

Eusko Jaurlaritzako erakunde autonomiaduna
Organismo Autónomo del Gobierno Vasco

OSASUNA ETA MASKULINITATEA

Imanol Apalategui Milicua
2009

AURKIBIDEA

1. Sarrera	151
2. «Osasun» hitzaren definizioaz hitz bi	151
3. «Gaixotasun» hitzaren definizioaz hitz bi	152
4. «Arreta» hitzaren definizioaz hitz bi	152
5. Osasunari buruzko hurbilketa antropologikoa	153
6. «Genero» kontzeptuaz hitz bi	155
7. Maskulinitatea nola eraikitzen den	156
8. Generoaren aldetik dauzkagun ezberdintasunak	160
9. Osasunaren aldetik dauzkagun ezberdintasunak	160
9.1. Gizonezkoen osasuna	162
9.2. Genero ezberdintasunak eaeko herritarren osasunean	162
9.3. Gizonek emakumeen aurka erabiltzen duten indarkeria	165
9.4. Osasun alorreko profesionalak eta genero indarkeria	166
10. Proposamenak	168
11. Bibliografia	169

1. SARRERA

Argi dago osasuna, gaixotasuna eta zaintza **ezberdin** bizi dituztela gizonek eta emakumeek. Batetik, bien arteko ezberdintasun biologikoak direla-eta (genetikoak, herentziaz jasotakoak eta fisiologikoak), eta, bestetik, desoreka dagoelako, gizarteak eta kulturak sexu bien inguruan sortu duten ikuspegi hierarkizatuaren ondorioz.

Azterketari ekin aurretik, eskerrak eman nahiko nizkioke mugimendu feministari, berdintasunaren alde egin duen lanarengatik. Aztertu beharreko kategoria berri bat jarri du agerian: **generoa**, alegia. Gizonoi, gainera, baliagarria zaigu zergatik hiltzen eta gaixotzen garen jakiteko.

Genero ikuspuntuak azpimarratzen duenez, ezin dira orokortu emakumeen –edo gizonen– hainbat ezaugarri; beraz, ez genituzke ikusezin bihurtu beharko egon badauden desberdintasunak, besteak beste, gizarteko maila, hezkuntza maila, bizilekua, etnia edo sexu joera direla medio.

Osasunaren eta generoaren arteko lotura aztertzeko, osasuna, gaixotasuna eta arreta guretzat zer diren ikusi beharko dugu lehenik eta behin. Horretarako, geure egingo ditugu eredu nagusi tradizionalari buruzko diskurtso eta kritika antropologikoa. Eta, eredu horretan oinarrituta, osasun fisikoa, psikologikoa eta soziala behar bezala garatzeko zein zailtasun dauden ikusiko dugu. Berdintasun ezaren prozesua ulertzeko (hala gizon eta emakumeen artekoa, nola gizonen artekoa), generoaren eraikuntza kulturala eta maskulinitatea aztertuko ditugu.

Era berean, gizonen eta emakumeen arteko hilkortasun eta erikortasun ezberdintasunak ikusiko ditugu. Ezberdintasun horiek maskulinitateari egozten zaizkion balio eta jarrerekin loturarik ba ote duten ikertu beharko dugu.

Hainbat daturi erreparatuz gero, ondoriozta liteke gizonen ohiturak eta osasunerako arriskutsuak diren jokabideen aurrean hartzen duten jarrera gizarteak agindutako gizon rola bete beharrendaren mende daudela.

2. «OSASUN» HITZAREN DEFINIZIOAZ HITZ BI

Osasunaren definizioari dagokionez, ezin dago definizio unibertsalik; ez, behintzat, era objektiboan azaltzen duenik, azken batean bizipen subjektiboa delako. Edonola ere, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) honela definitu zuen 1948an: «Erabateko ongizate fisiko, psikiko eta soziala, ez bakarrik afekzio edo gaixotasun eza». Beste definizio batzuk ere topatu ditugu; Espainiako Errege Akademiarena adibidez: «Izaki organikoak bere funtzio guztiak normaltasun osoz burutzen dituen egoera» edo «Organismoak duen uneko egoera fisikoa».

