertatzen diren gaixotasunak, hala nola: nortasunaren trastornoak eta jokabide adiktiboak; beraz, hain osasun mentaleko arazoak modu bikoitzean ondo diagnostikatu gabe egon litezke.

Gainera, alterazio mental arruntak zein sindrome somatiko funtzionalak eta espezifikatu gabeko eta txarto definitutako sintomak modu berean botiken bidez tratatzen dira, hau da, pazienteei antidepressiboak eta antsiolitikoak ematen zaizkie, eta preskripzioaren maiztasunari dagokionez emakumezkoen kasuan gizonezkoenean baino bi aldiz gehiagotan gertatzen da³⁸.

Helburu orokorra

Zerbitzu sanitarioen laguntzarekin, emakumezkoen osasun mentalean genero-eragileek duten inpaktua murriztea.

Helburu espezifikokoak

Profesionalek emakumezkoen osasun mentalaren eta genero-eragileen arteko erlazioaz dute nezagutza hobetzea.

Lehen Mailako Atentzioan emakumezkoen osasun mentalari ematen zaion atentzioan ikuspegi integral bat sustatzea.

Jarduketak

- Ikuspegi biopsikosoziala eta generoa kontuan hartzen duen diziplina arteko lan-talde bat sortzea, depresio edo antsietate sintomak eta “ondoez-sindromeak” dituzten emakumeei arreta ematean jarduteko irizpideak ezartzeko.

- Lehen Mailako Atentzioko profesionalei emakumezkoengan ondoeza zehazten duten faktore biopsikosozialen identifikazioari buruzko prestakuntza eman eta sentsibilizatzea.
- Lehen Mailako Atentzioko profesional sanitarioei antsietate, depresio eta ondoezaren sintomei heltzeko banakako laguntza psikologikoko teknikari buruzko prestakuntza ematea.

5.6. Talde espezifikoetakoak diren emakumeen osasuna hobetzen laguntzea

5.6.1. Behar bereziak dituzten adingabekoak zaintzen dituzten emakumeen osasuna hobetzen laguntzea

Zainketa-lanetan konponbide zuzenak eta eraginkorrak aurkitzearen garrantzia, politika publikoen erronka saihestezin bat da. Egoera jakin batzuetan ez da nahikoa izaten zainketa-lan oso zorrotzetan (esate baterako, garapenaren alterazioak dituzten umeak zaintzea) gizonezkoen eta emakumezkoen arteko berdintasunezko banaketa egitearekin, baizik eta zeregin horiek erraztu eta emakumeei lan-merkatuan jarraitzeko ahalmenean eta, beraz, euren autonomia ekonomikoan edo haien osasunean, era askotako eskaera eta eskakizunei jaramon egiteagatik, eraginik izatea eragozteko gobernuen jarduketa ausarta behar-beharrezkoa da.

Berdintasunari buruzko Lege Autonomikoak ezarritakoaren arabera eta EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Planean adierazten den moduan, euskal administrazio publikoek bizitza pertsonala, familiarra eta lan-bizitzaren berdinkatzea errazteko konpromisoa hartu dute, besteak beste, zerbitzu soziosanitarioen egokitzapenaren bitartez. Osasun Sailak konpromiso horri laguntza eman diezaioke, haien garapenaren gaixotasun edo alterazioak dituzten edo garai aurretik jaio diren ume txikiaren osasunerako, baita haien gurasoen eta familien osasunerako ere, berebiziko garrantzia izan dezaketen jarduketa garrantzitsuak martxan jarritz.

Helburu orokorrak

- Gurasoei garaiz aurretik edo gaixo jaio diren umeen zainketa erraztea.
- Garapenaren arazoak dituzten umei eta haien familiei ematen zaien arreta hobetzea.

Jarduketak

- Jaioberrien etxeko ospitalizazioko programa bat modu gidatuan martxan jartzea.
- Unibertsa, bidezkoa, eskuraerrazaa eta doakoa den Atentzio Goiztiarraren eredu baten garapena sustatzea, inplikaturako gainerako instituzioekin koordinazioan lan eginez.
- Lehen Mailako Atentzioko Neonatologia eta Pediatria Zerbitzuetan esku-hartzea behar duten garapenaren alterazioak eta arrisku-egoerak detektatzeko protokoloak ezartzea.

5.6.2. Emakume etorkinen osasuna hobetzen laguntzea

Etorkinak diren biztanleen sarrerekin eta emakumeen kopuruak pixkanakako gora egitearekin zerikusia duen EAEko egungo egoera soziodemografikoak, lehentasun prebentiboak eta asistentzialak ezartzeko, zera eskatzen du: etorkinen osasun-egoera zein den hobeto ezagutzea.

Emakume etorkinen kolektiboak, osasun sexual eta emankorrari dagokionez arreta berezia behar du, batez ere honako hauen kasuan: nerabeak, papilomabirusaren bidezko infekzio-tasa altua duten herrialdeetatik datozen emakumeak eta adin emankorrean dauden emakumeak, ugaria baita haurdunaldien etenduren, haurduntzen eta ama etorkinak dituzten jaioberrien kopurua.

Emakume etorkinen osasun mentala, halaber, atentzioaren lehentasunezko beste arlo gisa identifikatu da, genero-eragileei beste hauek gehitzen zaizkielako: arrazoi ekonomikoagatik immigrazioarekin zerikusia duten bizi-baldintzak zailak, seme-alabengandik banatzea eta genero-indarkeria pairatzeko aukera; guzti horrek, gaixotasun mentalak izateko arrisku gehitua eratzen duelarik.

Helburu orokorrak

- Emakume etorkinen osasunaz arduratzeko behar espezifikoak zeintzuk diren ezagutzea.
- Zerbitzu sanitarioetan komunikatzeko oztopoak murriztea.

Jarduketak

- Elkarre esanguratsuekin lankidetzan arituz, EAEn ugarienak diren emakume etorkinen kolektiboen osasun-behar garrantzitsuenei buruzko azterlan bat egtea.
- Ugarienak diren kolektiboen hizkuntzetara aipagarrienak diren informazio-dokumentuak eta baimen informatuak itzultzea.
- Emakume etorkinen kolektiboen partaidetzarekin, hezkuntza sanitarioari buruzko material espezifikoak prestatzea.

5.6.3. Ezintasuna duten emakumeen osasuna hobetzen laguntzea

Urritasunik duten Emakumeentzako Ekintza Planak³⁹ aitortzen duen moduan, kolektibo horrek jasaten duen diskriminazioa ez da urritasunak eta generoak eragindako diskriminazioen baturaren emaitza bakarrik, baizik eta bi aldagai horiek elkartzean, aukera-berdintasunera sarbidea izan dezaten eta emakume horiek dituzten eskubideak erabat goza ditzaten ezagutu behar den egoera desberdin eta berezi bat sortzen da.

Ezintasunak dituzten emakumeen osasunaren alderdi asko ez dira ondo ezagutzen edo ez dute behar besteko atentzioa jasotzen. Egoera hori hobetzeko haxe da behar dena: osasuna prebenitu eta sustatzeko programa espezifikoak, haien beharretara egokitutako atentzio obstetrikoko eta ginekologikoko zerbitzuak eta profesionalen sentsibilizazioa.

Ezintasunak dituzten emakumeak, tradizioz emakumeentzako izan diren zereginak betetzeko gai ez direla uste da. Horregatik, beharrezkoa da harreman afektiboak izateko, sexualitateko eta ama izateko duten eskubidearen aitortzea; eta horrez gain, nahitaezkoa da bizitza bete garatzeko behar duten atentzio sanitarioaren kalitatea hobetzea.

Helburu orokorrak

- Ezintasunak dituzten emakumeen osasunaz arduratzeko behar espezifikoak zeintzuk diren ezagutzea.
- Ezintasunak dituzten emakumeen sexualitatearen aitortzea.

Jarduketak

- Esanguratsuak diren pertsona urrien erakundeekin lankidetzan arituz, ezintasunak dituzten emakumeen osasun-behar garrantzitsuenei buruzko azterlan bat egitea.
- Pertsona urrien erakundeekin lankidetzan arituz eta kaltetutako emakueen partaidetzarekin, sexualitate eta kontrazepzio arloan dituzten beharrei buruzko azterlan bat egitea.
- Lehen Mailako Atentzioko eta Obstetrizia eta Ginekologia Zerbitzuetako profesionalentzako ezintasunak dituzten emakumeei eman beharreko atentzioari buruzko prestakuntzazko materialak prestatzea.

