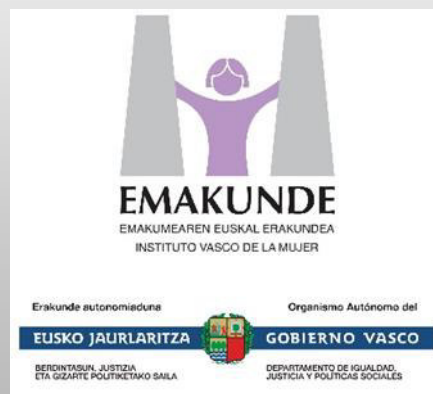


EMAKUNDE-EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA

GENEROAREN ARABERAKO  
ERAGINAREN EBALUAZIOA

OSASUNEAN



2021

Izenburua: "Generoaren araberako eraginaren ebaluazioa Osasunean"

Editorea: EMAKUNDE-Emakumearen Euskal Erakundea  
Manuel Iradier 36. 01005 Vitoria-Gasteiz

Egilea: Maribel Pizarro

Data: 2021eko uztailen eguneratua

---

# AURKIBIDEA

1. TESTUINGURUA .....	4
2. GENERO ERAGINA EBALUATZEKO AZTERTU BEHARREKO FUNTSEKO ALDERDIAK.....	7
2.1. EMAKUMEEN ETA GIZONEN PRESENTZIA SEKTOREAN.....	7
2.2. BALIABIDEAK ESKURATZEKO DESBERDINTASUNAK .....	20
2.3. EMAKUMEEN ETA GIZONEN PARTE-HARTZE DESBERDINA .	32
2.4. GIZARTE-ARAUEN ETA BALIOEN ERAGINA .....	36
2.5. BERDINTASUNAREN ARLOKO AGINDU ESPEZIFIKOAK .....	40
3. LEGEDIA .....	46
4. DATU-ITURRIAK.....	47
5. ERREFERENTZIA-AGIRIAK .....	52

## 1. TESTUINGURUA

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

Osasuna «gaixotasun eza» gisa ulertu zen mendetan, 1946. urtean Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) bere konstituzioa onartu zuen arte. Konstituzioa 1948. urtera arte indarrean jarri ez bazen ere, kontzeptua aldatu zuen, eta honela definitu: «erabateko ongizate fisiko, mental eta soziala, eta ez gaixotasun eza bakarrik».

Osasunaren ikuskera positiboa azpimarratzen duen definizio horrek, aurrerapen garrantzitsua izan bazen ere, kritikak jaso zituen bere izaera idealista eta utopikoagatik. Horrela, erabateko ongizate fisiko, sozial eta mentala aldarikatzen zuen, nahiz eta pertsona gehienak halako osasun-egoeraz gozatzea inoiz iritsi ez. Modu berean, osasunaren ikusmolde estatikoa gaitzetsi zen, osasuna zerbait dinamikoa eta aldakorra izanik, egunez egun eskuratu edo okertu daitekeen zerbait delako, arrazoi biologikoen, ingurumenaren eraginaren edo bizimoduaren ondorioz.

Horregatik, 1986an, osasunaren sustapenaren kontzeptuaren barruan, OMEk honako ideia hau gehitu zuen, errealistagoa eta holistikoagoa: «Erabateko ongizate fisiko, mental eta soziala lortzeko, pertsona edo talde bat bere anbizioak identifikatu eta egiteko gai izan behar da, premiak asetzeko, giroz aldatzeko eta ingurunera egokitzeko gai izan behar da. Osasuna, beraz, ez da helburu gisa ikusten, baizik eta eguneroko bizitzarako aberastasun-iturri gisa. Beraz, kontzeptu positiboa da, baliabide sozialak eta pertsonalak eta gaitasun fisikoak areagotzen dituen».

Hala ere, OMEk gaur egun osasunaren inguruan duen 1946ko definizioari generoaren eragina ez aipatzea eta emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunak kontuan ez hartzea kritikatzeko zaio, osasuna zer den zehazterakoan kontuan hartu beharreko parametro gisa. Ondorioz, badira OMEk proposatutako osasun-kontzeptuaren azterketa deseraitzailea egitearen aldekoak eta kontzeptua generoaren kategoria kontuan hartuta berriz hausnartzearen aldekoak.

Nazioarteko akordioek, besteak beste, «Emakumearen aurkako diskriminazio mota guztiak ezabatzeari buruzko konbentzioak» (Nazio Batuen Batzar Nagusia, 1979), emakumeen eta gizonen arteko eskubide- eta aukeraberdintasuna aitortzen dute, bai eta pertsona guztiek bizitzaren esparru guztietan, osasuna barne, diskriminaziorik jasan gabe bizitzeko duten eskubidea ere. Osasunaz gozatzeko eta ez gaixotzeko, eta desgaitasuna sufritzeko edo prebenitu daitezkeen arrazoiengatik hiltzeko aukeretan eragotzi daitezkeen aldeak ezabatzea esan nahi du horrek; halaber, osasuna bultzatu eta babesteko duten edo pertsona bakoitzaren beharren arabera gaixotasunei helduko dieten baliabideak izendatu eta jasotzea ere.

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

Horrela, OMEk adierazi du generoak Garapen Jasangarriaren 3. Helburuko («bizitza osasuntsua bermatzea eta ongizatea sustatzea adin guztietako pertsona guztientzat») helburu guztiei eragiten diela, beste determinatzaile batzuekin interakzioan dagoelako eta osasun-sistemaren arriskueta, agerpenetan, portaeretan eta erantzunean eraginez.

Dokumentu honen abiapuntua da emakumeak eta gizonak era askotara eta desberdintasunez gaixotzen eta hiltzen direla: era askotara, alde biologikoak daudelako, eta desberdintasunez, gizarte-egituran duten posizioak haien rola, ohiturak, portaerak eta aukerak baldintzatzen dituelako, eta horiek desberdintasun sozialak sortzen dituztelako pertsonen osasunean.

Osasunaren mugatzaileen azterketak generoaren eta klase sozialaren arabera desberdintasunak daudela erakusten du. Norberaren osasuna zaintzeko joera gero eta handiagoa bada ere, emakumeek gizonen baino ohitura osasungarriagoak dituzte tabakoaren, alkoholaren edo legez kanpoko drogen elikadurari eta kontsumoari dagokienez. Baina emakumeek gizonen baino ariketa fisiko gutxiago egiten dute. Horrek guztiak eragina du osasun-arazo kronikoen prebalentzian; izan ere, nahiz eta antzekoa izan bi sexuen artean, aldeak daude emakume eta gizon gehiagok dituzten gaixotasunetan. Izan ere, bizi-itxaropen handiagoak ez du esan nahi bizi izandako urteak osasun-egoera onean bizi izan direnik.

Kontuan hartu beharreko alderdi bat da medikalizazioa handiagoa dela emakumeen artean, farmako psikotropikoak gehiago agintzen zaizkiela edo profesionalaren arabera irizpide desberdinak dituzten ebakuntzak edo tratamenduak egiten zaizkiela (adibidez, zesarearen beharra). Horrela, bizitzako etapak desnaturalizatu egiten dira, hala nola haurdunaldia, erditzea edo menopausia.

Dokumentu honetan lantzen den beste arazo bat emakumeen aurkako indarkeria da, emakumeen eskubideen urraketa izateaz gain, OMEk osasun publikoko arazo larritzat hartzen du, eta horrek emakumeen osasun fisikoari, mentalari, sexualari eta ugalketari kalte egiten die. Plazaola Castañok eta Ruizek (2004) diotenez, tratu txarrarekin lotutako lesioek, beldurrak eta estresak osasun-arazo kronikoak eragin ditzakete. Arazo horiek askotarikoak izan daitezke: hezur eta giltzaduretako oinazea, arazo kardiobaskularrak eta sintoma neurologiko errepikariak, kasu.

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

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

Emakumeen osasunari eragiten dion desberdintasun-egoera hori zuzentzeko eta berdintasunerako bidean aurrera egiteko, funtsezkoa da berdintasunaren arloan indarrean dagoen legeriaren aginduak betetzea. Besteak beste, honako betebeharrak jorratzen ditu:

- Botere publikoek emakumeei beren bizitzako ziklo osoan osasuna hobetzen laguntzeko duten eginbeharra, eta arreta berezia eskaintzea emakumeengan eragin handiena duten osasun-arazoei.
- Emakumeen osasuna berariaz sustatzeko ekimenak egitea; emakumeen eta gizonen tratu- eta aukera-berdintasuna bermatzea osasunarekin lotutako ikerketan eta arretan.
- Sexu- eta ugalketa-eskubideak baliatzearen ondoriozko beharrak asetzea; berdintasun-printzipioa osasun-langileen prestakuntzan txertatzea
- Osasun-arazoak dituzten pertsonak zaintzearen ondorioz etxean egiten den lan-karga arintzeko neurriak hartzea
- Emakumeen kolektibo ahulenen osasun-arloko desberdintasunak zuzentzea.

Hitz gutxitan esanda, emakumeen benetako aukera- eta tratu-berdintasun eraginkorrerako baldintzak sustatu behar da osasunaren alorrean, kolektibo eta egoera desberdinei kasu eginik eta adi egonik diskriminazio anizkoitzeko egoerarik gerta ez dadin.

## 2. GENERO ERAGINA EBALUATZEKO AZTERTU BEHARREKO FUNTSEKO ALDERDIAK

### 2.1. EMAKUMEEN ETA GIZONEN PRESENTZIA SEKTOREAN

EAEen **jaiotza-uneko bizi-itzaropena** 86,6 urtekoa da emakumeentzat eta 80,8 urtekoa gizonentzat 2019an (EUSTAT, 2020). Horrek adierazten du euskal emakumeak batez beste 5,8 urte gehiago bizi direla euskal gizonak baino. Aurreko urteetako datuak aztertuz gero, bizitzako urteek goranzko joera jarraitua izan dute. Horrela, 1976. urtea abiapuntutzat hartuta, bizi-itzaropena 9,7 urte handitu da emakumeen kasuan eta 11,2 urte gizonen kasuan. Aurreikuspenen arabera, joera horrek nagusitzen jarraituko du.

Bizi-zikloan zehar hilkortasun-arrisku txikiagoa izatearen ondorio da emakumeen bizitza luzeagoa. Dena den, bizi-luzetasuna areagotzeak ez du nahitaez osasun-egoera onean bizitako urteen gorakada esan nahi; izan ere, egungo osasun-arazoen kronikotasuna dute bereizgarri. Egoera horrengatik adierazle hauek erabili behar dira: desgaitasunik gabeko bizi-itzaropena<sup>1</sup>, gaixotasun kronikorik gabeko bizi-itzaropena<sup>2</sup> eta osasun-egoera oneko bizi-itzaropena<sup>3</sup>. Adierazle berri horien txertaketak emakumeen gaixotze-tasa handiagoa erakutsi du, eta hori azaltzen duten hainbat teoria proposatu dituzte (sozializazio desberdina, laneko eta familiako rol desberdinak eta abar).

**Desgaitasunik gabeko bizi-itzaropena** 72,8 urtekoa da emakumeentzat eta 70,5 urtekoa gizonentzat 2018an (EUSTAT, 2020). Adierazle hori 0,3 urte murriztu da emakumeen artean, eta 1,2 urte igo da gizonen artean 2013az geroztik (73,1 urte emakumeak eta 69,3 urte gizonak); horrela, 2,3ra murriztu da genero-diferentzia emakumeen alde (3,8 2013an).

Bizi-itzaropenarekin zerikusia duen beste adierazle bat **norberak osasunaz duen pertzepzioa** da. Euskal Autonomia Erkidegoko 2018ko Osasun Inkestaren arabera (Osasun Saila, 2019)<sup>4</sup>, EAEko 15 urte eta gehiagoko biztanleen % 85ek ontzat edo oso ontzat jotzen dute beren osasun-egoera. Emakumeek gizonak baino osasun-egoera okerragoa dutela esaten dute; hala bada, emakumeen % 82,1ek eta gizonen % 87,5ek osasun-egoera ona dutela uste dute. Egia da osasunaren autopertzepzioak hobera egin duela bi sexuetan 2013tik (5,4 ehuneko-puntu emakumeek eta 4,4 ehuneko-puntu gizonak), baina generoaren araberako aldea -5,4 puntukoa da. Gizonen osasunaren autopertzepzioa emakumeena baino hobea da adin-tarte guztietan, baina 75 urte eta gehiagoko pertsonen artean areagotu da

<sup>1</sup> Pertsona bati adin jakin batean ezintasunik gabe bizitzeko geratzen zaizkion urteen batezbestekoa (hilkortasun eta desgaitasunari buruzko datuekin kalkulatu da).

<sup>2</sup> Pertsona bati adin jakin batean, heriotza arte, gaixotasun kronikorik gabe bizitzeko geratzen zaion urte kopuruaren batezbestekoa.

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

<sup>4</sup> Hurrengo orrialdeetan aurkezten diren osasun-adierazleak inkesta honetatik datoz.

gehien genero-aldea (ia 11 ehuneko-puntu). Gainera, EAEko emakumeen eta gizonen osasun-egoerari buruzko balorazio positibo hori Estatuko batezbestekoa baino handiagoa da (% 71 emakumeak eta % 77 gizonak eta EB-28koa % 67 emakumeak eta % 72 gizonak).

Era berean, osasun onaren pertzepzio subjektiboa beste determinatzaile sozioekonomiko batzuen eraginpean dago: klase sozialak eta ikasketamailak behera egiten duten heinean, pertzepzio horrek behera egiten du.

**Gaixotasun kronikoak** EAEko biztanleriaren ia erdiari eragiten diote, emakumeen % 43k eta gizonen % 42k **osasun-arazo kronikoren** bat dute EAEn, eta haien prebalentziak gora egiten du adinarekin, 65 urte eta gehiagoko pertsonen kasuan % 80tik gora eta 75 urte eta gehiagoko pertsonen kasuan % 90etik gora.

Bi sexuetako gaixotasun kroniko ohikoenak hipertentsioa eta kolesterol altua dira. Genero-aldea nabarmenagoa da ohikoenak diren beste gaixotasun kroniko batzuen prebalentzian. Emakumeen kasuan, ondoren datoz artrosia, bizkarreko mina, tiroideko arazoak, lepoko mina, insomnioa, diabetesa eta alergia. Aldiz, gizonen artean, hipertentsioaren eta kolesterol handiaren osteko patologiarik ohikoenak diabetesa, bizkarreko mina, bihotzeko arazoak, artrosia, asma, alergia eta prostatako arazoak dira.

**1. taula.** EAEko biztanlerian prebalentzia handieneko gaixotasun kronikoak.

Arazo kroniko ohikoenak (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Hipertentsioa	15,7	15,9	-0,2
Kolesterol altua	11,1	12,4	-1,3
Artrosia	9,6	4,5	5,1
Bizkarreko mina	6,8	5,1	1,7
Tiroide-arazoak	6,7	0,9	5,8
Lepoko mina	5,0	2,8	2,2
Insomnioa	4,7	2,1	2,6
Diabetesa	4,6	5,8	-1,2
Alergia	4,4	3,8	0,6
Asma	3,9	4,3	-0,4
Bihotzeko beste arazo kroniko batzuk	3,7	4,5	-0,8

Egileek eginga, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

**Desgaitasunak**, iraupen luzeko muga gisa ulertuta, EAEko herritarren % 9,7ri eragiten die. Datu hori ez da aldatzen 2013. urtearekin alderatuta, eta egoera horretan dauden emakumeen kopurua handiagoa da. Horrela, emakumeen % 10,8k eta gizonen % 8,6k jarduera mugatua dute modu kronikoan (+2,2 ehuneko-puntu emakumeek). Desgaitasunaren prebalentziak gora egiten du adinarekin: % 13,7koa da 65-74 urtekoen artean, eta % 32,1koa 75 urte eta gehiagokoaren artean. Mugaren irismenari dagokionez, desgaitasunen bat duten emakumeek gizonak baino zertxobait mugatuago ikusten dute beren jarduera nagusia.



**2. taula.** Jardueraren mugaketa kronikoaren irismena.

Mugapenaren irismena (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Mugapen partziala jarduera nagusian	4,2	2,7	1,5
Erabateko mugapena jarduera nagusian	5,6	4,5	1,1
Mugapena beste jarduera batzuetan	0,9	1,4	-0,5
Mugapenik gabe	89,2	91,4	-2,2

Egileek egina, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

**Desgaitasunaren arrazoiei** dagokienez, gaixotasun arruntak eta lanetik eratorritakoak dira ohikoenak bi sexuetan. Hala ere, gaixotasunak, oro har, ohikoagoak dira emakumeen artean (+4,4 ehuneko-puntu). Emakumeek muga kronikoak dituzte etxeko istripuengatik, gizonezkoek baino neurri handiagoan (+2,1 ehuneko-puntu). Aldiz, trafiko-istripuek eragindako jarduera-mugak ez dira hain ohikoak emakumeen artean (-3,6 ehuneko-puntu).

Trafiko-istripuak ohikoagoak dira gizonen artean. Hori hainbat faktoreekin lotu da, hala nola arriskuaren pertzepzioarekin eta gidatzeko jarrerarekin (abiadura, alkohol-kontsumoa, etab.). Emakumeak pixkanaka gidatzen hasteak ez du haien istripu-tasa nabarmen areagotzea ekarri.

