eman ta zabal zazu

Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

GENERO-IKUSPUNTUA OSASUNEAN

Egilea

ELENA DIAZ EREÑO

EUSKARAREN ETA ETENGABEKO PRESTAKUNTZAREN ARLOKO ERREKTOREORDETZAREN SARE ARGITALPENA

Argitalpen honek UPV/EHUko Euskararen eta Etengabeko Prestakuntzaren arloko Errektoreordetzaren laguntza izan du

ISSN 2603-8900

II. MODULUA

BERDINTASUN-POLITIKAK

6. gaia.

Osasuna, gorputza eta sexualitatea

***Azpigaia*. Genero-ikuspuntua osasunean**

***Irakaslea*. Elena Diaz Ereño**

Aurkibidea

Laburpena 3
1. Sexua eta generoa osasun-zientzietan 4
2. Nola eragiten dute sexuak eta generoak osasunean? (OME)..... 6
2.1. Osasunaren gizarte-determinatzaileak 7
2.2 Osasunean eragina 7
3. Osasunaren arloan generoaren azterketa 8
3.1 Zein dira generoaren analisiaren gakoak?..... 9
3.2 Zergatik da garrantzitsua generoaren azterketa?..... 9
3.3 Zer adierazten du datuak sexuka bereizita aurkezteak?..... 9
4. Genero-azterketa osasun-arazo batean aplikatu 10
4.1 Gainpisua/Obesitatea genero-ikuspuntutik aztertzeko matrizea aplikatzen ... 13
4.1.1 Gainpisuaren/Obesitatearen prebalentzia populazio helduarengan 14
4.1.2 Gainpisua eta obsesitatea klinikoki definitzen..... 15
4.1.3 Osasunerako arriskuak eta zaurgarritasuna 17
4.1.4 Osasun-zerbitzu eta -baliabideetara iristeko eta erabiltzeko gaitasuna... 22
4.1.5 Osasun-zerbitzu eta -baliabideetara iristeko eta erabiltzeko gaitasuna ... 24
5. Genero-ikuspuntua osasunaren ikerketan gehitu: Bilbon egin zen *Osasun-ikerketa genero-ikuspegiarekin* mahai-inguruaren transkripzioa (2013ko azaroa) 25
5.1 Lan-osasunaren epidemiologian gehitu. Lucía Artazcoz Lazcano..... 27
5.2 Zainketa informala ikerketan gehitu. María del Mar García Calvente..... 29
5.3 Genero-alborapena osasun-laguntzan. Carme Valls Llobet..... 34
6. Genero-ikuspuntua osasunaren irakaskuntzan txertatu..... 37
7. Baliabide bibliografikoak..... 40

Laburpena

Medikuntzaren arloan, *sexu* terminoa erabili ohi da «subjektuak» gizonezkoen eta emakumezkoen artean bereizteko, batez ere errealitate anatomiko eta fisiologiko diferentzialaren miaketaren ostean. Gehienetan, *sexu* eta *genero* terminoak bereizketarik gabe erabiltzen dira, eta ohikoa da gizabanakoen datuak, klinikoak eta zientifikoak, genero-azterketa sexuka banandutako datuen aurkezpenaren sinplifikazio bihurtzea. Horren zergatia izan daiteke, neurri batean, generoaren eta osasunaren arteko erlazioaren kontzeptualizazioa oro har ezezaguna izatea. Erreferentzia-corpusak ez du parte hartzerik medikuntzako irakaskuntza-curriculumean, gradu osteko formazioan ere ez, eta ohiko praktika klinikoan ere ez.

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) horrela deskribatzen du *genero* terminoa: emakumezkoen eta gizonezkoen ezaugarriak, gizarteak definituak: adibidez, esleitutako rolak, arauak eta haien arteko erlazioak. Kulturaren eta denboraren arabera aldatzen dela adierazten du. Diru-sarrerak, hezkuntzak, adinak, etnia-jatorriak, sexu-orientazioak eta bizilekuak, adibidez, eragina dute osasunean. Faktore guztiak osasunaren determinatzaileak dira, eta osasun onaz gozatzeko edo hura galtzeko oinarrizko faktore ere bai.

Generoaren analisia tresna gakoa da osasun-politiketan eta osasun-programetan genero-ikuspuntua txertatzeko; baita sortutako efektu bereizgarrien jarraipenerako eta ebaluaziorako ere (OME). Analisiak ulertarazten digu emakumezkoek, gizonezkoek eta identitate ez-binarioa dutenek nolako diferentziak dituzten gaixotzean; arrisku-faktoreen azterketaren bidez, bai eta larritasunaren eta agertzeko maiztasunaren azterketaren bidez ere. Azkenik, kulturak, gizarteak zein osasun-sistemak diferentzia horiei ematen dieten erantzunaren azterketaren bidez ere bai. Genero-ikuspuntua osasun-ikerketan txertaturik, diseinuaren, metodologiaren, emaitzen interpretazio eta difusioaren zeihartasunak nabarmenduko ditu. Batez ere, okerreko ikerkuntzaren difusioa, praktika klinikoan errealitate biribil eta eztabaidaezin bezala aplikatutakoa, eta gaixotze diferentzialaren azterketaz jakinarazia.

Material didaktiko honen prestakuntzak nire ezjakintasunaren kontzientzia handiagotu du, eta ikasitakoaren zeihartasunak hobeto identifikatu; horrek eragin dezake atal desberdinei emandako dimentsioan. Ekarpenak egin ditzazuen animatzen zaituztet, ikasgaia hobetzeko. Aberasgarria izango da denontzat. Aurrera!

1. Sexua eta generoa osasun-zientzietan

Medikuntzan, indibiduoen sexua aipatzean genetikoki ezarritako errealitate anatomikoaz zein fisiologikoaz hitz egiten dugu, eta horrela bereizten dugu gizonezkoak edo emakumezkoak diren.

Errealitate hori konplexuago bihurtzen zaigu sexu-ezaugarri anatomikoak estuki ez datozenean bat sexu batekin edo bestearekin, esklusiboki; bietarakoa izan daiteke, edo «subjektuak» desadostasuna adieraz dezake jaiotzaz egokitutako sexuarekin. Berariaz *subjektu* hitza erabiltzen dut, osasun-zientzietan *pertsona* baino askoz gehiago erabiltzen delako.

Genero terminoaren esangura ulertzen asko kostatzen ari da, medikuntza klinikoan, esperimentalean zein irakaskuntzarenean, bai eta osasun-parametroekin, emaitzekin edo ezagutzaren transmisioarekin izan dezakeen erlazioa ere. Beraz, ohikoa da bi terminoen erabilera bereizgabea eta sinplifikatua, generoaren alderdi diferentziala sexutan banatutako datuak aurkeztera mugatzen baita (analisi kualitatiborik gabe).

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) horrela adierazten digu 403. ohar deskriptiboan (medikuei barne): «generoak osasun-emaitzetan eragin dezake, bai eta osasunaren lorpenean eta ongizate mental, fisiko eta sozialaren lorpenean ere». Gainera, terminoak zeri egiten dion erreferentzia azaltzen du: gizarteak definituriko emakumezkoen eta gizonezkoen ezaugarriak, adibidez, esleitutako rolak, arauak eta haien arteko erlazioak. Are gehiago, kulturaren eta denboraren arabera aldatzen dela adierazten du. Halaber, garrantzitsutzat jotzen du gizonezkoen eta emakumezkoen sexu-kategoria bitarrean egokitzen ez diren identitateak (edo sexu-identitateak?) onartzea. «Arauek, erlazioek eta generoari esleitutako rolek ere eragiten dute pertsona transexualen edo intersexualen osasun-emaitzetan».

2015-16 ikasturtean, Medikuntza eta Erizaintza Fakultateko «Emakumeak medikuntzan» izeneko Berdintasunerako Foroak mahai-inguru[1] bat antolatu zuen; Elena Aldasoro

[1] Mahai-ingurua: *¿Es perjudicial la medicina para las mujeres?*. Elena Aldasoro doktoreak emandakoa, Eusko Jaularitzako Osasun Publikorako Zerbitzutik, *Emakumeak Medikuntzan* izeneko Foroak antolatuta, Medikuntza eta Erizaintza Fakultateko Berdintasun Batzordetik (UPV/EHU).

Unamuno doktorea ekarri zuten hizlari. Ikerkuntzan eta medikuntza asistentzialean aurki daitezkeen genero-zeihartasunei buruzko gaia jorratu zuen.. Mahai-ingurua bukatzean, nire lankide batek —ikerkuntzan zein irakaskuntzan esperientzia handiko emakumea bera— onartu zuen hitzaldiari esker ulertu zuela, behingoz, sexuaren eta generoaren arteko desberdintasuna.

Terminoen erabilerarekin jarraituz, María del Mar García Calventek eta laguntzaileek (2010) aipatzen dituzten erabilera desegokiak biltzen dizkizuet lauki honetan:

- Sexua generoaren ordez erabiltzea.
- Emakumeak generoaren ordez baliatzea.
- Feminismoa *genero* terminoarekin ordezkatzea.
- Hierarkia (desberdina) osagarriarekin ordezkatzea.

Eta haien gomendioak: ez hitz egin bi generoz, emakumezkoenaz eta gizonezkoenaz, bi sexu biologikorekin lotutako bi genero bezala, horrek eramaten baikaitu generoa gizonezkoen eta emakumezkoen bizitzan oinarritzera, bananduta, bakoitza bere aldetik; eta, modu horretan, baztertuta gelditzen baitira erlazionatzeko modu ez-heterosexualak .

Ildo horretatik, Mª Pilar Sánchez López (2016)[2] autoreak honela idazten du «Enfoque de género aplicado a la salud» izenburua duen artikuluan: «Lo mismo que en el caso del sexo, el género es un concepto multidimensional que se transforma en la práctica en un concepto bipolar (masculino vs. femenino). Pero esto no refleja la amplia variedad de experiencias, de identidades y de comportamientos que constituyen el género. Los seros humanos sienten y expresan su género a lo largo de un continuo de características y comportamientos, *no mediante categorías excluyentes*». *Transgenero* hitza sartzen du sexu biologikotik bereizten diren identitate edo adierazpenak izendatzeko. Zehazki, hitzarekin barneratzen ditu «una variedad de individuos, conductas y grupos que suponen tendencias que se diferencian de las identidades de género binarias (hombres o mujer) y del rol que tradicionalmente tienen en la sociedad».[3]

[2] HYGEIA sarearen zuzendaria.
[3] Trasngenderismo gaiaz gehiago jakiteko Nicholas M. Teich-ren liburua gomendatzen du: *Transgender 101: A Simple Guide to a Complex Issue* Columbia University Press. *2012*. http://www.jstor.org/stable/10.7312/teic15712

Jakin-minez, Interneten LGTBI kolektiboak horretaz argitaratu duena bilatu dut. Material hau gaztelaniaz prestatu nuenetik euskaratu dudan arte ikaragarri ugaritu da informazioa (sortu eta hedatu). Momentu hartan, kolektiboak beren egoera sexuala sozialki normalizatzeko asmoz antolatu zituen jardunaldietatik triptiko bat hartu nuen, eta horrekin kontzeptu-mapa osatu. Proposamena konplexua bada ere, gero eta ohikoago bihurtzen ari da (normalizatzen).

Fororako proposatutako jarduera (1): kontzeptu-mapan estekatutako triptikoan, errepara iezaiozue *esquema de la diversidad sexual humana* taulari, eta foroan eztabaidatuko ditugu gauza interesgarrienak, kontraesankorrak eta abar (gehiago jakiteko, http://www.felgtb.org/).
https://www.gehitu.org/nortzuk-gara/ ; https://www.mundubat.org/tag/lgbtiq/

Gure lankide Margaret Bullenek eta Jone Hernándezek prestaturiko materialeko paragrafo hau berreskuratu nahi dut: «*Lo que emerge de forma poderosa es la multiplicidad de cuerpos y la pluralidad de maneras de vivir desde el cuerpo, que una vez más rompe los confines del dimorfismo sexual y la dicotomización del género*».

Honetaz, zerk arduratzen gaitu? Medikuntzak zenbateraino hartu duen aniztasuna naturaren akats bezala eta ez naturaren aniztasun bezala, genetikan aipatzen den *mosaiko* kontzeptua bezala? (Ana Zubiaga[4])
Gogoratzeko:

1. Sexua eta generoa ez dira elkarrekiko baztertzaileak, ez eta trukagarriak ere.
2. Termino biak bereiztea ez da lan erraza.
3. Kategoria biak (sexua eta generoa) beti izango dira bereizleak.
4. Biek eragiten dute osasun-emaitzetan.

2. Nola eragiten dute sexuak eta generoak osasunean? (OME)

Pertsona gehienei, gizonezko edo emakumezko jaiotzen badira ere (sexu biologikoa), gizonezkoentzat eta emakumezkoentzat egokiak diren portaerak irakasten zaizkie (genero-

[4] Ana Zubiaga: 'Stitching together our genetic patchworks'

arauak), bereziki beste kideekin nola erlazionatu behar duten, sexu berekoekin edo «kontrako» sexukoekin, bai etxean, bai komunitatean eta bai lanean (generoen arteko erlazioak), eta zer-nolako funtzioak edo ardurak onartu behar dituzten gizartean (genero-rolak).

Diru-sarrerak, hezkuntzak, adinak, etnia-jatorriak, sexu-orientazioak eta bizilekuak eragina dute osasunean. Faktore guztiak eta elkarrekiko interakzioa garrantzitsuak dira osasun onaz gozatzeko. Genero-desberdintasunarekin interakzioan jartzen direnean, eragile horiek bazterkeria eragin dezakete, eta baita osasun-arriskuak eta osasuneko emaitza onak izateko beharrezko baliabideen eskuragarritasun falta ere.

2.1 Osasunaren gizarte-determinatzaileak

Generoa osasunaren gizarte-determinatzaile da.

OMEk nola definitzen ditu osasunaren gizarte-determinatzaileak? Gizakien (pertsonak) jaiotzeko, hazteko, bizitzeko, lan egiteko eta zahartzeko baldintzak, osasun-sistema barne. Baldintza horiek boterearen, diruaren eta baliabideen sakabanaketaren emaitza dira, bai

mundu mailan, bai nazio mailan eta bai tokiko mailan ere, eta erabakitako politikaren menpe daude. Gizarte-determinatzaileek osasun-ekitate falta gehienak azaltzen dituzte; hau da, osasun-egoerari dagokionez behatutako desberdintasun bidegabe eta saihesgarriak, bai herrialde bakoitzaren barnean bai haien artean behatutakoak.

2.2 Osasunean eragina

Gizartearen arabera, emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunak, berez, ez dira arazo; bai, ordea, osasuna lortzeko beharrezko aukerak edo baldintzak sexuaren arabera mugatzen direnean, eta, beraz, osasunerako ondorio kaltegarriak ekar ditzaketen bazterkeria eta desberdintasunak sustatzen direnean.

Ezagutzen duzu egoera mugagarririk, esleitutako rol sozialak eragindakorik ?

Osasunaren arloan, zer dakar genero-berdintasunak? Emakumeek eta gizonek, bizitzan zehar, desberdintasunak kontuan izanda, baldintza eta aukera berdinak dituztela beren

eskubideen eraginkortasun osoa lortzeko eta osasuntsu izateko ahalmena izateko, osasun-garapenean parte hartuz eta emaitzetatik onurak jasoz.

Horrelakoa da gure gizartean? Beste gizarteetan? Zergatik ?

Pertsonek, generoari ezarritako roletara, erlazioetara eta arauetara egokitzen ez direnean, estigmatizazioa, bazterkeria edo giza bazterketa jasaten dituzte, guztiak ere osasunerako kaltegarriak diren esperientziak. Genero-arauek osasun hoberena lortzeko beharrezko baliabideen kontrolean eta eskuragarritasunean eragiten dute: baliabide ekonomikoak (diru-sarrerak, hipoteka); sozialak (sare sozialen laguntza); politikoak (lidergoa izateko, parte hartzeko eta antolatzeko gaitasuna); informaziokoak eta hezkuntzakoak (osasunaren oinarrizko kontzeptuak, ezagutza akademikoa); denborari lotutakoak (osasun-zerbitzurako sarbidea) eta barne-ezaugarriak (norberaren buruarengan konfiantza, autoestimua).

Arauek, rolek eta generoaren arloko erlazioek emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunak sortzen dituzte, honako arlo hauetan:

- Arrisku- eta zaurgarritasun-faktoreen eraginpean jartzea.
- Etxearen eremuan, nutrizioan, zainketan eta hezkuntzan egiten diren inbertsioak.
- Osasun-zerbitzuetara duten sarbidea eta erabilera.
- Osasun-arretako inguruneetan izandako esperientziak.
- Osasun txarraren gizarte-eraginak.

3. Osasunaren arloan generoaren azterketa

OMEk hartutako konpromisoa. 2007. urteko maiatzean, 60. Osasunaren Mundu Biltzarrak erabaki zuen OMEren jardueren artean (WHA60.25) txertatzea genero-ekintzak eta genero-azterketa; honako hauek:

- Generoaren arloko plangintza eta azterketarako gaitasuna sortzea.
- Erakunde-eginkizunetan generoaren gaia sartzea.
- Datuak desglosatzea eta generoari buruzko ikerkuntza egitea.
- Generoaren gaia txertatzearen kontuak nork eman behar dituen zehaztea.

Zer da generoaren analisia? Tresna gakoa da osasun-politiketan eta osasun-programetan genero-ikuspuntua txertatzeko, baita sortutako efektu bereizgarrien jarraipenerako eta ebaluaziorako ere.

3.1 Zein dira generoaren analisiaren gakoak?

1. Azterketarako «sexua» eta «generoa» unitate desberdinak direla aitortzen du.
2. Generoaren rolek eta arauek baliabideen kontrolean eta eskuragarritasunean eragiten dutela uste du.
3. Emakumeak eta gizonak ez dira berdinak bizitzaren arloetan, ez biologikoki ezta sozialki ere.
4. Prozesu sistematikoa osatzen du, eta epe luzerako konpromisoa behar du.
5. Beharrezkoa da politikak eta programa egokiak adierazteko.
6. Ikerkuntzan lortutako informazioan, emakume eta gizon talde askotarikoei eginiko kontsultan, jarraipenaren eta epidemiologia-behaketaren datuetan jasotako ebidentzietan oinarritzen da. Horretarako, bildutako datuek kuantitatiboak eta kualitatiboak izan behar dute, eta sexuka desglosatuta egon behar dute.
7. Iturburu-taldeen ordezkoek parte hartu behar dute prozesuan, bai eta gai horretako adituek eta bestelako sektore zein diziplinetakoek ere.

3.2 Zergatik da garrantzitsua generoaren azterketa?

- Honako alderdi hauek ulertzen laguntzen digulako: arrisku-faktoreen desberdintasunak, gaixotasunen eragina eta haien adierazpenak; larritasunean dauden desberdintasunak, gaixotasunen maiztasuna, eta arazo horien aurrean kulturak, gizarteak eta osasun-sistemak ematen dituen erantzunak.
- Desberdintasunak agerian uzten dituelako honako baliabide hauetarako sarbidean: osasun-arreta eta baliabideak, informazioa, garraioa, komunikazioa eta zerbitzuak, eta erabakiak hartzeko prozesua.
- Osasun-arretari egiten dizkioten ekarpen desberdinak onartzen dituelako: formala, informala eta etxeko doako zainketa.