5.6.4. Gaixotasun kronikoak dituzten emakumeen osasun hobetzen laguntzea

Mina da Lehen Mailako Atentzian emakumeen kontsulten lehenengo kausa. Minaren prebalentzia emakumezkoen kasuan gizonezkoen kasuan baino bi aldiz altuagoa dela aintzat hartzen da, eta prebalentzia horrek adinak gora egina hala gehitu egiten da, batez ere 45 urtetik aurrera. Ez da harritzekoa, hortaz, mina bere agerpen guztietan emakumezkoengan jarduera nagusia bertan behar uztearen oinarritzko arrazoia izatea, inkesta guztiek adierazten duten bezala.

Eredu biomedikoak eta gure osasun-sistemak prozesu kronikoak ulertzeko eta tratatzeko duten zailtasuna dela eta, emakumeak min kronikoz kexatzen direnean kasuen %25ean psikosomatikotzat hartzen dira. Gizonezkoen kasuan %9a ageri da eta ez dira prestatu zehatzak diren diagnostiko bereizledun protokolorik.

Gaixotasun kardiobaskularrak eragindako hilkortasunak emakumezkoengan, neoplasiek eta hurrengo zazpi heriotza-kausak sortzen dutena gainditzen du, eta gizonezkoen kasuan behera egiten ari diren arren, ez da gauza bera gertatzen emakumezkoen kasuan. Horiek horrela, Espainiako emakumezkoen 10 heriotzatik hiru gaixotasun kardiobaskularren batek zuzenean eragin du.

Kardiopatia iskemikoaren kasuan, egin berri den azterlan batek⁴⁰ adierazten du adinaren arabera doituata 28 egunera gertatutako hilkortasuna, lehen aldiz miokardioko infartu akutua izan ondoren, emakumezkoengan gizonezkoengan baino %20 altuagoa izan daitekeela. Azterlan epidemiologiko horrek aditzera ematen du, halaber, patologia hori duten emakumeek ospitalera, batez beste, gizonezkoak baino ordu bat beranduago heltzen direla, eta larriagoak

diren koadro klinikoak garatzen dituztela. Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Azterlan eta Ikerketako Zerbitzuak ikerketa bat gauzatu zuen⁴¹, miokardioko infartu akutuen tratamendu goiztiarrean gizonezkoen eta emakumezkoen artean dauden desberdintasunak aztertzeko. Emaizte erakutsi zuten sexu baten eta bestearen artean alde handiak zeudela. Emakumezkoen kasuan, 10 urte beranduago agertzen da; beraz, miokardioko infartu gehienak adinean aurreratutako pertsonengan kontzentratzen dira, beste patologia batzuen (hipertentsio arteriala [HTA], diabetesa eta bihotz-gutxiegitasuna) maiztasuna handiagoa da eta miokardioko infartuaren ohikotzat hartzen diren sintomak eta zeinuak gutxiagotan agertzen dira. Azkenik, emakumeek beranduago jasotzen duten atentzio sanitarioa, behin sintomak hasiz gero zainketa medikoak beranduago eskatzen dituztelako. Osasun Sailak, laguntza eskatzean gertatzen den atzerapen horretan eragina izan ditzaketen faktoreak identifikatzen jarraitzen du. Alderdi kulturalak (mina eta infartua jasateko arriskuaren pertzepzioa desberdina izatea), sozialak (mendeko pertsonak zaintzen egotea, ospitalera joateko autonomiarik ez izatea), psikologikoak eta medikoak (min iskemikoaren pertzepzioa nahasten duen diabetesaren presentzia handiagoa izatea) izan daitezkeela aipatu da.

EAEn, haux da 24 urtetik gorako pertsonengan atakea izateko urteko tasa: 236 kasu 100.000 gizonezko bakoitzeko eta 61 100.000 emakumezko bakoitzeko. Aitzitik, adinean aurreratutako pertsonen artean, sexuen arteko desberdintasuna askoz txikiagoa da: 1.775 kasu 74 urtetik gorako 100.000 gizonezko bakoitzeko eta 757 kasu adin bereko 100.000 emakumezko bakoitzeko. Miokardioko infartuak joa hiltzen diren pertsona guztiak kontuan hartuta, bi heren baino gehiago dira (%79,2) ospitalera heldu aurretik hiltzen direnak.

Baiezta daiteke gaixotasun kardiobaskularren garrantzia emakumezkoen kasuan garbiki gutxietsita dagoela. Emakumeek eta profesional sanitarioek gutxiesten dute eta, gainera, aurkezpen klinikoaren ezaugarri espezifikoak ez dira ondo ezagutzen eta tratamenduari eta pronostikoari buruzko azterlan gutxi daude⁴². Horrek guztiak, Espainiako emakumezkoengan gaixotasuna kardiobaskularrari buruz egindako azterlanari ⁴³ bide eman dio.

Helburu orokorrak

- Emakumeen min kronikoaren atentzioa hobetzea.
- Emakumeek kardiopatia iskemikoarekiko duten zaurkortasunari buruzko ezagutza eta sintomen identifikazio goiztiarra hobetzea.
- Emakumeengan obesitatearen, HTA eta 2 motako diabetesaren prebentzioa eta atentzioa hobetzea.
- Emakumeengan ariketa fisikoa sustatzea.

Jarduketak

- Emakumezkoen min kronikoaz arduratzeko protokolo bat ezartzeko diziiplina arteko lantalde bat sortzea.
- Lehen Mailako Atentzioko profesionalei aipatutako protokoloan ezarritako jarduteko eta diagnostikatzeko irizpideei buruzko prestakuntza ematea.
- Lehen Mailako Atentzioko eta Ospitaleko Urgentzia Zerbitzuetako profesionalei gai hauen inguruko ezagutza berriei buruzko prestakuntza ematea: kardiopatia iskemikoarekiko emakumeek duten zaurkortasuna, kardiopatiaren arrisku-faktoreak eta hasierako sintomatologia.
- Gai hauei dagokienez gomendatutako prebentzio-neurriak eta Lehen Mailako Atentzian emandako atentzia berrikustea: obestatea, HTA eta 2 motako diabetesa emakumezkoengan.
- Prozesu kroniko hauek dituzten emakumeentzako ariketa fisikoa agintzeko programa bat prestatu eta ezartzea: obesitatea, HTA, gaixotasun kardiobaskularra, diabetesa eta gogo-aldartearen alterazioak.

6. FINANTZAKETA

Osasun Sailak behar beste baliabide emango ditu, Osasuna eta Emakumeak Programan markatutako helburuak bete daitezen.

7. JARRAIPENA ETA EBALUAZIOA

JARRAIPEN BATZORDEA

Planaren jarraipena eta ebaluazioa egiteko batzorde bat sortuko da, sei hilez behin bilduko dena; eta urteko memoria bat bideratu eta onartuko du, non martxan jarri edo garatzen ari diren jarduketak islatuko diren, baita Osasuna eta Emakumeak Programaren indarraldiko lehen denboraldia bukatzean egingo den ebaluazioa ere.

Programaren eraginaren ebaluazioak, inkesten eta osasunaren esparruan lanean ari diren emakumeen erakundeen bitartez lortutako emakumeen iritzia, oso bereziki, kontuan hartuko du.

ERANSKINAK

1. TESTUINGURU ARAUEMAILEA

NAZIOARTEKO ESPARRUA

Mexikon ospatutako Emakumezkoen Egoera Juridiko eta Sozialari buruzko I. Mundu Konferentzia (1975). Gizarte-hezkuntzaren helburu nagusitzat haxe nabarmentzen da: emakumearen osotasun fisikoa errespetatzen irakastea. Adierazten da gizakien gorputza, gizonezkoarena zein emakumezkoarena, ukaezinezkoa dela eta berarenganako errespetua giza askatasunaren eta duintasunaren funtsezko elementu bat dela.