**3. taula.** Jardueraren mugapen kronikoa eragiten duten egoerak.

Jardueraren mugaketa kronikoaren kausak (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Gaixotasun arrunta	82,5	78,1	4,4
Etxeko istripua	4,0	1,9	2,1
Indarkeria fisikoa	0,0	0,1	-0,1
Beste istripu mota bat	1,8	2,3	-0,5
Lanak eragindako gaixotasuna	7,9	8,5	-0,6
Zirkulazio-istripua	1,4	3,0	-1,6
Lan-istripua	2,4	6,0	-3,6

Egileek egina, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

Jardueraren murrizte kronikoa duten pertsona gehienek ez dute beste inoren **laguntzarik** edo zaintzarik behar. Hala ere, premia dutenen artean ohikoagoa da premia hori egunero izatea, maila txikiagoan edo handiagoan. Gainera, egoera horretan dauden emakumeek gizonek baino laguntza gehiago behar dute.

**4. taula.** Beharrezko laguntzaren maiztasuna, jardueraren mugapen kronikoagatik.

LAGUNTZA-BEHARRAREN MAIZTASUNA (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Egunero, 24 ordu baino gutxiago	3,5	2,3	1,2
Noizean behin	1,6	0,8	0,8
Astean behin baino gehiagotan	0,8	0,2	0,6
Egunero, 24 ordu	0,3	0,3	0,0
Ez du laguntzarik behar	93,7	96,4	-2,7

Egileek egina, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

Bi motatako **personak ematen dute laguntza**: zaintzaile informalak edo ez-profesionalak edo familia eta zaintzaile formalak edo zaintzako profesionalak.

2018ko Osasun Inkestaren arabera, instituzionalizatu gabeko eta eguneroko bizitzako jardueraren bat egiteko zaintza edo laguntza behar duten emakumeen % 57,3k eta gizonen % 73,2k haiekin bizi diren senitartekoren baten laguntza dute, eta emakumeen % 39,4k eta gizonen % 25,9k, beriz, haiekin bizi ez diren senitartekoren baten laguntza. Kontuan hartzekoa da, hala ere, i kasuetan beste laguntza batzuk ere jaso ditzaketela, instituzionalak izan ala ez.

Senitartekoek eskaintako zaintza da, oraindik ere, mendekotasun-egoeran dauden pertsonen zaintza-iturri nagusia Euskadin

**5. taula.** Laguntza behar duen pertsonari laguntza ematen dion pertsona.

Laguntza ematen duen pertsona (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Elkarrekin bizi ez den senidea	39,4	25,9	13,5
Pertsona kontratatua	27,7	24,6	3,1
Gizarte-zerbitzuak	11,8	9,2	2,6
Beste batzuk	2,0	1,1	0,9
Inorekin ere ez	0,2	0,0	0,2
Enpresa pribatua	3,1	3,1	0,0
Boluntarioria	0,3	0,6	-0,3
Elkarrekin bizi den senidea	57,3	73,2	-15,9

Egileek egina, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

Familia-zaintzaileen ezaugarriei dagokienez, Gizarte Beharren Inkestaren arabera (2018), etxe barruan arreta- edo zaintza-ardura bereziak hartzen dituzten pertsonen prebalentzia (biztanleria osoarekiko ehunekoa) handiagoa da emakumeetan (% 3,7) gizonetan baino (% 2,7) eta 55 eta 64 urte bitartekoetan (% 6,4), atzetik daudela 65-74 urte artekoak (% 4,1) eta 45-54 urte artekoak (% 4) eta 75 edo gehiagokoak (% 3,6); sexuen arteko aldea dago, gainera (gizonetan, zaintzaren prebalentziaren gorakada adin nagusiagokoetan kontzentratzen da).

Zaintzaileen artean, hauxe da profil nagusia: emakumea (% 59,8 versus % 40,2), 45 urte (% 84,4), espainiar nazionalitatea duena (% 95,2) eta gutxienez mendekotasun moderatuko egoeran dagoen pertsona bat zaintzen duena (% 86,7k mendekotasun bereziko egoeran dagoen pertsona bat zaintzen du).

Zaintza formalari dagokionez, horretarako kontratatutako pertsonak bigarren laguntza-iturria dira bi sexuetan: emakumeen % 27,7 eta gizonen % 24,6. Hirugarren zaintza-iturria gizarte-zerbitzu publikoak dira, eta baliabide horien bidez laguntzen dute emakumeen % 11,8k eta gizonen % 9,2k.

Datu horiek erakusten dute laguntza behar duten emakumeei gizonei baino gehiago laguntzen dietela profesionalak, bai zerbitzu publikoetakoek, bai pribatuetakoek (+5,7 ehuneko-puntu).

**Osasun mentalari** dagokionez, EAEko emakumeen osasun mentalaren indizea 72,4 puntukoa da, eta gizonena 77,5 puntukoa<sup>5</sup>. Horrek esan nahi du genero-aldea -5,1 ehuneko-puntukoa dela. Adierazle horrek bere balioak hobetu ditu 2013ko aurreko osasun-inkestatik, orduan emakumeek 68 puntu baitzituzten eta gizonak 73,7. Osasun mentalaren indizeak behera egiten du adinak gora egin ahala, eta adin-talde guztietan emakumeek gizonak baino balio txikiagoak dituzte.

Depresio- eta antsietate-sintometan neurtutako osasun mentaleko arazoaren prebalentzia handiagoa da emakumeen artean gizonen artean baino. Zehazki, emakumeek gizonak baino +7,2 ehuneko-puntu gehiago ematen diete antsietate- eta depresio-sintomei (% 16,5 emakumeak, % 9,3 gizonak) 2018an, eta, aurreko aldietan ez bezala, beherakada nabarmena izan du: % 32,1ekoa emakumeen artean eta % 40koa gizonen artean, 2013. urtearekin alderatuta. Joera hori adin-talde guztietan antzematen da.

Datu horiei dagokienez, emakumeek **psikofarmakoak** gehiago erabiltzen dituztela ikus daiteke. Hala, emakumeen % 8,5ek eta gizonen % 3,7k adierazi dute lotarako botikak hartu dituztela inkestaren aurreko bi egunetan; emakumeen % 7,4k eta gizonen % 3,8k, berriz, antsietaterako sendagaiak hartu dituztela adierazi dute. Horrela, lo egiteko botiken kontsumoan genero-aldea +4,8 ehuneko-puntukoa da, eta +3,6 ehuneko-puntukoa antsietaterako farmakoen kasuan.

Emakumeen % 3,3k eta gizonen % 2,8k **pentsatu dute noizbait beren buruaz beste egitea**, eta horrek esan nahi du behera egin duela 2013. urtearekin alderatuta; izan ere, emakumeen proportzioa % 5,1ekoa zen, eta gizonena % 3,6koa; gainera, emakumeen eta gizonen % 1,1ek izan du pentsamendu hori azken urtean. Ideia suizidaren prebalentzia aldatu egiten da emakumeen eta gizonen adinaren arabera: bi sexuetan prebalentzia handiena duen adin-tartea 45-64 urtekoa da, baina emakumeen artean 75 urtetik gorakoak eta 15-24 urtekoak datoz atzetik, eta gizonen artean, berriz, 25-44 urtekoak. Beraz, badirudi ideia horiek gehiago agertzen direla emakume gazteenen eta zaharrenen artean adin horretako gizonen artean baino.

Hala ere, izan diren suizidioei buruzko datuen arabera, 2019an EAEn gertatutakoen % 80 gizonenak eta % 20 emakumeenak izan ziren (EUSTAT, 2020). 2016. urteaz geroztik, suizidioen kopuruak behera egin du. 2014an izan zen hamarkada bateko suizidio-tasarik altuenera (186 suizidio).

EAEko **heriotza-tasa** 10 pertsonakoa da 1.000 biztanleko (EUSTAT, 2020). 2019an hildakoen % 50,1 emakumeak izan ziren eta % 49,9 gizonak. Beraz, emakumeen bizi-itxaropenak handiagoa izaten jarraitzen badu ere, ia ez dago alde esanguratsurik hilkortasunean.

Tumoreak eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak dira heriotza-kausa nagusiak EAEn 2019an. Jarraian datoz arnas sistemako gaixotasunak, buruko eta portaeraren trastornoak eta nerbio-sistemako gaixotasunak (EUSTAT, 2020).

<sup>5</sup> 100 puntuko eskala.

Zirkulazio-sistemako gaixotasunak dira heriotza-kausak nagusia emakumeen artean (% 27,2) eta tumoreak gizonen artean (% 35,1). Bestalde, tumoreak dira bigarren heriotza-kausak emakumeen artean (% 23,5) eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak gizonen artean (% 24,9). Horrela, bi patologiak sexu bakoitzeko heriotzen erdia baino gehiago dira.

Emakumeen kasuan, hirugarren heriotza-kausak buru-nahasmenduak eta portaeraren trastornoak dira (% 10,5), eta, ondoren, arnas sistemako gaixotasunak (% 9,3) eta nerbio-sistemako gaixotasunak (% 7,9). Gizonei dagokienez, hirugarren arrazoia arnas sistemako gaixotasunak dira (% 10,7), ondoren nerbio-sistemako gaixotasunak (% 5,1) eta buruko eta portaeraren trastornoak (% 5).

#### 6. taula. Heriotza-kausak EAEn.

Heriotza-kausak (%). 2019.	Emakumeak	Gizonak
Zenbait infekziok eta parasitok eragindako gaixotasunak	1,5	1,4
Tumoreak (neoplasiak)	23,5	35,1
Odoleko eta organo hematopoietikoetako gaixotasunak eta immunitate-mekanismoari erasaten dioten zenbait nahasmendu	0,7	0,4
Gaixotasun endokrinoak, nutrizionalak eta metabolikoak	3,5	2,6
Buruko eta portaeraren nahasmenduak	10,5	5,0
Nerbio-sistemako gaixotasunak	7,9	5,1
Begiko eta begi-ataletako gaixotasunak	-	-
Belarriko eta mastoide apofisiko gaixotasunak	-	-
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak	27,2	24,9
Arnas aparatuko gaixotasunak	9,3	10,7
Digestio-aparatuko gaixotasunak	4,4	4,5
Larruzaleko eta larruzalpeko ehuneko gaixotasunak	0,4	0,2
Sistema osteomuskularreko eta ehun konektiboko gaixotasunak	1,6	0,8
Aparatu genitourinarioko gaixotasunak	3,1	2,6
Haurdunaldia, erditzea eta erdiberriroa	0,0	0,0
Jaiotza inguruko aldiaren sortutako zenbait gaixotasun	0,1	0,1
Sortzetiko malformazioak, deformazioak eta kromosoma-anomalitateak	0,2	0,2
Klinikako zein laborategiko sintoma, zeinu eta aurkikuntza anormalak	3,5	2,0
Hilkortasunaren kanpo-faktoreak	2,5	4,5

Egileek egin, EUSTAten Heriotzen Estatistika oinarri hartuta (2020).

«Hilkortasuna Euskal Autonomia Erkidegoan 2019» txostenaren arabera (Eusko Jaurlaritzak, 2018), emakumeen eta gizonen hilkortasunak behera egin du 2001-2017 aldian; zehazki, 1,6 urte urtean, batez beste, emakumeen kasuan, eta 1,8 urte urtean, batez beste, gizonen kasuan.

Emakumeen kasuan, beherakada heriotza-kausak nagusi gehienetan gertatu da, baina gaixotasun batzuk areagotu egin dira, hala nola trakeako, bronkioetako eta biriketako neoplasia gaiztoa, gaixotasun hipertentsiboak eta pankreako tumore gaiztoa. Gizonen artean ere jaitsi egin dira heriotza-kausak gehienak, baina areagotu egin dira pankreako neoplasia gaiztoa, gibelego tumore gaiztoa eta zahartzaroko eta zahartzaro aurreko buruko nahasmenduak.

2020ko hilkortasun-datuak desberdinak dira, COVID-19aren pandemiaren ondorioz. Heriotza-kopurua handitu egin da, eta heriotza-kausetan aldaketak egon dira. Eustaten "panorama de la salud 2021" txostenaren arabera, urte horretako lehen seihilekoan izandako heriotzak % 13,6 igo ziren aurreko urteko aldi berarekin alderatuta. Horrela, heriotza guztien % 13,7 (1.721) COVID-19ak eragin zituen, eta gaixotasun hori hirugarren heriotza-kausak izan zen, tumoreen eta zirkulazio-sistemako gaixotasunen atzetik. Hilabeterik txarrenea apirila izan zen, COVID-19a hilkortasunaren lehen kausak izan zenean. Gaixotasunak ia berdin eragin zuten emakumeei eta gizonei; adina, berriz, faktore erabakigarria izan zen: heriotzen % 72,5 80 urtetik gorakoek izan zuten, eta % 24,8 60-79 urtekoek.

Jarraian, **bizi-ohiturak** aztertzen dira, eta informazioa ematen da hala osasunerako arrisku-faktoreei buruz (tabako-kontsumoa, alkohola, elikadura-ohiturak, etab.) nola osasun onaren aldeko faktoreei buruz.

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

**Tabako-kontsumoa** gaixotasunaren eta heriotzaren arrisku-faktore garrantzitsua da. Euskal Autonomia Erkidegoko 2018ko Osasun Inkestak (Osasun Saila, 2019) adierazten duenez, emakumeen % 13,5ek eta gizonen % 20,1ek **erretzen** dute normalean, eta horrek esan nahi du generoen arteko aldea -6,6 ehuneko-puntuak dela. Tabakismoa jaisten joan da urteetan zehar (% 22, 2013 eta 2018 artean). Jaitsiera hori handiagoa izan da emakumeetan (% 25,4) gizonetan baino (% 18,6), 65-74 urteko adin-tartean izan ezik, tarte horretan bikoiztu egiten baita emakumeen kontsumoa (% 4,3tik % 8,6ra, 2018an), nahiz eta adin-talde horretan gizonek duten mailara iritsi ez (% 13)

Gizonen tabakismoaren prebalentziak emakumeena gainditzen du adin-talde guztietan; alderik handienak 25-44 urteko eta 75 urteko eta gehiagoko taldeetan ikusten dira, 9 ehuneko-puntu ingurukoak. Emakumeen kasuan, tabako-kontsumoaren proportziorik handiena 45-64 urte bitarteko taldean dago; gizonen kasuan, berriz, adin-tarte goiztiarragoan (25-44 urte)

Tabakoaren kontsumoak azken urtean izan duen bilakaerari dagokionez, erretzaileen kopurua aurreko urtean baino gehiago jaitsi dela ikus daiteke, eta hori nabarmenagoa da emakumeen artean. Hala, 2013an, emakumeen % 15,7k aurreko urtean baino gehiago erretzen zuen; 2018an, berriz, emakumeen % 9,9k. Gizonen kasuan, 2013an % 10,8k adierazi zuen aurreko urtean baino gehiago erretzen zuela; 2018an, berriz, % 9,2k.

Gizonen tabako-kontsumo ohikoak goranzko gradientea ageri du, klase sozial altuenetik (% 12) egoera okerreanean daudenetara iritsi arte (% 30). Emakumeetan ez da eredu argirik ikusten kontsumitzeko ohiturari dagokionez.

**Alkohol-kontsumoari** dagokionez, emakumeen % 10,9k eta gizonen % 17,3k epe luzera osasun-arazoak izateko arrisku handia dute, alkohol-kontsumoa dela eta, eta horrek arriskua dakar -6,4 ehuneko-puntu- emakumeen alde. Epe luzeko alkoholaren kontsumoak % 29 egin du behera 2018an, 2013. urtearekin alderatuta. Beherakada hori nabarmenagoa izan da gizonen artean emakumeen artean baino: emakumeen % 14,5 eta gizonen % 25,5 zeuden arrisku horretan. Adina kontuan hartuta, emakumeen artean 45-64 urte eta 15-24 urte bitartean dago arrisku handiena; gizonen artean, berriz, 65-74 urte eta 45-64 urte bitartean. Izan ere, adin-tarte gazteenean (15-24 urte) izan ezik, gizonek emakumeek baino arrisku handiagoa dute alkohol-kontsumoaren ondoriozko osasun-arazoak izateko.

Azken urteko alkohol-kontsumoaren maiztasunari dagokionez, gizonen artean maiztasun ohikoena egunekoa da (% 20,3), eta ondoren astean behin (% 18,2); emakumeen artean, berriz, ohikoena alkoholik ez edatea da (% 33,4) edo hilean behin baino gutxiagotan edatea (% 16,6). Kontsumitzen hasteko adina batez ere 16-18 urte bitartekoa da, bai emakumeen artean, bai gizonen artean (% 54 emakumeak, % 64,2 gizonak). 16 urte bete aurretik alkohola edaten hasten diren gizonen % 14,1ek hartzen du alkohola, eta emakumeen % 8,9k. Horrela, bigarrenik, emakumeen artean ohikoagoa da 20 urtetik aurrera kontsumitzen hastera (% 21,3), eta gizonen artean, berriz, 16 urtetik aurrera.

**Legez kanpoko drogen kontsumoari** dagokionez, 2017ko Euskadiko Adikzioen Inkestak erakusten du batez ere 25 eta 34 urte bitartekoek kontsumitzen dutela nagusiki, bai emakumeek, bai gizonek, baina ohikoagoa dela gizonen artean. Hala, 25 eta 34 urte bitarteko emakumeen % 2k eta gizonen % 6,3k diote azken urtean legez kanpoko substantziaren bat<sup>6</sup> hartu dutela.