3.3 Zer adierazten du datuak sexuka bereizita aurkezteak?

- ✓ Emakumeen, gizonen, nesken eta mutilen datuak bereiz bildu, aztertu eta aurkezten direla.
- ✓ Abiapuntua direla, baina, zenbakietatik aparte, pauso bat gehiago eman behar dela (harago joan beharra dago), eta kontuan hartu beste aldagai mota bat, garrantzizko informazioa aintzakotzat ez hartzea ekiditeko.

- ✓ Datuak baliagarriak dira gizonen eta emakumeen egoeraren arteko desberdintasunak eta berdintasunak irudikatzen dituztelako, eta azterketa edo ikerkuntza gehigarriak behar dituzten eremuak adierazten dituztelako; adibidez, elkarrizketa zehatzak eta iritzi-taldeko metodo kualitatiboak).
- ✓ Datuen gogoetak, sexuka soilik, albo batera uzten du garrantzizko informazioa; adibidez, talde etnikoa, adina eta egoera sozio-ekonomikoa gehitzen ditugunean, hobeto bidera daitezke programak, proiektuak eta politikak.

Ondorioa:

Sexuka banatutako datuek (kualitatiboak zein kuantitatiboak) programa zuzentzen zaien emakumeen eta gizonen egoerak hobeto ulertzen laguntzen dute; eta genero-desberdintasunak kontuan hartuko dituzten programen, proiektuen eta politiken plangintzan laguntzen dute.

Fororako proposatutako jarduera (2). Begira itzazue grafiko hauek; kontuan izan desberdintasun sozialek nola eragiten duten gizon eta emakumeen osasun-adierazleetan EEAn. Partekatu azpimarragarriena, zalantzagarriena, eta abar.

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta_salud_graficos/es_escav13/adjuntos/Graficos_DeterminantesdelaSalud.pdf

4. Genero-azterketa osasun-arazo batean aplikatu

1. taulan erakusten da OMEko gidan (OPS/OMS gida) proposatzen den genero-azterketarako matrizea. Matrizeak sexuaren eta generoaren eraginak aztertzen laguntzen digu egoera edo osasun-arazo jakin batean, gizonezkoek eta emakumezkoek jasan ohi duten osasun-arazo jakin batean.

- Lerroka, azterketa zehatzagoa egiteko markoa ematen da; arriskuekin, zerbitzuetara sartzeko ahalmenarekin, osasunerako eraginekin eta emakumeen zein gizonen ongizatearekin erlazioa duten kontuak.
- Zutabeka, determinatzaile (eragile) biologikoekin, sozio-kulturalekin eta baliabideen kontrolarekin erlazionatutako galderak txertatzen dira.

Genero-azterketarako matrizeek laguntzen digute gizon, emakume edo pertsona ez-binarioen osasun-arazo batzuekin erlazionaturiko berdintasunak eta desberdintasunak aitortzen.

Nola batu dezakegu informazioa? Normalki, galderen bidez. Galderek informazioan oinarritutako ikuspuntua sustatzen dute. Informazio hori ikerketatik, behaketetatik, hausnarketetatik eta gizon-emakumeekin egindako lanetik atera daiteke. Beti ez dago erantzunik, baina galderak egitean genero-azterketak ikusarazten dituen desberdintasunak agertzen dira.

Azterketak testuinguruko ikuspuntuak islatu behar ditu; genero-ezaugarriak dinamikoak dira. Horrek esan nahi du genero-azterketa ez dela behin bakarrik egiten; aldika errepikatu behar da, komunitatean agertzen diren aldaketak, joerak eta ezaugarri epidemiologikoak ezagutzeko asmoz.

1. taula. Osasunaren gaian genero-azterketa egiteko matrizea (OPS/OMS)

	GENERO-AZTERKETA	
OSASUN-ARAZOA	Emakumeen eta gizonen osasunean nola eragiten dute **desberdintasun biologikoek** eta **fisiologikoek?**	Gizonen eta emakumeen osasunean nola eragiten dute **genero-rolek eta -arauek?**
1) Osasunerako arriskuak eta zaurgarritasuna.	Osasunerako arriskua izateak esan nahi du: - Aurkako emaitza izateko probabilitatea. - Aurkako emaitza txarra izateko probabilitatea. - Emaitza txarra izateko probabilitatea gehitzen duen faktorea izatea. - Osasun-arazoaren ondorioa izatea. - Aurkakotasuna edo mehatxua izatea. **Zaurgarritasuna:** pertsonei arrisku handiagoa jasanarazten dieten faktoreak.	
2) Osasun-baliabideak eta -zerbitzuak eskuratzeko eta erabiltzeko gaitasuna.	**Sarbidea**: norbanakoaren osasun-beharrak gogobetetze-mekanismoekin harremanetan ipintzeko gaitasuna. **Osasun-arretaren kalitatea**: zer gradutan osasun-zerbitzuek...: - gehitzen duten desiratutako osasun-emaitza lortzeko probabilitatea; gaurkotutako ezagutza profesionalekin osatutakoak diren. - kontuan izaten duten erabiltzaileen hautemandako kalitatea. <u>Aztertzeko faktoreak</u> - Osasun-zerbitzuekiko distantzia, garraioa, arreta-ordutegia, zerbitzuaren kostua, behar den denbora. - Familia-baimenaren beharra. - Erabilgarriak diren osasun-zerbitzuen ezagutza. - Terapia-aukerak komunikatzeko modua. - Arretaren kalitatearen pertzepzioa. - Arreta behar duten arazoen ezagutza propioa. - Arazoak duen larritasunaren pertzepzioa. - Osasun-zerbitzuarekin aurretik izandako esperientzia. - Eskuragarriak diren aukerak. - Osasun-arazo jakin batzuek duten estigma. - Ohiko jarduerekin duten interferentzia. - Kultura-ikuspegitik, ikuspuntu sentikor baten falta.	
3) Osasun-emaitzak eta osasun-arazoen ondorioak (adibidez, ekonomikoak, sozialak).	Pertsonarentzat eta haren familiarentzat, osasun-arazoaren zaman eta emaitzan eragina duten faktoreak honako hauek dira: - Diru-kostua. - Arazoaren iraupena. - Estigma.	

OPS: Organización Panamericana de la Salud

4.1. Gainpisua/Obesitatea genero-ikuspuntutik aztertzeko matrizea aplikatzen

Nire esperientzia klinikoaren zati handi bat arreta medikoan eta nutrizionalean zentratu da. Paziente gehienak emakumeak ziren, eta «argaltzea» zen kontsultan jasotzen nuen eskaerarik ohikoena. Horietako askok makina bat dieta probatu zituzten niregana etorri baino lehen, gehienak emaitza etsigarriekin; eta ez bakarrik dieta, baita bestelako terapiekin nahastuta ere (presoterapia, liposukzioa, zelulitisaren kontrako krema, bendaje hotz-beroak, fitoterapia diuretikoa, betegarria eta abar). Denak, nire ustez, eraginkortasun zalantzagarria dutenak, eta oso garestiak.

Paziente horietako asko lehenago osasun-zentrotik edo anbulatoriotik pasatuak ziren, inolako arrakastarik gabe. Dietaren monotonia, denborarik gabeko arreta medikoa eta tratamenduaren pertsonalizazio falta aipatzen zituzten *kanpoko* oztoporik garrantzitsuentzat.
Barneko oztopoen artean, berriz, autokontrol faltaren pertzepzioa, gogaitasuna, prozesuan zehar galdutako motibazioa eta lan- eta familia-bizitzarekin zein bizitza sozialarekin bateraezintasuna erakusten zituzten.
Zer gertatzen zitzaien? Pazienteen errua zen? Argaltzeko dietak baliagarriak al dira?

Foroan partekatzeko jarduera (3).
Zure inguru hurbilean, zenbat pertsona ezagutzen dituzu dieta egin dutenak eta saiakeran porrot egin dutenak? Generoaren aldetik, zer diferentzia behatu dituzu erantzun mota aztertzean?
Horietako zenbat daude «harrapatuta» beren arazoa betiko bideratuko duen dietaren bila? Zenbat, gorputz perfektu edo idealaren bila?
Horietako zenbatek izan dute beren osasun-arazoa bideratzeko diziplinarteko programa batean parte hartzeko aukera?
Pisuaren kontrola osasun-arazotzat ikusten da, edo itxura-kontu xume bat da?
Zein da dieta egitearen helburu nagusia?
Bideragarria da nagusi den eredu estetikoa?
Posible litzateke gorputz-aniztasunaren edertasunak orokortzea?

Nire ogibidean behatu eta jasan dudan gabeziarik handienetako bat izan da osasun nutrizionala sustatzeko programen falta, bai osasun-sare publikoan bai pribatuan.

Baliabide profesional nahikoak dituzten programak, espezializatuak, emakume gazte, heldu zein nagusiei zuzenduak (gizonentzat ere ez daude). Haurdunaldian eskaintzen den arretatik aparte, gutxi aurkitu ditut; ez da arreta askoz gehiago eskaini modu egituratuan, programatuta, era sistematikoan, nerabezarotik zahartzarora. Jateko portaera-arazoen kasuan ere, egoera larrian jartzen dituzte nerabeak zein haien familiak, beharrezko unitate espezializatuen gabezia daukate, osasun-sarean koordinatuta eta elkarteekin, heziketa-zentroekin zein gizarte-zerbitzuekin lankidetzan.

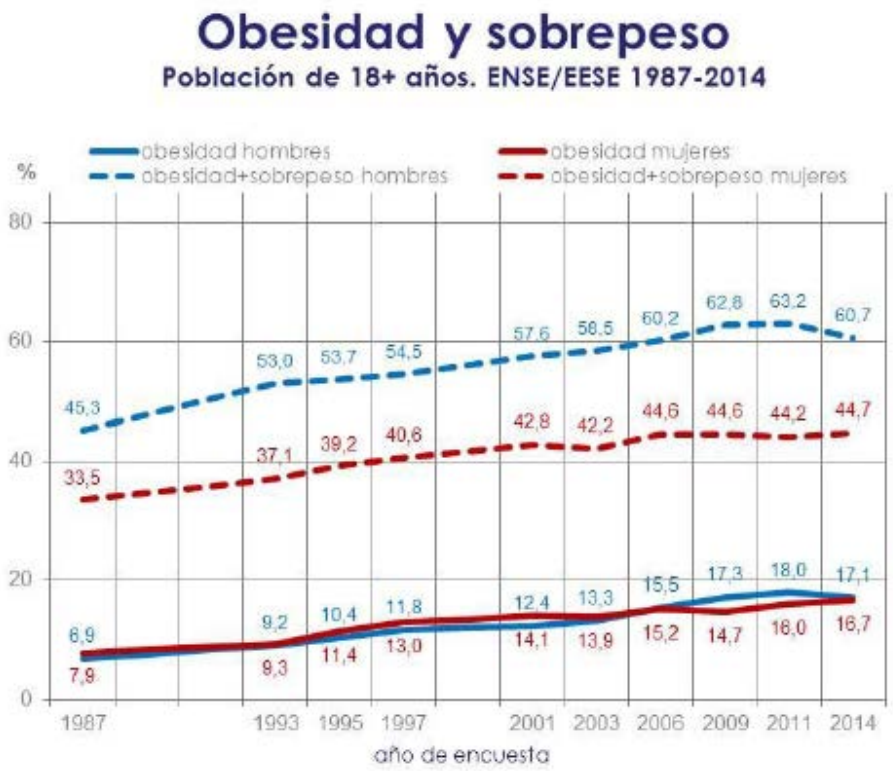
4.1.1 Gainpisuaren/obesitatearen (SP/OBS) prebalentzia populazio helduarengan

OMSren, SEEDOren eta SEENen zenbait dokumentu begiratuz, denak bat datoz: obesitatea gaixotasun kroniko multifaktorial bat da, soziosanitarioki eta ekonomikoki garrantzi handia duena. Herrialde garatuetako populazioaren ehuneko handi bati eragiten dio, adin, sexu eta baldintza sozial guztiak barne hartuz.

MSSSIk argitaratutako ondorengo grafikoan[5], 1987tik 2014ra 18 urtetik gorako populazio helduaren obesitatearen prebalentzia agertzen da, sexuaren arabera, baita aldi bereko prebalentzia ere obesitatea eta gainpisua kontuan hartuta.
Ikus daitekeenez, obesitatearen prebalentzia pertsona nagusiengan goranzko marra bat da azken 25 urteetan (ENSE 1987-2014). 1987tik 2014ra arte emakumeengan obesitatea %8tik %16,7ra pasatu da. Gizonen kasuan are gehiago, 1987an

%7 izatetik 2014. urtean %17,1 izatera. Sexuaren araberako ezberdintasunak oso nabariak dira gainpisuaren kasuan.
2014an obesitatearen eta gainpisuaren prebalentzia biak batera hartuta, Espainian bizi zen biztanleria helduarengan %52,7 zen, gizonengan handiagoa (60,7) emakumeengan baino (44,7). Zifrak berak adierazgarriak dira.

[5] ENSk eta EESk aurkeztutako estatistiketan, pisua eta altuera pertsonak aitortutakoak dira. Horrekin IMCa kalkulatzen da eta OMSren irizpideak aplikatzen dira.



Iturria: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Encuesta Europea de Salud en España" (EESE) 2014 (INE); Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) 2033-2011 (MSSSI/INE) Encuesta Nacional de Salud (ENS) 1987-2001 Instituto Nacional de Estadistica (INE) Eskuragarri link honetan: http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/737/Tend_salud_30_indic.pdf

Obesitateari buruzko argitalpen gehienetan, gaixotasun hau genotipoaren (karga genetikoa) eta ingurumenaren arteko interakziotzat hartzen da. Agertzen denean, pareko beste gaixotasun batzuk jasateko arriskua areagotu egiten da (komorbilitatea), eta, horregatik, tabakoaren ondoren, gaixotasun goiztiar eta saihesteko moduko bigarren heriotza-kausa bihurtu da. Osasun publikoko arazo larri bat da.

Obesitatea duten pertsonek gizarte-estigmatizazioa eta diskriminazioa pairatu ohi dute, eta jasaten dutena ez da benetako gaixotasuntzat hartzen, alderantziz baizik: ahorakina kontrolatzeko ezgaitasun indibidualaren ondoriotzat hartzen da.

4.1.2 Gainpisua eta obesitatea klinikoki definitzen

Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas (J.J Arrizabalaga et cols, 2003) delakoak termino klinikoetan definitzen du obesitatea,

gizabanakoa osasunerako arriskutsua den egoera batean jartzen duen gantz korporal gehiegi egotea. Gizonengan, beren gorputz-pisuaren %25etik gora jotzen da gantz gehiegi izatea (normala izanik %12 eta %20 artean), eta emakumeengan %33tik gora (normala izanik %20 eta %30 artekoa).

Gorputz-gantzaren ehunekoa kuantifikatzeko metodo zehatzak daude, baina kostu handikoak, eskura ez daudenak eguneroko praktika klinikoan. Horregatik, nazio arteko erakundeak eta obesitatea[6] ikertzen duten elkarte zientifikoek honako hauek gomendatzen dituzte: gorputz-neurrietatik eratorritako indizeak (pisua, altuera, gerriondoa eta aldakaren perimetroa, batik bat) eta gantz kantitatea eta gantz hori aldaketan eta sabelaldean nola banatzen den balioesteko adipositate-indizeak.

IMCa edo GMIa (Gorputz Masaren Indizea) da metodorik onartuena obesitate-maila sailkatzeko eta diagnostikatzeko, zatidura bat bezala definituta: pisua Kg-tan adierazita, zati altueraren karratua (metrotan neurtuta). Zenbait ikasketek GMIa eta gorputzeko gantzaren ehunekoaren arteko korrelazio egokia azaldu dituzte. Hala ere, indize honek zenbait muga adierazten ditu, gida berean adierazten denez:

a) Gorputz-gantzaren proportzioa gehiegi balioestea pertsona gihartsuengan (neurri honek ez dituelako ezberdintzen giharra eta gantza, ezta erretentzio hidrikoa ere).
b) Gorputzeko gihar-masa gutxiren gutxiespena, pertsona nagusien kasuetan adibidez.
c) Ez ditu populazioen arteko ezberdintasunak jasotzen.
d) Eta gauza oso garrantzitsu bat: ez ditu ezberdintzen sexua, adina, eta helduaroan bizi-zikloei lotuta gertatzen diren aldaketak.

Honako taula honetan OMEren irizpideak (1. taula) eta SEEDOrenak (2. taula) ikus ditzakezue, GMIaren araberako obesitatearen graduak definitzeko.

[6] OMS, International Obesity Task Force, Expert Panel of the Identification, Evaluation and treatment of Overweight and Obesity in Adults.

TABLA 1. Criterios de la OMS para definir la obesidad en grados según el índice de masa corporal (IMC)

	Valores límites del IMC (kg/m²)
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad grado 1	30-34,9
Obesidad grado 2	35-39,9
Obesidad grado 3	≥ 40

TABLA 2. Criterios de la SEEDO para definir la obesidad en grados según el índice de masa corporal (IMC)

	Valores límites del IMC (kg/m²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado 1	25-26,9
Sobrepeso grado 2 (preobesidad)	27-29,9
Obesidad grado 1	30-34,9
Obesidad grado 2	35-39,9
Obesidad grado 3 (mórbida)	40-49,9
Obesidad grado 4 (extrema)	≥ 50

Beste datu bat: zenbait ikerlanek iradokitzen dutenez, obesitatearekin zerikusia duten osasun-arriskuek gantzaren banaketarekin zerikusia dute. 50eko hamarkadatik (Vague, J.J. Arrizabalaga et cols-ek aipatuta) zera deskribatu zuten: gorputzeko gehiegizko gantza sabelean metatzeak arrisku gehiago dakarrela gluteo-femoral aldean metatzeak baino (aldakak eta izterrak).

4 **Endocrinol Nutr 2003;50(Supl 4):1-38**

Horregatik, sabelaldeko perimetroa, gerrialdekoa eta aldakakoa neurtzea gomendatzen da, 3. taulako irizpideak aplikatzeko. Gaur egun, perimetro abdominala ere (zilbor aldekoa) kontuan hartzen da. Erreferentziazko balioak gizonengan eta emakumeengan hemen argi ezberdintzen direlako.

Populazio heldu osoarentzat erreferentziatzat ematen diren ezberdintasun anatomiko edo antropometrikoak nahikoak al dira? Zergatik ez daude kurba eguneratuak pisu pertzentilekin, altuerarekin, GMIarekin, larruazal-tolesdurekin, adin ezberdinetan, praktika kliniko arruntean erabiltzeko? Alastrué (1986)-ren ikerlana erabiltzen jarraitzen dugu.

TABLA 3. Datos antropométricos para la evaluación de la distribución de la grasa corporal

Medida	Límite superior de la normalidad	
	Varones	Mujeres
Índice cintura-cadera	1	0,90
Circunferencia de la cintura (cm)	102	88
Diámetro sagital (cm)	25	25

Baditugu Alicia S. Canda-k egindako taulak, populazio kirolgileari hartutako neurri antropometrikoekin. Baita Esperanza Valero Cabellorena ere (Instituto Nacional de Hiegiene y Seguridad en el Trabajo), eta beste bat Antonio Carmona Benjumearena.