Nazio Batuetan Emakumeen Egoera Juridiko eta Sozialari buruzko II. Mundu Konferentzia (Kopenhague, 1980). Mexiko Barruti Federaleko Konferentziak zehaztutako garapen eta bake xede zabalak lortzeko beharrezkoak ziren helburuak eta neurri zehatzak hartzea behar-beharrezko zuten hiru esfera ezarri zituen: hezkuntzarako sarbide-berdintasuna, enplegu-aukerak eta osasunaz arduratzeko zerbitzu egokiak.

Nairobin ospatutako Emakumeen Egoera Juridiko eta Sozialari buruzko Nazioarteko III. Konferentzia (1985). Nazio Batuen lorpenak berrikusten dira eta "1986 eta 2000 urteen artean emakumeak aurrera egiteko etorkizunera begira dauden estrategiak" delakoak onartzen dira, berdintasunari, garapenari eta bakeari dagokionez munduan emakumeek duten egoera hobetzeko.

Beijingeko Emakumeen IV. Mundu Konferentzia (1995). Konferentzia horretatik aurrera emakumeen egoeraren aldaketak gizarteari bere osotasunean eragiten diola aintzat hartzen da, eta lehen aldiz gogoan hartzen da bere tratamendua ezin dela sektoriala izan eta politiken multzoan sartu behar dela. Beijingeko Ekintza Deklarazioa eta Plataforma aho batez onartu zen.

Mundu Konferentzia Beijing + 5- "Emakumea 2000. urtean: generoen arteko berdintasuna, garapena eta bakea XXI. mendean", New York (2000). Beijingeko Ekintza Plataformaren onespentetik igarotako bost urteetan lortutako aurrerapena aztertzeko bilkura ohiz kanpoko denboraldia.

Vienan ospatutako Giza Eskubideen Mundu Konferentzia (1993). Emakumeen eskubideak giza eskubideak zirela aitortu zen. Ekimen hori betetz, 1948ko deklarazioa berretsita

geratu zen. Deklarazio horren arabera, giza eskubideak unibertsalak eta bereizezinak dira. Era berean, honako arrazoibidea baztertuta geratu zen: giza eskubideak ez dira eremu "pribatuetan" aplikatzen, adibidez familia-bizitzan edo tradiziozko edo erlijio praktiketan.

Nazio Batuen Batzar Nagusiko 48/104 Deklarazioa, Emakumearen aurkako Indarkeria Ezabatzeari buruzkoa (1993ko abenduaren 20a). Bere 1. artikuluan indarkeria-mota hori ulertzeko kontzeptuzko mugarritze bat egin zuen, horrela definitu baitzuen: "emakumezkoa izatean oinarrituta dagoen indarkeriazko egintza oro, emaitza gisa emakumeentzako kaltea edo sufrimendu fisiko, sexual edo psikologikoa duena edo izan dezakeena, beste hauek barne: egintza horien mehatxuak, derrigortzea edo askatasuna edozein modutan kentzea, bai bizitza publikoan bai pribatuan".

Jaiotzari buruz OMEk emandako gomendioak. 1985ean Fortalezan egindako Deklarazioa. Erditzaerako teknologia aproposa. Erditzaerako teknologiari buruzko ezagutzen berrikuspen arduratsuari esker, gomendio batzuk aho batez hartu ziren. Gomendio horiek, Deklarazioaren arabera, zerbitzuen sanitarioen aldaketa sakona, langileen jarreretan aldaketak eta giza baliabide eta baliabide materialen birbanaketa eskatzen zuten.

Innocenti Deklarazioa, amagandiko edoskitzearen babesa, sustapen eta laguntzeari buruzkoa. OME/UNICEF - 1990. Innocenti Deklarazioa "Edoskitzea 1990. hamarkadan: mundu mailako ekimena" delakoari buruzko politika-antolatzaileen OMS/UNICEF baterako bileran parte hartu zutenek prestatu eta onartu zuten. Bileran hori, Nazioarteko Garapenerako Estatu Batuetako Agentziaren (A.I.D.) eta Nazioarteko Garapenerako Suediako Erakundeak (O.S.D.I.) babesa izan zuen, eta Florentzian dagoen Spedale degli Innocenti izeneko herrian (Italia), 1990eko uztailaren 30etik abuztuaren 1era, ospatu zen.

Kairon ospatu zen Biztanleriari eta Garapenari buruzko Nazioarteko Konferentzia (1994). Familia-plangintza, sexu-transmisiozko gaixotasunen prebentzioa (GIB/HISA barne), eta arriskurik gabeko amatasuna hartzen dituen osasun emankorraren definizio zabala bat hartzea.

EUROPAKO ESPARRU ARAUEMAILEA

OMEren Europako Lurralde Batzorde (1993). 2000 urtean estatu kideek lortzeko helburu batzuk definitu zituen. Zortzigarren zenbakiak zera dio: "2000 urterako, emakume guztien osasunean etenik gabekoa eta jarraitua den hobekuntza egon beharko litzateke".

Europako Parlamentuko Ebazpena, 1997ko abenduaren 4koa, Erkidegoan emakumeen osasunaren gainean Batzordearen txostenari buruzkoa.

Europar Batasuneko estatu kideei sexuaren arabera genero-ikuspegiarekin datu sanitarioak banakatzen eta emakumeen arazo sanitario espezifikoetarako buruzko informazioa biltzen aurrera egiteko gonbit egiten die, arreta berezia bizi-kalitatearen gehikuntzan jarritz.

2004ko martxoaren 9ko ebazpena, Europako parlamentuarena, bizitza profesionala, familiarra eta pribatua berdinkatzeari buruzkoa, 2004.04.28ko EBAO C 102.

Zera gomendatzen du: Sexu biantzat lanaldi partzialeko lana sustatzea, ordaindutako eta iraupen luzeko guraso-baimenen sarbidea erraztea, familia-eredu desberdinen ezaugarrietara hobeto egokitzeke seme-alaben zaintza eta heziketa-motetan malgutasun handiagoa bultzatzea eta mendeko pertsonak zaintzeko kalitatezko zerbitzuak sortzearen beharra azpimarratzen du.

1399 Ebazpena (2004), Europako Kontseiluko Parlamentu Batzarrekoa. Osasun sexuala eta emankorra eta gai horretako eskubideak sustatzeko Europako estrategia.

Osasun sexual eta emankorraren alorrean jardunbide hobeagoen trukea eta jarraitu beharreko ereduen garapena landu eta sustatzera bultzatzen du.

Europako Parlamentuko eta Kontseiluko 2006/54/EE Zuzentaraua, uztailaren 5ekoa, gizonezkoen eta emakumezkoen artean enplegu eta okupazio gaietan tratu-berdintasuna eta aukera-berdintasun printzipioa aplikatzeari buruzkoa.

Bere helburua hau da: enplegua lortzean eta lan-baldintzetan berdintasun-aukeraren printzipioa aplikatzea, eta honako hauek barne hartzen ditu: laneko jazarpena, sexu-jazarpena eta emakumeak duen tratu txarragoa haurdunaldian edo amatasun-baimena ematean.

Ospitalean dagoen adingabekoaren Europako Gutuna. Europako Parlamentuko Ebazpena, A 2-25/86 dok., 1986ko maiatzaren 13ko EEAO.

Besteak beste hau da ezartzen duena: ospitalean dagoenean, bere gurasoekin edo ordezkatzeko dituen pertsonarekin ahalik eta denbora gehien egoteko eskubidea, ez ikusle pasibo gisa baizik eta ospitaleko bizitzaren elementu aktibo gisa.

Europako Parlamentuko eta Kontseiluko 779/2007/EE zk.dun Erabakia, 2007ko ekainaren 20koa, 2007-2013 denboraldirako honako hau ezartzen duena: ume, gazte eta emakumezkoengan eragina duen indarkeria prebenitu eta horri aurre egiteko eta biktimak eta arrisku-taldeak babesteko programa espezifiko (DAPHNE III Programa), “Oinarrizko Eskubideak eta justizia” programa orokorrean sartuta dagoena.

Bere helburu indarkeria-mota guztiak prebenitzen eta horiei aurre egiten laguntzea da, horien artean, emakumezkoek pairatzen dutena, sexu-ustiapena barne, biktimei eta arrisku-taldee laguntza eta babesa eskainiz eta prebentzioko neurriak hartuz.