Jarraian, EAEko biztanleen bizi-ohitura osasungarriak aztertuko dira, jarduera fisikoa egiteari eta elikadura osasungarriari dagokienez, garrantzi handia baitute gaixotasun prebalenteen prebentzioan, hala nola muskulu-eskeletikoak, kardiobaskularrak eta onkologikoak. Era berean, ohitura horien kontrako aldeari buruzko informazioa ematen da, osasunerako arrisku-faktoreak baitira.

<sup>6</sup> Kalamua ez dago sartuta.

**Jarduera fisikoa** egiteari dagokionez, 2018ko Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkestaren arabera, emakumeen % 73,5ek eta gizonen % 80,1ek jarduera fisiko osasungarria egiten dute, eta horrek esan nahi du generoen arteko aldea -6,6 ehuneko-puntukoa dela.

Aurreko inkestatik, oro har, gora egin du jarduera fisikoaren prebalentziak; izan ere, 2013an, jarduera fisiko osasungarria egiten zuten emakumeen ehunekoa % 65,2koa zen, eta gizonena % 73,7koa; hala ere, ariketa fisikoa egiten duten gizonen ehunekoa emakumeena baino handiagoa da adin-tarte guztietan, batez ere 65-74 urteko adin-tarteetan (% 72 emakumeak eta % 84 gizonak), eta 75 urte eta gehiagokoen tartean (% 53 emakumeak eta % 73 gizonak).

Emakumeek eta gizonak egiten duten **jarduera fisikoaren mailari** dagokionez, lehenengoek intentsitate ertaineko (+9,7 ehuneko-puntu) edo txikiko (+6,6 ehuneko-puntu) jarduerak egiteko joera handiagoa dute, eta, neurri txikiagoan, intentsitate handiko jarduerak (-16,3 ehuneko-puntu), gizonak nahiago dutena. Hala ere, pixka bat gora egin du 2013tik intentsitate handiko jarduerak egiten dituzten emakumeen kopuruak (+2 ehuneko-puntu).

**7. taula.** Egindako jarduera fisikoaren intentsitate-maila.

Jarduera fisiko maila (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Ertaina	51,8	42,1	9,7
Txikia	26,5	19,9	6,6
Handia	21,7	38,0	-16,3

Egileek egina, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

Emakumeen artean, ariketa fisikoa gradualki murrizten da adinak gora egin ahala: 15-24 urteko emakumeen % 83k eta 75 urte eta gehiagoko emakumeen % 53k praktikatzen du. Jokabide-eredu hori ez da berdina gizonen artean; izan ere, 65-74 urte dituztenen % 84k eta gazteenek (% 86) egiten dute jarduera fisiko osasungarri gehien.

**Ariketa fisikoa ez egiteko arrazoi** nagusiak berdintsuak dira emakumeen eta gizonen artean: lan-arrazoiak edo familia-betebeharrak tarteko denborarik ez izatea (emakumeak % 48,7, gizonak % 50,8), gogorik ez izatea (emakumeak % 26,3, gizonak % 28,4) eta osasun-arazoak (emakumeak % 22, gizonak % 17). Ariketa fisikorik ez egiteko arrazoi bakoitzari lotutako ehunekoaren artean alde handirik ez badago ere, osasun-arazoen pisu handiagoa dute emakumeen artean, eta, neurri txikiagoan, motibazio-falta eta denbora-falta zertxobait gehiago adierazten dute gizonak.

**Elikadura-ohiturak.** OMEk fruta eta barazkien kontsumoa handitzea gomendatzen du, dieta osasungarri baten funtsezko osagaiak direlako. Euskal Autonomia Erkidegoko Osasunari buruzko 2018ko Inkestaren azken datuen arabera, fruta eta barazkien eguneroko kontsumoak % 10 eta % 21 igo dira, hurrenez hurren. Emakumeak gizonak baino gehiago zaintzen dira elikadurari dagokionez. Horrela, fruta, barazki eta arrain gehiago kontsumitzen du (barazkiak +10,2 puntu, frutak +8,7 puntu, arrainak +4,5

puntu), eta haragiak, hestebeteak eta gozoak gutxiago kontsumitzen ditu (haragiak -8,3 puntu, hestebeteak -5,9 puntu, gozoak -1,9 puntu).

**8. taula.** Elikagai mota desberdinen ohiko kontsumoa (egunero, astero).

Elikagaien ohiko kontsumoa (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Egunero			
Barazkietan	37,5	27,3	10,2
Fruta	76,6	67,9	8,7
Astean hiru aldiz edo gehiagoz			
Arraina	38,2	33,7	4,5
Gozokiak	16,7	18,6	-1,9
Hestebeteak	13,9	19,8	-5,9
Haragia	50,5	58,8	-8,3

Egileek egina, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

Datu horiek gizonezkoen artean **gehiegizko pisuaren** ehunekoak handiagoak izatearen arrazoa ulertzen lagunduko lukete. Hala, emakumeen % 27,4k gehiegizko pisua dute, eta gizonen % 40k. Hori ikusita, -12,6 ehuneko-puntu aldea dago emakumeen alde. Aipatu behar da beren altuerarako gorputz-pisu normala baino handiagoa duten pertsonen proportzioak beherakada txiki bat izan duela 2013ko inkestatik, 0,8 ehuneko-puntu jaitsi baita emakumeen artean eta 3 ehuneko-puntu gizonen artean.

Hala ere, ez dago hainbesteko alderik bi sexuen artean **obesitateari** dagokionez: emakumeen % 11,4k eta gizonen % 13,7k obesitatea dute, hau da, -2,3 ehuneko-puntu emakumeen alde. Balio horrek ere beherakada txiki bat izan du oro har, eta hori handiagoa da emakumeen artean (-1,2 ehuneko-puntu emakumeen artean, -0,2 ehuneko-puntu gizonen artean).

Aitzitik, **pisu eskasa** ohikoagoa da emakumeen artean. Hala, emakumeen % 3,3k pisu txikia dute, eta gizonen % 0,8k (+2,5 ehuneko-puntu). Zehazki, emakumeen eta gizonen arteko alderik handiena 15-24 urteko taldean ikusten da (+5,5 ehuneko-puntu), eta neurri txikiagoan, 25-44 urteko taldean (+3,8 ehuneko-puntu).

Emakumeek eta gizonek elikadurarekin duten harremana desberdina da. Hala, gizonek zerbait atsegingarriarekin lotzen dute jatea, baina emakumeen artean, berriz, elementu gatazkatsu batzuk gehiago agertzen dira. Horrela, gizarteak onartutako edertasunaren idealera hurbilduko den gorputza lortzeko eta argaltzeko gehiegizko jarduera fisikoa egiteko autoinposatutako **dietak** eta kontrolak maizago agertzen dira emakumeen artean.

Elikadurarekin dagoen gatazka baten adierazpenik muturrekoena eta patologikoena **elikadura-jokabidearen nahasmenduetan** aurkitzen dugu, besteak beste, anorexia eta bulimia. Nahasmendu horiek gehiago lotzen zaizkie emakumeei eta nerabeei. NEDAK (National Eating Disorders Association) jasotako TCAen prebalentziari buruzko datuen arabera, anorexia garatuko dute emakumeen % 0,9-2,0 eta gizonen % 0,1-0,3 artean,



eta anorexia subklinika, neska nerabeen % 1,1-3,0. Bulimia eta bulimia subklinika garatuko duten emakumeen % 1,1-% 6 eta gizonen % 0,1-% 0,5 artean neska nerabeen % 2,0-5,4n gertatzen da.

Gaur egungo mendebaldeko gizartean, emakumeengan mota horretako osasun-arazoak agertzearekin lotuta dauden hainbat faktore soziokultural daude: ederra eta osasuntsua denaren estereotipo jakina sortzea eta inposatzea (edertasunaren, liraintasunaren, osasunaren eta gaztetasunaren industriak); feminitatearen sorkuntzak eta emakumeek beren gorputzarekin duten harremanak autokontrola dute funtsezko ezaugarri: zaindu egiten dute emakumeek zer jaten duten, nola janzten diren, nola hitz egiten duten, nola esertzen diren, nola ibiltzen diren, zer jarrera duten eta abar; alor profesionalean arrakasta izateko beharrean oinarritutako feminitatearen eredu inposatzetik sortutako eskakizunek eta, aldi berean, emakumearen idealizatutako ereduarekin parekatzeak etengabeko borrokara eramaten du emakumea, etxeko erantzukizunak ordaindutako lanarekin bat egiteko; aurrekoarekin oso lotuta, dena egin dezaketen emakumei buruzko fikzioak sortzea (super-woman); botere eta estatusarekiko lehia berdintasunezko baldintzetan gertatzen delako ustea; ikus-entzunezko komunikabideek markatutako sexualitatea, horietan itxura fisikoa funtsezkoa baita eta horrek emakumeak kontraesan eta frustraziozko jarreran jartzen ditu, eredu lorrezinei, irreali eta kontraesanekoei aurre egin behar baitiete; eta gaztetasunarekiko kultura eta zahartzeko eta hiltzeko beldurra. (Bullen, L eta Pecharrómán, B, 2005).

Osasunarekin lotutako beste ohitura bat **loa** da. Loak eguneroko errendimenduan eta jarduera fisiko eta mentalean du eragina. Euskal Autonomia Erkidegoko 2018ko Osasun Inkestaren arabera, emakume gehiagok gizonak baino ordu gutxiago lo egiten dute; hala, 7 ordu edo gehiago lo egiten duten emakumeak % 77,1 dira, eta gizonak, berriz, % 81,9 (-4,8 ehuneko-puntu). Emakumeen % 22,8k eta gizonen % 18k 5 eta 6 ordu bitartean egiten dute lo (+4,8 ehuneko-puntu), eta sexu bakoitzaren % 0,1ek 5 ordu baino gutxiago egiten dute lo.

**Sexualitatearekin** lotutako prebentzio-praktikarik ezak edo horiek gaizki erabiltzeak osasun-arazoak eragin ditzake, hala nola GIB/HIESak eragindako infekzioa, sexu-transmisioko gaixotasunak (STG) edo nahi ez den haurdunaldiaren borondatezko etendura (HBE).

Gazteen Euskal Behatokiaren «Euskadiko gazteak 2016» txostenak erakusten duenez, sexu-esperientzia duten gazteen % 15,2k **sexu-harreman arriskutsuren** bat izan dute galdera egin aurreko urtean: zehazki, % 13,2k adierazten dute sexu-harremanen bat izan duela nahi gabeko haurdunaldia izateko arriskuarekin edo STG bat hartzeko arriskuarekin, eta % 2k adierazten dute praktikaren bat egin duela STGen bat hartzeko arriskuarekin, baina ez haurdun gelditzeko arriskuarekin.

Arriskuko sexu-harremanak zertxobait zabaldua daude mutilen artean; hala, sexu-esperientzia duten nesken % 13,4k eta mutilen % 16,9k adierazi dute arrisku-harremanen bat izan dutela azken urtean (-3,5 ehuneko-puntu), eta arrisku-praktikak dituzten pertsonen ehunekoa murriztu egiten da adinak gora egin ahala.

Espainiako Kontrazepzio Elkartearen 2020ko Espainiako antisorgailuari buruzko Inkestaren arabera (Estatuko datuak), adin ugalkorrean dauden emakumeen % 61,4k ez dute inoiz sexu-harremanik **antisorgailurik** erabili gabe; aldiz, % 21,3k adierazten dute nahiko maiz izaten dituela harremanak babes-neurririk gabe (% 15,8k ia inoiz ez dute harremanik antisorgailurik gabe). Emakumeek gehien erabiltzen duten metodoa preserbatiboa da, eta ondoren pilula antisorgailua. Emakumeen % 38,4k adierazi dute noizbait jo dutela biharamuneko pilulara.

**Haurdunaldiaren Borondatezko Eteteari (HBE)** dagokionez, 2018an 3.717 haurdunaldi-etendaldi egin dira, 2017an baino 177 HBE gehiago. Guztizkoaren % 95,7 EAEn bizi diren emakumeei dagokie. Haurdunaldia eten duten emakumeen adina aztertzean ikus daitekeenez, ohikoagoak dira 20 eta 39 urte bitartekoen artean (guztizkoaren % 82,1), baina 15 urtetik beherako 7 adingabek ere eskatu dute haurdunaldia etetea, baita 20 urtetik beherako 318 adingabek/gaztek ere. Halaber, 44 urtetik gorako 27 emakumek eten dute haurdunaldia beren borondatez (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2016)<sup>7</sup>.

Segmentu ugariena bikotekidearekin bizi diren emakumeak dira (% 40,6); % 25,5ek goi-mailako ikasketak dituzte, eta % 35,7k, berriz, Batxilergoa edo Lanbide Heziketa. Haurdunaren osasun-arrisku larriak eragindako etenak guztizkoaren % 1,5 dira; fetuaren anomaliagatiko arrisku larriek % 0,8 eragiten dituzte; eta bizitzarekin bateraezinak diren anomaliak eten horien % 4,1. Halaber, emakume haurdunak eskatuta egiten dira borondatezko etete gehien (kasuen % 93,6).

**GIB** birusari dagokionez, 2019an 147 kasu berri diagnostikatu ziren EAEn, hau da, 100.000 biztanleko tasa 7,72 da. Kasuen % 83 gizonak ziren, eta % 17, emakumeak. Kasuen % 57,8 harreman homosexualen bidez gertatu ziren, % 38,8 harreman heterosexualen bidez, % 2,7 drogak bide parenteraletik kontsumitzearen bidez eta % 0,7 transmisio-bide ezezagunez (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2020).

Osasunean erabakigarria den beste faktore bat **laguntza soziala**, afektiboa edo konfidentziala da, hau da, ezegonkortasun psikikoa, ahultasun fisikoa edo ahultasun pertsonal edo soziala dagoenean laguntza emateko prest dauden pertsonen sarea. Euskal Autonomia Erkidegoko 2018ko Osasun Inkestaren arabera, isilpeko gizarte-laguntzaren batezbestekoa, hau da, komunikatzeko pertsonak izateko aukera, antzekoa da bi sexuetan (30,5 puntu emakumeek eta 30,7 puntu gizonek)<sup>8</sup>. Era berean, ez dago alde

<sup>7</sup> Horri buruzko informazio gehiago aurkituko duzu gida honetako atal honetan: Emakumeentzako osasun-zerbitzu eta -programa espezifikokoak. Ugalketa-osasuna.

<sup>8</sup> Duke eskalaren arabera, babes sozial konfidentzialaren faltatzat jotzen da <= 21 puntuazioa.

nabarmenik laguntza afektiboaren batezbestekoari edo maitasun-, afektu- eta enpatia-erakustaldiei dagokienez (17,7 puntu emakumeek, eta 17,8 puntu gizonek)<sup>9</sup>.

Babes sozial konfidentzialik ez duten pertsonen prebalentzia handiagoa da emakumeen artean; hala, emakumeen % 5,7k eta gizonen % 4,3k ez dute norekin komunikatu (+1,4 ehuneko-puntu). Neurri txikiagoan, gizarte-babes afektiborik ez duten emakumeen prebalentzia ere zertxobait handiagoa da (% 4,5 emakumeak eta % 4,3 gizonak).

Bai emakumeen artean, bai gizonen artean, ikusten da murriztu egin dela babes sozial konfidentzialaren eta afektiboaren falta, 2013ko aurretiko osasun-inkestarekin alderatuta, adin guztietan, eta are gehiago adin handiagoko taldeetan.

### **Emakumeen presentzia EAEko osasun-lanbideetan**

Osasun-jardueren adarrak 62.078 pertsonari ematen die lana, hau da, EAEko enpleguen % 6,7ri, «Osasunaren 2021eko panoramak» erakusten duenez. Pertsona horietako gehienek (% 55) ospitale-jardueretan lan egiten dute, eta % 75 emakumeak dira.

Osasun-laguntzarako dauden giza baliabideen arazoia ematen duen elkargokide diren profesionalen kopuruak adierazten du erizaintzako langileak direla kolektibo ugarienak (16.826), eta ondoren medikuntza (12.045), farmazia (3.196), fisioterapia (2.887), odontologia (1.856) eta psikologia (1.849). Giza baliabide guztietan, emakumeak dira nagusi, batez ere erizainen kasuan (% 90). Konparazioz, Euskal Autonomia Erkidegoa jardunean dauden medikuntzako profesionalen tasa altuenen artean dago (5,5 1.000 biztanleko), baita erizain eta erizainen tasen artean ere (7,7 1.000 biztanleko).

Feminizazio hori Osasun Zientzietako unibertsitate-ikasketetara hedatzen da. 2018/2019 ikasturtean, emakumeak psikologian graduatutako pertsonen % 86 izan ziren, % 85 erizaintzan, % 78 farmazian eta % 71 medikuntzan.

<sup>9</sup> Duke eskalaren arabera, <= 12 puntu jotzen da babes sozial afektiboaren faltatzat.

## 2.2. BALIABIDEAK ESKURATZEKO DESBERDINTASUNAK

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

Solar, Irwin eta Navarriori jarraituz, bi elementu nagusi identifikatzen dira emakumeen eta gizonen artean osasunean dauden desberdintasunen kausak azaltzeko: egiturazko faktoreak eta tarteko faktoreak. Lehenengoak testuinguru sozioekonomikoak, politikoak eta egitura sozialaz osatuta daude. Egitura sozialak berdintasun ezak ekartzen ditu bitarteko faktoreetan, eta horiek, aldi berean, osasun arloko berdintasun ezak zehazten dituzte. Faktore horien artean daude baliabide materialak eta osasun-sistema (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2015).