4.1.3 Osasunerako arriskuak eta zaurgarritasuna (matrizearen arabera)

Osasunerako arriskuak

Medikuen balioespenek ondorioztatu dute gainpisuaren eta obesitatearen ondorioak gaixotasunetarako eta osasun-arazo askotarako arrisku-faktoreak direla; hala nola, hipertentsioa, hiperkolesterolemia, nagusien diabetesa, gaixotasun koronarioak, zenbait minbizi mota, eta beste hainbat gaixotasun kroniko. Gainpisua/obesitatea morbilitatea eta heriotza-kausa handiagotzearekin uztartzen da. Handiagotze horrek zerikusi argia dauka obesitate-graduarekin, eta nabarmenagoa da GMI altua duten banakoen kasuan. Gaixoek GMI 40 kg/m^2 baino handiagoa dutenean, arrisku erlatiboa 2,5eraino irits daiteke, pisu normala duten pertsonekin alderatuta.

Ikus ditzagun gida honek gainpisuarekin/obesitatearekin zerikusia duten osasun-aldaketei buruz ematen dituen datuak eta sexuen araberako prebalentzia:

- Endokrino-metabolikoak. Areagotu egiten ditu II motako Diabetes Mellitusa (DM), hiperlipoproteinemiak, bereziki sabelaldeko obesitatean, triglizeridoen gehitzea odolean, HDLa txikitzea, LDLa igotzea. Nahiz eta obesitatearen eta kolesterol totalaren eta LDLaren artean bateratze bat proposatu den, erlazio hori ez da tinkoa datuak sexuaren arabera banatuta analizatzen direnean. NHANES ikerlanak erakutsi zuenez, kolesterol altuaren prebalentzia GMIrekin batera igotzen zen gizonengan; emakumeengan, aldiz, hiperkolesterolemia altuaren prebalentzia GMIaren 25 eta 27n k/m2ren artean zegoen (gainpisua).
- Kardiobaskularrak. Arteria-hipertentsioa. Tentsio arteriala handituz doa OBS gradua handitzen den heinean; arriskua handiagoa da sabeleko OBSarekin. Obesitatearen kontrolak HTAren kasuak erdira jaitsiko ditu arraza zuriaren kasuan, eta %25ean arraza beltzaren kasuan. Kardiopatia iskemikoa, heriotza-arriskuarekin, hiru bider handiagoa da obesitatedun pertsonengan, pisu normala dutenengan baino. Arriskuaren zati handi bat arrisku erlazionatuen faktoreengatik azaltzen da (HTA, DM, hiperlipemiak). Kardiomiopatia eta bihotzeko gutxiegitasuna (IC): aditzera eman da ICaren arriskua gizonengan %5ean eta emakumeengan %7an igotzen dela. Obesitatedun pertsonek ICa izatearen arrisku bikoitza izango omen dute. Iktusaren arriskua, hilgarria ala ez, praktikan bikoitza da GMI >30 kg/m^2 denean, pisu normala dutenekin alderatuta.
- Hiperurizemia (azido urikoaren igoera eta ondoriozko hezueri-koadroak).
- Sindrome metabolikoa edo X sindromea: gantzaren banaketa zentrala, arestian aipatutako konplikazioengatik.

- Digestio-gaixotasunak. Behazun-litiasia (BL) izateko arriskua biziki areagotzen da GMI > 30 kg/m^2 denean. Kalkuluetan ageri da emakumeen BLa %1ekoa dela GMI > 30 kg/m^2 denean, eta, aldiz, %2 GMI > 45 kg/m^2 denean. Obesitatea ere arrisku-faktore bat da pankreatitis akutuan, eta erlazionatuta agertu da esteatosi hepatiko ez-alkoholikoan (gibel koipetsua delakoan) dauden konplikazioen arriskuekin ere.
- Arnasketa-nahasmenduak: hipo-aireztapen sindromearekin eta loaldiko apnearekin erlazionatzen da, are gehiago obesitate zentrala (sabelaldekoa) duten pertsonengan.
- Artrosia: obesitatedun pertsonengan areagotu egiten da, eta gaixotasun honi dagozkion gastuen zati handi bat suposatzen du.
- Minbizia. Obesitatedun gizonengan sarriago agertzen da prostata, ondestea eta kolona; emakumeengan bularrekoaren intzidentzia handiagoa da (menopausiaren ondoren bakarrik), endometrioa eta behazun-maskuria. Obesitatedun emakumeek bularreko eta zerbix minbiziaren prebentzio eta galbahetze-programetan gutxiago parte hartzen dutela pentsatzeko zantzuak daude.
- Alterazio psikosozialak. Pisua jaisteko eskaria egiten duten obesitatedun pertsonen % 20-30ak, gutxi gorabehera, depresio-nahasmendua eta bestelako alterazio psikologikoak azaltzen ditu. Gida honen arabera, «estatus ekonomikotik eta gaitasun-testetatik at probabilitate txikiagoa behatu da ikasketak osatzeko, diru-sartze gutxiago, pobrezia-indize handiagoa eta ezkontzeko probabilitate gutxiago». Obesitatea efektu negatiboekin uztartu da bizi-kalitatearen SF-36 delako testaren zortzi arlotan.
- Gainontzeko alterazio endokrinoak. Emakumeek nahasmendu menstrualen prebalentzia altua azaltzen dute; ziklo anobulatorioak, obulutegi polikistikoaren sindromea, ernalezintasuna... Hazkunde-hormonaren gutxitze nabariarekin ere lotzen da obesitatea.
- Bestelako komorbilitateak: nabaritzekoak dira beheko gorputz-adarretako zainen gutxiegitasuna (barizeak), gernu-inkontinentzia, hipertentsio endokraneal onbera, larruazalaren alterazioak (zelulitisa, larruazaleko ildoak, *acantosi nigricans*, hirtsutismoa, folikulitisa, *intertrigoa*) eta zailtasun obstetrikoak, toxemia, HTA, erditze *distozikoa* eta zesarea gehienak.

Horrez gain, obesitatearen graduarekin gehitzen dira zailtasun kirurgikoak eta postkirurgikoak, osatze-denbora (susperraldia) luzatuz. Eta arrazoi horregatik, zenbait medikuk gaixoari «kilo batzuk kentzea» gomendatzen diote, ebakuntza egin baino lehen. Bitxiena da tratamendu dietetiko hori dieta hipokaloriko bat egitea dela, bere kabuz edo osasun-ahalegin txiki batekin.

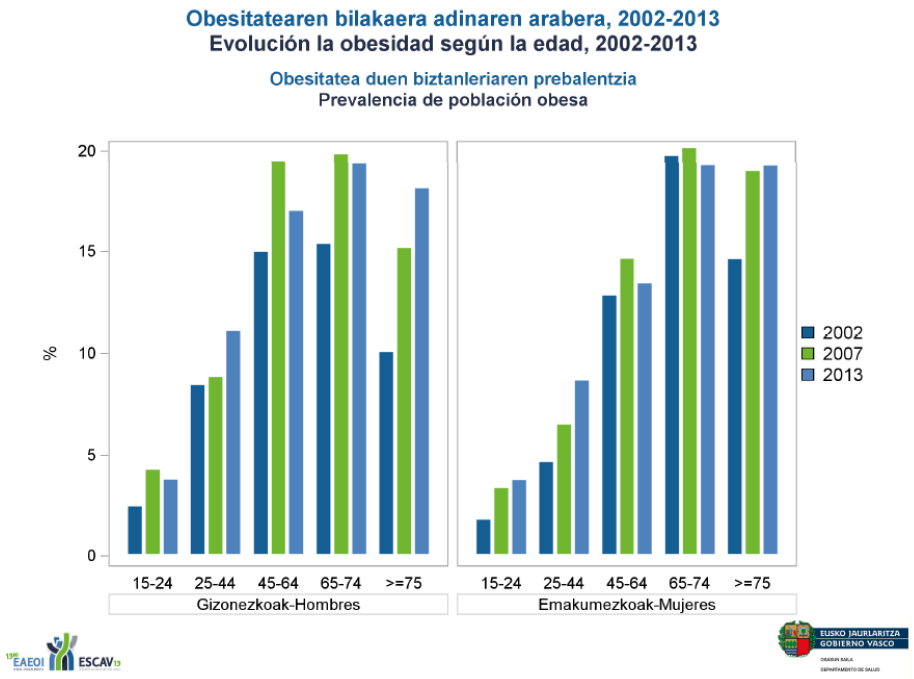
Zein laguntza mota eskaintzen da argaltzeko? Dieta bat? Edo baloi gastrikoa?
Pertsona horrek ba al du zerbitzu nutrizional espezifikorik bere koadro klinikoaren konplexutasuna diziplinartekotasunez tratatzeko?

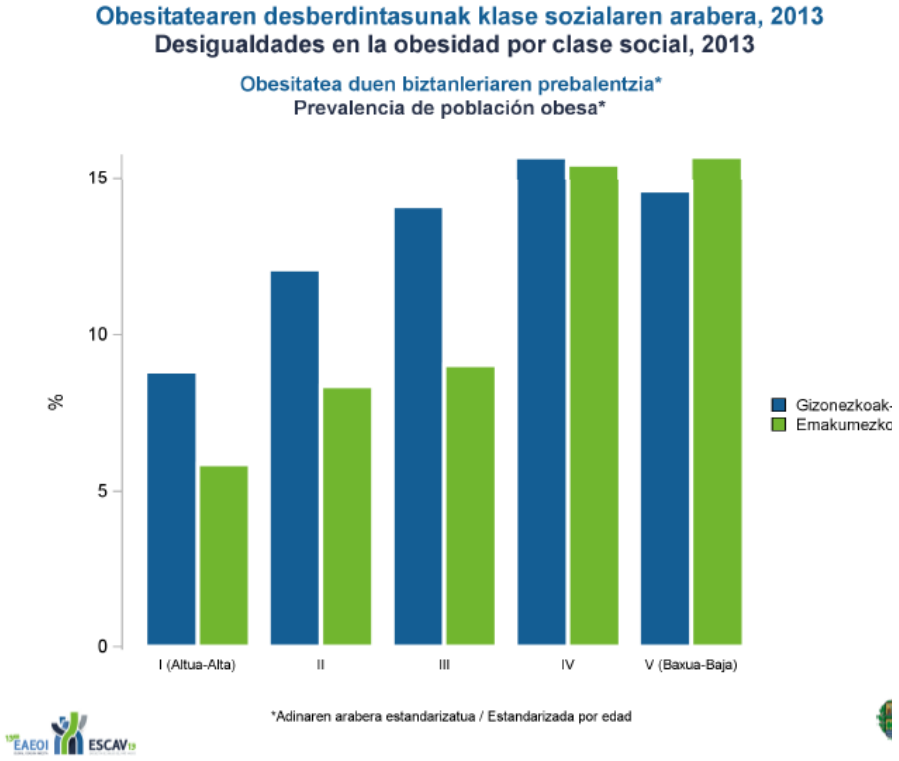
Zaurgarritasuna

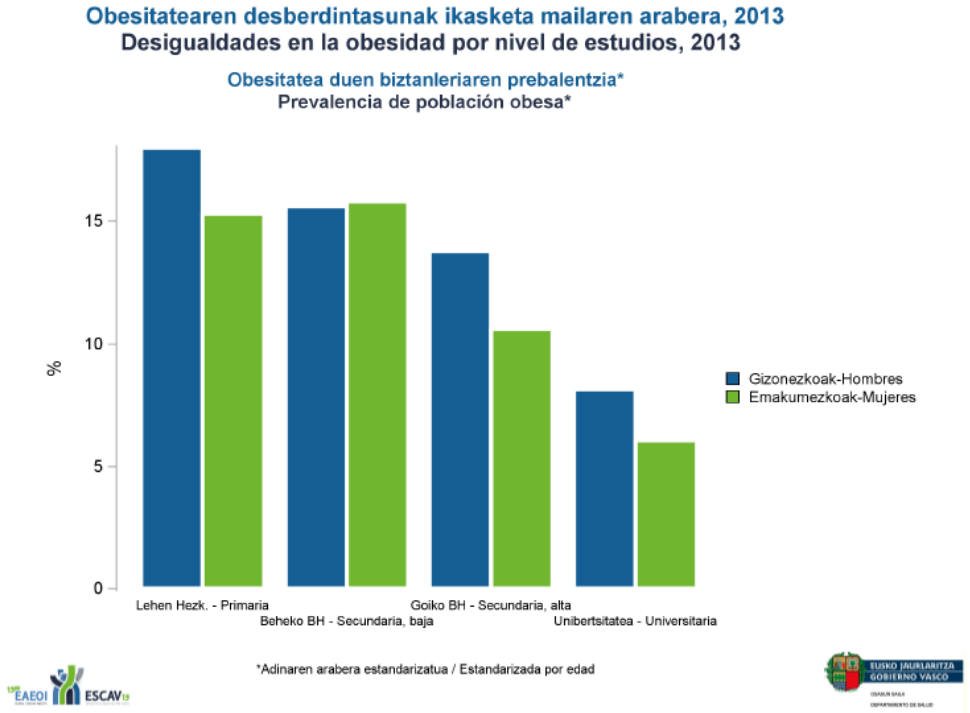
Pertsona bat arrisku handiago baten aurrean jartzen duten faktoreetatik ikusita. OBSarekin zerikusia duten ingurumeneko faktore batzuk kontuan izaten baditugu, zaurgarritasun-faktoreak antzeman ditzakegu:

- Ingurumeneko faktore goiztiarrak: gainpisua/OBS haurtzaroan izatea.
- Familian aurrekariak izatea: amaren obesitatea arrisku-faktore bat da bere ondorengo zuzenentzat; aurrez bultzatzen duen faktoretzat hartzen da TCA edo elikadura-portaeraren nahasmenduen etiopatogenian, eta haurtzaroko obesitatean.
- Emakumearen bizi-zikloaren zenbait arotan: nerabezaroan, haurdunaldian eta menopausian.
- Emakume nerabe edo gazte batek TCA bat pairatu izana.
- Argaltzeko dieten hasiera goiztiarra (sarriago neskengan, betiere).
- Tratamendu dietetiko hipokalorikoak errepikatzea (argaltze eta loditze zikloekin).
- Argaltze-dietak, edozein moda-, edertasun- edo txutxu-mutxu aldizkaritan aise zabaltzen direnak, probatzen dituen pertsona ez dago arriskutik libre. Erlazionatutako arriskuak oso ezberdinak dira: fisikoak, gorputzeko giharra galtzearen arrisku fisikoak, desnutrizio energetiko-bitaminiko-minerala, hilekoaren nahasmenduak, digestiboak, psikologikoak eta sozialak, nahasmendu obsesibo-konpulsiboak... Janet Polivy doktoreak «pazienteari nola lagundu dieta uzten» gaiari buruz oso lan interesgarriak argitaratu zituen, aspaldi, eta Herman CP egileak jarraitzen du. Beren ekoizpen zientifikoa pubMed-en ikus dezazuen gomendatzen dizuet.
- Psikofarmako batzuk hartzeko (antipsikotikoak, antidepresiboak, antiserotoninergikoak), emakumea izango da xede-populazioa.

- Tabakoaren ohitura uztea oztopo izan ohi da emakume batzuentzat, pisuaren igoeragatik, mendekotasuna gainditzeko programetan sartzeko.
- Faktore sozioekonomikoak. SEEDO'97 ikerketan baieztatu zen Espainian obesitatearen prebalentzia beheko maila sozioekonomikoetan altuagoa zela, bereziki emakumeengan. Elkarketa hori beste kohorte batzuetan ere errepikatzen da. Gure komunitatean daudenak hementxe erakusten dizkizuet:




Obesitatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la obesidad por clase social, 2013
Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*
15
10
5
0
%
I (Altua-Alta)
II
III
IV
V (Baxua-Baja)
Gizonezkoak-
Emakumezko
*Adinaren arabera estandarizatua / Estandarizada por edad
EAEOI
ESCAV


Obesitatearen desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la obesidad por nivel de estudios, 2013
Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*
15
10
5
0
%
Lehen Hezk. - Primaria
Beheko BH - Secundaria, baja
Goiko BH - Secundaria, alta
Unibertsitatea - Universitaria
Gizonezkoak-Hombres
Emakumezkoak-Mujeres
*Adinaren arabera estandarizatua / Estandarizada por edad
EAEOI
ESCAV
EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

Foroan partekatzeko jarduera (4). Grafiko hauetan zer ikusten duzue? Nola aldatzen da prebalentzia adinarekin, gizarte-klasearekin, ikasketa-mailarekin? Partekatzen dugu?

Gure gizarteko zein beste faktore erlaziona ditzakegu obesitatearen arrisku handiagoarekin?

- Bizimodu sedentarioa. Joan-etorrietarako garraioa eta autoa gehiegi erabiltzea, oinezkoentzat ez diren hiriak, oinez edo bizikletaz joateko kultura eskasa, horrela ibiltzeko hiriak prestatuta ez egotea, aisia-jarduera teknologikoak.
- Balio kaloriko handiko janaria gehiegi kontsumitzera bultzatzea. Arin eta bat-batean kontsumitzeko, merkeak (gozoki-dendak, freskagarriak, *vending* makinak, hanburgesategiak, pizzeriak, XXL produktuen ontziak). Askaritan ogitartekoa jatea, familiako bazkariak, aire zabalean jateko edo dieta mediterraneoaren antzeko dieta tradizionalaren ohiturak galtzeko joera pertsona gazteengan (eta ez hain gazteengan).
- Etxearen antolaketa janaria prestatzeko denbora urriarekin —mahai-inguruan elkartzea, bazkaldu ondorengo solasaldiak—. Familiako elkarbizitza, partaide bakoitza bere gelan isolatuta.
- Komunikabideen eragina: mezu kontrajarriak (jan hau edo bestea, jan mugitzen zaren artean, *ezberdina izan baina nik esaten dizudan moduan*).
- Eredu edo gizarte-estereotipoen eragina arrakasta pertsonala eta lan-arrakasta lortzeko, argaltasun, edertasun, gaztetasun eta aberastasunarekin batera.

Lodifobiari edo obesitatearen estigmatizazioari buruzko bideo hau ikustea gomendatzen dizuet, eta gorputz-dibertsitatea defendatzen duen emakume talde baten erantzun kritikoa; zalantzan jartzen dute pertsonen pisu-osasuna neurtzeko erabili ohi den GMIa. Eztabaida hori dela-eta, zenbait ikerlanek metabolikoki osasuntsua den OBSa eta osasuntsua ez dena ezberdintzen ditu. Nire aburuz, analisirako eta tratamendurako aukera ezberdinak zabaltzen ditu.

4.1.4 Osasun-zerbitzu eta -baliabideetara iristeko eta horiek erabiltzeko gaitasuna

Alderdi hau aztertzeko, galde daiteke:

✓ Osasun-arazo hau tratatzeko, zein osasun-arreta mota eskaintzen zaio komunitateari?