Estatistiken ikuspegitik ere defini daiteke osasuna: normaltasuna bizi konstante batzuen arabera zehaztuta dago (gluzemia, tentsio arteriala eta beste). Hala, datuak balio tarte jakin batzuen barruan egonez gero, osasuntsu gaudenaren adierazle dira.

Baina badira bestelako definizioak ere. Esaterako, Hernán San Martínek (1982) La crisis mundial de la salud liburuan dioenez, osasuna eta gaixotasuna aldagai ekologikoaren bi muturrak dira, gure organismoak ingurune baldintzetara fisikoki, mentalki eta sozialki egokitzean arrakasta izan duen edo po-

rrot egin duen azaleratzen baitute. Osasuna, beraz, gizabanakoaren barne eta kanpo faktoreen arteko oreka organikoa da; alegia, gizabanakoaren bizi baldintzak eta genetika barne hartzen dituen egoera.

Definizio bakar bat ez egotean, osasuna interpretatzeko eta testuingurua osatzeko orduan, ikuspegi arras desberdinak baliatzen dira. Osasunari buruzko iritzi desberdin asko dagoen arren, OMEren arabera, «osasuna oinarrizko giza eskubidetzat hartuta, Ottawako Gutunak osasunak behar dituen hainbat aurrebaldintza zehazten ditu; besteak beste, bakea, baliabide ekonomiko eta elikagai egokiak, etxebizitza, ekosistema egonkorra eta baliabideen erabilera iraunkorra. Aurrebaldintza horiek onartzeak agerian uzten ditu baldintza sozial eta ekonomikoen, ingurune fisikoaren eta norberaren bizimoduaren eta osasunaren artean dauden loturak» (OME, 1986).

3. «GAIXOTASUN» HITZAREN DEFINIZIOAZ HITZ BI

Hainbat autorek horrela definitu dute gaixotasuna: «Pertsonaren erabateko ongizate fisiko, mental nahiz soziala murrizten zein galarazten duen alterazio funtzional organikoa».

Gaixotasun kontzeptua aldatu egin da Historian zehar. Historiaurrean, ikuspegi magikoa gailentzen zen eta deabruzko jatorria egozten zitzaizkien gaitzei. Geroago, Antzinaroan, kutsu erlijiosoa hartu zuen ikuspegiak, eta gaixotasuna bekatuen ondorio zenaren ustea zabaldu zen. Azkenik, ikuspegi zientifiko-organizista etorri zen, baina psikologia eta medikuntza soziala medikuntzan txertatu direnez, gaixotasuna faktore askotako kontzeptua da (Piedrola, 1983).

Osasuna zein gaixotasuna alderdi askoren mende daude: emozioek, aurrekariak, sinesmenak, hezkuntzak eta estatusak eragiten diete.

Bereizi egin behar ditugu gaixotasuna eta oinazea. Azken hori, pertsonak gaixoaldia bizitzeko duen modua da; alegia, bere gaixotasunari edo harreman sareari buruz dituen aurreiritzien eta harreman sareak berak esandakoen arabera dena. Horiei gaixotasunaren etiologiari buruzko ezagutza eta beste aldagai gehiago erantsi behar zaizkie, denak ere oinazea esperientzia pertsonal bihurtzen dutenak.

Herrialde baten garapen mailak baldintzatu egiten du bertako biztanleak gaixotzeko modua. Herrialde pobretuetako biztanleak batez ere arrazoi exogenoen (kanpokoen) erruz gaixotzen eta hiltzen dira nagusiki jaki eta ur gabeziak eragindako infekzio zein eskasien ondorio diren eritasunak hartuta. Herrialde aberastuetan, aldiz, gaixotasunak bizimoldearen arabera dira gehienbat, eta arrazoi endogenoek (norberaren esku daudenek) eragiten dituzte. Hala, gizarte aberatsetako hiru hilkortasun arrazoi nagusiak buruko ezbeharrak, bihotzeko lesioak eta minbizia dira.