Europako Parlamentuko eta Kontseiluko 1350/2007/EE zk.dun Erabakia, 2007ko urriaren 23koa, osasunaren esparruan gizarte-ekintzako bigarren programa ezartzen duena (2008-2013).

Gizonen eta emakumeen arteko berdintasuna Erkidegoaren printzipio bat dela ezartzen duen Itunaren 2. artikulua arabera, programak kontuan hartzen dituen helburu eta ekintza guztiek osasunari dagokionez gizonen eta emakumeen arteko berdintasuna bermatzeko premiak eta planteamenduak hobeto ulertu eta ezagutzearen alde egingo dute.

Europako Parlamentuko Ebazpen hedatua, 2008ko apirilaren 10ekoa, Europar Batasunean minbiziaren kontrako borrokari buruzkoa.

Batzordeari, Kontseiluari eta estatu kideei zera agintzen zaie: prebentzio, detekzio goiztiar, diagnostiko eta tratamenduaren alorrean neurriak hartzeko, minbizien kasu-kopurua murrizteko zainketa aringarriak barne; diagnostiko goiztiarreko proiektuak sustatzeko eta minbizi-kasuak aitortzeko.

2008ko apirilaren 16ko 1607 Ebazpena, Europako Kontseiluko Parlamentu Batzarrekoa, Europan arriskurik gabeko abortu legala egiteko aukerari buruzkoa.

Europako Kontseiluko estatu kideei gonbit hau egiten die: haurdunaldiaren arrazoizko epeetan abortua despenalizatzea, emakumeek aukeratzeko duten eskubidea errespetatzeko, komenigarriak diren baldintza sanitarioak, medikoak eta psikologikoak hartzea eta finantzaketa egokia bermatzea.

ESTATUKO ESPARRU ARAUEMAILEA

3/2007 Lege Organikoa, martxoaren 22koa, Emakume eta Gizonen Benetako Berdintasunerakoa.

27. artikuluan, osasun-politikan berdintasun-printzipioa integratzeari buruz hitz egiten du.

Osasun politika, estrategia eta programek osasunerako eskubide berdina bermatuko dute. Horretarako, emakumeen osasunaren sustapen espezifikoaren aldeko ekimenak hartuko dira, gizonezko eta emakumezkoen arteko desberdintasunez arduratuko den ikerketa zientifikoa sustatuko da, sexuaren arabera banandutako datuak lortu eta tratatzeko erregistroak, estatistikak edo bestelako informazio mediko eta sanitarioko sistemak egokituko dira, pertsonal sanitarioari genero-indarkeriaren egoerak detektatu eta atenditzeko prestakuntza emango zaio, laneko osasunaren barruan sexu-jazarpena kontuan hartuko da, eta erantzukizunek olanetan gizon eta emakumeen presentzia orekatua sustatuko da.

1/2004 Lege Organikoa, abenduaren 28koa, Genero Indarkeriaren aurkako Babes Integraleko Neurriei buruzkoa.

15.1) artikuluan zera dakar: “Administrazio sanitarioak, Osasun Sistema Nazionaleko Lurralde arteko Kontseiluaren barruan, genero-indarkeria goiz detektatzeko profesional sanitarioen jarduketak sustatu eta bultzatuko ditu, eta sektor sanitarioak indarkeria-mota horren aurka borrokatzeko egin dezakeena hoberentzeko beharrezkotzat jotzen dituzten neurriak proposatuko dituzte”.

16/2003 Legea, maiatzaren 28koa, Osasun Sistema Nazionalaren Kohesio eta Kalitateari buruzkoa. Bere 2.a) artikuluan hauxe ezartzen da: “Osasun Sistema Nazionaleko erabiltzaileei zerbitzuak berdintasun eraginkor eta kalitate baldintzetan ematea, jardua sanitarioetan emakumezko eta gizonezkoen arteko diskriminazio oro saihestuz”.

51/2003 Legea, abenduaren 2koa, ezintasuna duten pertsonen aukera-berdintasunari, bereizkeriarik ezari eta irisgarritasun unibertsalari buruzkoa.

Lege honek ezintasuna duten pertsonen parte hartzea defendatzen du. Pertsona horiek, erabakiak hartzeko eskubidea duten subjektu aktibotzat hartzen dira, eta ez besteen erabakien onduradun edo paziente huts gisa. 8. artikuluan hauxe adierazten da: Botere Publikoek, objektiboki diskriminazio-maila altuagoa pairatzen duten ezintasuna duten pertsonentzako (horien artean ezintasunak dituzten emakumeak aurkitzen dira) ekintza-neurri positibo osagarriak hartuko dituzte.

39/2006 Legea, abenduaren 14koa, mendekotasun-egoeran dauden pertsonen autonomia pertsonala sustatzeari eta laguntza emateari buruzkoa.

Lege honen xedea mendeko pertsonen eskubideak berdintasun-egoeretan arautzea da. 3.p) artikuluan esplizituki haxe aipatzen da: “Genero-ikuspegia sartzea, emakumezko eta gizonezkoen behar desberdinak kontuan hartuta”. 18. artikuluan familia-inguruko zainketetarako eta zaintzaile ez profesionalei (kasuen %85ean emakumeak dira) laguntza emateko prestazio ekonomikoak planteatzen dira.

7/2007 Legea, apirilaren 12koa, Administrazio Publikoko Langileen Oinarrizko Estatutuari buruzkoa.

Bere 49.d) artikuluan bizitza pertsonal, familiarra eta lanekoa bateratzeak genero-indarkeriak eragindako baimenak ezartzen dira.

14/2007 Legea, uztailaren 3koa, Ikerketa biomedikoari buruzkoa.

Lege hau ikerketa biomedikoak planteatzen dituen erroneki erantzuteko testuinguruan inskribatzen da, bere emaitzak osasunerako eta ongizate kolektiborako aprobetxatzen saiatuz.

Bere 19. artikuluan haurdunaldi eta edoskitzean zehar egindako ikerketen kasuan egoera espezifikoak aipatzen ditu.

1995eko martxoaren 22ko Agindua, titulu akademiko ofizialen izendapena lortzen dutenen izaera maskulino edo femeninora egokitzen duena.

Agindu honek dioenaren arabera, aldez aurretik Espainiako Errege Akademiaren aldeko irizpidena jaso ondoren, lurralde nazional osoan izaera ofiziala eta baliotasuna duten tituluetan, ziurtagirietan edo diplometan agertzen diren izendapenak eta gainerako aipamenak, lortu duenaren izaera maskulinoa edo femenioa den kontuan hartuta adierazi beharko dira.

ESPARRU ARAUEMAILE AUTONOMIKOA

3/1979 Lege Organikoa, abenduaren 18koa, Euskal Autonomia Erkidegokora Estatutuari buruzkoa.

8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioari buruzkoa. Herritarren eskubideak eta betebeharrak.

4/2005 Legea, otsailaren 18koa, EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerakoa.

251/1999 Dekretua, ekainaren 15ekoa, Euskal Autonomia Erkidegoan Emakumeentzako Ekintza Positiboko Planaren exekuzioa koordinatzeko **Sailarteko Batzordea arautzeko dena.**

Emakunderen **Aholku Batzordea sortzeko Dekretua**, Euskal Autonomia Erkidegoko Emakumeen Elkarleen ordezkartza-organo izaerarekin.

1991-1994 Ekintza Positiboko I. Plana. Ekintza Positiboko estrategiaren beharra egiaztatzen du.

1995-1998 Ekintza Positiboko II. Plana, genero-diskriminazioa errotik kentzeko gobernuak hartutako konpromiso bat dena eta garatutako estrategien (ekintza positiboa, zeharkakotasuna...) berrespena dakarrena.

1999 - Ekintza Positiboko III. Plana.

EAEEn emakumeentzako Ekintza Positiboko IV. Plana.

[Http://www.emakunde.es/images/upload/IVPI c.pdf](http://www.emakunde.es/images/upload/IVPI c.pdf)

Etxeko tratu txarren eta sexu-erasoen biktimak diren emakumeei emandako atentzioa hobetzeko Erakundearen Akordioa (2001).