- ✓ Modu indibidualizatuan terapia nutrizionalerako jarraibideak emateko, ba al daude baliabide publiko koordinatuak, pertsonen bizi-estilora, ekonomiara eta jakituriaren arabera egokituta?
- ✓ Ba al dago baliabiderik lortutako emaitzak gainbegiratzeko eta beharrizan berriak bideratzeko?
- ✓ Denbora eta pertsonala jartzen al dira ariketa mota arautzeko eta heziketa nutrizionalerako programak garatzeko anbulatorioetan, lantokietan, eskoletan?
- ✓ Berariazko formazioa izaten al du langileriak, jarraibide nutrizionala indibidualizatzeko eta gainpisuari/obesitateari atxikita edo horri dagozkion elikadura-portaeren nahasmendu espezifikoei buruz?
- ✓ Ba al daude gainpisurako/obesitaterako laguntza-taldeak bizi-zikloaren etapa guztietan?
- ✓ Gainpisua/obesitatea duten pertsonen benetako beharrak asetzen al ditu eskaintza pribatuak?
- ✓ Nutrizio-kontsultetara doazen pertsonek zein oztopo izaten dituzte? (ekonomikoa, tratamendu eta terapeuta motak).
- ✓ Tratamenduak luzeak izan ohi dira, baita *bizitza osorakoak* ere. Denbora eta ardura behar dute, beste terapia eta terapeuta batzuen koordinazioa, laguntza banan-banan eta taldean. Horrek guztiak, laguntza publikorik gabe, kostu handia eragin diezaioke pertsonari, ordainezina izatera iritsi arte. Zein da argaltzeko ordaindu behar den prezioa?
- ✓ Tratamendu horiek jarraitzeko zentro espezializatuak zenbat kilometrora daude? Zein hiritan? Beste autonomia-erkidego batzuetan?
- ✓ Ordutegia bat dator premia duten pertsonen erabilgarritasunarekin?
- ✓ Nerabeen kasuan, familiaren baimena izaten dute?
- ✓ Osasun nutrizionalaren zerbitzua behar duten pertsonek ezagutzen al dituzte dauden baliabideak? Haien kalitateaz informatuta al daude? Iruzurrezko publizitatea? Ahoz ahoko publizitatea? Medikuaren aginduz?
- ✓ Aukera terapeutikoak nola komunikatzen dira kontsultetan? Pribatuen kasuan, (nutrizioa, estetika) bezero berriak eskuratzean eta fidelizatzean datza?
- ✓ Atentzioaren kalitatea nola sumatzen dute kontsultetara doazen pertsonek? Zer balioesten dute proposatutako tratamenduan? Zein da lehentasuna? Emaitza arinak? Arazoaren kontzientzia? Salneurria? Egin beharreko konponketa estetikoak?

- ✓ Gainpisua/obesitatea duten pertsonek zer ezagutzen dute beren arazoaz, osasunaz, pronostikoaz, itxaron daitezkeen emaitzez? (ondorioak, kronikotasuna, *multifaktorialtasuna*, dieten porrota, ezagutza zientifiko eskasa) Errealitate eskaseko itxaropenek frustraziora eraman ohi dute.
- ✓ Arazoak noraino oztopatzen ditu eguneroko ekintzak? Norberaren garbitasuna, lanak edo ikasketak, gizarte-harremanak, harreman afektibo-sexualak, ekintza fisikoa, aisialdiko ekintzak, jantziak erostea, lan batera aurkeztea, etab.
- ✓ Obesitatedun gorputz batek jasaten duen estigmatizazioak dakartzan arazoen estigmatizazioarekiko sentsibilitatea du gure gizarteak? Intolerantzia-maila berdina du obesitateak gizon batek ala emakume batek nozitzen duenean? Nork zaindu behar du hobe? Ez du «etsi» behar?

Galdera horiek erantzun ezberdina jasoko lukete emakumea, gizona, ala trans-generoa izanda?

4.1.5 Osasun-zerbitzu eta -baliabideetara iristeko eta haiek erabiltzeko gaitasuna

Osasun-zerbitzuetan, obesitateak eragiten duen osasun-gastuaz hitz egiten denean, gaixotasunetik eratorritako konplikazioek sortzen dituzten gastuez ari dira sarritan. Adibidez, konplikazioen artean, nabaritu daiteke diabetes mellitusak eta gaixotasun kardiobaskularrek obesitatearen gastuen %80a hartzen dutela. 2003. urtean, gaixotasun honen kostu globala 2.049,40 miloi eurokoa izan zenean, kalkulu batzuen arabera, 30 eta 35 kg/m^2 arteko GMIa zuten pertsona/urte bakoitzeko gastua %25 handiagoa zen 24,9 kg/m^2-tik behera zeukatenena baino. Portzentajea %44tik gorakoa da 35 kg/m^2-tik gorakoa denean (arestian aipatutako iturritik hartutako datuak).

NAOS estrategia

Kopuru horiek kezkagarriak dira, pazienteak errudunets ditzaketelako. Testuinguruan jarri behar da, eta gastu horren arrazoiak aztertu. Zenbateko aurrezpena suposatuko luke, akaso epe luzean, gainpisua/obesitatea duten pertsonak eta horien familiak osasun-asistentziako programa integraletan ezartzeak? Zer dakigu NAOS estrategia bezalako obesitatearen prebentziorako programak ematen ari diren emaitzez?

Obesitatea arazo bio-psiko-sozial bat da, eta, ondorioz, bere tratamendua horrela planteatu beharko litzateke: beharrizan fisiko, psikologiko eta sozialei jaramon eginez,

bizitzeko era kontuan hartuz. Pertsona modu indibidualizatuan artatu behar da, estereotipoetatik eta aurreiritzietatik at, laguntza sozial, familiar eta sanitarioarekin.

Gogoratu:

Genero-analisia lagungarria da emakumeak eta gizonak modu ezberdinean gaixotzen direla ulertzeko, ez bakarrik beren sexu/ugal-berezitasunengatik, baita beste berezitasun bio-psiko-sozial batzuengatik ere; emakumeengan eragin nabaria dute horiek, eta osasun-zientzietan ikusezinak izan dira.

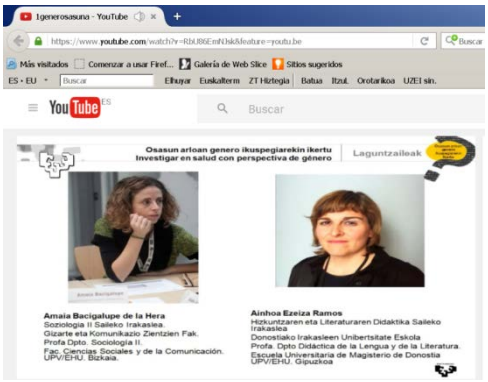
5. Gehitu genero-ikuspuntua osasunaren ikerketan: Bilbon egin zen *Osasun-ikerketa genero-ikuspegiarekin* mahai-inguruaren transkripzioa (2013ko azaroa)

Nire lehenengo hurbilketa gaira arestian aipatu dudan *Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud* (Maria del Mar García Calvente y cols, 2010) delako gida irakurtzea izan zen. Berdintasuneko zuzendaria zen Jasone Astolaren aginduz izan zen, UPV/EHUko gizon eta emakumeen arteko berdintasunerako lehen plana gauzatu zen momentuan. Onartu behar dut liluratu egin ninduela, eta hunkituta gelditu nintzela dokumentuan azaltzen ziren ideia «iraultzaileekin». Nire ustez, irakurri beharreko gida bat da, osasunaren ikerketan generoaren sentsibilitatearekin hasten den edozein pertsonak irakurri beharrekoa. Dokumentu gehigarrietan kontzeptu-mapak erantsi ditut, liburu horretatik atera nituen oinarrizko ideiak dituztenak.

Ondoren, (*Estrés laboral, doble jornada, patrones alimentarios e interacción con el género*) delako ikerketa proiektuarekin zerikusia zutelako, Lucia Artazkoz Lazkanoren lan

epidemiologikoak eta emakumeen ikusezintasunaz eta morbilitate diferentzialaz Carme Valls Llobet[7]-ek egindako argitalpenak ezagutuz joan nintzen.

Ezagutza hori partekatzeko aukera izan dut UPV/EHU[8]n antolatu genuen mahai-inguru batean, osasunaren ikerketan genero-ikuspegiaren gaia jorratzeko eskuzabaltasunez parte hartu baitzuten biok. Saio osoa bideoan grabatu zen, eta atal hau lantzeko informazio-iturritzat erabiliko dugu.



Mahaia Amaia Bacigalupe de la Hera soziologoak aurkeztu eta moderatu zuen: bere ikerketak Euskadiko osasunean ageri diren gizarte-desberdintasunak aztertu ditu, eta Magisteritzako irakasle den Ainhoa Ezeiza Ramosek dinamizatu zituen sare sozialak, mahai-inguruaren aurretik eta hura egin zen artean.

Zer esan nahi du osasunaren ikerketan genero-ikuspuntua (GI) gehitzeak? Ikerketa horretan alborapena edo isuria dagoela kontzientzia hartzea esan nahi du (Margrit Eichler 2001), hala nola androzentrismoa, genero-sentsibilitate falta eta estandar bikoitzak (ikus kontzeptu-mapa), ikerketaren prozesu osoan eragina izango dutenak: diseinutik eta proiektuak gauzatzetik hasi, eta emaitzen difusiora, emaitzen ebaluaziotik eta aukeratze-prozesutik pasatuta.

Ondoren, hiru hizlarien ekarpenak transkribatuko ditut, bi galdera errazetatik abiatuta; «zergatik eta nola», besterik ez; osasunaren ikerketa egiteko orduan genero-ikuspuntua zergatik den garrantzitsua arrazoitzeko. Testuan zehar, gaia hobeto ulertzeko galderak

[7] Autore berak horrela definitzen du morbilitate diferentziala: «conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, porque son problemas que atañen exclusivamente a la salud femenina o también porque son más frecuentes en la mujer. Incluye entre las patologías tanto las causadas por las *diferencias biológicas* respecto al sexo masculino (diferencias genitourinarias y reproductivas) como aquellas que sin ser específicas del sexo femenino se presentan con mayor frecuencia, (alta prevalencia) en la mujer, y son causa de muerte prematura, enfermad o discapacidad entre estas más que entre los hombres como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las endocrinológicas, la ansiedad y la depresión».

[8] Jarduera honek dirulaguntza jaso zuen Berdintasunerako Zuzendaritzatik, dirulaguntzetarako deialdian, 2013an UPV/EHUn emakume eta gizonen arteko berdintasuna bultzatzeko hitzaldiak eta jardunaldiak antolatzen parte hartzeagatik.

egingo ditut, eztabaidatzeko eta zuen ikuspuntuekin partekatzeko. Paragrafo hauetan entzungo dugu haien ahotsa.

Lehendabizi, Amaia Bacigalupe entzungo dugu, gaiaren sarrera egiten eta hizlariak aurkezten. Galdera: Zergatik da garrantzitsua osasunaren ikerketan GI gehitzea? Edo, beste era batera esanda, zer arrazoi daude orain arte egin izan dugun fokatzea, prozedura edo ondorioak interpretatzeko modua auzitan jartzeko?

5.1 Lan-osasunaren epidemiologian gehitu. Lucía Artazcoz Lazcano

Lan-osasunean genero-ezberdintasunen ikerketarekin eta familia-bizitzaren bateragarritasunarekin zerikusia duten metodologia-alderdi batzuekin erantzun du. Funtsezko hiru arrazoi proposatu ditu, osasunean generoaren ezberdintasunak ulertzeko:
1. Generoaren sozializazio ezberdina: sexu bakoitzari jarritako rol ezberdinak eta genero-arauak.
2. Boterearen ezberdintasunak eta baliabideak eskuratzeko ezberdintasuna: ongi dokumentatutako ahalegin diagnostiko eta terapeutiko txikiagoa.
3. Lanaren banaketa sexuala. Gaur egun, oraindik ere, kultura eta politika berdintzaileagoko gizarteetan (genero kontuetan) gizonezkoei paper nagusia ematen zaie ordaindutako eremuetan, hobeki ordaindutako lantokietara iristeko, esfera publikoan egoteko (onartua, estatusduna eta ikusgarria). Aldiz, emakumeak protagonistago dira etxeko esferan eta familiartean, esfera pribatuan (estatusik gabe, ikusezinak, ordainsaririk gabe).
Hori oinarrizkoa da osasun-arloan genero-ezberdintasunak ulertzeko.

PNAS aldizkariaren adibide batean oinarrituta, Science Faculty's subtle gender biases favor males students (Corine A Moss-Racusin et al. 2012), adibide bat aurkeztu du, eta *La Vanguardia* egunkariko «Sexismoa laborategian» izenburudun artikulua ere bai.

Foroan parte hartzeko (5). Antzeko egoerarik ezagutzen duzu? Zer bururatzen zaizu adibide horretaz? Nola zuzendu halako egoerak?

Galdera honako hau da: Zergatik da garrantzitsua pertsonen osasunean lanak duen eraginari buruzko ikerketa-lanetan GI gehitzea? Hiru arrazoi eman ditu:

1. giltza: lana ez da laneko arriskuen eraginpean jartzea bakarrik.

Hasiera batean, lan-arriskuen ikerketa, segurtasuna, higienea, lanpostuaren ergonomia aztertu zituen, eta, ondoren, arrisku psikosozialak. Baina lana hori baino gehiago da: aukeren iturria, errealizazio pertsonala, independentzia ekonomikoa, onarpena eta estatusa. Lana, beraz, gai estruktural bat da, erabakigarria osasunean, eta haren gorabeheretan genero-ezberdintasunek eragiten duten mekanismo bat.

2. giltza: lanak eta osasunak beharrezkoa dute genero-ikuspuntua.

Sexu bien arteko ezberdintasunak kontuan izanik (biologikoak, psikosozialak –genero-sozializazioa–), esposizio beraren aurrean balio eta jarrera ezberdinak agertuko dira. Esposizio bera modu ezberdinean bizi daiteke lanean, eta erantzun ezberdina jaso dezake. Modu berean bizi al dituzte gizonek eta emakumeek laneko gatazkak? Berdin erantzuten al dute? Lanpostuaren galera berdin bizi al dute gizonek eta emakumeek? Eta erantzun bera ematen dute?

Gizarte guztietan dago sexuaren araberako lan-banaketa, baita gizarte berdinzaleenetan ere.

Gaur egun, oraindik ere, gizonezkoei lan-munduan egozten zaie paper nagusia, eta emakumeei etxeko esferan.

a) Lan-merkatuan honako hau dago:

- Bereizketa horizontala: maila/hierarkia berean lan ezberdinak, eta, beraz, osasunerako arriskuen eta arrisku-faktoreen aurreko esposizio ezberdina.
- *Adibideren bat jar dezakezu?*
- Bereizketa bertikala: ezberdintasuna (hau da, bidegabea, sistematikoa eta saihets daitekeena), kristalezko sabaia delakoa adibidez, emakumeek promozionatzeko ditugun zailtasunak adierazteko.

Kontuan izan behar da gizarte-klasea, osasunaren gizarte-eragile nagusia, lanaren kategoriak markatuta datorrela.

b) Etxeko eta familiaren eremuan: lan horren erantzuleak gara modu ezberdinean; gizonezkoei etxeko eusle ekonomiko nagusiaren papera egozten zaie.

Foroan parte hartzeko (6). Ados zaudete? Etxe askotan gertatzen al da hori? Ala gainditutako rolak direla uste duzue?

3. giltza: interakzioa

Sexua interakzioaren aldagarri bat da. Sexuarekiko gizartearen banaketa oso markatuta dago. Emakumeak eta gizonak posizio desberdinak eta ezberdinak ditugunez, gure osasunean eragiten duten faktoreak ezberdinak dira, eta hori interakzioa da. Horrek esan nahi du ikerketan egiten ditugun galderen erantzunetan sexua ezin dela izan aldagarri sinple bat, geruzatzearen aldagarri bat baizik. Eta, gainera, kontuan izan behar da ezberdintasunaren beste aldagarri batzuekiko elkargunea, klase sozialarekikoa adibidez. Adibide bat jarri du hori azaltzeko: *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands* (Artazoz et al., 2001); langileen artean egindako ikerketa bat, familiaren eskakizunek osasunean duten eraginari buruz.

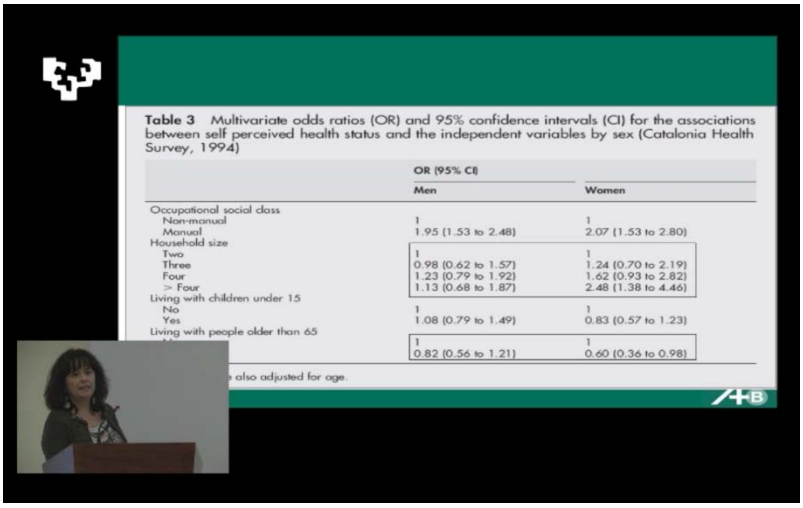


Table 3 Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between self perceived health status and the independent variables by sex (Catalonia Health Survey, 1994)

	OR (95% CI)	
	Men	Women
Occupational social class		
Non-manual	1	1
Manual	1.95 (1.53 to 2.48)	2.07 (1.53 to 2.80)
Household size		
Two	1	1
Three	0.98 (0.62 to 1.57)	1.24 (0.70 to 2.19)
Four	1.23 (0.79 to 1.92)	1.62 (0.93 to 2.82)
> Four	1.13 (0.68 to 1.87)	2.48 (1.38 to 4.46)
Living with children under 15		
No	1	1
Yes	1.08 (0.79 to 1.49)	0.83 (0.57 to 1.23)
Living with people older than 65		
	1	1
	0.82 (0.56 to 1.21)	0.60 (0.36 to 0.98)

also adjusted for age.

Foroan parte hartzeko (7). Nola neurtu zuten bere eragina osasunean? Zer ikusi zuten 2001ean? Zer argitaratu zuten 2007an? Zer iritzi du egileak ondoren aurkeztutako analisiari buruz?

5.2 Zainketa informala ikerketan gehitu. María del Mar García Calvente

Osasunean zainketa informalari buruz egiten dituen ikerketetan zentratuko da galderari erantzuteko. Hasteko, bi galdera nabarmentzen ditu:

- Ba al dago genero-ekitate arazorik osasun-ikerketan?
- Nola hartzen dute parte gizonek eta emakumeek ikerketa-prozesuan?

Adibide bi ematen ditu, eragin handiko aldizkarietan emakume zientifikoek duten partaidetzaz: bai autoretzan bai argitalpen-batzordeetan, sistematikoki gizonen aldekoa ari da izaten genero-arrakala. *Nature* aldizkarian (2013ko martxoaren 8an) sexismoa zientzian gaiari eskainitako monografia bat argitaratu zuen, eta aldizkariak berak arazotzat identifikatu zuen emakume zientifikoen partaidetza ezberdina ezagutza zientifikoa ekoizteko orduan.

Azpimarratuz «GI gehitu ezean, ikerketaren kalitatea arriskuan jartzen da», zientzia txarra egitea da. Eta Margaret Eicher-ek (1992) esandakoa azaltzen du: «Itsukeria edo genero-alborapena errakuntza handia da, ikerketa zientifikoan akats mota larria sartzen duena».

Zainketa informalaz duen bere ikerketa-lerroa aurkeztu du, generoak osasunean eragiten dituen ezberdintasunak adierazteko.

Zer da zainketa informala? Horrela definitzen du: «Lan ez-ordaindua, merkatuko preziorik eta baliorik gabea, harreman afektibo eta senideartekoan oinarritua, arlo pribatuan eta «familiarteko gaietan» sartua, plaza publikorako ezkutuan».