### **Baliabide materialak**

Hauek hartzen dira baliabide material gisa: enplegu- eta lan-baldintzak; ordaindu gabeko lan-karga; diru-sarreren maila eta egoera ekonomikoa eta ondare-egoera; etxebizitzaren eta ekipamenduen kalitatea; bizilekua den auzo edo eremua eta bertako ezaugarriak. Baliabide horiek eragina dute kontrolik eza, gizarte-babesa eta estres-egoerak bezalako prozesu psikosozialetan, bai eta osasunari eragiten dioten jokabideetan ere (Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, 2015).

Jarraian, baliabide horietako bakoitzean emakumeek eta gizonek duten egoera aztertzen da.

**Enplegu- eta lan-baldintzak** erabakigarria dira osasuneko gizarte-desberdintasunetarako. Lan ordainduak osasuna izateko eta mantentzeko, eta pertsonen egitura psikiko eta sozialak osatzeko eta antolatzeko ezinbestekoak diren baliabide material eta sinbolikoetarako sarbidea ematen du. Langabeziak eta lan prekarioak, berriz, pertsonen osasuna arriskuan jartzen dute. Langabeziak, bere izaeragatik, baliabide horiek eskuratzea eragozten du; baina ordaindutako lanak, berez, ez du beti bermatzen. Ildo horretan, azken hamarkadetan enplegu modu atipikoak agertu eta finkatu izanak ere erakutsi du eragin negatiboa duela langileen osasunean, lan estandarrarekin alderatuta – mugagabea, lanaldi osokoa eta zenbait lan-eskubideren mende dagoena –. Enplegu-modu atipikotzat hartzen ditugu hainbat ezaugarriengatik (behin-behinekotasuna, soldata txikiak, lan-eskubiderik eza, etab.) ezegonkortasuna eta prekaritate sozio-laborala eragiten duten lanak (OSEKI-Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud, M. Utzet eta E. Valero-Prerecaridad laboral, desempleo y salud).

EINen Biztanleria Aktiboaren Inkestak erakusten du 2020ko azken hiruhilekoan<sup>10</sup> emakumeen langabezia-tasa gizonena baino +2,71 ehuneko-puntu handiagoa dela EAEn. Hala, emakumeen langabezia-tasa % 11,3koa

<sup>10</sup> COVID-19ak eragindako egoera ekonomikoaren testuingurua hartu behar da kontuan 2020. urteko enpleguari buruzko datuak interpretatzeko orduan.

da, eta gizonena, berriz, % 8,64koa. Adinari dagokionez, langabezia-tasa handienak 25 urtetik beherako biztanleria aktiboan ikusten dira, batez ere emakumeen artean.

EAEko **atzeritarren** langabezia-tasa nabarmen handiagoa da, batez ere emakumeen artean, horien langabezia-tasa osoa bikoizten baitu. Horrela, emakumeen % 24,1era eta gizonen % 12,5era igo da.

**Desgaitasunen bat duten pertsonen** dagokienez, Estatuko datuen arabera, 2019ko langabezia-tasa % 24,6koa da emakumeen artean eta % 23,4koa gizonen artean; horrek esan nahi du +1,2 ehuneko-puntuko langabezia-tasa dagoela emakumeen artean (INE, 2020).

Langabeziaren eta osasunaren arteko lotura aztertzen duten ikerketa ugari daude. Horrela, langabeziak zerikusia du edozein arrazoiengatik hilkortasun orokorraren igoerarekin, batez ere gizonen artean<sup>11</sup>, eta gaixotasun kardiobaskularren eta alkohol-kontsumoarekin lotutako gaixotasunen ondorioz. Frogatu da langabeziaren hazkunde azkar eta nabarmena lotuta dagoela lan egiteko adinean dauden gizonen suizidio-tasaren igoerarekin<sup>12</sup>. Era berean, azterlan ugari erakusten dute langabeen artean osasun okerragoa hautematen dela<sup>13</sup>. Langabeziak hautemandako osasunean duen eragina sexuaren, adinaren, hezkuntza-mailaren, etxeko errenta-mailaren eta abarren arabera aldatzen da.

EAEko soldatapeko biztanleen **lan-baldintzei** dagokienez (2020ko azken hiruhilekoa), emakumeen % 74k eta gizonen % 80,8k kontratu mugagabea dute; horrek esan nahi du generoen arteko aldea -6,8 ehuneko-puntukoa dela.

Desgaitasuna duten pertsonen artean, distantzia hori -4,8 ehuneko-puntura jaisten da (2019ko Estatuko datuak), eta lan-kontratu mugagabea dute emakumeen % 70,4k eta gizonen % 75,2k (INE, 2020).

Lanaldi osoko kontratuak askoz ohikoagoak dira gizonen artean. Horrela, EAEko emakumeen % 73,8k eta gizonen % 93,8k lanaldi osoko lana dute, eta emakumeen eta gizonen arteko aldea -20 ehuneko-puntukoa da (INE, 2020).

Desgaitasuna duten pertsonen artean, emakumeek ere lanaldi osoko gizonek baino gutxiago egiten dute lan (-12,1 ehuneko-puntu), eta lanaldi osoko kontratuak dituzte emakumeen % 75,7k eta gizonen % 87,8k.

EAE 2020an **erregistratutako kontratuei** erreparatuta<sup>14</sup> (Lanbide, 2021), % 49,4 emakumeei dagokie. Kontratatutako pertsonen % 17,6k atzerriko

<sup>11</sup> Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med [Internet]. 2011;72(6):840–54. Helbide honetan eskura daiteke:

Herbig B, Dragano N, Angerer P. Health in the Long-Term Unemployed. Dtsch Arzteblatt Online [Internet]. 2013;110(23–24):413–9. Helbide honetan eskura daiteke:

<sup>12</sup> Krisi ekonomikoek osasun publikoan duten eragina eta erantzun politiko alternatiboak Europan: analisi empirikoa

<sup>13</sup> How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects

<sup>14</sup> COVID-19ak eragindako egoera ekonomikoaren testuingurua hartu behar da kontuan 2020. urteko enpleguari buruzko datuak interpretatzeko orduan.

nazionalitatea dute, eta ehuneko hori iazkoa baino handiagoa da. Kontratu gehienak aldi baterakoak dira (% 91,5), eta mugagabeak, berriz, % 8,5. Lehen aldiz, emakumeen aldeko alde txiki bat ikusten da kontratu mugagabeen artean: emakumeen % 8,5ek eta gizonen % 8,4k kontratu mugagabea sinatu dute. Erregistratutako kontratuen % 38,2 lanaldi partzialekoak dira, erdia baino gehiago emakumeen kasuan (% 51,1) eta 4tik 1 baino gehiago gizonen kasuan (% 25,6).

Horrek guztiak eragin zuzena du emakumeen urteko diru-sarreretan, eta zaildu egiten du emakumeek eta gizonen etxeko lanetan eta zaintza-lanetan berdintasunez parte hartzea; izan ere, emakumeek denbora gehiago dute ordaindutako lan-ordutegitik kanpo, eta horrek egoera zailagoan jartzen ditu familia- eta bikote-harreman bidezkoagoa eta berdinzaleagoa negoziatzeko orduan.

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

Lan-egoeraz gain, etxeko lanen ondoriozko lan-kargak eta familia zaintzeko eskakizunek eragina dute emakumeen osasun-egoeraren aldakortasunean.

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

Emakumeek batez beste denbora gehiago ematen dute egunero **etxeko lanetan** eta **haurren zaintzan**. Denbora Aurrekontuen Inkestaren arabera (EUSTAT, 2019), EAEko emakumeek gizonen baino 71 minutu gehiago ematen dituzte eguneko lanetan, eta 24 minutu gehiago haurrak zaintzen. Zehazki, emakumeek 3 ordu eta 6 minutu ematen dituzte batez beste etxeko lanetan; gizonen, berriz, 1 ordu eta 55 minutu, eta 1 ordu eta 45 minutu ematen dituzte batez beste haurren zaintzan; gizonen, berriz, 1 ordu eta 21 minutu. Laburbilduz, etxeko lanak eta haurren zaintza kontuan hartuta, emakumeek batez beste gizonen baino ordu 1 eta 35 minutu gehiago ematen dituzte egunero etxeko eremu pribatuan eta haurren zaintzan. Horrek guztiak eskura dagoen denbora libreaz gozatzea dakar, eta bizitza profesionala, familiakoa eta lanekoa uztartzea zailtzen du.

OSEKIn MOSQUERA, I. (2019) Trabajo Doméstico y de Cuidados, y Salud en el trabajo reproductiva erakundeak argitaratutako artikulua arabera, zaintzak ematea da gehien aztertu den esparrua, osasunean dituen ondorioei dagokienez. Ikerketa ugari erakutsi dute zaintzak eragina duela pertsonen osasunean eta ongizatean, zaintza motaren arabera. Adingabeen zaintzari dagokionez, gehien aztertu den ondorioetako bat zaintza-lanen ondoriozko nekea da (8, 9), bai eta ordaindutako enplegu bati uko egiteak edo lanaldia murrizteak dakartzan lan-kostuak ere (5, 8), horrek osasunean dituen ondorioekin.

Mendekotasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari dagokionez, azterlanek adinekoak zaintzearen ondorioak aztertzen dituzte funtsean. Gehien deskribatutako inpaktua zaintzailearen gainkarga da, zaintzeak zaintzailearen egoera fisikoan, psikologikoan, emozionalean, sozialean eta ekonomikoan eragin negatiboa duela adierazten baitu (10, 11, 12). Gainera, adinekoen zaintzaileek aitortzen dute beren ongizateak okerrera egin duela (13, 14), familia-harremanetan eta -egituran aldaketak izan direla (15, 16), lan-partaidetza txikiagoa izan dela (13, 17) eta gizartean isolatuta sentitu direla (18, 19). Zaintzen dutenek osasun mental, emozional (20, 21) eta fisiko (14, 20) okerragoa dute zaintzaile ez direnek baino, eta eragin desberdina dute emakumeen eta gizonengan (22, 23).

### **Diru-sarrerren maila:**

Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) txosten baten arabera, pobrezia, diru-sarrera txikiekin lotzeaz gain, «Oinarizko giza gaitasun batzuk ahultzen ditu, osasunarekin lotutakoak barne».

Emakumeen eta gizonen diru-sarrera ekonomikoei buruzko datuek batzuen eta besteen arteko alde handiak erakusten dituzte.

EUSTATen Errenta Pertsonalaren eta Familiaren Estatistikak (2020) adierazten duen bezala, EAEko emakumeen **batez besteko errenta pertsonala** 16.416 eurokoa da 2018an, eta gizonena, beriz, 26.930 eurokoa. Horrek esan nahi du emakumeek, batez beste, gizonek baino 10.514 euro gutxiago jasotzen dituztela urtero, hau da, % 39ko aldea. Adinaren arabera, alderik handiena 65 eta 69 urte artekoa da; izan ere, gizonen errenta 15.380 euro handiagoa da emakumeena baino.

Soldatapeko eta antzeko biztanleen batez besteko **ordainsaria** 1.292 euro garbikoa da emakumeen kasuan, eta 1.647 euro garbikoa gizonen kasuan; horrek esan nahi du generoaren araberrako soldata-arrakala 355 eurokoa dela. Ordainsari altuena 45 eta 65 urteko gizonen artean erregistratu zen. Hala ere, alderik handiena 30 eta 44 urte bitartekoen artean ikusten da, emakumeen eta gizonen arteko soldata-arrakala % 23koa baita (EUSTAT, 2019)<sup>15</sup>.

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

Baldintza egokiak betetzen dituen etxebizitza edukitzea osasun fisiko eta mentalerako aurrebaldintza da. Berdintasun ezaren arazo guztietan bezala, etxebizitza egokiaren faltak eragin handiagoa du kolektibo ahulenen artean. Etxebizitzaren arazoak gure ingurunean batez ere gazteei, migratzaileei eta adinekoei eragiten die, bai eta egoera sozioekonomiko ahulenean dauden kolektiboek ere, hala nola desgaitasunen bat dutenei edo langabezia daudenei.

Arazo horren azterketa tradizionalak ez du genero-ikuspegia txertatu. Boschen (2006) arabera, etxebizitzaren arazoa (etxebizitza izateko eskubidea edo horretarako baldintzak emakumeen kasuan) talde hauetan finkatuta

<sup>15</sup> EUSTATen 2019ko berdintasun-txostenetik atera da.

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

Euskal Autonomia Erkidegoko Osasunari buruzko 2018ko Inkestak (Osasun Saila, 2019) etxebizitzarekin zerikusia duten zenbait adierazle jaso ditu osasunaren mugatzaileen artean; besteak beste, kanpoko zarataren eta usain txarren arazoak eta edateko uraren kalitatea.

Etxebizitzaren kanpoko baldintzatzaile horiei dagokienez, emakumeen eta gizonen puntuazioak nahiko antzekoak dira. Hala, beren etxebizitzan kanpoko **usain txarreko** arazoak dituztela dioten emakumeen ehunekoa gizonena baino zertxobait handiagoa da (+0,8 ehuneko-puntu); aldiz, kanpoko **zarata**-arazoak ez dira gizonenak bezain ohikoak (-1,7 ehuneko-puntu). **Edateko uraren kalitateari** dagokionez, ia ez dago alde esanguratsurik.

**9. taula.** Etxebizitzaren inguruaren egoera.

Etxebizitzaren egoera (%) 2018.	Emakumeak			Gizonak		
	Ezer ez	Zertxobait	Asko	Ezer ez	Zertxobait	Asko
Kanpoko zarata	79,7	16,2	4,2	77,9	17,5	4,6
Kanpoko usain txarrak	91,6	6,2	2,2	92,4	6,3	1,3
Kontsumorako uraren kalitatea	97,6	1,8	0,5	97,4	2,0	0,6

Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

Inkesta horrek beste datu interesgarri batzuk ere eman ditu: etxebizitza tenperatura egokian mantendu dezakeen biztanleriaren ehunekoa edo itogin, hezetasun edo usteltasun arazoak dituenak. Hala, emakumeen % 6,5ek zailtasunak dituzte etxea tenperatura egokian mantentzeko, eta gizonen % 5ek (+1,5 ehuneko-puntu). Azkenik, emakumeen % 8,2k eta gizonen % 7,8k hezetasun, itogin edo usteltasun arazoak dituzte etxean.

### **Osasun-sistema**

Osasun-zerbitzuak gutxiago eskuratzeak eta horien kalitatea txikiagoa izateak eragina izan dezakete osasun- eta ongizate-arazoaren intzidentzian eta ondorioetan. Baliabide horiek bitan banatu dira dokumentu honetan: herritar guztiei zuzendutako osasun-zerbitzuak eta -programak (prebentzio-praktikak, mediku-kontsultak, larrialdiak eta ospitalizazioak) eta emakumeei zuzendutako berriazko zerbitzuak eta programak (ugalketa-osasuna, bularreko eta zerbixeko minbiziaren prebentzioa, emakumeen aurkako indarkeria).



## 1. Biztanle guztiarentzako osasun-zerbitzu eta -programak

Euskal Autonomia Erkidegoko 2018ko Osasun Inkestaren arabera (Osasun Saila, 2019)<sup>16</sup> emakumeen % 90,5ek eta gizonen % 92,9k adierazi dute **osasun-zerbitzuekiko gogobetetasuna**; horien gaineko balorazioa 1,1 ehuneko-puntu igo da emakumeen artean eta 2,2 ehuneko-puntu gizonen artean, 2013ko aurretiko inkestatik.

**Osasun-premiak asebetetzeari dagokionez**, emakumeek gizonek baino gutxiago uste dute behar guztiak asetzen direla (-5,4 ehuneko-puntu). Aitzitik, horiek baino gehiago adierazten dute horietako asko estaltzen direla (+4,2 ehuneko-puntu) edo guztiak ez direla estaltzen (+1,3 ehuneko-puntu).

### Praktika prebentiboak:

EAEko emakumeek gizonek baino zertxobait gehiago egiten dituzte prebentzio-praktikak, hala nola urtero gripearen aurkako txertoa hartzea (+3,2 ehuneko-puntu), kolesterola neurtzea (+2,3 ehuneko-puntu), tentsio arteriala hartzea (+2,1 ehuneko-puntu) eta odoleko azukrea neurtzea (+1,3 ehuneko-puntu)<sup>17</sup>. Hala ere, adinak gora egin ahala, gora egiten du praktika horiek egiten dituzten gizonen kopuruak; hala, adibidez, gripearen aurkako txertoa jartzea eta azukrea odoletan neurtzea ohikoagoa da 65 urtetik gorako gizonen artean, adin horretako emakumeen artean baino.

**10. taula.** Azken 12 hilabeteetako prebentzio-jardueren prebalentzia.

Praktika prebentiboak (%). 2018.	Gripearen txertoa		Tentsio arteriala neurtzea		Kolesterola neurtzea		Odoleko azukrea neurtzea	
	E	G	E	G	E	G	E	G
Guztira	25,2	22,0	69,6	67,5	67,2	64,9	66,1	64,8
15-24 urte	1,6	3,3	39,0	36,7	25,5	27,3	27,6	27,7
25-44 urte	6,6	5,9	63,0	58,7	59,0	55,0	57,2	56,5
45-64 urte	14,1	13,1	68,4	71,9	69,3	70,1	68,1	68,9
65-74 urte	55,4	58,1	84,4	85,5	83,8	87,8	82,9	86,2
75 urte edo gehiago	76,7	82,2	91,8	91,0	90,3	90,0	89,1	89,9

Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

### Kontsulta medikoak:

EAEko emakumeen % 13,5ek eta gizonen % 10,4k medikuntza orokorreko edo pediatriako kontsultaren bat egin dute 2018ko Osasun Inkesta egin aurreko 14 egunetan (+3,1 ehuneko-puntu emakumeek).