Seme-alabak dituzten familiei laguntza emateko Erakunde arteko Plana.

Aurrekontuen ekimena genero-ikuspegia kontuan hartuta. Hauxe da lehentasunezko bere helburua: politika, plan eta programa guztietan genero-kontuan zeharka sartzea.

Toki Aurrekontuak genero-ikuspuntua kontuan hartuta. Genero-ikuspuntua sartzeko tresnak garatzea. Basauriko, Bilboko, Donostiako, Ermuko eta Ondarroako udaletxeetako berdintasun-agenteekin osatutako lan-taldeak, genero-ikuspuntutik gastuen betearazpena aztertzeko jarraibideekin egindako dokumentua da.

Berdintasun Planen exekuzioa koordinatzeko Sailarteko Batzordea. Lehendakaria eta Emakundeko zuzendaria buru diren batzorde politikoa, eta Eusko Jaurlaritzako sail bakoitzeko ordezkari gisa sailburuordeek osatzen dutena.

EAEn Emakumeentzako Ekintza Positiboko IV. Plana. Euskal Autonomia Erkidegoko Berdintasun Legearen artikulua betetze, garapen eta ezarpena sustatzen du.

http://www.emakunde.es/images/upload/IVPI_c.pdf

Gizonen eta Emakumeen arteko Berdintasunerako Defentsa Bulegoa, 2006ko ekainaren 13an martxan jarri zena.

5/2007 Ebazpena, otsailaren 14koa, Jaurlaritzaren Idazkaritzako eta Legebiltzarrarekiko Harremanetarako zuzendariarena. Gobiernu Kontseiluaren Akordioaren argitalpena, generoaren arabera Eraginaren alde aurretiko ebaluazioa egiteko eta desberdintasunak ezabatzeko eta emakumeen eta gizonen berdintasuna sustatzeko neurriak sartzeko.

2. BESTE PLAN ETA ESTRATEGI BATZUK

Estatutako plan eta estrategiekin elkarganatzea, funtsean, ministerio eta autonomia-erkidegoen koordinazio-organo desberdinetan lortutako akordioen bitartez egiten da. Horien artean honako hauek ditugu:

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS). Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2006.

Estrategia de Salud Mental del SNS. Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007.

Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS. Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007.

Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Osasun eta Kontsumo Ministerioa.

Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción. Osasun eta Kontsumo Ministerioa (2005 – 2008).

Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida. España 2008-2012. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. 2008.

Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad. Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa, 2007.

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011. Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa, 2008.

Era berean, programa, plan eta estrategia autonomiko ugarirekin bat egiten da, eta interesgarria da honako hauek azpimarratzea:

Osasun Plana 2002-2010, emakumeentzako baino ez den lehentasuneko arlo batekin eta osasunean dauden desberdintasunei buruzko beste batekin.

Euskal Automoia Erkidegoko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Plana. VIII. Legegintzaldirako jarraibideak.

EAEko Haurren Txertaketa Egutegiaren GPBari aurre egiteko txertaketa-programa.

Hiesa Prebenitu eta Kontrolatzeko Plana. Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzua. Osasun Saila .

EAEko Zilbor Hesteko Bankuaren dohaintza-programa.

Tabakismoa prebenitu, kontrolatu eta murrizteko plana.

Asistentzia Psikiatriko eta Osasun Mentaleko Plan Estrategikoa 2004-2008.

“Gurasoak Berdintasunean” Ekimena. Emakunde.

3. GLOSARIOA

Jaiotza-tasa: Jaiotza-tasa, denbora jakin batean herri batek duen jaiotzen kopuru proportzionala da. Tarte ia beti urtebetekoa da, eta horrela irakur daiteke: urte batean mila biztanle bakoitzeko herri batek duen jaiotzen kopurua.

Ugalkortasun-tasa: Ugalkortasun-tasak, denbora-tarte batean (normalean urtebete) gertatutako jaiotzen kopuruaren eta denboraldi berean adin emankorreetan dauden emakumeen kuantitatearen artean dagoen erlazioa adierazten du. Adin emankorreetan dauden mila emakume bakoitzeko (urte batean) dauden jaiotzen kopurua da.

Ezkontzak: **Ezkontzak** aipatzerakoan, ezkontza populazio-fenomenotzat hartzen da, eta honako hauek kontuan hartzen ditu: bere kuantifikazioa, ezkontutako pertsonen ezaugarriak eta lotura horien desagitea (dibortzio, banantze, alarguntasun zein deuseztapen bidez).

Ezkontza-tasa: urte jakin batean mila pertsonako ezkontzen kopurua da. Tasa hori kalkulatzeko ezkontzen kopurua erabiltzen da, eta ez ezkontzen diren pertsonen kopurua; gainera, lehen zein bigarren ezkontzak barne hartzen ditu.

Jarduera-tasa: Talde baten jarduera-tasa, biztanleria aktiboa osatzen duen talde horretako kideen proportzioa da. Ehunekotan adierazten da.

Langabezia-tasa: Lanik gabe dagoen biztanleriak biztanleria aktibo osoaren gain adierazten duen portzentajea da.

Biztanleria aktiboa: Biztanleria aktiboa lan egiteko legezko adinean dauden pertsona guztiek osatzen dute.

Enplegu-tasa: Biztanleria okupatuaren eta lan egiteko adina duen biztanleria guztiaren (aktiboak + ez-aktiboak) arteko zatidura da, eta ehunekotan adierazten da.

ATBO edo Abortibitate Tasa biztanleria orokorrean: 1.000 biztanleko haurdunaldiaren Borondatezko Etenduren (HBE) kopuru gisa definitzen da.

ATAEE edo Abortibitate Tasa adin emankorreetan dauden emakumeengan: adin emankorreetan dauden 1.000 emakumeko HBE kopurua da, non tarte gisa 15-44 edo 15-49 urte hartzen baita.

Erikortasuna: Herri edo toki zehaztugabe batentzat denboraldi batean gertatzen diren gaixotasun/osasun-arazo edo egoera ezgaitzaileen erabateko kopurua da.

Gaixotasun baten prebalentzia: Gaixotasun patologiko baten kasu guztien (aspaldikoak eta berriak) maiztasuna da, denboraren momentu jakin batean (puntuaren prebalentzia) edo denbora-tarte definitu batean (denbora-tartearen prebalentzia).

Gaixotasun baten intzidentzia: Denbora-tarte espezifiko batean eta arlo jakin batean gaixotasun/gaitz baten kasu berriak nolako maiztasunaz agertzen diren adierazten du.

Hilkortasuna: Denbora jakin batean herri batean gertatutako heriotzen kopuru proportzionala izendatzen du.

Hilkortasun-tasa gordina: Herri bateko heriotzen kopurua adierazten du (normalean mila biztanle bakoitzeko), oro har urtebetekoa izaten den zehaztutako denbora-tarte batean.

Hilkortasun-tasa espezifikoak: Adin-talde espezifiko bati dagokion heriotza-kopurua erakusten du.

Haurren hilkortasuna: Bizirik jaioetako 1.000 ume bakoitzetik urtebete baino gutxiago duten hildako umeen kantitatea neurtzen du.

Garai aurreko hilkortasuna: Bizitzako lehen urtearen ondoren goizegi hildako pertsona batek bizi ez dituen urteak adierazten ditu, 70 urteak goi-mugatzat hartuz. Garai aurreko hilkortasunaren eragina baloratzeko, Galdutako Bizitza Urte Potentzialak (GBUP) kalkulatzeko dira.

EAEOI edo Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta: Inkestak, autonomia-erkidegoan bizi den biztanleriaren ikuspuntutik, honako alderdi hauei buruzko informazioa ematen du: egoera epidemiologikoa, osasun-joerak, bizi-azturak eta zerbitzu sanitarioen erabilera. Osasun-arazo nagusiak identifikatzeko aukera ematen du, baita baliabideen esleipenean eta plangintzan esku-hartzeko estrategiak diseinatu eta garatzeko aukera ere. Horrez gain, osasunean, bizi-azturetan eta zerbitzu sanitarioetarako sarbidean dauden arrisku-talde nagusiak identifikatzeko aukera ematen du.