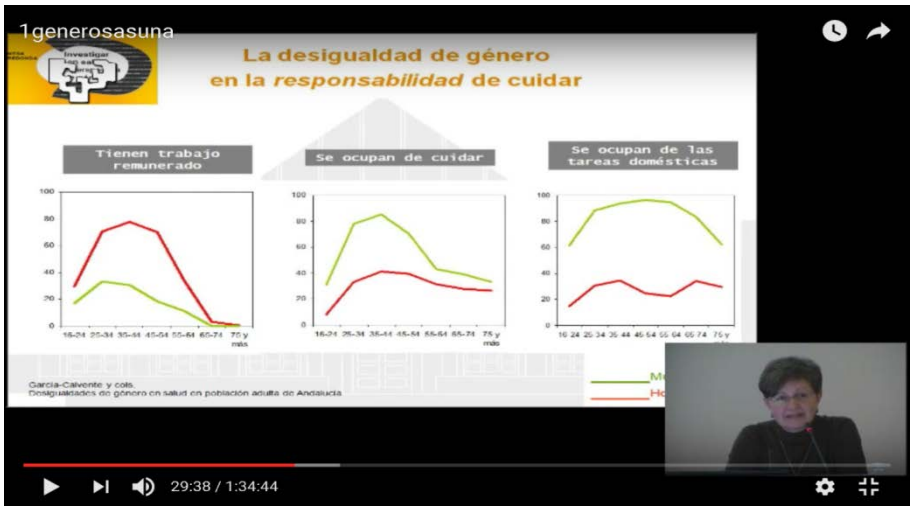
Emakumeei egotzitako zeregina da, haien genero-rolaren zati bezala, «emakumeen kontutzat» hartua. Oso *feminizatuta* dago, lanaren banaketa sexualari dagokio, eta erabat bereizita dago osasunean duen eragina.

Foroan parte hartzeko (8). Ados zaudete? Halako kasurik ezagutzen duzue inguruan? Zainketaren lana nola banatzen da sozialki?

OCDEko herrien artean Espainia da proportzio handi batean zainketa informala intentsiboagoa eta modu ezberdinean partekatua duena (ikus grafikoak bideoan).

Zer ulertzen da osasun-ikerketan genero-alborapentzat? Nahigabeko ezberdintasunak baina inplizituak, gizon eta emakumeen artean, genero bat bestearen gainean ezartzen dutenak posizio hierarkikoan, maskulinitatearen eta feminitatearen irudi estereotipatuen

ondorioz, sistema zientifikoaren egitura *generizatu* batera daramatenak. (MIT, 1991, Europako Batzordea 2004).



Eta ikerketako

zazpi arazo sexista aurkezten ditu:

1. Androzentrismoa.
2. Gaingeneralizazioa/gainespezifikotasuna.
3. Genero-sentsibilitaterik eza.
4. Estandar bikoitzak.
5. «Sexu-egokitzea».
6. Familismoa.
7. Sexu *dikotomismoa*.

Jarraian, autoreak horietariko hiru azaltzen ditu bere ikerketari aplikatuta.

Foroan partekatzeko (9). Entzun androzentrismoari buruz Maria del Marrek esaten duena, zainketa informalari dagokionez. Defini ezazu zeure hitzekin. Kontuan hartu zein ondorio izan dezakeen joera horrek genero batengan edo bestearengan. Ulertzen duzu? Ados zaude? Zergatik?

1. Androzentrismoa (nota hartzeko)

- Gizonezkoak normatzat hartu eta emakumeak horrekiko balioztatzea esan nahi dezake.

_____

- Emakumeak (ala gizonezkoak) azpiordezkatu edo kanpoan uztea arlo maskulinoetan (edo femeninoetan) esan nahi du. _____
- Maskulinoaren nagusitasuna «normal»tzat hartzeak honelako ondorioak ekar ditzake. _____
- Emakumeak erruduntzat hartu edo *biktimizatu* ikerketaren marko teorikoan; gizartearen arazo bat biomedikotzat hartzea ekar dezake _____

2. Generoarekiko sentsibilitaterik eza. Sexu- eta genero-aldagarriak kontuan ez izatean datza, desorekak *betirakotuz*, edo emakume/gizon arteko ezberdintasunak kontuan izan gabe, testuinguruan jarri gabe. Zainketa informalaren kasuan, gerta daiteke:

2.1 *Familismoa*: familia ikerketarako unitatetzat hartzen denean, eta ez direnean kontuan hartzen familiaren barruko harremanetan generoaren ezberdintasunak, arduretan, zametan eta zainketen kostuetan.

2.2 Deskontestualizazioa: ezikusiarena egin itxuraz berdinak diren egoerek eragin ezberdina dutenean emakumeengan eta gizonengan; adibidez, zainketaren eragina.

3. Estandar bikoitzak: ikerketan arrasera ezberdina erabili. Adibidez:

3.1 Sexu-dikotomismoa: berdintasuna dagoen egoera batean, gizon eta emakumeen arteko ezberdintasunak areagotu.

3.2 Genero-estereotipoen *reifikazioa* (*esentzializazioa*); hau da, dependentzia duten pertsonen zainketa «intrintsekoki emakumeena» balitz bezala hartu. Adibidez, emakumeok berezkoak ditugulako zaintzeko behar diren trebeziak. Hori betikotu egiten da osasun-arloko profesionalen estereotipoekin ere.

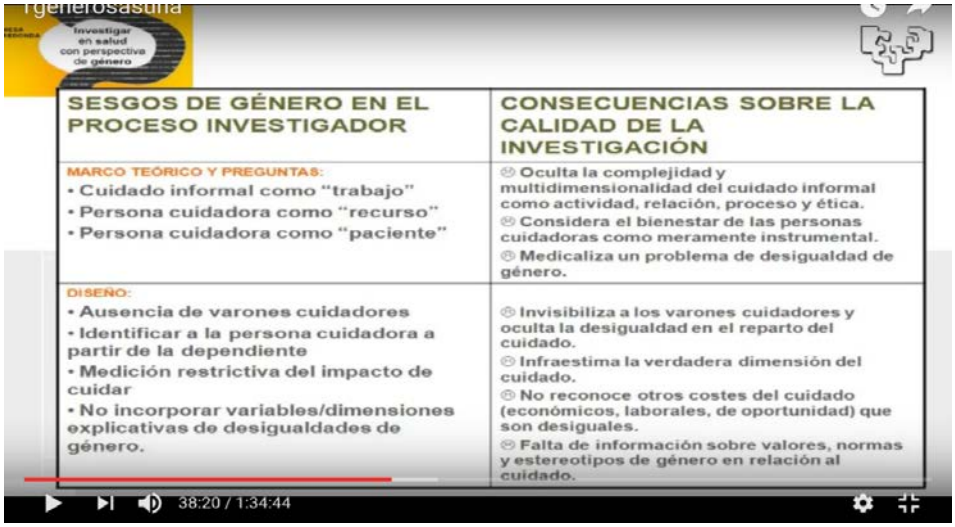
Foroan partekatzeko (10). Entzun jartzen duen adibidea. Ados zaude? Ezagutzen duzu halako kasu erreal bat, parteka dezakezuna? (betiere, pertsonen nortasuna babestuz)

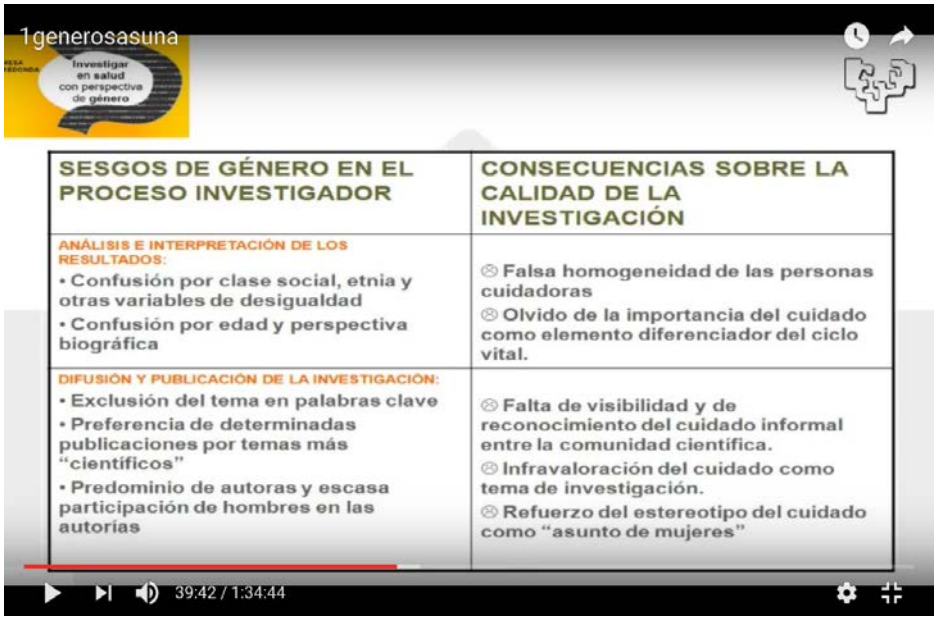
Genero-alborapenak ikerketa-prozesuan. Saioan aurkeztu ziren diapositibetatik informazio zati batzuk ezkutatu dira, bideoa ikustean osa ditzazun.

Ulermena hobetzeko, ekintza osagarria: ikusi bideoa eta osatu.

a) Zer ondorio erator daitezke ikerketaren kalitatean, bere diseinuan egin daitezkeen alborapenetatik?

b) Ikerketan ateratako emaitzen hedapenean, zer alborapenek eramaten dute erakusten diren ondorioetara? (ikusezintasuna, komunitate zientifikoan onarpen falta, ikerketa-gaiaren gutxiespena eta zainketaren estereotipoa indartzea).





5.23 Genero-alborapena osasun-laguntzan. Carme Valls Llobet

Osasun-laguntzan dauden genero-alborapenen ikuspegitik erantzun du. Urteak daramatza zientzia guztietan sarri dauden elementuak aztertzen, medikuntzan barne: patriarkatuaren arauak, emakumeak ikusezin bihurtzeko, gutxiesteko (*inferiorizar*), kontrolatzeko edo haietaz jabetzeko. Galderari erantzun dio emakumeen hilkortasunean egindako behaketa birekin: arazo kardiobaskularren ikusezintasuna, heriotzen lehen kausa direlarik; eta emakumeen osasun mentalaren *medikalizazioa*, «gaixoratzea» (*enfermalizazio* delakoa) eta emakumeen heriotza-tasa handiagoa areagotzen duelako.

1. Arazo kardiobaskularren ikusezintasuna. Zer-nolako alborapenak daude emakumeen gaixotasun kardiobaskularretan?

Ekintza osagarria ulergarritasuna hobetzeko: ikusi bideoa eta hartu oharrak.

Zergatik bihurtu da KB gaixotasuna <u>ikusezintasunaren paradigma</u> morbilitate bereizgarrian?

Ekintza osagarria ulergarritasuna hobetzeko: ikusi bideoa eta hartu oharrak.

Ulermena areagotzeko galderak:

- ✓ Miaketak (kateterismoa, esfortzu-frogak) maiztasun berarekin egiten dira sexu femeninoaren kasuan? (Ayanian & Epstein 1990, Marrugat 1998).
- ✓ Zer atzerapenarekin iristen dira emakumeak ospitalera miokardio-infartua izanda, gizonekin alderatuta?
- ✓ Zer ondorio dauzka horrek tratamendu *tronbolitiko*etan?
- ✓ Infartuaren ondorengo hilkortasuna handiagoa al da emakumeengan? Zein da portzentajea, gizonekin alderatuta? (Benz Scott, 2002)
- ✓ Zer eragile psikosozial aipatzen du Carme Vallsek azalpen posibletzat? Zer rol betetzen ari da horrekin?

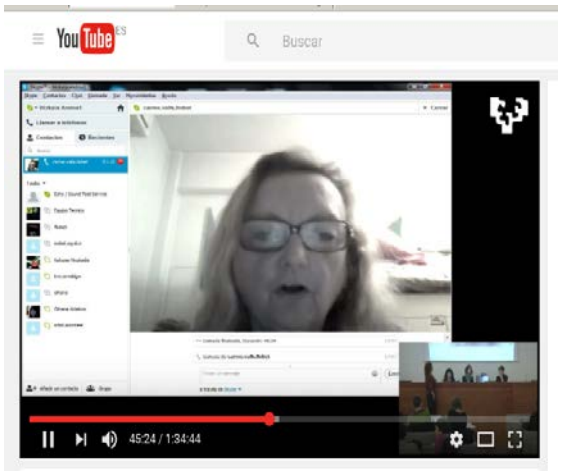
<u>Zergatik gertatu da hori</u>?

1980-1090 hamarkadan egin diren gaixotasun koronarioen inguruko ikerketa-lan gehienak gizonezkoen populazioarekin egin dira. Garrantzitsuenen artean, honako hauek daude:

- *The administration cooperative Study* (Murphyet al 1977) *Benefits of coronary surgery in groups of male patients with angina* (15.000 gizonezko).

-*Physicians Heart Study* (Manson, Grobbee and Stampfer, 199) *Aspirin may prevent heart attacks in men* (22.000 gizonezko).
-*Multiple Risk Factor Intervention Trial* (1982) (12.000 gizonezko).

Emakumeak ikerketa-lan horietatik kanpo gelditu ziren, baina infartuaren tratamenduan gizontzat hartu ziren. Hori bai, gizonezkoen sintomatologia berarekin agertzen zenean soilik, medikuek «antzemateko» moduan, hau da, gizonezkoen patroi klinikoarekin. Bernardine Healy-k *Yentl-en sindrome* deitu zion horri. Beraz, miokardioko infartuen sintomak ezberdinak dira emakumeengan, gizonezkoek azaltzen dituztenekin alderatuta, eta ez dira antzematen: mina bihotz aurrekoa da nagusiki, eta abdomeneko minaren sentsazioarekin hasten da. Mina masailezurretara irradiatzen da, eta ez horrenbeste ezkerreko besora (gizonezkoen patroi klinikoan bezala).



Emakumeek parte hartzen zuten ikerketak aztertu direnean, %24,6an bakarrik sartu ziren emakumeak, eta 17 lanetan bakarrik genero-ikuspegiarekin.
Carme Vallsen gogoeta: «Emakumeek ikusgarritasun gutxi kardiologiarako, eta oso ikusgarriak *medikalizaziorako*».

2. Osasun mentalaren medikalizatzea.
Zer da *medikalizatzea* edo *medikamentatzea*?
«Gaur egungo medikuntzaren esparrua da, azken urteetan zabaldu den modua; orain, arazo asko barne hartzen ditu, duela gutxi arte entitate medikotzat hartzen ez zirenak» (Kishore, 2002).

Zer gertatzen zaigu Espainian?
Aurkezleak hauxe azpimarratzen du: «Lehenengo kontsultan litekeena da emakumeari psikofarmakoak aise ematea. Espainia da mundu osoko lehen herria emakumeei lehen mailako arretan errezeta bidez psikofarmakoak ematen zaizkiena».

Zer gertatzen da farmaziako fakturarekin?
Benzodiazepinak eta depresioen aurkako trizikloak hartzen dira sarrien.

Lehenengo kontsultan litekeena da emakumeari psikofarmakoak aise ematea. Somniferoek (berauen kontsumoa handituta dago) ondorio kaltegarri larriak dituzte (logura egunez, zorabioa, haluzinazioak). Horregatik, eta eguneroko ekintzetan izan dezakeen eraginagatik, 2013an FDAk derrigortu egin zituen fabrikatzaileak emakumeen dosiak erdira jaistera (eta gizonezkoena berraztertzera).
FDAk ohartarazten du, baita ere, emakumeen artean hilkortasunaren igoera dagoela, minaren kontra opiazeoen kontsumoa erabiltzen dutenean. Errezetatu baino lehen adierazten du balioetsi behar dela arrisku/onura arteko erlazioa. Espainian, bereziki, fibromialgia diagnostikatu zaien emakumeekin erabiltzen dira.

Marcia Angell: *The New York Review of Book* zuzendu zuen lehen emakumea zenean, 2011n gaixotasun mentalari lotutako desgaitasunek arduratu zuten, 1987tik 2007ra hazi egin zirelako: 184 amerikarretatik bat izatetik, 76tik bat izatera. Hazkundea 35 bider handiagoa izan zen neska-mutilen artean 2o urte horietan (TDH edo TDAgatik). Eta kritiko azaltzen da argitaratu zen azkenarekin, honako hau esanez: «sintoma guztiak gaixotasun mentalak dira». Eta artikulu bat eransten dut, Enrique Echaburúa & cols (2014)-ek idatzia: «Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica».

Interesgarria iruditu zait Allen Frances psikiatraren ikuspuntu kritikoa ere, Angeles Lópezek (2014) idatzitako artikuluan: «Las pastillas matan más que las drogas», *El Mundo Digital*.
Azkenean, Bilboko Medikuen Kolegioak *Así es la Vida* kanpaina diseinatu du; ekimen horretan, bideo musikal bat da komunikazio-tresnarik oinarrizkoena, umore ukituarekin, errespetuz eta hurbiltasunez, gaur egungo bizitza nola eragiten ari den gehiegizko *medikalizazioarekin*.

Azalpen horrekin amaitu zen saioaren lehen zatia. Atsedenaldiaren ondoren, hiru hizlariek «NOLA gehitu genero-ikuspuntua osasun-ikerketan?» galderari erantzun zioten. Eta aurreko eskemari jarraituz erantzun zuten, beren praktika bakoitzaren ikerketa-arloan aplikatuz.

Haien ekarpenetan oinarrituta, honako ekintza hau proposatzen dizuet:

Ulertzeko eta garatzeko ekintza
(ebaluazioan kontuan hartuko da):

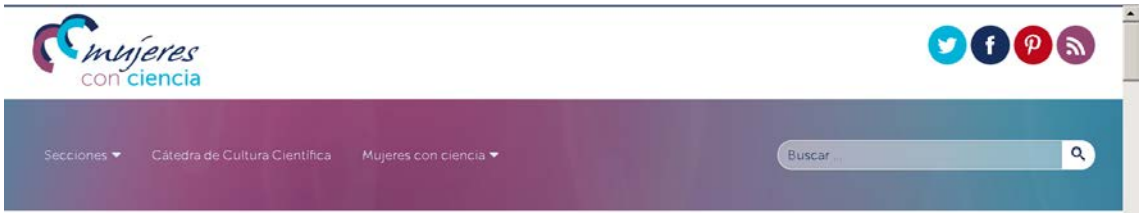
Bigarren zatiko bideo osoa ikusi eta ideia nagusiak atera. Zuen lanerako (edo interes pertsonalagatik) interesgarrien iruditzen zaizuen erantzunaren laburpena egin.

Laguntza gisa, *timing* bat prestatu dut haien aurkezpenen transkripzioarekin.

Erantzun interesgarri ugari dago. Izan sortzaile eta libre: gozatu!