Oro har, emakumeak gehiagotan joaten dira urtean kontsulta medikoetara; gizonek, berriz, inoiz ez joateko joera izaten dute, edo urtean 1-2 aldiz joaten dira.

<sup>16</sup> 1. atalean aurkeztutako datuak. Herritar guztiei zuzendutako osasun-zerbitzuak eta -programak inkesta honetatik datoz.

<sup>17</sup> Azken 12 hilabeteetan prebentzio-jardura horiek egin dituzten pertsonen prebalentzia.

**11. taula.** Azken 12 hilabeteetan izandako kontsulta kopurua.

Zenbat kontsultatara joan den (%). 2018.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
3-9 aldiz	44,1	36,2	7,9
10 aldiz eta gehiagotan	9,8	7,1	2,7
1-2 aldiz	30,6	32,3	-1,7
Behin ere ez	15,5	24,4	-8,9

Egileek egina, Euskal Autonomia Erkidegoak Osasunari buruz egindako 2018ko inkestan (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) oinarrituta.

**Larrialdiak eta ospitalizazioak:**

Inkesta egin aurreko 6 hilabeteetan, emakumeen % 17,9k eta gizonen % 16,1ek larrialdietako zerbitzuetan jaso dute arreta (+1,8 ehuneko-puntu emakumeek). Bi sexuetan, gehien erabiltzen dituzten pertsonak zaharrenak (75 urte edo gehiago) eta gazteenak (0-14 urte) dira.

Ospitalizazioei dagokienez, EAEko emakumeen % 7,4 eta gizonen % 7,1 ospitaleratu dituzte inkesta egin aurreko 12 hilabeteetan. Ospitalizazioen prebalentziak gora egiten du 65 urtetik aurrera. 25-44 urteko emakumeen artean, ospitalizazioek gora egin dute, ziurrenik, amatasunarekin lotuta. Emakumeen % 5,9 eta gizonen % 5,6 eguneko ospitalean artatu dituzte aurreko 12 hilabeteetan. Eguneko ospitalearen erabilerak gora egiten du adinarekin.

Oro har, badirudi emakumeek gizonek baino zertxobait gehiago erabiltzen dituztela osasun-baliabide asistentzialak, eta hori osasun-arazo kronikoen edo desgaitasun-egoeren prebalentzia handiagoarekin lotu daiteke (+1 ehuneko-puntu arazo kronikoetan eta +2,2 ehuneko-puntu desgaitasunean).

**Osasun-zerbitzu ez-presentzialak (Osarean)**

Osakidetzako informazioaren eta komunikazioaren teknologia berriak (IKT) direla-eta, biztanleen ezagutza desberdina da, zerbitzu motaren arabera. Ezagunena Osakidetzaren webgunearen bidezko aurretiazko hitzorduaren eskaera da, emakumeen % 72k eta gizonen % 67k eskatzen dutena, eta ondoren medikuari edo erizainari posta elektronikoz egindako kontsulta, % 65ek eta % 59k, hurrenez hurren; gutxien ezagutzen dena osasun elektronikoko karpeta da. Emakumeen zerbitzu guztiak hobeto ezagutzen dira.

Osakidetzaren webgunearen bidezko aurretiazko hitzorduaren eskaerari dagokionez, ezagutzan bezala, zerbitzuaren erabileraren ehunekoa handiagoa da. Hala erabiltzen dute emakumeen % 40k eta gizonen % 32k. Beste muturrean, emakumeen % 4k eta gizonen % 3k baino ez dute erabili osasun elektronikoko karpeta. Emakumeek gehiago erabiltzen dituzte zerbitzu guztiak.

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

### 2.1. Ugalketa-osasuna

#### Biharamuneko pilula:

2008an, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila biharamuneko pilula doan ematen hasi zen, baina beti medikuaren agindupean, lehen mailako arretako zentroen bidez, etengabeko arretako guneen bidez eta, salbuespen gisa, ospitaleko larrialdietan. 2009ko irailetik aurrera, koito ondoko pilula edo biharamuneko pilula mediku-errezetarik gabe eros daiteke Estatu osoko farmazietan.

Espainiako Antikontzepzio Elkartearen 2020rako Espainiako Antikontzepzio Inkestaren arabera, adin ugalkorrean dauden emakumeen % 38,4k adierazten dute noizbait biharamuneko pilula erabili duela (estatuko datuak). Noiz edo noiz, erabilera % 40tik gorakoa da 20 eta 39 urte bitarteko emakumeen artean, eta adin-tarte handiena 25-29 urtekoa da (% 56,1). Neurri hori hartu duten emakumeen % 30,2k adierazi dute ez duela antisorgailurik erabili ohi, eta erabiltzen dutenen artean, berriz, preserbatiboa erabiltzen duten emakumeen artean hartu da maizago.

#### Haurdunaldia borondatez etetea (HBE):

Osasun Ministerioaren datuen arabera (2020), 2019an 3.764 haurdunaldiaren borondatezko etenaldi egin ziren EAEn. Beraz, HBEren tasa 10,47 esku-hartzekoa da 1.000 emakumeko; horrek adierazten du EAEko 1.000 emakumetik 10ek baino gehiagok egin dutela prozedura hori 2019an. EAEko HBE tasak 2015ean hasitako goranzko joera txiki bat erakusten du, urte horretan 9,57/1000 izan baitzen. Adinari erreparatuta, haurdunaldia eteteko ebakuntza gehienak 25-29 urtekoen artean egiten dira (% 21,9), ondoren 20-24 urtekoen artean (% 21,1) eta 30-34 urtekoen artean (% 20,7). 20 eta 39 urte bitartean egindako HBEak esku-hartze guztien % 82,2 dira.

**12. taula.** Haurdunaldiaren borondatezko etenak EAEn, adin-taldeen arabera.

HBE, adinaren arabera. 2019.	Guztira	%
15 urte baino gutxiago	10	0,3
15-19 urte	331	8,8
20-24 urte	795	21,1
25-29 urte	824	21,9
30-34 urte	778	20,7
35-39 urte	696	18,5
40-44 urte	297	7,9
44 urtetik gora	33	0,9
Guztira	3.764	100

Egileek egin, «Haurdunaldiaren Borondatezko Etetea. 2019ko behin betiko datuak» Osasun Ministerioaren txostena (2020) oinarri hartuta.

2019an HBE bat egin zuten emakumeen % 43,9k ez zuten metodo antisorgailurik erabili ohi, eta horietako batzuek bai, hesi-metodoak ziren ohikoenak (% 31,5). 20 urtetik beherako emakumeen artean, erdiak baino zertxobait gutxiagok ez zuen prebentzio-neurririk erabiltzen (% 47,5).

#### **Erditzeak:**

2019an 15.418 jaiotza izan ziren EAEn (% 48,7 neskek eta % 51,3 mutilak); hau da, 7 jaiotza 1.000 biztanleko<sup>18</sup>. 2008. urteaz geroztik, jaiotza-tasa 9,9/1.000 izan zen. 30 eta 40 urte bitarteko emakumeak jaiotza guztien % 73,4 dira (EUSTAT, 2020).

Erditzeen maturitatea eta normaltasuna kontuan hartuta, % 94 erditzeak garaiko haurdunaldikoak izan ziren eta % 6 goiztiarrak; % 86,2 normalak izan ziren, eta % 13,8 distozikoak<sup>19</sup> (EUSTAT, 2020).

Euskal Autonomia Erkidegoko 2018ko Arreta espezializatuaren Estatistikaren arabera, zesareen indizea 13,4 da 100 erditzeko<sup>20</sup>. Horrela, zesareen tasarik baxuena duten autonomia-erkidegoen buruan dago oraindik EAE. Zesarea-tasa jardun onen adierazletzat jotzen da: haurdunaldia ondo kontrolatu dela eta erditzean behar bezalako laguntza jaso dela esan nahi du. Izan ere, OMEk zesarea bidezko jaiotzen % 15 ez gainditzea gomendatzen du.

## **2.2. Minbizia prebenitzearekin erlazionatutako baliabideak**

### **Tifietako Minbizia Goiz Detektatzeko Programa:**

EAEko bularreko minbiziaren aurkako borroka Bularreko Minbiziaren detekzio Goiztiarreko Programa jasotzen du. Programa horren helburua diagnostiko azkarra egitea da, kaltetutako emakumeen hilkortasuna murrizteko eta bizikaltatea handitzeko, tratamendu kirurgiko kontserbatzaile gehiago eginez, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak azaldu bezala. 50 eta 69 urte bitarteko emakumeei edo lehen mailako bularreko minbiziaren familia-aurrekariak dituzten 40 eta 49 urte bitarteko emakumeei zuzenduta dago, eta bi urtez behin mamografiak egitean datza.

2018ko Euskadiko Osasun Inkestaren arabera, 50 eta 69 urte bitarteko emakumeen % 94k jaso dute programaren gutuna. % 86,5 joan dira proba egitera hitzordu guztietan; % 7,6 joan dira baina ez hitzordu guztietan; eta % 5,9 ez dira inoiz joan. Datu horiek 2013ko inkestakoekin alderatuta, mamografia egitera inoiz joan ez diren pertsonen kopuruak behera egin duela ikus daiteke (-1,7 ehuneko-puntu).

### **Umetoki-lepoko minbizia detektatzeko baheketa programa:**

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren arabera, umetokiaren lepoan eragiten du zerbixeko minbiziak, eta horren kausa nagusia Giza Papilomabirusa (GPB) da, sexu-harremanen bidez transmititzen dena. GPBa transmisio sexualeko

<sup>18</sup> Bizirik dauden jaiotzak. Behin-behineko datuak EUSTATen jaiotza-estatistika.

<sup>19</sup> Esku-hartze medikoa eskatzen duen egoera edo konplikazioen bat duten erditzeak.

<sup>20</sup> Óspitale publikoetako zesareen indizea.

infekziorik ohikoena da: emakume gehienek infekzio iragankor bat dute, eta infekzio hori erabat ezabatzen da. Hala ere, infekzioa denboran zehar (10 urte baino gehiago) mantentzen den kasuen ehuneko txiki batean (% 10-15), umetoki-lepoko zeluletan aldaketak gerta daitezke, eta, ondorioz, lesio aurregaiztoak gara daitezke, eta horiek, denborarekin, minbizira eboluzionatu dezakete.

Cérvixen Minbizia Bahatzeko Programa 25 eta 65 urte bitarteko emakumeei zuzenduta dago, lesio aurregaiztoak eta minbizia goiz detektatzeko hasierako faseetan. 25-34 urteko emakumeen kasuan, zitologia bat egiten da hiru urtean behin, eta 35-65 urteko emakumeen kasuan, GPBaren (Giza Papilomabirusa) proba bat egiten da bost urtean behin.

2018ko Euskadiko Osasun Inkestaren arabera, emakumeen % 58,8k baginako zitologia egin dute azken hiru urteetan. Hala ere, % 26,6k duela hiru urte baino gehiago egin dute, eta % 14,6k ez dute inoiz proba hori egin. Inoiz zitologiarik egin ez duten emakumeen ehunekoa 5,7 puntu jaitsi da aurretiko osasun-inkestatik. 15-24 urteko emakumeak dira inoiz zitologiarik egin ez duten gehienak (% 68,8), eta 25-49 urte bitarteko emakumeak dira zitologiak errutinaz egin ohi dituztenak (duela hiru urte edo gutxiago).

2007az geroztik, giza papilomabirusaren txertoa EAEko haurren txertaketa-egutegian sartzen da, eta 12 urterekin ematen da, oso eraginkorra baita giza papilomabirusaren (GPB) infekzioa prebenitzeko sexu-harremanak izaten hasi aurretik. Hala ere, txertoa erabilgarria izan daiteke GPBaren eraginpean egon diren edo egon diren emakumeentzat ere.

### **2.3. Emakumeen aurkako indarkeria:**

Mundu-mailan, emakumeen aurkako indarkeria da osasun publikoko arazo nagusi eta larrienetako bat, Osasunaren Mundu Erakundeak berak dioen moduan.

1/2004 Lege Organikoak, abenduaren 28koak, Genero indarkeriaren aurka oso-osoko babesa emateko neurriei buruzkoak, zenbait esparrutan sentibilizatzeko, prebenitzeko eta detektatzeko neurriak ezartzen ditu, eta horien artean dago osasun-esparrua. Legearen 32. artikuluan jasotzen denez, esku hartzen duten administrazio eta zerbitzu guztiek batera eta oso-osoan jardutea ziurtatuko duten jarduteko protokoloak garatu behar dira.

Geroztik, Espainiako Estatuan indarrean jarri da emakumeen aurkako indarkeria eta etxeko indarkeria prebenitzeari eta haren aurka borrokatzeari buruzko Europako Kontseiluaren Hitzarmena (Istanbuleko Hitzarmena), 2011ko maiatzaren 11n Istanbulen sinatua, genero-indarkeria giza eskubideen urraketatzat eta diskriminazio modutzat jotzen duena, eta estatuak erantzuletzat jotzen ditu hari egoki erantzuten ez badiote. Delitutzat hartzen dira emakumeen aurkako indarkeria-modu guztiak: indarkeria fisikoa, psikologikoa eta sexuala, bortxaketa barne; emakumeen genitalen mutilazioa; ezkontza behartua; jazarpena; abortu behartua; eta esterilizazio behartua.

Emakumeen aurkako indarkeriaren alorreko Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren eta Osakidetzaen jarduna etxean tratu txarrak jaso dituzten eta sexu-indarkeria jasan duten emakumei ematen zaien arreta hobetzeko Erakundearen arteko II. Akordioan dago sartuta (2009). Horrela, Euskadiko Osasun Publikoak profesionalentzako gida bat jasotzen du, Euskadiko<sup>21</sup> genero-indarkeriari eta sexu-erasoei aurre egiteko. Gida horren helburua da osasun-langileak sentzibilizatzea, genero-indarkeriako kasuak garaiz detektatzen inplikatur eta esku-hartze profesionaleko irizpideak osasun-eremutik homogeneizatzen lagunduko duen lan-tresna bat ezarri.

Emakunderen «Emakumeen aurkako indarkeriaren biktimei emandako erantzuna EAEn 2019» txostenaren arabera, urte horretan Osasun Saileko lehen mailako arretako zerbitzuek genero-indarkeriaren biktima izan ziren 483 emakume artatu zituzten, eta ospitaleetako larrialdietako zerbitzuek 538. Lehen mailako arretan artatutako emakume gehienak 31-40 urte bitartekoak ziren (% 28) eta 41-50 urte bitartekoak (% 21); ospitaleko larrialdietan artatutakoak, berriz, 21-30 urte bitartekoak (% 32) eta 31-40 urte artekoak (% 28). 18 urtetik beherako emakumeen kopurua antzekoa izan zen bi dispositiboetan (lehen mailako arreta % 2,8, ospitaleko larrialdiak % 2,9). Hala ere, lehen mailako arretan 65 urtetik gorako emakume gehiago artatu zituzten (% 13, ospitaleetako larrialdiak % 3,1). Bi baliabideetan, 2018. urteaz geroztik artatutako kasuen kopuruak gora egin du: lehen mailako arretan 5,9 ehuneko-puntu igo da, eta ospitaleko larrialdietan 10,25 ehuneko-puntu.

2014an, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) **indarkeria obstetrik**o gisa deskribatu zituen hainbat jardura, hala nola tratu txar fisikoak, hitzeko umiliazioa eta abusua, prozedura mediko hertsatzaileak edo onartu gabeak, baimen informaturik ez lortzea, minerako sendagaiak emateari uko egitea, arreta ez ematea edo intimitatea larriki urratzea.

International Journal of Environmental Research and Public Health delakoan argitaratu berri den lan baten emaitzek erakusten dutenez, 2018ko urtarriletik 2019ko ekainera bitartean egindako 17.500 galdetegi baino gehiago aztertu dituzte, eta, horien arabera, amen % 38,3k indarkeria obstetrikoa jasan zutela ikusi zuten; % 44,4k, berriz, beharrezkoak ez ziren edo mingarriak ziren prozedurak erabili zituztela, eta horietatik % 83,4k ez zuten baimenik eman. Era berean, aditzera ematen du emakumeentzako informazioa lortzea eta haien baimen informatua eskatzea ia ez dela egiten gure osasun-sisteman.

**Emakumeen Genitalen Mutilazioa (EGM)** ohitura kaltegarria da, emakumeen eta nesken giza eskubideen urraketa larritzat jotzen da nazioartean, eta emakumeen kontrako indarkeriaren muturreko adierazpen bat da, genero-desberdinkeraren eta diskriminazioen ondoriozkoa.

<sup>21</sup> <https://www.osakidetza.euskadi.eus/profesionalak/-/genero-indarkeriaren-eta-sexu-erasoen-aurrean-euskadin-nola-jardun-jakiteko-jarduketa-gida/>

---

EAEko biztanleen artean, 11.000 pertsona inguru datoz emakumeen genitalen mutilazioa egiten duten herrialdeetatik, eta 0 eta 14 urte arteko nesken artean herrialde horietatik datozenen proportzioa 1.000 neskako batekoa da<sup>22</sup>. Euskadin, mutilazioa egiten den herrialde eta etnietatik datozen eta arriskuan egon daitezkeen biztanleak «mugatuak dira eta lokalizatuta daude, eta horrek alarmismorik gabeko esku-hartzea ahalbidetzen du», adierazi du Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak.