Denbora Aurrekontuen Inkesta: EUSTATEk egindako inkesta bat da, eta gure denbora zertan ematen dugun aztertzen da bertan. Bere datuen ustiapenak gizabanakoek eta talde sozialek jarduera desberdinei eskaintzen dieten denboraren esleipena ezagutzeko aukera ematen du, eta honako aldagai hauek dira kontuan hartzen direnak: adina, generoa, egoera okupazionala, ikasketak edo bizi den lurraldea. Inkestak honako epigrafe hauetan taldekaturik dauden jardueren informazioa lortu du: behar fisiologikoak (lo egin, jan eta zainketa pertsonalak, batez ere), ordaindutako lana eta prestakuntza, etxeko lanak, etxeko pertsonen zainketak, bizitza soziala, aisialdi aktiboa eta pasiboa, eta ibilbideak.

Laguntza goiztiarra: 0-6 urteko ume, familia eta inguruneari zuzendutako esku-hartzeen multzoa da. Hauxe da duen helburua: haien garapenean trastornoak dituzten edo izateko arriskua duten umeek dituzten behar iragankor edo iraunkorrei ahalik eta lasterren erantzutea. Umea bere osotasunean hartu behar duten esku-hartze horiek, diziplinaarteko joera edo orientazio transdiziplinarra duen profesional-talde batek planifikatu behar ditu.

Esne Bankua: OME eta UNICEFen arabera, edoskitze naturala edozein umerentzako elikagairik hoberena da, batez ere gaixorik badago edo garaia baino lehenago jaio bada. Beren amaren esnearen ondoren, emandako giza esnea aukerarik hoberena da haurtxo horientzat, formula artifiziala baino hobeto asimilatzen delako, infekzioetatik babesten dituelako eta errekuperatu, bizirik iraun eta garatzeko dituzten aukerak hobetzen dituelako. Esne-bankuak, zenbait amek emandako esnea jaso, prozesatu, biltegitiratu eta medikuak aginduta euren amengandik esnerik hartu ezin duten ume gaixoei banatzen dieten zentro espezializatuak dira. Ematea zein banatzea doakoak dira. Amaren esneak eskaintzen dituen onurak eta segurtasuna honako hauek ematen diete emandako giza esnari: emaileen aukeraketa, esnea baldintzarik hoberenetan jaso eta biltegitratzea, kontsumitu aurretik pasteurizatzea eta kalitate-kontrol zorrotzak.

Garapenean eta familian oinarritutako zainketak: Garaia baino lehenago jaiotako haurtxoengan ondorio neurologikoak saihestu nahi dituzten zainketa-sistema bat dira. Gero eta handiagoa da aipatutako alterazioak jaiotzaren ondoren emandako zainketekin zerikusia dutela ustea. Zainketa intentsiboetako unitatea bezalako kontrako giroan egoteak, garatzen ari den garunaren antolamendua oztopatzen du, eta amak eta aitak jasandako kolpe emozionalak hazkuntza-prozesua aldatzen du. Jaioberrien unitatean egoteak, jaioberrian zein bere familian eragiten dituen nahi gabeko ondorio horiek gutxitu ditzake, familian eta garapenean oinarritutako zainketak (GOZ) deitutakoak ezartzen badira. Zainketa horiek, umea garatzen ari den (postura, manipulazioak, mina) makroingurunea (argiak, zaratak, etab.) zein mikroingurunea optimizatzeko esku-hartzeak barne hartzen dituzte. Horrez gain, umeak ospitalean dauden bitartean amek titia eman eta aitekin batera pertsonalki haien seme-alabak zaintzea (amagandiko edoskitzea, esne-bankua, kanguru-metodoa) errazten da.

Lanaldi bikoitza: Ordaindutako lana egiteaz gain beste erantzukizun hauek dituzten emakumeak dauden egoera da: etxeko lanak kudeatu eta egin, umeak hazi eta beren ardurapean dauden senide guztiak zaindu. Presentzia bikoitza ere deitzen zaio eta tentsio, gainkarga fisiko eta emozionalaren iturri da, zaila delako laneko eta familiako bizitza honako hauekin bateratzea: egungo gizarte-antolakuntza, bateratzeko estrategia urriak eta gizonezkoen erabateko erantzukidetasunik eza.

Osasunaren genero-ikuspegia edo ikuspuntua: Emakume eta gizonen arteko boterearen banaketa eta lana, euren profil epidemiologikoetara lotzea dakar. Hau da, honako hauek kontuan hartzea: gizonezkoek eta emakumezkoek dituzten roletan diferentziak eta desberdintasunak, haien harremanetan dauden botere-desberdintasunak, euren behar, mugapen eta aukera ezberdinak eta ezberdintasun horien eragina arriskuen agerpen bereizlean, sarbidea onura teknologiko, informazio, baliabide eta osasunaren atentzioari dagokionez, eta haien eskubideak bete eta zehazteko aukera. Ikuspuntu horrekin azal dezakegu nola eta zergatik desberdinak diren gizonezkoen eta emakumezkoen osasun-profilak, eta honako hauetan generoaren eragina zein den ezagutzen laguntzen digu:

- Gizonezko eta emakumezkoentzako osasun-determinatzaileak eta egoera
- Osasun-baliabide eta zerbitzuetan sarbidea izateko oztopoak
- Osasun-programa eta politiken eragina
- Boterearen banaketa eta lanaren ordainketa osasunaren sektorean

Bere aplikazioak, emakumeen egoera eta jarrera aldatzeko konpromisoa dakar; horrela, ekitatiboagoa, bidezkoagoa eta solidarioagoa den sexu-genero sistema bat lortzeko.

Genero-ekitatea: Printzipio horren arabera, emakumezkoak eta gizonezkoak gizarteko ondasun, zerbitzu, baliabide eta aukerak (osasuna barne) zuzentasun eta berdintasunez erabili, kontrolatu eta haiengandik onura atera dezakete; eta horrez gain, bizitza sozial, ekonomiko, politiko, kultural eta familiarreko esparru guztietan erabakiak hartzeko gai dira. Kontzeptuak aitortzen du gizon zein emakumeek behar eta botere desberdinak dituztela, eta desberdintasun horiek identifikatu eta aztertu behar direla, euren artean dauden hasierako desberdintasunak zuzentzeko moduan.

Osasun-determinatzaileak: Pertsonen eta herrien osasun-egoera zehazten duten horrelako faktoreen multzoa: pertsonalak, sozialak, ekonomikoak eta ingurumenarekin zerikusia dutenak. Uste da generoa ez litzatekeela osasunaren beste determinatzaile bat izango, baizik eta determinatzaile sozial guzti hauek zeharkatzen dituela: gizarte-klasea, arraza edo etnia, hezkuntza-maila, okupazioa, etab.

Generoaren determinatzaile psikosozialak: Generoarekin zerikusia duten eta tentsioa, ondoeza eta osasun-arazoak sortzen dituzten hauek dira: bizi-baldintzak, lana, harremanak, jarrera soziala, subjektibotasun eta laguntza-sistemen aukera, baita arazoak sortzeko gaitasuna ere. Honako inguruabar hauek barne hartzen dira: mendekotasun ekonomiko eta sozialeko egoera, lanaldi bikoitzak, besteen zainketaren etengabeko erantzukizuna, genero-indarkeria, etab.

Ahalduntzea: Prozesu honen bidez pertsonak eta taldeek haiei eragiten dieten erabaki eta ekintzei dagokienez kontrol handiagoa eskuratzen dute. Prozesu horretan, honako hauek sartzen dira: bizitzarako pertsonak dituzten oinarritzko trebetasunak eta gaitasunak indartzeko ekintzak, azpiko eragile sozial eta ekonomikoetan eragiteko ekintzak eta ingurune fisikoei buruzko ekintzak.