6. Genero-ikuspuntua osasunaren irakaskuntzan txertatu

Duela pare bat urte, EHUko irakasle talde batek SAE/ELAZek eta Berdintasunerako Zuzendaritzak elkarlanean antolatutako irakasleen prestakuntza-ekintza batean parte hartu genuen. «Genero-ikuspuntua gehitzea esparru zientifiko eta teknologikoan» zuen izenburua, eta Maria Mercedes Alvarez Lires izan zen irakasle; eta animatu egin gintuen aspaldiko edo gaur egungo emakume zientifiko baten biografia idaztera. XIX. eta XX. mendeetan sortutako jakiturian emakumeek egin duten ekarpena hain gutxi ikusten zela aztertu ondoren, ekintza bat gauzatu genuen: ezagutzaren arlo ezberdinetako irakasleak partekatu eta proposatu genituen gure irakaskuntzan genero-ikuspuntua txertatzeko. Han azaldutako ideiak laburbiltzen ditut:



1) **Emakumeen berreskuratze historikoa arlo zientifiko eta teknologikoan.** Jakintza-esparru bakoitzean egin ohi ditugun erreferentzia historikoetan, emakumeen biografiak txertatuz, eta ezagutzaren eraikuntzan haiek egindako ekarpenak agerian jarriz. Bide honetan, Marta Macho Stadler eta Maria Jesús Irabien Gulias lan interesgarria
eta baliotsua ari dira egiten *mujeresconciencia*[9] delako blogean, UPV/EHUren zabalkunde zientifikorako katedraren barruan: gonbidatuta zaudete hura bisitatzera eta gozatzera.

[9] Irakasle-ikerlari hauen ekarpena oparoa eta arrakastatsua izaten ari da. Emakumeon lan zientifiko, politiko, ekonomiko eta soziala bistaratzeko egin duten lana saritu da.

Aurreko urtean ekintza bateratu bat antolatu zen, emakume zientifikoak bistaratzeko; interesgarria gerta dakizuekeelakoan: Wikipedian *editatona* delako ekimen bat, emakume zientifikoak ezagutzera emateko, Mentxu Ramilo[10] Araujoren koordinaziopean; urte hauetan jarraipena izan du. Bide batez, Ana Ribera historialari eta komunikatzailearen posta eransten dizuet (Twitterren @Molinos1282), galdera honi erantzunez: zertarako balio du «*mujeres con ciencia*»ri buruz idazteak? Bi blog hauen (sortzailea eta) idazlea da: *cosas que (me) pasan* eta *pisando Charcos.*

2) **Gaur egungo emakume profesionalak egiten ari diren erreferentziazko lanak bistaratu ezagutza-arlo berezietan**, haien ikerketa-proiektu, argitalpen, komunikazio, partaidetza politiko eta abarretatik hasita. CSICen antolatutako Berrikuntza zientifikoak eta genero-ikuspuntua mintegiaren programan aurki ditzakezue emakume zientifikoen eta bioteknologoen erreferentziak, haien ikerketa-arloekin batera.

3) **Ikasleen partaidetza berdintasunezkoa klasean:**
   a. Ikasgelan behaketak egin, genero-desberdintasunak antzemateko edo berdintasun-momentuak nabaritzeko adibide gisa. Behaketa horrek sakontasun-maila ezberdinak izan ditzake; behaketa kualitatiboa edo kuantitatiboa izan daiteke, ekarpen mota eta gelan duen eragina balioetsiz (lankide gizonezkoak, lankide emakumezkoak eta irakasleria). Irakasle baten klase indibidualari begira egin daiteke, edo talde edo ikastetxe oso baten proiektu amankomuna izan daiteke.
   b. Nesken partaidetza aktiboa sustatu: neskak-mutilek egiten dituzten ekarpenak orekatuz. Adibidez: klaseko edo taldeko pertsona guztiek parte hartzea eskakizun bezala jarriz, banaka, eta zuzenki galdetu pertsona bakoitzari (neska eta mutil).
   c. Ikasleen kudeaketa-roletan aldaketak: koordinazioetan edo klaseko ordezkarien aukeraketan, ikastetxeko kudeaketan parte hartzea, ikastetxeko bizitza kulturalean parte hartzea.
   d. Laborategi-geletan jarritako rolak txandakatu. Materiala zaintze aldera (baliabide informatikoak, garbiketa, praktiketako materialaren matentze-lana), taldeetako lanetan partaidetza aktiboa bultzatu: notak hartu, planifikatu, emandako zereginak banatu, lidergoa partekatu...

[10] #Wikiemakumeok traolarekin sare sozialetan aurki daitezke emakume hauen ekarpenak, nazioartean #WomeninRed mugimenduarekin bat eginez.

4) **Emakumeen protagonismoa areagotu adibideetan.** Kasuetan eta ikasketa esanguratsua lortzeko problema didaktikoak aurkezten direnean; baita haien anatomia, fisiologia, psikologia berezitua, zaurgarritasun ezberdina eta tratamenduarekiko interesa areagotuz ere, eta beren rol sozial eta familiarraren interakzioa ulertuz.

5) **Identifikatu eta modu kritikoan balioetsi genero-alborapenak.** Ezagutza espezifikoen arloen aplikazio ezberdinetan betikotuta, eta kasuen azterketen bidez, bere ondorioak ikusi. Medikuntzaren esparruan, protokolo klinikoen alborapena antzeman, prebentzio-kanpainetan eta aplikatutako terapietan. Gomendagarria da Carme Valls Llobeti egindako elkarrizketa FUHEM Ecosocial-en ECOS 34 buletinean, UNEDeko irakaslea den Nuria del Visok egina. Medikuntzan genero-alborapenaren oinarrizko berezitasunak bildu ondoren, proposamen bat eginez bukatzen du: Osasun Zientzien unibertsitateko ikasketetan desberdintasunaren zientzia txertatzea.

Lehen mailako arretarako medikuak, gizonezko nahiz andrazkoen kasuan, edo ospitaleetan, ez dira bideratu sexu femeninoan izaten diren patologia nagusirako, eta ez daukate (ez delako existitzen) sexuaren araberako gaixotasunen sintomatologia-adierazpen ezberdina duten gaixotasunak somatzeko zientzia sistematizatua. Horregatik uste du... «beharrezkoa dela genero-ikuspuntua duen zientziaren garapena, zaurgarritasun berezitua ikusgarri eta publiko egiten duena, egon ezaren arrazoiak eta sintomatologia ezkutatzen dituen ez-jakituria zientifikoa eta sufrimenduaren kultura baztertzeko; eta emakumeentzat etsipena edo sumisioa aldarrikatzen duena, balizko zorigaiztoko patu batera daramatzana, ondoezean eta atsekabetuta biziaraziz». Carme Vallsen argitalpena, *Emakume ikusezinak* (346 orrialdetatik 23.ean).

Momentu honetan, gure inguruan aurrerapausoak ematen ari dira. Bilboko Medikuen Elkarteak eta *Emakumeak Medikuntzan* Foroak elkarkidetzan, 2018. urtean, «Somos diferentes ante el infarto de miocardio» kanpaina zabaldu dute. Miokardio-infartua gertatzen bada, emakumeek eta gizonek jasan ditzakegun sintoma desberdinak ondo identifikatzeko, lehenbailehen tratatzeko eta prebentzio-neurri egokiak zuzentzeko.

6) **Gaitegien eta testuliburuen eguneratzea**, genero-ikuspuntua gehitzen duten material didaktikoen ekoizpena bultzatuz. Bukatzeko, 2013an Vigoko Unibertsitatean egin zen III. berrikuntza-jardunaldia generoan. Irakaskuntza eta ikerketa, Maria Mercedes Alvarez Lires formatzailea partaide izan zelarik; tartean, beste gai interesgarri batzuk ere agertu ziren.

7) **Ekintza-plana.** Ikastetxean adostutako ekintza-plan bat diseinatu, modu progresiboan (sentsibilizatu - garatu - aplikatu), kooperatiboan eta elkarlanean (ikasleak - irakasleak - dekanotza-taldea), zeharkako moduan genero-ikuspuntua txertatzeko, lehen mailetatik graduondokoetaraino.

7. Baliabide bibliografikoak

Oharra: testuetan txertaturiko esteketatik aparte, hemen dauzkazue kontsulta ditzakezuen beste batzuk, gaika antolatuta.

7.1 Sexua eta generoa

Gune Anitza: aniztasunaren kontzeptua (Euskadiko Gazteriaren Kontseilua)
http://egk.eus/eu/argitalpenak/txostenak/
La UPV/EHU se adhiere al manifiesto 'Gune Anitza' por la diversidad
Gune Anitza: Manual para convertir los retos en realidad

Naizen: adingabe transexualen familien elkartea
https://naizen.eus/eu/

Chrysallis elkartea
http://chrysallis.org.es/stop-trans-patologizacion/
http://chrysallis.org.es/toma-la-palabra-yo-no-soy-una-nina-soy-un-nino/

¿Cerebro femenino, cerebro masculino?
http://mujeresconciencia.com/?s=cerebro+masculino+y+femenino

Marisol Salanova Burguera. *Estrategias para la sensibilización del personal sanitario sobre la transexualidad a través de las TIC* Innovaciones científicas y perspectiva de género (Programa)

Cultura Trans 2012 (1/4) Intervención Mª Rosa Almirall
https://www.youtube.com/watch?v=gxrUcFS_7xc

Cultura Trans 2012 - Intervención Eva Vela (Salud Trans 2/4)
https://www.youtube.com/watch?v=d3Ml0mcoh9c

Cultura Trans 2012: Salud trans (3/4) Intervención Carme Valls Llobet.
https://www.youtube.com/watch?v=oti3_c15ZiU

Barcelona iniciativa atender a la salud de las personas Trans*
http://www.caps.cat/images/stories/Rosa_M_Almirall.pdf

Pertsona hauentzako dauden baliabideak gida batean bildu dira
https://www.facebook.com/serveiTransit/

7.2 Generoa eta osasuna

OMS/Géner: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/

Guía práctica para incorporar la perspectiva de género en salud
http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1&ua=1

Salud 2020: la política europea para la salud y el bienestar
http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being

Velasco Sara. *El sistema sujeto/sexo/género y el sistema biopsicosocial. Un marco teórico para el enfoque de género en salud.* Valencia 2014
http://jornadasaludemociongenero.uji.es/wp-content/uploads/2014/11/presentacion_conferencia_VELASCO_UJI_-2014.pdf

Velasco Sara. *Recomendaciones para aplicar el enfoque de género en programas de salud.* Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf

Salut cardiovascular i génere
http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=65291&tacc=17

Salud y Género (Illes Balears) Conselleria de Salut

Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. Sociedad Española de Cardiología. *Informe* realizado para el Observatorio de la *Salud* de la *Mujer*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf

Elena ALdasoro Unamuno. *La medicina ¿perjudica la salud de las mujeres?* Conferencia en Bidebarrieta dentro del ciclo "Emakumeek zientzia egiten dute" Ellas hacen ciencia. http://mujeresconciencia.com/?s=Elena+Aldasoro

Nerea Mazkiaran presenta a Elena Aldasoro Unamuno. *La visión androcéntrica en la investigación de salud identifica lo masculino con la norma*. Noticias de Navarra, 2015 http://www.noticiasdenavarra.com/2015/01/23/sociedad/navarra/la-vision-androcentrica-en-la-investigacion-de-salud-identifica-lo-masculino-con-la-norma

Medikalizazio gaiaz gehiago jakiteko: http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf

Carme Valls Llobet, Noemia Loio Marqués *Psicofármacos: ¿todas locas o un gran negocio?* Periódico Diagonal. Edición digital.20/09/16 https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/31337-todas-locas-o-gran-negocio.html

Amaia Bacigalupe de la Hera eta Unai Martín Roncero *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco.* La clase social y el género como determinantes de la salud. Ararteko. 2007 http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf

7.3 Gainpisua, obesitatea, elikadura-asaldurak eta nutrizioa

Arrizabalaga JJ, et al. 2003. *Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas*
http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guia-practica-clinica-el-manejo-13063039
Esteka honetan, baita ere: https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/4-TRASTORNOS-ALIMENTACION/Guia%20obesidad%20SEEN.pdf

Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO)
http://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Documento-Consenso-FESNAD-SEEDO-Oct2011.pdf

Consenso SEEDO 2007 para el Estudio de la evaluación de la obesidad y el sobrepeso y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica
http://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf
Javier Aranceta y cols. *Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO'97*
http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-obesidad-espana-estudio-seedox0002797-2563

María del Rocío Ortiz Montcada. *Modulo [9] Alimentación y nutrición*.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf

OMS, 2016. *Obesidad y sobrepeso* Nota descriptiva N°311
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

OMS, *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*
http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/
http://www.who.int/nutrition/topics/en/
OMS, *Metas globales para el 2015*
http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/
http://www.who.int/nutrition/topics/ESPANOL_Poster_A_Global_Target_2025.pdf?ua=1

OMS *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente*
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf

FAO_OMS *Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición* (CIN 2) 2014
http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2014/international-conference-nutrition/es/

7.4 Osasunari buruzko datuak

Mudukoak: OMS,
http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/es/

Erregionalak: Encuesta Europea de Salud
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf

Nazionalak:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm

Elkarkidegokoak:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpubl01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav13/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2013.pdf

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta_salud_graficos/es_escav13/adjuntos/Graficos_DeterminantesdelaSalud.pdf

Equidad en salud en la CAPV realidad y políticas para reducir las desigualdades sociales en salud http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkosag00/es/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/infopubli.html#a1

7.5 Bestelakoak

Mujeres y Salud (MyS). Revista de comunicación interactiva
http://www.matriz.net/mys/

Observatorio de salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm

Worl health Organization. Regional Office for Europe. Gender and Health.
http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender

Recopilación bibliográfica y de recursos web muy completa
http://www.fuhem.es/ecosocial/noticias.aspx?v=9941&n=0

http://www.genderbias.org/ Servicio que incluye resúmenes de artículos centrados en conocimientos basados en la evidencia sobre sesgos de género en los principales problemas de salud especialmente en aquellos problemas de mujeres, desde 2003.

8. Dibulgaziorako baliabide digitalak

Sobre la teoría de la evaluación humana y la perspectiva de género.
http://mujeresconciencia.com/2014/10/16/el-papel-de-la-mujer-en-la-evolucion-humana/

Christina Werckmeister. *Mi hijo el novio de tu hija*. Blog:docemiradas
http://docemiradas.net/mi-hijo-el-novio-de-tu-hija/

La noche temática (rtve). *Los pechos al descubierto*
http://www.rtve.es/television/20161017/noche-tematica-pechos-descubierto/1423182.shtml

Rebeca Solnit. *El Pais. Los hombres me explican* cosas': lee el ensayo que inventó el 'mansplaining'.
http://smoda.elpais.com/moda/los-hombres-me-explican-cosas-lee-ensayo-invento-mansplaining/

Christina Werckmeister. *Mi hijo el novio de tu hija*. Blog:docemiradas
http://docemiradas.net/mi-hijo-el-novio-de-tu-hija/

Itxaso Blázquez (lodifobia) http://www.eitb.eus/eu/irratia/euskadi-irratia/programak/faktoria/audioak/osoa/3964878/itsaso-blazquez-lodifobia-euskadi-irratia-faktoria/

Publicidad con diversidad corporal
https://i-d.vice.com/es_mx/article/disfruta-la-belleza-de-la-diversidad-corporal
Prendas para diversidad corporal-funcional: www.beinginclusive.com

Laura Moya: Teoria crip y diversidad corporal
http://arainfo.org/laura-moya-la-teoria-crip-es-la-parte-mas-subversiva-de-la-diversidad-funcional/

Desigualdad de género en salud (visual thinking)
https://www.youtube.com/watch?v=s_n5FeOS36U

Brecha de género (mujeresconciencia)
http://mujeresconciencia.com/2015/11/14/flora-de-pablo-la-brecha-de-genero-en-la-ciencia-no-va-a-resolverse-con-el-tiempo/

II MODULUA

BERDINTASUN-POLITIKAK

MATERIAL OSAGARRIAK

***6. gaia*. Osasuna, gorputza eta sexualitatea**

***Azpigaia*. Genero-ikuspuntua osasunean**

***Irakaslea*. Elena Diaz Ereño**

***Investigación en salud con perspectiva de género* gaiari buruz Bilbo hirian (azaroak 2013) egindako mahai-inguruaren transkripzioa.**

Saioaren 2. zatia: *¿Cómo investigar con perspectiva de género en salud?*

Lucía Artazcoz hizlariak ordena honekin erantzun zuen

***Timing*: erantzunen zuzeneko tenporizazioa**

58:38	**Galderen bigarren txanda hasi da** **¿Cómo realizar buena investigación con PG?**
59:45	**Lucia Artazcoz** hizlariak erantzun du Bere hausnarketak ikerkuntza epidemiologikoaren inguruan kokatu ditu: *Lo primero como en cualquier buena investigación: una buena pregunta (lo más importante)* *Lo siguiente el desarrollo del marco teórico conceptual (fundamental) para dar respuesta a esa pregunta: NO es ir de pesca. Fishing expedition* *Lo tercero: La cuidadosa selección de las variables y de sus características: predictoras, de ajuste, de mediación de interacción, diferenciando las variables de confusión y de mediación.* *La respuesta nos la da el Marco Conceptual* *Los mecanismos. La* respuestas no nos la da la estadística sino el marco conceptual.
1:01:26	*¿Cómo?* (II) *Algunos ejemplos 3 preguntas clásicas (impacto en la salud laboral)* *- Combinación de vida laboral y familiar* *- Largas jornadas de trabajo* *- Paro y salud laboral*
1:01:47	*En primer lugar, tener en cuenta en cualquier marco conceptual de investigación en salud y género la división sexual del trabajo e intersección (clase, etnia) No es lo mismo lo que pasa aquí que en Suecia, variables de Interacción* *-Papel de persona responsable del trabajo doméstico y familiar* *Papel de personas sustentadora económica del hogar* *Además: clase social y tipología de estado de bienestar.*
1:02:17	2012. urtean bere ikerketa-taldearekin egindako ikerlana aurkeztu du: *"Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in spanish workers" (M Marta Arcas et al, 2012) que trata de dar respuesta a Las exigencias familiares en la personas que han de compaginar la vida laboral con las demandan familiares: nos encontramos con una sorpresa el nº de personas en el hogar. Compara trabajadores manuales y no manuales, en hombres y mujeres* *Resultados: Trabajadores manuales hombres y mujeres:* *-Peor estado de salud percibido* *-Peor estado de salud mental* *-Pocas horas de sueño*

	-Sedentarismo en tiempo libre *-Influencia en la salud la variable fundamental en nº de personas que conviven en el hogar. En los trabajadores manuales* *-Observamos (gradientes que nos ponen tanto a los investigadores) que el impacto eran tanto en hombres como en mujeres pero los mecanismos son distintos* *-En mujeres se da por sobrecarga en la vida familiar que no tienen recursos para externalizar este trabajo (ayuda externa)* *-En hombres como sustentadores de la economía familiar trabajaba más largas hora para afrontar las necesidades familiares (crisis 2006 Deuda en Banco de España)* *Nuevos patrones en las respuestas a viejas preguntas* *-Epidemiología social las repuestas varían en el tiempo y según territorio y políticas*
1:05:10	*Volvemos a intentar responder a esa pregunta en año 2012. Otro estudio: Encuesta Europea y condiciones de trabajo. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health Lucía Artazcoz et al (2013)* *Exigencias familiares y diferencias en trabajo remunerado: nº de hijos/as y situación laboral de la pareja (indicadores de medición)* *Exigencias del empleo: número de horas de trabajo remunerado (medidores)*
1:5:50	*Muchos estudios que analizan Work Family Conflict dificultades en la conciliación de la vida familiar y laboral tienen problemas de interpretación de los resultados por las variables subjetivas seleccionadas* *Explica limitaciones metodológicas que se encuentra con las variables subjetivas, con serias dificultades metodológicas por la carga de subjetividad: comparten igual varianza: NO tiene merito. Ambos sexos sobrevaloran las horas que dedican al hogar. Las horas obligadas y las que quieren (porque les agrada) tienen valoración diferente sobre las personas. No son buenos indicadores el trabajo domestico y familiar. Ambos sobrevaloran el n.º de horas, pero por distintas razones. Distinto las obligadas y las que hago porque quiero: NO es buen indicador*
1:08:10	*Resultados de la combinación de vida laboral y familiar en el impacto de la salud en 2010. Se observa:* *Países nórdicos y del este, anglosajones... No asociación con la salud* *Países con políticas tradicionales (Sur de Europa): Más asociaciones en mujeres. Está destrozando a las mujeres en tiempo de crisis* *¿Por qué?* *Muchas amas de casa a tiempo completo, con la crisis salen al mercado laboral empujadas por la crisis económica (necesitan recursos para la familia) y lo hacen en un contexto de absoluta vulnerabilidad económica y se las está explotando porque necesitan llevar dinero a casa y al llegar a casa siguen con las tareas del hogar-familia (doble jornada). Aun parados los hombres no asumen de igual manera las tareas del hogar.*