2018an 67 kasu detektatu ziren Euskadin, eta 2019an 62, guztira 129 kasu bi urtetan, horietatik 21 14 urtetik beherako neskatoak.

---

<sup>22</sup> Diagnostikoa. Emakumeen genitalen mutilazioa Euskal Autonomia Erkidegoan. Emakunde - Emakumearen Euskal Erakundea, 2014ko ekaina.

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

Jarraian aurkezten diren datuek erakusten dute emakume gehienak osasun-sektorean daudela, bai ikasleen artean, bai esparru horretan diharduten profesionalen artean.

#### Hezkuntza:

EAEEn 2019-2020 ikasturtean osasun-zientzietan matrikulatutako ikasleen % 70,6 emakumeak dira, eta % 29,4 gizonak, hau da, 2018-2019 ikasturtean baino % 6 gizon gehiago (%23,2). **Osasunaren arloko unibertsitate-fitulu** batzuei erreparatuta, ikusten da emakumeen presentzia % 75etik gorakoa dela Erizaintza (% 84,1), Psikologia (% 78,0), Giza Elikadura eta Dietetika (% 79,1) eta Farmazia (% 77,9) graduetan. Aitzitik, emakumeen presentzia gizonena baino nabarmen txikiagoa da Jarduera Fisikoaren eta Kirolaren Zientzietako graduatan (EUSTAT, 2021).

**13. taula.** EAEEn osasun-zientzietako graduatan matrikulatutako ikasleak.

Osasun-graduatan matrikulatutako ikasleak (%) 2019-2020.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Erizaintza	84,1	15,9	68,2
Psikologia	78,0	22,0	56,0
Giza elikadura eta dietetika	79,1	20,9	58,1
Farmazia	77,9	22,1	55,9
Medikuntza	73,4	26,6	46,7
Odontologia	74,3	25,7	48,5
Fisioterapia	64,3	35,7	28,7
Biologia	63,4	36,6	26,7
Jarduera fisikoaren eta kirolaren zientziak	29,6	70,4	-40,7

Egileek egina, EUSTATen Unibertsitatearen Estatistika oinarri hartuta (2021).

**Lanbide-heziketako** ikasketetan matrikulatutako ikasleei dagokienez, erdi-mailako ikasketak egiten dituzten emakumeen % 75,8 eta 2019-2020 ikasturtean osasun-arloko lanbide-arloan goi-mailako ikasketak egiten dituztenen % 77,3 emakumeak dira, erdi-mailako ikasketak egiten dituzten gizonen % 24,2 eta goi-mailako osasun-ikasketak egiten dituzten gizonen % 22,7 (EUSTAT, 2021).

UPV/EHUko **irakasle eta ikertzaileei** dagokienez, Hezkuntza eta Lanbide Heziketako Ministerioak 2018-2019 ikasturteari buruz emandako datuen arabera, osasun-zientzietako langileen artean emakumeen eta gizonen banaketa antzekoa da: % 50,5 emakumeak dira eta % 49,5 gizonak. Hala ere, lanbide-kategorien azterketa bertikalak erakusten du funtzionarioen plazak ohikoagoak direla gizonen artean (% 44,3 emakumeak, % 55 eta % 7 gizonak), eta, neurri txikiagoan, kontratatutako profesionalenak emakumeen artean (% 51,9 emakumeak, % 48,1 gizonak).



**Lanbide-elkargoak:**

EAEko **osasungintzako profesionalen** elkargoetako emakumezko elkargokideak askoz gehiago dira 2019an gizonzko elkargokideak baino, eta horrek jarraitzen du joera handiagoa dutela irakaskuntza-adar horretako unibertsitate-ikasketetan. Hala, osasun-arloko elkargo profesional guztiak feminizatuta daude, Medikuntzako Elkargoa izan ezik. Emakumeen presentzia handiena duten ikastetxeak honako hauek dira: dietetika eta nutrizioa (% 92,3), Logopedia (% 91,9), Terapia Okupazionala (% 91,8), Erizaintza (% 87,9), Psikologia (% 82,3) eta Farmazia (% 80,2); guztiek dituzte elkargokideen % 80tik gorako emakumeen ehunekoak (INE, 2020).

**14. taula.** EAEko osasun-elkargoetako profesionalak.

Osasun-elkargoetako profesionalak (%). 2019.	Emakumeak	Gizonak	E-G aldea
Dietetika eta nutrizioa	92,3	7,7	84,6
Logopedia	91,9	8,1	83,7
Terapia okupazionala	91,8	8,2	83,6
Erizaintza	89,7	10,3	79,4
Psikologia	82,3	17,7	64,6
Farmazia	80,2	19,8	60,5
Biologia	71,9	28,1	43,8
Fisioterapia	71,0	29,0	42,0
Optika eta optometria	70,7	29,3	41,3
Podologia	67,8	32,2	35,6
Odontologia	63,2	36,8	26,4
Medikuntza	55,0	45,0	9,9

Egileak egina, osasungintzako profesional elkargokideen inguruko INEren Estatistika oinarri hartuta (2020).

Osasunaren alorreko genero-berdintasunaren adierazleetako bat da kudeaketako parte-hartzea.

Horrela, lehentasunak definitzeko eta osasun-arreta bermatzeko behar diren baliabideak esleitzeko erabakiak hartzean emakumeek eta gizonen berdintasunez parte-hartzea eskatzen da.

Jarraian, osasun-sektoreko profesionalen elkargoetako gobernu-batzarretan, Eusko Jauriaritzaren Osasun Saileko zuzendaritza-kargu publikoetan, Osakidetza zuzendaritza-postuetan eta osasun-arloko sindikatu espezifikoaren ordezkartzan emakumeek duten presentzia aztertzen da.

**Zuzendaritza-karguak elkargo profesionaletan:**

EAEEn profesional gehien biltzen dituzten osasun-arloko elkargo profesionalak erreferentziatzen hartuta eta hiru lurralde historikoak aztertuta, emakumeak dira presidente edo dekanoko nagusi (% 62,5) kargu horiek hartzen dituzten gizonen aldean (% 37,5).

**15. taula.** EAEko osasun-arloko profesionalen elkargoetako gobernu-batzarrak.

Osasun-elkargoetako gobernu-batzarrak. 2021.	Emakume Lehendakariak	Gizon presidenteak edo dekanok
Medikuntza <sup>23</sup>	0	3
Erizaintza <sup>24</sup>	3	0
Farmazia <sup>25</sup>	2	1
Fisioterapia <sup>26</sup>	0	1
Dentistak <sup>27</sup>	2	1
Psikologia <sup>28</sup>	3	0
Guztira	10	6

**Zuzendaritza-kargu publikoak:**

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak sailburu bat du buru, eta bi sailburuordetza ditu: bata, emakumezkoa, eta bestea, gizonzkoa. Horrela, Osasun Sailburuordetzan gizon bat dago eta hiru zuzendaritza ditu: bi emakumeek zuzentzen dituzte (Osasun publikoa eta Adikzioak eta Ikerketa eta Berrikuntza Sanitarioa) eta beste bat gizonak (Plangintza, antolamendu eta ebaluazio sanitarioa). Administrazio eta Finantzaketa Sanitarioko Sailburuordetza emakume batek betetzen du eta hiru zuzendaritza ditu, hirurak gizonen zuzenduak (Araubide juridikoa, ekonomikoa eta zerbitzuak, ASEGURAMENDU eta kontratazio sanitarioa eta farmazia)<sup>29</sup>.

**Osasun-zerbitzu publikoen sareetako zuzendaritza-karguak:**

Osakidetza Zerbitzu Erakundeetan dauden zuzendari kudeatzaileen artean, % 52,2 gizonak dira eta % 47,8 emakumeak<sup>30</sup>.

<sup>23</sup> 2021eko martxoan ateratakoa: [https://www.icoma.eus/Sec\\_CN/wf\\_contenido.aspx?ldMenu=313](https://www.icoma.eus/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=313), <https://www.cmb.eus/junta-directiva>, [https://www.comqi.eus/es\\_junta\\_directiva.aspx](https://www.comqi.eus/es_junta_directiva.aspx)

<sup>24</sup> 2021eko martxoan ateratakoa: <https://www.enfermerialava.org/Contenidos/Ficha.aspx?ldMenu=62d83786-0076-4113-bf60-ba43b17f406c&ldioma=es-ES>, <https://www.enfermeriabizkaia.org/colegio/organizacion/junta-gobierno>, [https://www.coegi.org/college/government\\_board](https://www.coegi.org/college/government_board)

<sup>25</sup> 2021eko martxoan ateratakoa: [https://www.cofalava.org/Sec\\_CN/wf\\_contenido.aspx?ldMenu=1005](https://www.cofalava.org/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=1005), [https://www.cofbizkaia.net/Sec\\_CN/wf\\_contenido.aspx?ldMenu=825](https://www.cofbizkaia.net/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=825), [https://www.cofgipuzkoa.com/Sec\\_CN/wf\\_contenido.aspx?ldMenu=15](https://www.cofgipuzkoa.com/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=15)

<sup>26</sup> 2021eko martxoan ateratakoa <https://cofopv.org/es/juntagobierno.asp>

<sup>27</sup> 2021eko martxoan ateratakoa: <https://www.colegiodentistasalava.com/el-colegio/junta-directiva/>, <https://www.coeb.com/el-colegio/junta-de-gobierno-2/>, <http://www.coeg.eu/el-colegio/junta-de-gobierno/>

<sup>28</sup> 2021eko martxoan ateratakoa: <https://www.cop-alava.org/index.php/el-colegio/junta-de-gobierno>, <https://copbizkaia.org/colegio/junta.php>, <https://copgipuzkoa.eus/el-colegio/junta-de-gobierno>

<sup>29</sup> 2021eko martxoan ateratakoa <https://www.irekia.euskadi.eus/es/departments/108/politicians#middle>

<sup>30</sup> 2022ko otsailan ateratakoa: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/gardentasuna-gobernu-ona/-/osakidetza-zerbitzu-erakunde-organigramak/>

**16. taula.** Osakidetzako Zerbitzu Erakundeetako zuzendari kudeatzaile postuak.

Osakidetzako zuzendaritzako eta kudeaketako postuak. 2021	Emakumeak	Gizonak
<b>EAE</b>		
Zuzendaritza Nagusia	1	0
Emergentziak	0	1
Transfusio eta Giza Ehunen Euskal Zentroa	0	1
Osatek	0	1
<b>Araba</b>		
Arabako ESla	0	1
Arabako Errioxako ESla	0	1
Arabako Osasun Mentaleko sarea	1	0
Gazteizko Erizaintzako Unibertsitate Eskola	1	0
<b>Bizkaia</b>		
Gorlizko Ospitalea	1	0
Santa Marina Ospitalea	1	0
Barakaldo-Sestaoko ESla	0	1
Barrualde-Galdakaoko ESla	0	1
Bilbo-Basurtuko ESla	0	1
Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako ESla	1	0
Uribeko ESla	0	1
Bizkaiko Osasun Mentaleko sarea	0	1
<b>Gipuzkoa</b>		
Debagoieneko ESla	1	0
Bidasoko ESla	0	1
Debabarreneko ESla	1	0
Donostialdeko ESla	1	0
Goierri-Urola Garaiko ESla	1	0
Tolosaldeko ESla	1	0
Gipuzkoako Osasun Mentaleko sarea	0	1
<b>Guztira</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

**Osasunaren alorrekoak diren sindikatuen ordezkariak:**

EAEn ordezkariak duten osasun-sektoreko hiru sindikatu espezifikotako lehendakariak-karguetan eta idazkaritzetan emakumeek eta gizonak duten presentziari buruzko azterketak erakusten du emakumeen eta gizonen parte-hartzea nahiko orekatua dela (% 54,5 emakumeak eta % 45,5 gizonak).

- Euskadiko Sendagileen Sindikatua<sup>31</sup>: Presidente eta presidenteordea bi gizon dira, eta idazkari nagusia eta diruzaina, berriz, bi emakume.
- Erizaintza sindikatua<sup>32</sup>: Autonomia erkidegoko idazkaritza nagusia gizon batek betetzen du, eta gainerako idazkaritzak bi emakumeek (Antolaketa Idazkaritza eta Idazkaritza Teknikoa) eta gizon batek (Finantza Idazkaritza).
- Erizaintzako teknikarien sindikatua<sup>33</sup>: Autonomia Erkidegoko idazkaritzaren Kudeaketa Batzordea hiru pertsonak osatzen dute: bi emakume eta gizon bat.

<sup>31</sup> 2021eko martxoan ateratakoa <https://www.sme.es/2020/07/27/el-sindicato-medico-de-euskadi-renueva-su-comite-ejecutivo/#.YElbatyCFPY>

<sup>32</sup>2021eko martxoan ateratakoa <https://euskadi.satse.es/>

<sup>33</sup> 2021eko martxoan ateratakoa <https://sindicatosae.com/secretarias-autonomicas/pais-vasco>

## 2.4. GIZARTE-ARAUEN ETA BALIOEN ERAGINA

Sexu bakoitzari atxikitako arau eta balio sozialek pertsonen bizitzako esperientziak baldintzatzen dituzte, eta, ondorioz, haien osasuna ere bai. Egitate hori azaltzean, hainbat azterlanek genero-sozializazioa, arauen egiturak eta genero-eginkizunak aipatzen dituzte, besteak beste (Rohlf, Borrell eta Fonseca 2000).

**Genero-sozializazioaren** bidez, pertsonak nortasun bat garatzen dute kultura jakin baten edukiak ikastearen ondorioz, belaunaldiz belaunaldi transmititzen dena. Pertsonak sexu biologikoaren arabera sailkatzen dira, eta identitate sozial bat aurruposatzen zaie, «Femeninoa» edo «maskulinoa», espazio, funtzio eta jarduera jakin batzuetan egituratzen dena. Sozializazio-prozesuan zehar, familiak eta eskolak balio eta arau horiek transmititzen dituzte (Rohlf et al., 2000).

Sozializazio-prozesuan esleitu eta transmititzen diren **genero-eginkizunek** jokabide onargarrien sorta bat dakarte, arau sozialek babesten dituztenak eta sexuaren arabera bereizten direnak. Arau sozial horiek sexu bakoitzarentzako «egokia» dena zehazten dute, eta, hala, genero-eginkizunen egitura soziala ezartzen dute. Okupazio- eta familia-rolak funtsezkoak dira pertsonen bizitzan, eta lan produktiboak eta erreproduktiboak harreman konplexuak dituzte generoarekin eta osasunarekin. Horrela, lan-arloan dauden berdintasun ezek baldintzatu egingo dituzte emakumeek eta gizonek beren burua osasuntsu ikusteko eta gaixotzeko daukaten modua eta bizitzeko erak, bai eta osasun-zerbitzuak erabiltzeko modua ere.

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

**Amatasunak** osasunarekin duen harremanari lotuta, Solé eta Parella (2004) egileen ustez, ezin da hitz egin gizarte osoarentzako amatasun-eredu bakar batez; aitzitik, hainbat amatasun motez hitz egin beharra dago. Eredu «idealak» edo «normalak» oinarri hartzeak kalteak eragin ditzake eredu horietara egokitu ezin diren edo nahi ez duten emakumeen osasun fisikoan eta mentalean. Errealitatearekin bat ez datozen eredu horiek segurtasun-gabezia eta errudun izatearen ustea indartzen dituzte ama gazte askoren artean; batez ere, konplexuagoa eta kudeatzeko zailagoa den eguneroko bizimodua dutenen artean.

Bestalde, mendekotasuna duten pertsonentzako arreta- eta zaintza-hornitzaileen rola gauzatzeak energia-gastu handia eta denbora-dedikazioa eskatzen ditu **zaintzailearentzat**, batez ere zaintza beste pertsona batzuen laguntzarik gabe egiten bada (zaintzaile nagusia). Gainera, rol hori askotan luzatu egiten da urteetan zehar, adibidez, dementzia duten adinekoen zaintzaileen kasuan. Ondorioz, baliteke zaintzaileak lanaldia murriztu behar izatea edo lan egiteari utzi behar izatea, horrek dakartzan ondorio

ekonomikoekin eta mendekotasun-egoera baten ondoriozko gastuekin batera, denbora libre eta aisia murriztu behar izatea, bere buruari denbora gutxiago ematea eta gizarte-harremanen maiztasuna murriztea, besteak beste. Zaintza jarduera eskatzailea denez fisikoki eta mentalki, eragozpen fisikoak eta neke fisiko eta emozionala ekar ditzake, eta horrek estresa edo gainkarga eragin dezake (zaintzailearen sindromea). Gainera, esan behar da zaintzan emandako denborari etxeko lanetan emandako denbora gehitzen zaiola maiz. Horregatik guztiagatik, funtsezkoa da zaintzan erantzunkidetasuna izatea, baita gizarte-laguntza emozionala izatea ere, zaintzeko lanak zaintzailearen osasun fisiko eta mentalean ondorio negatiborik izan ez dezan.

Sistema androzentriko batetik abiatzen diren **genero-joerek** praktika mediko osoa baldintzatzen dute, teoriatik, ikerketara, praxira (diagnostikoa eta tratamendua) eta osasun-zerbitzu eta -baliabideen esleipenera.