Genero-ekitatean osasunean: Emakumezko eta gizonezkoen arteko desberdintasun ez-beharrezko, baztergarri eta bidegabekorik eza dakar. Ez du esan nahi bi sexuetarako hilkortasun edo erikortasun tasa berdinak izatea, baizik eta ziurtatzea emakume zein gizonek hauetaz gozatzeko aukera berbera izango dutela: osasuntsu eta bidegabekoak eta baztergarriak diren kausengatik gaixotu, elbarritu edo hil gabe egoteko aukera emango dieten bizi-baldintzak eta zerbitzuak. Genero-ekitateak haxe inplikatzeko du:

- Osasun-egoeran eta biziraupenean baztergarriak, bidegabekoak eta beharrezkoak ez diren diferentziak ezabatzea.
- Sexu bakoitzean dauden behar berezien arabera baliabideen (teknologikoak/finantzarioak/gizatiarrak) banaketa eta sarbidea.
- Emakumezkoek eta gizonezkoek osasunaren finantzaketari laguntzen diote euren gaitasun ekonomikoaren arabera, eta ez bizi-zikloaren etapa bakoitzean sexu bakoitzerako berezkoak diren behar edo arriskuen arabera.
- Osasunaren kudeaketan emakumeen eta gizonen ekarpenerako erantzukizunen, boterearen eta sarien bidezko banaketa soziala. Horrek barne hartzen du, oro har emakumeek egiten duten pertsona osasuntsu eta gaixoen osasunaren zainketan ordaindu gabeko lana baloratzea.

Generoa: Nahiko berria den hitz bat da, eta gizarte bakoitzak sexu bakoitzari modu bereizlean esleitzen dion honako hauen multzoari erreferentzia egiten dio: rolak eta gizarte-harremanak, nortasunaren ezaugarriak, jarrerak, jokabideak, balioak, botere eta eragin harremanak. Desberdintasun horiek aldatu egiten dira denborak aurrera egin ahala eta testuinguruaren eraginez, eta aldaketa handiak izaten dituzte kultura ezberdinen artean zein kultura berberaren barruan. Generoak haxe suposatzen dut: emakumezko eta gizonezkoen bizi-baldintzetan diferentziak eta desberdintasunak azaltzen dituzten kontzeptu eta tresnen multzoa, nola eraikitzen duten haien subjektibotasuna eta esparru ezberdinetan hartzen duten posizioa.

Genero-berdintasuna: Diskriminaziorik eza arlo hauei dagokienez: baliabideen edo etekinen banaketa eta horiek lortzeko aukera, pertsona baten sexuan oinarrituta zerbitzuetarako sarbidea izatea. Emakumezkoen eta gizonezkoen balorazio sozial berdina eta aitortpena inplikatzeko du, baita egiten dituzten zeregin eta eginkizunena ere. Kontzeptu horrek aurrez onartzen du, sexuen artean inolako hierarkia-motarik ez egotea, gizartearen esparru guztietan

emakumeen eta gizonezkoen erabateko parte-hartzeaz gain: esparru publikoa, lanekoa eta pribatua. Genero-berdintasunak haxe eskatzen du: batetik, emakumeek lan egin, bizi eta haien familiak zaintzen dituzten moduari eragiten dieten aldaketak; eta bestetik, prozesu horretan gizonezkoak nola inplikatzaren diren moduari buruzkoak.

Kanguru-metodoa: Edozein inguruetan (teknologia garestiak dituzten lekuetan eta atentzio egokia izateko aukera dagoen tokietan ere), arreta jasotzeko metodo moderno bat da. OMEk aditzera eman du Ama Kanguru Metodoak honako hauetan modu eraginkorrean eragiten duela: tenperaturaren kontrola, amagandiko edoskitzea eta jaioberri guztiei dagozkien afektuzko loturen garapena, haien ingurunea, pisua, adin gestazionala eta egoera klinikoa alde batera utzita. Honetan datza: larruazalaren kontaktua ematea, amagandiko edoskitzea umeak eskatzen duen bakoitzean, eta amak eta haurtxoak behar dituzten zainketak ematea. Ume osasuntsuak bere amaren kontaktua eta janaria baino ez ditu beharko. Haurtxoa garaia baino lehenago jaio bada edo pisu gutxi badu edo minen bat badu, larruazalaren kontaktua izango da eman behar zaizkion zainketa medikoen oinarria.

Genero-alborapena: Emakume Medikuen Elkartek Amerikarrak genero-alborapena horrela definitzen du: «osasunerako ondorio positiboak, negatiboak edo neutroak izan ditzakeen diagnostiko kliniko berarekin bi sexuen tratamenduan dagoen diferentzia»⁷. Praktika medikorako baliagarria den definizio horrek, ez du genero-alborapenarenaren jatorria kontuan hartzen. Honako hau kontzeptu ulerkorragoa da: «gizonezkoen eta emakumezkoen arteko desberdintasunen edo berdintasunaren planteamendu okerra –beren izaeran, euren portaeretan edota arrazoibideetan–, zerbitzu sanitarioetan (ikerketak barne) jokabide desberdina sor dezakeena eta sexu batentzat bestearekiko diskriminatzailea dena». Zerbitzu sanitarioek eta ikerketak berorren praktika zeharka ebaki dezakete, emakumeen eta gizonen osasun-egoera eta haien arriskuak antzekoak direla okerki uste izanez edo, aldizka, desberdinak direla uste izanez benetan antzekoak direnean. Bi hurbilketetatik eratorritako ekintzek eta ikerketak, bi sexuen osasuna kaltetzen dute, baina gehiagotan gertatzen da emakumeen kasuan.

Osasunaren teoria biopsikosoziala: Osasunaren ikuspegi biopsikosozialak, gizakia buru eta gorputzean banatutakotzat hartzen duen ikuspegi edo eredu biomediko murriztailea eta dualista gairatzeko aukera ematen du. Eredu biomedikoak medikuntzan garapen handiak egiteko aukera eman duen arren, ez da nahikoa, ez baitu kontuan hartzen gaixotasunaren kausak ez direla modu isolatu batean alderazio biokimikoak, anatomikoak edo funtzionalak, baizik eta, horrez gain, garrantzi handia duela gaixotasunean esku hartzen duten faktore sozialak, ekonomikoak, kulturalak, generoari buruzkoak, familiarak eta pertsonalak kontuan hartzea. Beraz, hori ez litzateke disfuntzio biologiko hutsa izango, baizik aldagai biologiko, psikologiko eta sozialen arteko elkarrekin konplexuen emaitza. Gainera, eredu biopsikosozialaren asmoa

jarduera sanitarioa gizatartzea da, eta gaixotasuna pairatzen ari den pertsonarengan arreta jartzea, eta ez gaixotasunean, espazio eta denbora espezifiko batean bere itxuran eragina duten era askotako faktoreak kontuan hartu gabe.

Ugalketa-lana: Truke-balioa duena da, hau da, diru-sarrerak sortzen ditu soldata gisa nahiz norberaren kontura egindako jarduera komertzial baten bitartez. Tradizionalki, ekonomikoki eta sozialki gizarte industrializatueta lan gisa aitortua izan den bakarra izan da, eta batez ere gizonezkoen munduarekin lotuta egon da.

Produkzio-lana: Etxean dauden pertsonen ongizatea eta biziraupena bermatzeko beharrezkoak diren zereginak barne hartzen ditu. Esparru pribatuan gertatzen da, eta honako zereginak izaten dira: batetik etxearen kudeaketa, antolamendua eta bertako eginbeharrak; eta bestetik, ordezkaritza eta sozializazioa, afektu, zainketekin eta beste kontu batzuekin zerikusia duten eginkizunak. Honako hauek dira bere ezaugarri nagusiak: prestigiorik ez izatea eta soldatarik ez ordaintzea, ordutegirik ez izatea, tradizionalki emakumeei lan hori esleitzea eta lan hori egiten duten pertsonen begietarako ere ikusezina izaten jarraitzea.

Genero-kontuaren zeharkakotasun sistematikoa edo genero-mainstreaming delakoa: Politika guztietan emakumezko eta gizonezkoen dagozkien egoera, lehentasun eta beharren integrazio sistematikoaz hitz egiteko erabiltzen diren terminoak dira. Euren helburua berdintasuna sustatzea da, aktiboki eta zabalki kontuan hartuta, plangintzatik hasita, aipatutako politikek (eta horietatik eratorriko diren neurriak), batzuei eta besteei dagozkien egoeretan izango dituzten ondorioak. Genero-zeharkakotasunaren printzipioa, Pekinen egin zen Emakumeari buruzko IV. Konferentzian (1995) sortu zen, eta konferentzia horretatik aurrera Nazio Batuen sistema osorako derrigorrezkoa izan zen; gainera, Amsterdamgo Tratatuaren bidez Europako esparru juridikora eraman zuten. Europako Kontseiluak horrela definitzen du genero-ikuspuntuaren Mainstreaming-a: "prozesu politikoan antolaketa (berrantolaketa), hobekuntza, garapena eta ebaluazioa, non normalean neurri politikoak hartzeko ardura dutenek genero-berdintasunaren ikuspuntua politika guztietan sar dezaten, maila guztietara eta etapa guztietan."

ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK

1. Euskadirako Osasun Politikak. Osasun Plana 2002-2010. Eusko Jaurlaritzako Argitalpenen Zerbitzu Nagusia. Vitoria-Gasteiz, 2002.
2. EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako IV. Plana. VIII. Legegintzaldirako jarraibideak. 2006. Emakunde.
3. Carmen Valls Llobet, Mujeres invisibles, ediciones DEBOLSILLO, Bartzelona. 2006.
4. BACIGALUPE DE LA HERA AMAIA. MARTÍN RONCERO UNAI (2007) “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”: 95-138 Colección Derechos Humanos “Juan San Martín” Ararteko. Vitoria-Gasteiz.
5. Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta (EAEOI) 2007.
6. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. In J Health Serv 1992;22:429-45).
7. WHO (1998) Gender, and Health. Geneva: WHO [acceso 05 diciembre 2006]. Helbide honetan eskura daiteke: http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHO_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHO_98_16_table_of_contents_en.html
8. ESTEBAN ML. (2001) “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones en salud”. MIQUEO C. TOMÁS C. TEJERO C. BARRAL MJ. FERNÁNDEZ T. YAGO T. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madril: Minerva.
9. STANDING H.et.al. 1998. Guidelines for the análisis of gender and health. Chapter 5, Step 3. Strategies to address gender inequalities” gender and health Group, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, U.K. <http://www.liv.ac.uk/lstm/GG-9.html>
10. PETER B, 2001. The future of men an their health. Are men in danger of extinction? BMJ, Vol 323, November.
11. BAYRON OCHOA HOLGUÍN J. Un rápido acercamiento a teorías y perspectivas en los estudios sobre las masculinidades. Helbide honetan eskura daiteke: www.unavidadiferente.org/documentos7ponenciajohnbayronchoa.pdf

12. SABO D, 2000 en “El estudio de Masculinidad, Género y Salud”. Helbide honetan eskura daiteke: http://www.paho.org/Spanish/DBI/po04/PO04_body.pdf
13. VELASCO SARA. Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teorías feminista. Material docente del Diploma de especialización de género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad, Observatorio de Salud de la Mujer e Instituto de la Mujer. Madril, 2006. Helbide honetan eskura daiteke: <http://www.mtas.es/mujer7programas7salud7teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>
14. VELASCO SARA, 2006 Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria. Madril. Emakumearen Institutua. Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa. Helbide honetan eskura daiteke: <http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20bipsic%20malestar.pdf>
15. VELASCO SARA, 2008 Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Emakumearen Osasunaren Behatokia. Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Agentziaren Zuzendaritza Nagusia. Osasun Saileko Idazkaritza Nagusia. Osasun eta Kontsumo Ministerioa.
16. REES TERESA, 2000 Mainstreaming Gender Equality in Science in the european Union: The “ETAN Report” paper reparado para el Mainstreaming Gender in European public Policy Workshop, University of Wisconsin-Madison.
17. Pérez Díaz, Julio "La feminización de la vejez" en Papers de Demografia, nº 182, Centre d'Estudis Demogràfics, Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa, Bartzelona, 2000.
18. Artazcoz, L; Borrel, C; Cortés, I; Escribá-Aguir V; Cascant, L (2007) “Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo” en 5ª Monografía sociedad Española de epidemiología. Investigación en género y salud.
19. Álvarez-Dardet, C ¿Por qué las mujeres viven más? El País Suplemento Salud. 2007ko abendua.
20. Nerón I, Jané M. Libro Blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Tabakismoa Prebenitzeko Batzordea eta Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007.
21. Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres de la CAPV, 2008.

22. "Emakumeen Aurkako Indarkeriari buruzko Txostena" Emakunde, Eusko Jaurlaritza. Eguneratzea 2008.
23. Álvarez D, Arribas L, et al: G Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. La píldora del día después. Pulso ediciones 2002.
24. Trussel J, Stewart F, guest F, Hatcher RA. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. Fam Plann Perspect 1992; 24:269.
25. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Sanidad 2008. Osasun eta Kontsumo Ministerioa.
26. Documento de Consenso. Recomendaciones de actuación en el parto de un haurdunaldi a término con feto único en presentación de nalgas. Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza. 2003.
27. Iniciativa un Parto Respetuoso con la Madre www.motherfriendly.org
28. Estrategia de Salud Mental del SNS. 2007. Osasun eta Kontsumo Ministerioa.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
29. Elizondo Lopetegi A. Martínez Hernández E. Novo Arbona, A. Cifras sobre la situación de mujeres y hombres en Euskadi 2004. EUSTAT/Denboraren Aurrekontuen Inkesta.
30. Médicos Mundi "Salud y Población Inmigrante Extracomunitaria en la CAPV"
http://www.medicusmundi.es/gipuzkoa/pub/Investigacion_SI_cast.pdf
31. Rodríguez Álvarez, E. et al. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, bizimodu y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005.
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol82/vol82_2/RS822C_209.pdf
32. Ikuspegi. Immigrazioaren Euskal Behatokia. Atzerriko immigrazioarekiko euskal gizarteak dituen pertzepzioak, balioak eta jarrerak. 2007. <http://www.ikuspegi.org>
33. 4/2005 Legea, otsailaren 18koa, EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerakoa.
34. Protocolo común para la Actuación sanitaria ante la violencia de Género. Comisión contra la violencia de género. Genero-indarkeriaren aurkako batzordea. OSNeko Lurralde arteko Kontseilua. 2006. Osasun eta Kontsumo Ministerioa.

35. No más indarkeria contra las mujeres. ¡Hay que actuar a tiempo! Detección de la genero-indarkeriaren y atención a las víctimas en el ámbito sanitario español. 2006. Amnistia Internazionala.
36. Osasunaren Mundu Erakundea. Gender and mental health. 2002 [http://www.who.int/gender/other_health/en/ genderMH.pdf]
37. Gervás J. "Morbilidad atendida en los servicios de atención primaria". En: Onis, M., Villar, J. La mujer y la salud en España. Informe básico. Volumen 1. Madril, Emakumearen Institutua, Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa, 1992.
38. Burín M. "El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada". Buenos Aires. Paidós; 1991.
39. Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007. Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa.
40. Marrugat J, Sala J, Aboal J. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. Rev Esp Cardiol 2006; 59:264-274.
41. Aldasoro E, et al. Diferencias de género en el tratamiento de la revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. Grupo IBERICA-País Vasco.
42. Radiografía de las enfermedades cardiovasculares en la mujer española.
43. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. Sociedad Española de Cardiología. Emakumearen Osasunaren Behatokitako egindako azterlana. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. 2008ko iraila.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>

Bestelako dokumentuak eta erreferentzia-lekuak:

- Euskal Estatistika Erakundea EUSTAT <http://www.eustat.es/>
- Hilkortasun Erregistroaren urteko txostena 2006. Osasun Saila. http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/mortalidad_c.html
- Euskadiko Minbizi Erregistroaren txostena. Osasun Saila. http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/cancer.html

- Ospitaleko Alten Erregistroaren urteko txostena 2007. Osasun Saila.
http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/morbilidad_hosp_c.html
- Haurdunaldiaren Borondatezko Etenduren urteko txostena 2006. Osasun Saila.
http://www.osanet.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/interrupcion_embarazo_c.html
- EAEn Zerbixeko Minbizia Goiz Detektatzeko Programa. 2008ko urria.
- Bularreko minbiziari eta koloneko minbiziari buruzko kontseilu genetikoa.
http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_07-06_consejo_genetic.pdf
- Down-en Sindromearen jaio aurreko baheketa.
http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_07-04_inform_SinDown.pdf