	Países anglosajones (neoliberales, políticas de mercado de trabajo salvajes, nulo poder de los sindicatos y modelos de familias centradas en el hombre como sustentador económico principal del hogar): más asociado en hombres: Ellos (destroza a los hombres) Las realidades no están establecidas y no pueden cambiar, sino que depende de las políticas que se implementan en cada lugar. *-Mujeres. Trabajo a tiempo parcial, protector de la salud.*
1:10:40	*"Understanding the relationship of long working hours with health status and health-relate behaviors": Artículo que surge cuando cambia directiva laboral: "¿trabajar mucho es malo para la salud?" Intentamos responder: si pasar de 48 a 65 horas. Comparamos 30-40 tiempo parcial y 51_60 h máx .Asociación extremadamente consistente en hombres con magnifico gradiente para 6 indicadores de salud (mala salud mental, HTA; insatisfacción laboral, tabaquismo, sedentarismo en tiempo libre y pocas horas de sueño,*
1:12:00	Azaltzeko eredua: *Cuando aparecen problemas de estrés económico (dificultades ,las personas sustentadoras puede empeorar su salud pero también se ven forzadas a trabajar muchas horas (no queriéndolo). Cuando disfrutas haciéndolo NO es problema. El problema es cuando lo haces obligada en situaciones ce vulnerabilidad económica, contexto de dificultades de empleabilidad aceptas lo que sea,* *Porque NO te puedes permitir perder el trabajo y aceptas lo que sea: tienes que pagara la hipoteca, para Alimentar a la familia...*
1:13:20	Ikerlana: *Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class.* Lucía Artazcoz et al.2004 *Tema complejo de analizar y encontrar factores de interacción o asociación Interacciones múltiples (territorio español, Catalunya)* *Paro-salud mental ¿Qué relación encontramos? Depende del Sexo, responsabilidades familiares y de la clase social* *¿Qué veíamos:* *-Pocos estudios y muchos centrados en hombres asumiendo mayor impacto en ellos, algunos han utilizado variables sexo como variable de ajuste, encontrando sólo en ellos, otros han segregado por sexos y han atribuido al menor compromiso de las mujeres con el trabajo remunerado* *No es así: estratificaron que recibir subsidio de desempleo es absolutamente fundamental para preservar la salud mental de las personas que quedan en paro (singles no!)* *Hombres trabajadores manuales y que no reciben el subsidio de paro, casados, vienen pareja y son responsables del sustento familiar.* *No es una cuestión de género: es mucho más complicado* *Importancia de los marcos conceptuales y las interacciones: Un reto Interesante*

1:18:34	**María del Mar García Calvente** hizlariak erantzun du: *¿Cómo? Dos ejemplos Uno del 2008 Como investigar en salud con perspectiva de género Experiencia de investigación sobre el impacto de cuidado sobre la salud.* Jatorrizko artikulua: *Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España* (María del Mar García Calvente y cols.2011) *Analizaban cómo las desigualdades en el cuidado realizado por H y M podían tener diferente impacto en su salud*
	Preguntas de investigación en el cuidado. Se hicieron dos preguntas claves - *¿Son diferentes las características del cuidado que prestan mujeres y hombres que cuidan?* - *¿Las diferencias en estas características se asocian a diferencias en el impacto de cuidar sobre el deteriore de la salud? .*
1:19:55	*Observaron diferencias entre hombres (H) y mujeres (M)* *El perfil de las personas cuidadoras principales:* *Un 74% eran mujeres: Edades medias de la vida (52% entre 45 y 64 años), casadas (71%5) no superados estudios primarios (63%)* *Un 26% eran hombres: perfil más envejecido (46% supera los 64 años, 57% son jubilados, mayor nivel educativo (38% estudios secundarios o superiores) cuidaban de diferente manera* *Las mujeres cuidan más horas, más hora semana más días, durante más años y proporciona diferentes cuidados (más demandantes cotidianas comer, vestirse, aseo personal, cambio de pañales)* *Hombres estos cuidados menor y más en tareas de movilización física o con gestiones fuera del hogar (gestiones etc.)*
1:21:05	*A la pregunta sobre percepción del deterioro de su salud por el hecho de cuidar responden:* - *Porcentaje de H y M que perciben deteriorada de su salud por el cuidado según edad. Pregunta de salud percibida* *Se preguntaba si esas personas sentían que su salud se había deteriorado durante el tiempo de cuidados y se observó que sí.* *Si y la proporción es diferente en hombres y mujeres (gráfico) y cambia con la edad. Cuanto más edad mayor % de mujeres percibe deterior es su salud que los hombres (se invierte ente 25-44 años) cambiando con la edad a mayor edad en los hombres más percepción del impacto Se invierte brecha de género*
1:21:55	*Análisis estratificado por sexos. Diferencias* *H: los que notan son los jubilados, quien ayudan a comer y con mayor intensidad. Si realizaba tareas fuera del hogar tenía efecto protector* *M: los niveles estudios, las casadas frente a solteras , las tareas cotidianas relaciona con mayor deterioro como frecuencia intensidad y la duración*

1:23:10	*Después realizaron un modelo multivariante conjunto utilizando la variable sexo como independiente y controlando el resto de variables Las mujeres mayor riesgo de deterioro de su salud. Se preguntaron por qué .*
1:23:51	*PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA: una de las contribuciones del feminismo a la manera de hacer ciencia es poner en evidencia que lo que ahora conocemos como ciencia objetiva, el paradigma positivista de hacer ciencia no es la más sensible a las cuestiones de género (investigación en genero)* *No responde a las preguntas que nos interesan*
1:24:27	*Gender Identity in Informal Care : Impact o n health in Spanish Caregivers* Maria del Rio-Lozano and cols.(2013) *Estudio cualitativo que realizaron mediante entrevistas a mujeres y hombres que cuidaban para observar y medir cómo las identidades de género tenía que ver con la manera de entender el cuidado y el impacto sobre su salud*
1:24:50	*Observaron que la manera de entender el cuidado de las mujeres era diferente en hombres y mujeres (Consideración del rol)* *M: consideraban como rol "suyo" es "su obligación " naturalizado en ellas. Cómo si fuera nuestro* *Hombres: como rol "prestado" lo hacen "altruistamente" (cuando no hay mujeres disponibles en el entorno) No naturalizado en ellos si en ellas.*
1:25:30	*Rol Naturalizado parece nuestro y obliga a desempeñarlo, la conciencia de nosotras y la sociedad así también lo cree y lo exige. Cuando una M cuida, y cuida bien, nadie le da la palmadita en las espalda (es lo suyo, lo que tiene que hacer) en cambio cuando un hombre cuida es un héroe: me admiran por lo que hago - dice un cuidador-(ejemplos reales) 1:26:34*
1:26:30	*Esto tiene una serie de consecuencias sobre la percepción de cuidar y el impacto que cuidar tiene sobre la salud. Las mujeres tienen una fuerte adherencia al rol de cuidado y los hombres, más flexible. Las mujeres interiorizamos la sobrecarga del cuidar, la hacemos nuestra y los problemas del cuidado nos afecta directamente a nosotras: atribuyéndose las causas de un mal cuidad a nuestra falta de habilidad, conocimiento, "somos malas" Los problemas del cuidado nos afecta directamente a nosotras, nos culpabilizamos malas madres, esposas, hijas, en definitiva malas mujeres* *Esto se traduce en mayores niveles de ansiedad, depresión estrés y otros problemas de salud (enf. Crónicas o impacto en hábitos de vida "descuidan su cuerpo o cuidado de salud)*
1:27:42	*En cambio, en el caso de los hombres esa sobrecarga se exterioriza o se externaliza. Cuando estoy cuidando y me siento sobrecargado buscan ayuda en el entorno familiar o cercano o en los servicios sociales.*

	Esto tiene que ver también con como esas personas pueden solicitar ayudas como las prestaciones de la ley de dependencia. La M prefería prestaciones económicas para seguir cuidando en mejores condiciones *En cambio los hombres preferían ayudas de tipo sustitutivo (ayuda a domicilio o de las personas de alrededor para ser sustituidos en su tiempo, no me impugna la manera de seguir cuidado a la manera masculina).*
1:29:43	Epidemiología LEGA: bi elementu txertatzen ditu *La combinación de lo que se ha llamado epidemiología LEGA o conocimiento LEGO que es: cómo las personas construimos nuestro propio conocimiento sobre cómo se afecta y porque nuestra salud. Es decir, somos capaces de expresar cadenas causales de cómo nos afecta la salud (nuestro conocimiento). Esto forma parte de un cuerpo de conocimiento.* *Esto lo relaciona con una aportación feminista muy importante en la ciencia la epistemología desde el punto de vista feminista que dice que La experiencia de las Mujeres debe ser tenida en cuenta en ciencia. El conocimiento construido ha sido androcéntrico (basado en la visión de los hombres punto de vista del hombre). Basado en valores masculinos. Reivindica el papel de las mujeres como sujeto de la propia construcción del conocimiento en la ciencia y cómo instrumento de liberación de la opresión. La ciencia Feminista No solo hacer buena ciencia sino también para aumentar subvertir el orden de desequilibrio establecido en la ciencia androcéntrica. La investigación cualitativa da el poder de verbalizar, construir a las personas sujetos del conocimiento, da el poder a las personas o sujetos del conocimiento no a los equipos de investigación, esas personas* *Por eso esta combinación entre epidemiologia LEGA epistemología feminista y la perspectiva cualitativa de investigación me parece especialmente potente para contribuir al conocimiento de la ciencia en el campo de la salud desde una ciencia feminista. (ciencia feminista))* *Y con esto termino 1:33:02*

0:34	**Carme Valls Llobet** hizlariak erantzun du: *¿Cómo cambiar las invisibilidades en riesgos cualitativos?* *Totalmente de acuerdo con María del Mar. Y además añade que no solo investigar cualitativa sino también cuantitativamente. Falta en medicina también profundizar en el aspecto biológico de prevención de riesgos CV.* *Ejemplo: una Buena noticia es que desde el 2007 guía prevención cardiovascular dirigida a mujeres (una 2007 y otra 2010). No están dirigidas a mujeres de la calle sino a los y las profesionales que han visto diferencias y ha construido otras guías de prevención "Circulation AHA" (19 Feb. 2007)* *"Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention on women 2007 update and 2010"*

2:02	*Sabíamos que había FRCV clásicos: DM, edad, hipoTG, ICC por HTA; OBS, hipotiroidismo, PCR incrementado, THS (Rossouw et al, JAMA 2007) tabaquismo* Hipotiroidismo gaixotasunean gelditzen da*: Conclusión Estudio Rotterdan 2003 Hipotiroidismo clínico e incluso el denominado subclínico potente indicador de riesgo para ateroesclerosis e IAM en mujeres Estudio realizado entre mujeres de 60 a 75 años. Añade que a este tema prácticamente nadie ha hecho caso*
3:54	*Y ahora en el 2010 sabemos que las células endoteliales progenitoras (EPC) (encargadas de La división de la célula endotelial) en la arteria coronaria son un nuevo marcador de riesgo CV directo, pueden estar disminuidas en el hipotiroidismo incluso en el subclíncio. El estudio Shakoor et al 2010 demuestra la asociación entre hipotiroidismo y bajo recuento EPC y la mejoría con el tratamiento con T4 con independencia de otros riesgos CV*
4:44	*¿Por qué no se ha incorporado en la ciencia médica? porque el tratamiento es 100 veces más barato que los tratamientos para el colesterol. (hipótesis)*
5:07	*Existen líneas de prevención que nos pueden ayudar:* *Eliminar el tabaquismo.* *-Ejercicio físico 30-60 min diarios de actividad Física moderada* *-Rehabilitación de las mujeres que han padecido IAM* *-Dieta rica en frutas y verduras, pescado 2 veces por semana limitar grasa saturada y trans* *-Disminución peso* *-Disminución de perímetro de cintura < 0,85 cm* *-Omega 3859-100 mg EPA y DHA en mujeres con cardiopatía y 24 gr en mujeres con TG aumentados* *En cambio estamos tratando a M y H con medicación a diario para disminuir el colesterol cuando las mejores evidencias son los cambios en la dieta y, en algunos casos, tratar el hipotiroidismo.*
6:07	*Otro abordaje: SALUD MENTAL. Es compleja como la misma salud, depende de las condiciones de trabajo, de vida, la genética y la biología. Pero también hay una encrucijada de lo psico-somático, a partir de las diferencias biológicas, por ejem. carencias de hierro aumentan ansiedad, carencia de tiroxina aumenta la depresión y deficiencia de zinc ansiedad y depresión.* *Condiciones sociales: rol de cuidadora, discriminación laboral y social* *Educación: autoestima baja* *Historia personal y biografía: trabajo desde la infancia* *Condicionantes sociales de la salud mental* *-Enfermedades crónicas (cáncer de mama, ECV, fibromialgia, osteoporosis obesidad) suponen un mayor riesgo de trastorno mentales* *-El bajo nivel socio-económico; grupos minoritarios* *-Consumo de sustancias*

	-Estrés: varios tipos de violencia, cuidado, doble tripe jornada, desempleo, Matrimonio, la reproducción ….todo esto son condicionantes
7:36	*¿Por qué entonces tratamos con psicofármacos? y ¿por qué los psicofármacos no se han investigado con PG (sexos, edad y ciclo vital, etnia, condiciones de vida y trabajo, dolor en todas sus manifestaciones todo ello cambia la formulación de los psicofármacos*
8:14	Artikulu bikaina aipatu du (FMC 2013): *diferencias farmacocinéticas entre hombres y mujeres Calvo Hernández Cómo se metabolizan los fármacos de manera diferentes y se detallan que las dosis en mujeres son más altas y se mantienen demasiado tiempo en su cuerpo m (15% más de grasas que los hombres). No solo hipermedicalizadas sino más tiempo de permanencia por la grasa*
9:20	*Hizlariak honetaz ere informatu du: la OMS ha diseñado un Plan Acción Integral de salud Mental (2013-2020) Dra. Margaret Chan (07/10/2013)* *Para que la atención internacional que incluya la no estigmatización y discriminación por enfermedad mental, basada en los principios de los Derechos Humanos,* *Y una Cobertura que permita mejora la ineficiencia* *Y permita desviar recursos de hospitales psiquiátricos a servicios más pequeños, consultas externa apoyados por una unidad de hospitalización en todos los hospitales generales (facilitar la continuidad de la atención integral de comorbilidad, y un mejor y uso de los escasos recursos humano además ayuda a normaliza el tratamiento de los trastornos mentales y reducir el estigma y la discriminación que tienen las personas aislada con estos trastornos desde la antigüedad lo que les deja indefensos y sin esperanza)*
	Marcia Angell ya criticó las guías de salud mental están haciendo un mal servicio porque convierten cualquier rebelión o rabia manifestada en enfermedad, DSM kritikatzen du: *¿cualquier rebelión, rabia manifestada en enfermedad, la Sociedad psiquiátrica de América acaba de manifestar que no se adhiere DSM-V? ¿Será el fin de las etiquetas?*
11:40	**Entzuleen galderak** **Dra. Marga Sáenz** *(psiquiatra medica de las que pone pastillas a las mujeres, del Hospital universitario de Álava) editando un libro sobre psicopatología intentando introducir el género como paradigma, trabajo con gente de todo el estado, de Nueva York etc. 80% de las consultas de salud mental son mujeres. Encontrar otra palabra que no sea feminismo, cambio superficial, pero las cosas siguen igual. Para que no pase lo de la "fishing expedition" tomando el modelo de hombre de salud… El género marca de una manera nuclear y marca de por vida.*
15:10	**Carme Valls** doktoreak erantzun du: *En la construcción de la subjetividad ha trabajado muy bien María Asunción González Etxabe (red CAPS).*

	Falta una ciencia de la diferencia, escrita. La atención primaria no tiene en cuenta estas diferencias. La atención primaria no tiene en cuenta las diferencias y menos los matices sobre familismo androcentrismo...
17:20	**Lucía Artazcoz** doktoreak erantzun du: *Evitar el "fishing expedition" siempre. Es importante tener la pregunta clara: construcción identidad, subjetividad... Puede ayudar a estudiar las diferencias y desigualdades* *Socialización de género, desigualdades en el poder (hombres más conductas de riesgo, conductas adictivas, hombres empiezan a consumir alcohol y drogas antes, las mujeres más tarde, muchas veces por las desigualdades en el poder y división sexual trabajo.) Las mujeres de ciertas edades borrachas son denostadas y beben en soledad en su casa. Las mujeres consumen alcohol y drogas ilegales más tarde, en frecuencia porque la pareja consume... la socialización supone presión social.* *Las mujeres consumen más atención primaria, los hombres NO pueden ser débiles* *¿Cuáles son los elementos a estudiar?*
22:09	**Mª del Mar García Calvente** doktoreak iruzkin labur bat egin du: *Has comentado que Feminismo superado = Marcela Lagarde habla del velo de la igualdad. Era un problema de nuestra edad pero NO de ahora: el problema es NO reconocerlo como problema.* *En salud mental el problema es la esencialización de lo que es hombres y mujer que oculta la diversidad que hay entre las mujeres y entre los hombres.* *Reivindicar y profundizar en la diversidad. El daño que hace el patriarcado a la salud de los hombres es también intenso. Reflexionar cómo afecta, analizar el género también en hombres y mujeres, hay diversas maneras de ser H y de ser M.*
24:46	**Beste entzule baten galdera**: *Quería preguntar si hay estudios sobre Investigacion participacion acción.? Que podemos hacer?* 25:13 **Mar Garcia Calvente**: *muy interesante. No trabaja en esa línea. La ciencia tiene que ser comprometida. Y la ciencia feminista mas todavía Metodología de investigación-acción participativa es muy interesante.* *Le que enamoró de la investigación cualitativa, cuando descubrí lo importante que era lo que la gente decía. Un ejercicio de humildad* 26:43 *Aprovechando saber si contamos con algún marco conceptual al que hacer referencia para evitar el ir de pesca y facilitarnos la vida?*
27:30	**Amaia Bacigalupe:** *Marco conceptual para trabaja e investigación con PG?* *Marco conceptual para trabajar con PG. Comisión Determinantes sociales, la etnia etc de salud de la OMS* **Lucia Artazcoz** *Estudios concretos con marcos concretos. Cada pregunta debe tener su marco conceptual concreto, tenemos que operativizar, que sea consistente con la evidencia Incluir esfera doméstica y familiar y la vivienda)*