Androzentrismoa da munduaren ikuspegi bat, non gizona gauza guztien zentroa den. Errealitatearen ikuskera horren oinarria zera da: gizonen ikuspegia posible den ikuspegi unibertsal bakarra da. Hori dela-eta, pertsona guztiei aplikatzen zaie, gizonetakoak zein emakumetakoak izan, eta, ondorioz, ikusezin bilakatzen dira emakumeak eta haien mundua.

Emakumeen osasunari dagokionez, okerra da ikuspegi horrek finkatzen duen ezagutza. Hori dela-eta, ikuspegi bakar horretan oinarrituta egindako ikerketen aurkikuntzak eta emaitzak, alde batekoak izan arren, emakumetara ere hedatzen dira eta estrapolatzen. Genero-joerek ondorio negatiboak dituzte pertsonen osasunean, emakumeen osasunean, batez ere. Ikerketa-lan zientifikoa profesionalen prestakuntzara eta osasunaren alorreko esku-hartzera zabaltzen dira.

Ilido horretan, Emakumeen eta Gizonen Berdintasun eragingarriko martxoaren 22ko 3/2007 Lege Organikoaren 27. artikulua adierazten du ikerketa zientifikoak arreta eman behar diela osasunaren babesari dagokionez emakumeen eta gizonen artean dauden desberdintasunei, batez ere sarbideari eta ahalegin diagnostiko eta terapeutikoari dagokienez, bai saiakuntza klinikoei dagokienez, bai asistentziari berari dagokionez.

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

**Ikerketako genero-joera** honela definitzen da: «konstruktiboki sozialarekin erlazioan dagoen genero-ikuspegiaren errore sistematikoa bat. Horrek berdintzat/desberdintzat jotzen ditu, oker jo ere, gizonak eta emakumeak arrisku-faktoreekiko esposizioan zein gaixotasunaren historia natural eta sozialean (hastapena edo prodromoak, fase finkatua, tratamendu eta pronostikoari ematen zaien erantzuna)». Genero-joerak lan-hipotesiaren

aurkikuntzaren edo garapenaren testuinguruan eta justifikazioaren edo metodologiaren testuinguruan gara daitezke (Chilet, 2011).

Osasun-gaiei buruzko bi hipotesi berezietatik abiatzen dira: «Oker onartzea emakumeak eta gizonak antzekoak direla» edo «oker onartzea emakumeak eta gizonak desberdinak direla», eta horrek akatsak dakartza lagina hautatzean eta aldagaiak neurtzean (Chilet, 2011).

Lehen hipotesitik ondorioztatzen da, besteak beste, **hautespen-alborapena epidemiologia sozialean**, eta horrek berekin dakar arrisku kimikoei buruzko ikerketan emakumeen gutxi egotea, **hautapen-alborapena epidemiologia klinikoan**; horren ondorioz, haurdun dauden emakumeek gutxiago parte hartzen dute saiakuntza klinikoetan eta, ondorioz, ez dute ezagutzen farmakoen segurtasuna, edo **neurketa-alborapena epidemiologia klinikoan**, eta horrek esan nahi du sexuen arabera banatutako informazio falta dagoela argitaratutako saiakuntza klinikoetan (Chilet, 2011).

Aldiz, bigarren hipotesiaren ondorioz, besteak beste, hautespen-alborapena sortzen da epidemiologia sozialean, elikaduraren nahasmenduei buruzko ikerketek emakumeak hartzen baitituzte kontuan nagusiki, eta horrek esan nahi du gizonen prebalentzia gutxietsi egiten dela, edo epidemiologia klinikoaren neurketa-alborapena, gaixotasun kardiobaskularren sintomak eta emakumeen tratamendua atzeratzen direla ikusten baita (Chilet, 2011).

Honela, **genero-joerak** daude patologia batzuen **diagnostikoan eta tratamenduan**. Ildo horretan, genero-joera nagusietako bat gizonei dagozkien **irizpide diagnostikoak** emakumeei **aplikatzea** da, nahiz eta jakin gaixotasunek bilakaera desberdina izan dezaketela sexuaren arabera, eta hori da gaixotasun kardiobaskularren edo biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren kasua. Beste joera batzuk ahalegin terapeutikoarekin lotuta daude, eta ahalegin diagnostikoarekin estuki lotuta dago. Horrela, bada, **farmako psikotropikoak agintzean** genero-joera dago, eta baliteke horien preskripzio eta kontsumo handiagoa emakumeengan faktore psikologikoei sintoma fisikoak gehiago egoztearen edo intentsitate txikiko sintoma depresiboetarako botikak agintzeko joera handiagoaren ondorio izatea. Era berean, beste joera batzuk ikusten dira **ospitaleetarako irisgarritasunari** dagokionez, behar bererako, **berandutze-denboren konparazioari eta erabilitako estrategia terapeutiko motei** dagokienez. Hala, ikusten da gizonek gehiago erabiltzen dutela ospitalea, eta hori medikuak eta osasun-sistemak baldintzatzen dute (Ruiz, 2009).

Beste arrisku bat emakumeen osasuna **ugalketa-osasunera** sinplifikatzea da, eta horrek emakumeen arazo medikoak ikusezin bihurtzea ekarri du; izan ere, duela gutxira arte onartu da emakumeek eta gizonek osasun-profil desberdina zutela beren desberdintasun biologikoengatik, hau da, ugalketa-organoak eta fisiologia izateagatik eta rol sozialean duten eraginagatik. Horri dagokionez, funtsezkoa da sexuak eta generoak osasun-arazoetan duten eragina bereiztea; izan ere, osasun-arazoaren arabera, arrisku-faktore independenteak edo elkarri lotutakoak dira (Ruiz, 2009).

**Emakumeen berezko osasun-arazoei** dagokienez, aldaketak ikusten dira prozedura medikoen praktikan, espezialisten aldeko iritzia araberak. Horrela, erditzearen medikalizazioa ikusten da, eta zalantzan jartzen da zesarren gehiegizko erabilera eta praktikan ospitalearen titulartasunaren araberako aldakortasuna, pribatuetan ohikoagoak baitira, bai eta episiotomia behar besteko oinarri zientifikorik gabeko arautzat hartzea ere. Era berean, menopausian hormona bidezko terapia ordeztaila preskribatzea eztabaidagarria da, minbizia eta gaixotasun kardiobaskularrak izateko arriskuarekin lotzen delako (Ruiz, 2009). Emakumeen gorputzen medikalizazio horrek eta haurdunaldia, erditzea edo menopausia bezalako bizi-fenomenoek gorputzak bere baliabideekin aurre egin diezaiekeen prozesu naturaltzat hartzeari uztea eragiten dute.

Emakumeen **minaren** zirkuituko genero-joerak diagnostiko-erroreak eragiten dituzenez, zergatia psikologikoa dela esaten da gaixotasunak organikoak direnean, eta alderantziz. Horrek tratamendu okerrak aplikatzea eragiten du, eta, ondorioz, iatrogenia sor dezake tratamendua behar bezala hartzeko agintzen ez bada (Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2007). Horregatik, funtsezkoa da minaren bizipena hobeto ezagutzea emakumeen, gehien pairatzen dutenen eta gizonen artean.

Atal hau amaitzeko, nabarmendu nahiko genuke beharrezkoa dela gaixotzean emakumeek eta gizonek izaten dituzten jokabideei buruz informazio gehiago ematen duten ikerketak egitea, baita osasun-laguntzako erabakietan genero-estereotipoen eginkizunei buruz ere.

## 2.5. BERDINTASUNAREN ARLOKO AGINDU ESPEZIFIKOAK

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



<p>Administrazio publikoak, bere osasun-zerbitzuen eta kasuan kasuko organo eskudunen bidez, aukera-berdintasunaren printzipioari jarraiki, honako hauek garatu behar ditu: <b>emakumeen osasuna berariaz sustatzeko</b> ekimenak sistematikoki gauzatzera eta emakumeen diskriminazioa saihestera bideratutako jarduerak; <b>emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunak aintzat hartzen dituen ikerketa zientifikoaren sustapena</b> haien osasuna babesteari lotuta (sarbidea, ahalegin diagnostikoa eta terapeutikoa, saiakuntza klinikoetan zein laguntza ematean); laneko osasuna babestu, sustatu eta hobetzeko <b>sexu-erasoak eta sexuagatiko erasoak</b> kontuan hartzea; berdintasunaren printzipioa <b>osun-erakundeetako langileen prestakuntzan</b> gehitzea, bereziki genero-indarkeriaren egoerak detektatu eta artatzeko gaitasuna dutela bermatuz; Estatuko Osasun Sistemari <b>zuzendaritzako eta erantzukizun profesionaleko karguetan</b> emakumeen eta gizonen kopuru orekatua dagoela bermatzea, eta datuak <b>sexuaren arabera bereizita</b> lortzea eta tratatzea, ahal den guztietan, adibidez, erregistroetan, inkestetan, estatistikan edo informazio mediko eta sanitarioaren beste sistema batzuetan.</p>	<p><b>27.3 art.</b>, 3/2007 Lege Organikoa</p>
<p>Asistentzia-prozesuen diseinua egiterakoan, Osasun Administrazioak neurriak hartu behar ditu osasun arazoak dituzten <b>personak zaindu beharrak</b> – ordaindu gabe eta gehienbat emakumeek zaindu ere– etxeetan <b>eragiten duen karga arintzeko</b>.</p>	<p><b>44.3 art.</b>, 4/2005 Legea</p>
<p>EAEko administrazio publikoek bete egin behar dituzte <b>sexu- eta ugalketa-eskubideak</b> baliatzeak dakartzan beharrianak. Horretarako, prebentzio- eta asistentzia-programak prestatuko dituzte; horien artean egongo dira planifikazio sexuala erraztera eta nahigabeko haurduntzeak eta sexu-transmisiozko gaixotasunak saihestera bideratutakoak.</p>	<p><b>44.4 art.</b>, 4/2005 Legea</p>
<p>EAEko administrazio publikoek jarduten duten kasu bakoitzean kontuan izango dute pertsonak beren <b>genero-identitatearen</b> arabera tratatu behar dituztela beti, alegia, sentitzen duten sexuaren arabera. Gainera, <b>transfobiaren</b> aurkako neurriak hartuko dira; <b>transexualak direnentzako, beren senideentzako eta hurbilekoentzako aholkularitza- eta laguntza-zerbitzuak</b> eskainiko dira; sexua berriro egokitzeko</p>	<p><b>4.-18. art.</b>, 14/2012 Legea</p>

<p>prozesuak dirauen artean, transexualek <b>behar bezalako administrazio-agiriak</b> izateko aukera izango dute, arauak ezarrita; Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak beharrezko osasun-laguntza eskainiko du, doan; transexualei arreta emateko <b>gida kliniko</b> bat egingo da. <b>Lanaren eta hezkuntzaren alorrarekin</b> erlazionatutako neurriak ere jasoko dira.</p>	
<p>EAEko biztanlerian osasunean dauden desberdintasun sozialak eta genero-desberdintasunak murriztea, <b>talderik kaltetueneen</b> egoera hobetuz.</p>	<p><b>1. lehentasunezko metaeremua,</b> Euskadiraiko Osasun-politikak, 2013--2020</p>
<p><b>Emakumeen aurkako indarkeriaren prebentzioa eta tratamendua</b> sustatzea osasun-zerbitzuetan, inplikaturako sektore guztien artean erabakiak era bateratuan hartzen direla sustatuz.</p>	<p><b>1.5 helburua</b> Euskadiraiko Osasun-Politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Gaixoa zaintzeak zaintzaile informaleen osasunean</b> duen eragina gutxitzeko estrategia eta mekanismoak garatzea (prestakuntza, kontsultarako sarbidea...).</p>	<p><b>2.1.6 ekintza</b> Euskadiraiko Osasun-Politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Bularreko minbizia goiz detektatzeko</b> programaren estaldura mantentzea eta <b>kolon eta ondesteko minbizia bahetzeko</b> programaren estaldura osatzea, parte-hartzea eta detekzio-tasa hobetuta.</p>	<p><b>2.5.3 eta 2.5.4 ekintzak</b> Euskadiraiko Osasun-Politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Suizidioa saihesteko</b> neurrien protokoloa egitea, komunitate-mailan eta gaixotasun mentaleko diagnostikoa eta/edo arrisku-faktoreak dituzten pertsonetan, <b>genero-ikuspegia</b> kontuan hartuta.</p>	<p><b>2.10.1 ekintza</b> 2013-2020 aldirako Euskadiraiko Osasun-politikak</p>
<p>Biztanleentzako –batez ere gazteentzako– eta gizonekin sexua duten gizonentzako <b>prebentzio</b>-programak garatzea eta emakumeen ahalduntzea sustatzea, beren <b>autonomian, sexualitateari buruzko erabakiak hartzean, nork bere zaintzarako praktikak garatzean eta arrisku-praktikak murriztean.</b></p>	<p><b>2.11.1 ekintza</b> Euskadiraiko Osasun-Politikak, 2013-2020</p>
<p><b>Adinekoen kalte funtzionala, desgaitasuna, mendetasuna, malnutrizioa eta isolamendua</b> eragiten duten patologiak identifikatzea. Adinekoen prebentzio, arreta eta errehabilitazioko programa espezifikoak egitea, genero-desberdintasunei bereziki erreparatuta.</p>	<p><b>3.3.2 ekintza</b> 2013-2020 aldirako Euskadiraiko Osasun-politikak</p>
<p>Euskadiko <b>haur eta gazteek era osasuntsuan bizitzeko</b> dituzten gaitasunak hobetzeko politikak garatzea,</p>	<p><b>Lehentasunezko metaeremua</b></p>

jokabide ez-osasuntsuen arriskuak gutxitu eta aukera sozial eta afektiboak hobetze aldera, genero-ikuspegia kontuan hartuta.	<b>4. helb.</b> Euskadirako Osasun-politikak, 2013-2020
<b>Ariketa fisikoaren</b> eskaintza eta <b>baliabideak</b> biztanleria-talde desberdinen beharrian eta lehentasunetara egokitzea, batez ere emakumeek dituztenetara.	<b>5.1.5 ekintza</b> 2013-2020 aldirako Euskadirako Osasun-politikak
<b>Elikadura osasuntsuaren</b> estrategia diseinatu eta ezartzea Euskadiko biztanleentzat, kontsumopatroietako desberdintasun sozialak eta generodesberdintasunak kontuan hartuta.	<b>5.2 helburua</b> Euskadirako Osasun-Politikak, 2013-2020
<b>Sexualitatea modu osungarrian, atseginez eta berdintasunean</b> bizitzeko aukera bultzatzea eta <b>ugalketa-prozesuan arreta osoa, jarraitua eta kalitatezkoa</b> eskaintzea.	<b>5.3 helburua</b> Euskadirako Osasun-Politikak, 2013-2020
<b>Osasun mentalaren eta osasun emozionala</b> sustatzea, gizarte- eta generodesberdintasunak kontuan hartuta.	<b>5.5 helburua</b> Euskadirako Osasun-Politikak, 2013-2020
<b>Gaixotasun profesionaleko eta langileen istripuetako</b> arriskurik garrantzitsuenak prebenitzea, gizarte- eta generodesberdintasunak kontuan hartuta.	<b>5.7 helburua</b> Euskadirako Osasun-Politikak, 2013-2020
<b>Beren burua zaintzeko</b> ohitura duten neskafilen, emakume gazte eta helduen kopurua handitzea (aipatu ohiturak: behar pertsonaletara eta bizitza estilora egokitutako <b>elikadura orekatua</b> izatea, <b>jarduketa fisiko pozgarria</b> egitea, eta <b>arriku-jarrerak murriztea</b> , besteak beste).	<b>1.3.1 helburu operatiboa</b> <i>EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.</i>
<b>Emakumeen eta gizonen berdintasunean oinarritutako harreman eta portaera afektibosexualak eta elkarbizitza</b> garatzen dituzten emakumeen kopurua handitzea.	<b>1.3.2 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana
<b>Bizitza osasuntsua izateko</b> emakumeen <b>itxaropena</b> handitzea.	<b>1.3.3 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana
Genero-aldea murriztea emakumeek eta gizonen <b>aisialdiari eta bizitza sozialari eskaintzen dioten denboran.</b>	<b>1.3.4 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana

Osasun-arreta hobetzea, <b>esku-hartzean genero-ikuspegia</b> txertatuz.	<b>1.4.3 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.
Erakundeek eskainitako erantzunak eta baliabideak (zerbitzu sozialak, gizarteratzekoak, ekonomikoak, osasuna, hezkuntza, kultura, enplegua, justizia, segurtasuna eta etxebizitza) <b>pobreziako eta/edo bazterketako arriskuan edo egoeran dauden edota beharizan bereziak dituzten emakumeen beharretara hobeto egokitzea.</b>	<b>4.2.3 helburu operatiboa</b> <i>EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.</i>
Eredu maskulino tradizionala zalantzan jartzen duten eta <b>berdintasunarekin koherenteak diren eta zainketa-lanekiko konpromisoa duten jarrera eta portaerak</b> dituzten gizon gazte eta helduen kopurua handitzea.	<b>5.1.2 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.
Haurren, adinekoen eta mendekotasun egoeran dauden pertsonen beharrei erantzuteko <b>zerbitzu soziosanitarioen estaldura eta ordutegi-malgutasuna handitzea.</b>	<b>5.3.8 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.
<b>Emakumeen aurkako indarkeriari buruzko</b> eta haren adierazpenei buruzko <b>jakintza</b> hobetzea.	<b>6.2.2 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.
<b>Hausnarketa</b> bultzatzea, <b>indarkeriaren kontzeptualizazioari</b> eta esku-hartzeetan horrek dakartzan eraginei <b>buruz.</b>	<b>6.2.4 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.
Bermatzea emakumeen aurkako indarkeriaren biktimei arreta ematen dieten profesionalen prestakuntza <b>jasangarria, nahikoa eta eremu eta ardura-maila guzietara egokitutakoa</b> izatea.	<b>6.2.5 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.
<b>Emakumeen genitalen mutilazioaren</b> eta praktika kulturalekin lotutako beste indarkeria-agerpen batzuen (adibidez, nahitaezko ezkontzak, <b>behartutako abortuak eta esterilizazioak</b> eta ustezko ohorearen izenean egindako delituak) <b>prebentzioa</b> sustatzea.	<b>6.3.2 helburu operatiboa</b> <i>EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.</i>
<b>Emakumeen aurkako indarkeriaren</b> arloko <b>prebentzio- eta arreta-programen eta -neurrien eraginkortasuna</b> hobetzea.	<b>6.3.4 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako VII. Plana.