	(mejorado por la comisión española liderado por Carme Borrell y luego marcos más concretos consistentes
29:50	***Mª del Mar García Calvente:*** *La respuesta NO es fácil La mirada teórica depende de las disciplinas y depende del sitio en el que te sitúes. Implicándose más: el marco de la OMS le parece que conceptualiza el género como sexo, lo pone al mismo nivel de la edad o de la clase social (hombres y mujeres) lo discutió con Oriol Solar (creo que no tienen enfoque de género a pesar de la comisión de la OMS contó con un grupo de trabajo. Ella insiste que es un marco todavía insuficiente. Me gusta trabajar con los 3 niveles de Sandra Harding el nivel estructural, individual y simbólico de cómo se organiza el género en nuestra sociedad.* *Está de acuerdo con Lucia en construir alimentándose de las disciplinas y corrientes que más nos ayuden al objeto del estudio. Si algo tiene la teoría feminista es que está en continua cuestión. ¿Dos sexos? ¿Solo dos? No será que está influencia por los estereotipos de género. Socialización dual de entrada. En Alemania se ha aceptado: ya no obliga a registrar como niña o niño Estar muy atentas a este tipo de desarrollo de los marcos feminista que nos pueden alimentar mucho. Me gustan Marcos teóricos diversos que nos puedan servir para caminar.*
33:40	**Carme Valls:** *Yo creo que estando de acuerdo en que hay marcos diversos para las personas que empiezan a entrar en el tema creo que empezamos a discutir de mujer y salud en la Conferencia de Beijing (1995 ver línea de tiempo), luego vino el Congreso Mujer y Salud y trabajo y hay material publicado en el Instituto de la Mujer desde hace 20 años. Todas las reuniones de la red CAPS, se han podido publicar. Hay muchísimos materiales.* *Marcela Lagarde, Asuncion González y a las autores aquí presentes. Iluminar para luego si haces un trabajo concreto consultar bibliografía. Tenemos la Revista Mujeres y Salud si pulsáis www.mys.matriz.net. No somos las pioneras muchas han trabajado y pensado desde hace mucho tiempo vale la pena aprovechar nuestro trabajo para que las mas jóvenes continuéis.* Final Clausura de Teresa Nuño (Dirección para la Igualdad UPV/EHU)

Aipatutako egileak:

Marcela Lagarde

https://es.wikipedia.org/wiki/Marcela_Lagarde

Maria Asunción González de Chàvez:

https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=978622

Sandra Harding

https://es.wikipedia.org/wiki/Sandra_Harding

Figura 1. Línea de tiempo de los principales esfuerzos globales para lograr la Igualdad entre las mujeres y los hombres. Fechas claves algunas estrategias de salud para todas las personas

EVENTOS HISTORICOS	Año	DECISIONES ESTRATEGICAS
Carta Naciones Unidas Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer	**1945** **1946**	Primeros instrumentos jurídicos de carácter internacional a favor de la Igualdad entre seres humanos y contra la discriminación por sexo Fuerza impulsora de la Igualdad derechos entre las mujeres y los hombres
Declaración Universal de los Derechos Humanos	**1948**	
Asamblea General Naciones Unidas	**1967**	Declaración sobre: Eliminación de la discriminación contra la mujer
1ª Conferencia Mundial de la Mujer 1er Foro de Organizaciones No Gubernamentales	**1975** **México**	**1er Año Internacional de la Mujer.** Decenio de las Naciones Unidad para la Mujer(1975/1985) Y Plan de acción.
Asamblea General Naciones Unidas	**1979**	Convención sobre eliminación de toda discriminación contra la Mujer considerada la ***Carta de los Derechos Humanos de la Mujer***
2ª Conferencia Mundial de la Mujer 2º Foro de Organizaciones No Gubernamentales	**1980** **Copenhague**	Evaluar las metas alcanzadas según objetivos Brecha Igualdad reconocida- Igualdad ejercida
3ª Conferencia Mundial de la Mujer 3er Foro de Organizaciones No Gubernamentales	**1985** **Nairobi**	Evaluación del Decenio. Cambio perspectiva: necesidad de las sociedades contar con la riqueza que supone la participación de las mujeres
4ª Conferencia Mundial de la Mujer 4º Foro de Organizaciones No Gubernamentales	**GÉNERO** **1995** **Beijing** **MAINSTREAMING**	Mirada de género: relaciones entre mujeres y hombres desde perspectiva social, cultural e históric **Declaración de Beijing. Plataforma de Acción** Repensar la vida social, económica, laboral, familiar, la salud, el poder y la política desde la **Perspectiva de género**, analizando y valorando las distintas implicaciones de hombres y mujeres en cualquier faceta del desarrollo humano
Asamblea General Naciones Unidas	**2000** **New York**	Evaluación objetivos Plataforma de Beijing y progreso en Igualdad. Reafirman validez y vigencia **Declaración del Milenio**
Asamblea General Naciones Unidas	**2005** **New York**	Evaluación objetivos Plataforma de Beijing y progreso en Igualdad Reafirman su validez y vigencia. Seguir avanzado.
Asamblea Mundial de la Salud (WHO/OMS)	**2007** **Ginebra**	**Salud de los trabajadores:** **Plan de acción mundial (2008-2017)**
Comité Regional de la OMS para Europa (62ª reunión)	**2012** **Copenhague**	**Salud 2020:** la política europea para la salud y el bienestar
Comité Regional de la OMS para Europa (64ª reunión)	**2014** **Copenhague**	**Plan de acción europeo de alimentación y nutrición 2015-2020**
Asamblea General Naciones Unidas (ONU)	**2015**	**Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible**
Asamblea Mundial de la Salud (WHO/OMS)	**2016**	**Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016-2020)**
5ª Conferencia Mundial de la Mujer ?	**2018** **New Delhi**	http://5wcw.org/index.html
	2020 **2030**	¿Qué se ha logrado?¿Qué queda por hacer? **Planeta 50-50 ¿será posible? ¿Objetivos cumplidos?**

Objetivos prioritarios
1. Igualdad plena de género y eliminación discriminación por género
2. Plena participación de la muje al desarrollo
3. Mayor contribución de las mujeres a la paz mundial

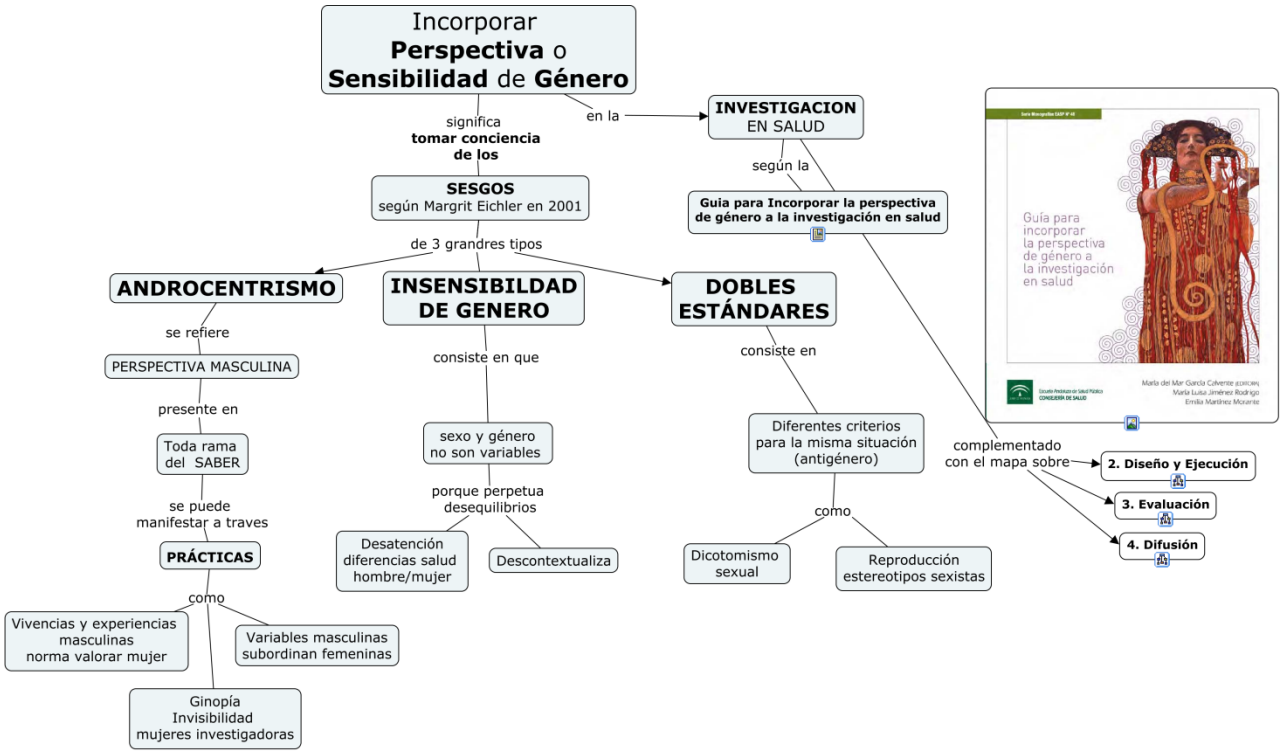
Esferas de actuación:
1. Igualdad de acceso a la educación
2. Igualdad de oportunidades al empleo
3. Atención a la salud de la mujer

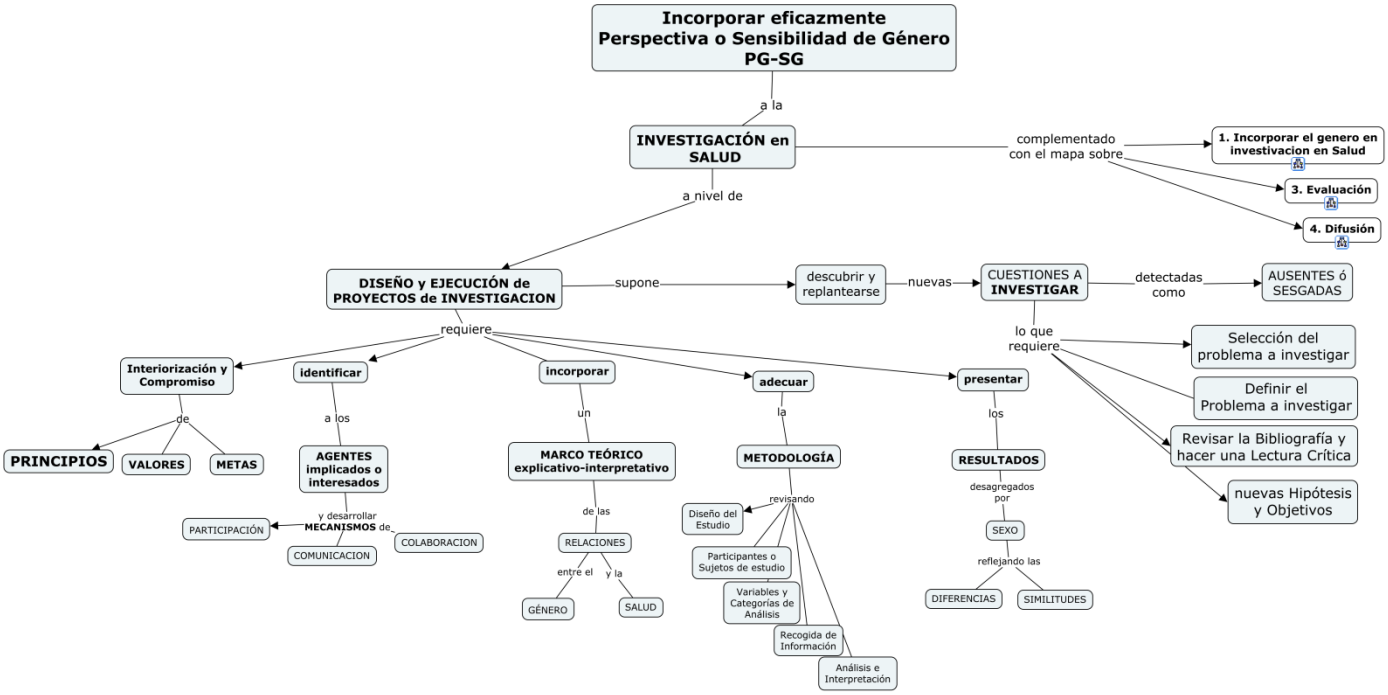
Se reconoce diversidad de mujeres
Se reconoce labor feminismo
Derechos mujer = derechos humanos
Plena participación sociedad
Capacitar para contribuir
Erradicar violencia contra ellas

Objetivos Desarrollo Milenio (ODM)
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre en el mundo
2. Lograr enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de menores de 4 años
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir VIH/SIDA , malaria y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar la alianza mundial para el desarrollo

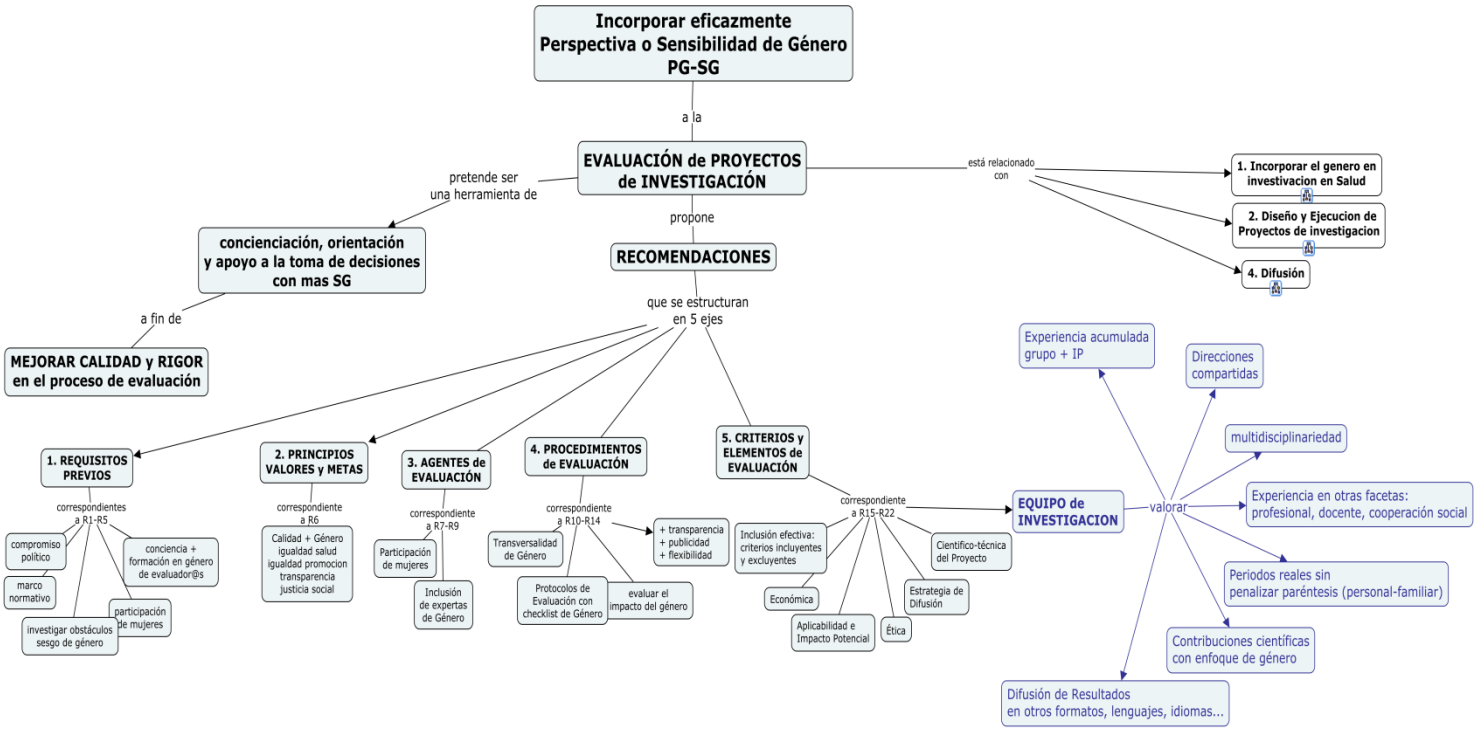
Salud 2020. Áreas prioritarias:
1. Invertir en salud con enfoque en el ciclo vital y la autonomía ciudadana
2. Hacer frente a la carga de morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles
3. Fortaleces sistemas de salud centrados en las personas, salud pública y respuestas a emergencias
4. Crear ambientes de apoyo y comunidades resilientes

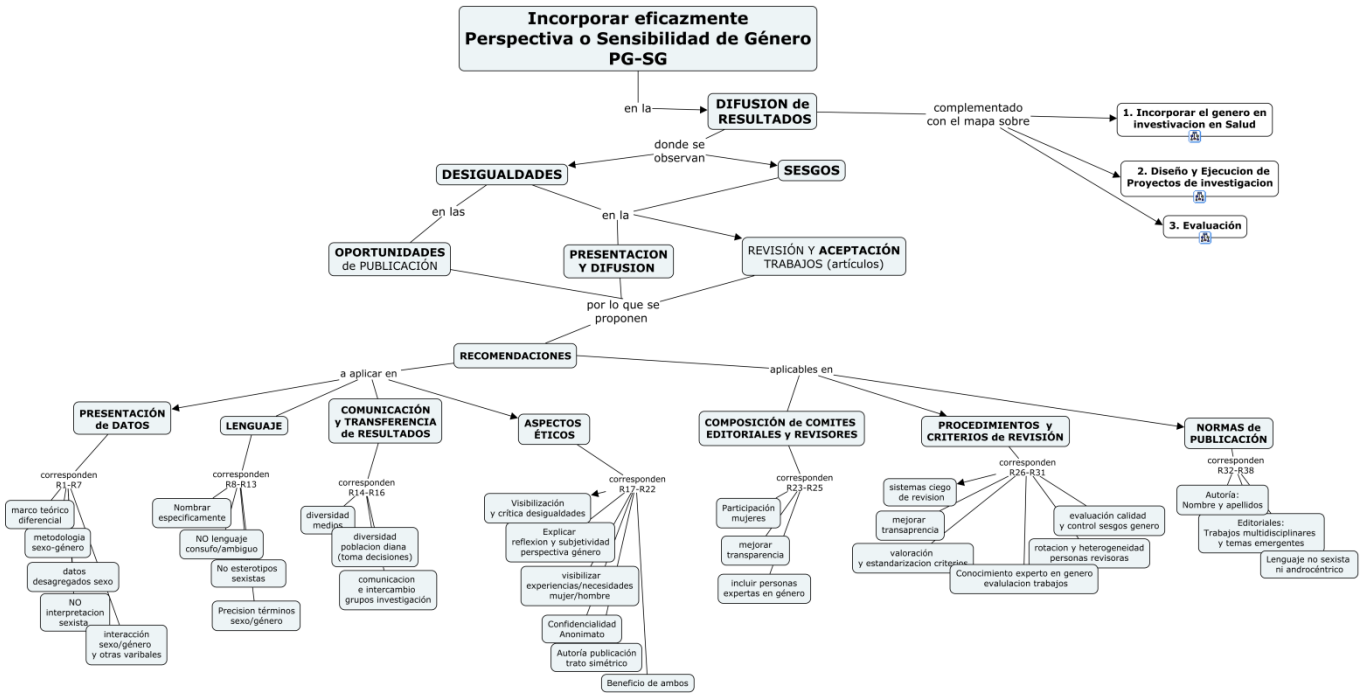
Elena Díaz Ereño





Elena Díaz Ereño





Hobeto ikusteko:

http://130.206.160.21/rid=1QRFPPVC9-1YN01LH-J9/Genero_Salud