<p><b>Emakumeen aurkako indarkeriaren antzemate goiztiarrean era proaktiboan eta ezarritako protokoloei</b> jarraikiz jardungo duten profesionalak gehitzea (hezkuntza-, osasun-, polizia-, epaitegi, lan- eta gizarte-sisteman).</p>	<p><b>7.1.1 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen berdintasunerako VII. Plana.</p>
<p><b>Esku-hartzeko eremu guztietan</b> indarkeriaren <b>antzemate goiztiarra</b> handitzea, indarkeria psikologikoan arreta berezia jarritz.</p>	<p><b>7.1.2 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen berdintasunerako VII. Plana.</p>
<p>Edozein indarkeria motaren aurrean <b>zerbitzuak eta baliabideak ahalik eta goizen erabiltzen dituzten</b> emakume biktimen kopurua areagotzea, arreta berezia jarrita zerbitzuak eta baliabideak erabiltzeko zailtasun handienak dituztenei.</p>	<p><b>7.1.4 helburu operatiboa</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen berdintasunerako VII. Plana.</p>
<p><b>Emakumeen aurkako indarkeria-kasuetarako hainbat egoeratarako egokitu-tako prebentzio- eta arreta-protokoloen estaldura</b> duten biztanleen kopurua handitzea.</p>	<p><b>8.1.3 helburu operatiboa.</b> EAEko Emakumeen eta Gizonen berdintasunerako VII. Plana.</p>

### 3. LEGEDIA

<b>EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKOA</b>
<u>8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena. Herritarren eskubideak eta betebeharrak.</u>
<u>4/2005 LEGEA, otsailaren 18koa, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerakoa</u>
<u>14/2012 Legea, ekainaren 28koa, pertsona transexualak genero identitateagatik ez baztertzeari eta haien eskubideak aitortzeari buruzkoa.</u>
<u>EAE-ko emakumeen eta gizonen berdintasunerako VII. plana</u>
<u>Adikzioei buruzko Euskadiko VII. plana</u>
<b>ESTATUKOA</b>
<u>14/1986 Legea, apirilaren 25ekoa, Osasunaren Lege Orokorra.</u>
<u>16/2003 Legea, maiatzaren 28koa, Osasun Sistema Nazionalaren kohesio eta kalitateari buruzkoa.</u>
<u>1/2004 Lege Organikoa, abenduaren 28koa, genero-indarkeriaren kontrako babes-neurri integralei buruzkoa</u>
<u>39/2006 Legea, abenduaren 14koa, autonomia pertsonala sustatzeari eta mendekotasun egoeran dauden pertsonak artatzeari buruzkoa.</u>
<u>3/2007 Lege Organikoa, martxoaren 22koa, Emakumeen eta gizonen berdintasuna eraginkorra izatekoa</u>
<u>2/2010 Legea, martxoaren 3koa, sexu- eta ugalketa-osasunari eta haurdunaldia borondatez eteteari buruzkoa.</u>
<u>825/2010 Errege Dekretua, ekainaren 25ekoa, 2/2010 Lege Organikoa, martxoaren 3koa, sexu- eta ugaltze-osasunaren eta haurdunaldiaren borondatezko etenaldiari buruzkoa partzialki garatzen duena.</u>
<u>831/2010 Errege Dekretua, ekainaren 25ekoa, HBE dela eta prestazioaren asistentzia-kalitatea bermatzen duena.</u>
<u>Ebazpena, 2012ko uztailaren 13koa, Gizarte Zerbitzuen eta Berdintasunaren Estatu Idazkaritzarena, Autonomiaren Aldeko eta Mendetasunari Arreta Eskaintzeko Sistemaren Lurralde Kontseiluaren Autonomia eta Dependentsiaren Arretarako Sistema Hobetzeko Akordioa argitaratzen duena</u>
<b>EUROPAKOA</b>
<u>Emakumeen eta gizonen berdintasunerako konpromiso estrategikoa, 2016-2019</u>
<u>89/391 Esparru Zuzentaraua, laneko osasunari eta segurtasunari buruzkoa</u>

OHARRA: Osasunaren eremuko berdintasun-agindu espezifikoez gain, modu orokorrean sektore guztietan aplikagarri diren berdintasunari buruzko aginduak ere aztertu behar dira; horiek guztiak, generoaren arabera eraginari buruzko txostenak egiten lagundu duten materialetako alderdi juridikoei buruzko dokumentuan aurki daitezke.

## 4. DATU-ITURRIAK

FUNTSEZKO ADIERAZLEAK ETA DATUAK	ITURRIA	ALDIZKA KOTASUNA
<ul style="list-style-type: none"> <li>«Bizi-itxaropena jaiotzean, Euskal Autonomia Erkidegoan, heriotza-kausaren, lurraldearen eta eskualdearen arabera, sexuari eta urteari jarraikiz». 1977-2019.</li> </ul>	<p><u>Adierazle demografikoak</u></p> <p>EUSTAT (2020)</p>	Urtekoa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena.</li> <li>Heriotza-tasa (COVID-19aren egoerako datuak)</li> </ul>	<p><u>Osasunaren egoera 2021</u></p> <p>EUSTAT (2021)</p>	Lau urtean behin
<ul style="list-style-type: none"> <li>Osasun orokorraren autopertzepzioa.</li> <li>Arazo kronikoen prebalentzia.</li> <li>Jardueraren mugaketa kronikoaren prebalentzia.</li> <li>Prebalentzia, jardueraren mugaketa kronikoaren mailaren arabera.</li> <li>Prebalentzia, norbere jardueraren mugaketa kronikoa ekarri dion osasun-arazoaren arabera.</li> <li>Jardueraren mugapen kronikoagatik behar den laguntzaren maiztasuna.</li> <li>Laguntza behar duten pertsonak, laguntza ematen duenaren arabera.</li> <li>Osasun mentalaren indizea.</li> <li>Antsietatearen eta depresioaren sintomak.</li> <li>Noizbait bere buruaz beste egitea pentsatu duen biztanleria.</li> <li>Azken urtean bere buruaz beste egitea pentsatu duen biztanleria.</li> <li>Sendagai ohikoenen kontsumoa.</li> <li>Tabakoaren kontsumoa bizitzan zehar.</li> <li>Azken urteko tabako-kontsumoa.</li> <li>Epe luzean osasun-arazoak izateko arriskua alkohola edateagatik.</li> <li>Alkohol-kontsumoaren maiztasuna azken urtean.</li> <li>Alkohola edaten hasi zen adina.</li> <li>Jarduera fisiko osasuntsua egiten duen biztanleriaren prebalentzia.</li> </ul>	<p><u>Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun inkesta 2018</u></p> <p>Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila (2019)</p>	Bost urtean behin

- Azken zazpi egunetan egindako jarduera fisikoa.
- Nahi den ariketa fisikoa ez egitearen arrazoiak.
- Fruta, barazkiak, arraina, haragia, hestebeteak eta gozokiak kontsumitzea.
- Gorputz-masaren indizeak.
- Lo-ordu kopurua.
- Inguruan babes konfidentzial eta afektiboa izatea.
- Babes sozial konfidentzial eta afektiborik ezaren prebalentzia.
- Etxebizitza, kanpoko zarata-arazoengatik.
- Kanpoko usain txarrak eragindako arazoak dituen etxebizitza.
- Etxebizitza, kontsumorako uraren kalitateak eragindako arazoengatik.
- Etxebizitza tenperatura egokian mantentzea.
- Etxebizitza hezetasun, itogin edo usteltasun arazoengatik.
- Osasun zerbitzuekin pozik dauden pertsonen prebalentzia.
- Osasun-premiei Osakidetza ematen dien erantzunaz daukaten iritzia.
- Urtero gripearean txertoa hartzen duten pertsonen prebalentzia.
- Osasuneko profesional batek azken 12 hilabeteetan tentsio arteriala hartu dien pertsonen prebalentzia.
- Medikuek aginduta azken 12 hilabeteetan kolesterol-maila neurtu dieten pertsonen prebalentzia.
- Azken 12 hilabeteetan odoleko azukre-maila neurtu dieten pertsonen prebalentzia.
- Aurreko 14 egunetan medikuntza orokorreko edo pediatriako kontsulta egin duten pertsonen prebalentzia.
- 12 hilabetetan izandako kontsulta mediko kopurua.
- Aurreko 6 hilabeteetan larrialdietako zerbitzuetan arreta jaso duten pertsonen prebalentzia.
- Aurreko 12 hilabeteetan ospitaleratu diren pertsonen prebalentzia.



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aurreko 12 hilabeteetan eguneko ospitale batean arreta jaso duten pertsonen prebalentzia.</li> <li>• Bularreko Minbiziaren detekzio Goiztiarreko Programaren gutuna jaso duten 50-69 urteko emakumeen prebalentzia.</li> <li>• Bularreko Minbiziaren detekzio Goiztiarreko Programaren mamografia egitera joan diren emakumeak (50-69 urte).</li> <li>• Emakumeak, baginako azken zitologia egindako egunaren arabera.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euskal Autonomia Erkidegoko suizidioak, adin-taldearen, lurralde historikoaren eta sexuaren arabera. 2019.</li> <li>• Euskal Autonomia Erkidegoko heriotzak eta heriotza-tasak 1.000 biztanleko, lurralde historikoen arabera. 1975-2019.</li> <li>• Euskal Autonomia Erkidegoko heriotzak, jaiotza-urtearen, lurralde historikoaren eta sexuaren arabera. 2019.</li> <li>• Euskal Autonomia Erkidegoko heriotzak, heriotza-arrazoia, sexuaren eta lurralde historikoaren arabera. 2019.</li> </ul>	<p><a href="#">Heriotzen estatistika</a></p> <p>EUSTAT (2020)</p>	<p>Hiru hilean behingoa</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partaide bakoitzaren batez besteko denbora, jardueraren, egun kopuruaren eta sexuaren arabera. Euskal Autonomia Erkidegoa. 2018.</li> <li>• Partaide bakoitzaren batez besteko denbora, etxeko pertsonentzako zaintza motaren, egun kopuruaren eta sexuaren arabera. Euskal Autonomia Erkidegoa. 2018.</li> </ul>	<p><a href="#">Denbora Aurrekontuen Inkesta, 2018</a></p> <p>EUSTAT (2019)</p>	<p>Bost urtean behin</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euskal Autonomia Erkidegoko batez besteko errenta pertsonala, sexua eta bost urteroko adina kontuan hartuta eta errenta motaren arabera (eurotan). 2018.</li> </ul>	<p><a href="#">Pertsonen eta familien errentaren estatistika 2018</a></p> <p>EUSTAT (2020)</p>	<p>Urtekoa</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langabezia-tasak, adin-taldean, sexuaren eta autonomia-erkidegoaren arabera. 4TR2020.</li> </ul>	<p><a href="#">Biztanleria Aktiboaren Inkesta</a></p>	<p>Hiru hilean behingoa</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langabezia-tasak, nazionalitatearen, sexuaren eta autonomia-erkidegoaren arabera. 4TR2020.</li> <li>• Soldatapekoak, kontratu edo lan-harreman motaren, sexuaren eta autonomia-erkidegoaren arabera. Balio absolutuak eta ehunekoak komunitate bakoitzaren guztizkoarekiko. 4TR2020.</li> <li>• Pertsona okupatuak lanaldiaren, sexuaren eta autonomia-erkidegoaren arabera. Balio absolutuak eta ehunekoak komunitate bakoitzaren guztizkoarekiko. 4TR2020.</li> </ul>	INE (2021)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jarduera-, enplegu- eta langabezia-tasak, sexuaren arabera. 2019.</li> <li>• Biztanleria kontratuduna, kontratu motaren eta sexuaren arabera. 2019.</li> <li>• Biztanleria okupatua, lanaldi motaren eta sexuaren arabera. 2019.</li> </ul>	<u>Desgaitasuna duten pertsonen enplegua</u> EIN (2020)	Urtekoa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontratuen erregistroa 2020an.</li> </ul>	<u>Kontratuen urteko balantzea</u> Lanbide (2021)	Urtekoa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 urtetik 44ra bitarteko 1.000 emakumeko tasak, bizilekutzat duten autonomia-erkidegoen arabera.</li> <li>• Kopurua bizi den probintziaren eta adin-taldearen arabera.</li> <li>• Kopurua, bizilekua dagoen probintziaren eta antisorgailuen erabileraren arabera.</li> </ul>	<u>Haurdunaldia Borondatez Etetea. 2019ko datuak.</u> Osasun Ministerioa (2020)	Urtekoa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Bizirik jaiok eta jaiotza-tasa, 1.000 biztanleko, lurralde historikoaren arabera». 1975-2019.</li> <li>• Euskal Autonomia Erkidegoko bizirik jaiok, lurralde historikoaren, amaren adinaren, jaiotza-ordenaren eta aldiaren arabera. 2019.</li> <li>• Euskal Autonomia Erkidegoko jaiotzak, lurralde historikoaren, asistentziaren, amatasunaren, normaltasunaren, bizitasunaren eta aldiaren arabera. 2019.</li> </ul>	<u>Jaiotzen estatistika</u> EUSTAT (2020)	Hiru hilean behingoa

<ul style="list-style-type: none"> <li>Euskal Autonomia Erkidegoko unibertsitateetan matrikulatutako ikasleak, zentroaren titulartasunaren eta ikasketa-adarraren arabera sailkatuta, eta ikasketa-mailaren eta sexuaren arabera bereizita. 2019-2020.</li> </ul>	<u>Unibertsitate- estatistika</u> EUSTAT (2021)	Urtekoa
<ul style="list-style-type: none"> <li>EAEEn zenbat ikasle Lanbide Heziketan matrikulaturik, graduka eta familia profesionala, eta lurralde historikoaren eta sexuaren arabera. 2019-2020.</li> </ul>	<u>Eskola Jardueraren Estatistika</u> EUSTAT (2021)	Urtekoa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unibertsitate publikoetako ikastetxe propioetako irakasle eta ikertzaileak, aldagai hauen arabera: autonomia-erkidegoa, sexua, langileria mota eta irakaskuntza-adarra. 2018-2019.</li> </ul>	<u>Unibertsitateetako langileen estatistika</u> Hezkuntza eta Lanbide Heziketa Ministerioa (2020)	Urtekoa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medikuntza, Farmazia, Odontologia, Psikologia, Erizaintza, Fisioterapia, Podologia, Optika eta Optometria, Dietetika eta Nutrizioa, Logopedia, Terapia Okupazionala eta Biologia alorretako profesionalen kopurua. 2019.</li> </ul>	<u>Elkargokide diren osasun- profesionalen estatistika</u> INE (2020)	Urtekoa

## 5. ERREFERENTZIA-AGIRIAK

- Bosch, J. (2016). Etxebizitzaren arazoa Espainian generoaren ikuspegitik: analisia eta garapenerako proposamenak.
- Chilet, E. (2011). Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible.
- Emakunde (2020). EAEn emakumeen kontrako indarkeriaren biktimei emandako erantzuna. 2019ko datuak.
- EUSTAT (2019). Berdintasunerako txostena 2019.
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila (2016). Euskal Autonomia Erkidegoan 2015ean izandako haurdunaldiaren borondatezko etendurak.
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila (2018). Adikzioei buruzko EAEko Inkesta, 2017.
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila (2018). Arreta espezializatuaren estatistika Euskal Autonomia Erkidegorako. 2018. urtea.
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila (2020). Heriotza-tasa Euskal Autonomia Erkidegoan, 2018an.
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila (2020). 2019ko Memoria. HIESaren eta Transmisio Sexualeko Infekzioen Plana.
- Osasun eta Kontsumo Ministerioa (2007). «Osasuna eta generoa» txostena 2005.
- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.
- Gazteen Euskal Behatokia (2017). Euskal Gazteria 2016.
- Rohlsf, I., Borrell, C. eta Fonseca, M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos.
- Ruiz, M. T. (2009). Sesgos de género en la atención sanitaria.
- Kontrazepzioaren Espainiako Elkarte (2020). Espainiako antisorgailu-ohiturei buruzko inkesta 2020.
- Solé, C. eta Parella C. (2004). "Nuevas" expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales "exitosas".