4. «ARRETA» HITZAREN DEFINIZIOAZ HITZ BI

Lehen arreta maila –askotan ez dago beste mailarik– norberaren oinarrizko harreman sarearen bidez lortzen da. Zenbait egileren arabera, gaixotasunaren zaintzan emandako denboraren % 12 baino ez da osasun zerbitzuen ardurapekoa; alegia, gaixotasun prozesu gehienak senitartean zaintzen dira –arre-

ta behar duten pertsonen % 66k familiakoen zaintza besterik ez du jasotzen-. Arazoa arreta maila horretan konpontzen ez denean jo ohi da laguntza espezializatu bila (medikua, txamana, petrikiloa...).

Arreta sistema publikoa zein pribatua aztertzeke hausnartu beharrekoak alde batera utzita, eta herritarren osasun eskubidea Estatuak bermatu behar duen edo ekimen pribatuaren esku utzi behar den eztabaidatu gabe, biomedikuntzaren jardunaren alderdi zalantzarriena azpimarratu nahi dugu; hau da, bizitzaren **medikalizazioa**.

Osasunak utzi egin dio bitarteko izateari eta helburu bihurtu da, kontsumitzeko produktu. Hala, bere merkatua sortu du, eskaria-eskaintzaren araberrako medikalizazioa ahalbidetzeko baldintzak bezala. Ondorioz, emakumeen eta gizonen jokabidea baldintzatzeko estrategiak ezartzen dituzte, mendekotasunak eta eskariak gora egin dezaten.

Farmazia industriak medikalizazioa areagotzeko egin duen lana **Jörg Blechek** (2005) ikertu zuen. Bost esku-hartze mota bereizi zituen:

- Bizitzako berezko prozesu asko arazo mediko gisa aurkeztea.
- Arriskuak gaixotasun gisa aurkeztea.
- Arazo pertsonalak eta sozialak arazo mediko gisa aurkeztea.
- Ezohiko sintoma bakanak hedapen izugarriko izurrite gisa aurkeztea.
- Sintoma arinak gaixotasun larriagoen aurrekari gisa aurkeztea.

Irudi normal eta eredugarriak eratu ohi dira, gizabanakoen jarrera eta jokabidean eragiten dutenak. Irudi ideal horien adibide asko eman ditzakegu; gorputza gurtzea, gaztetasuna idealizatzea edota amatasuna, kasu. Medikuntzak irudi perfektu horren bilaketan nahitaez parte hartu behar duenaren iritzia zabaltzen duten bitartean, denetarik jartzen dute salgai: dietak, kirurgia plastikoa, menopausiarako pilulak, jaioko den haurraren argazki bilduma osatzeko ekografiak, etab.

Medikalizazioaren eraginak ezagutzeko, pertsonen nola erasaten dien iker dezakegu. Batez ere emakumeengan duen eragina aztertu da, baina gizonari buruzko ondorioak ere atera ditzakegu.

Medikalizazioak horrela eragiten du emakumeengan (Maribel Blázquez Rodríguez, 2006):

- Bizitzako gertakari naturaletan esku hartzen du (hilekoan, haurdunaldian, erditzean eta menopausian). Neurtu egiten dira, eta patologiak bailiran ikertu.
- Mendekotasun egoeran jartzen du emakumea, eta zaintza medikoaz ardura dadila eskatzen (berezko ezaugarri hori gizarte agindu bihurtzen da).
- Emakumeen arazoei «aurre egiteko» legitimatuta daude teknologia eta medikuntza tratamenduak.
- Latrogenia sortzen da sendabideak behar bezala ez erabiltzeagatik, erabiltzen ez jakiteagatik edota gehiegi erabiltzeagatik, eta ondorio kaltegarriak sortzen zaizkie emakumeei.
- Alderdi negatibotik ikusten da emakumeen osasuna.
- Gaizki erabiltzen dira osasun zerbitzuak.

5. OSASUNARI BURUZKO HURBILKETA ANTROPOLOGIKOA

Medikuntza tradizional nagusia (biomedikuntza) definitzen hasi aurretik, Arthur Kleinman-ek indarrean jarritako eredu esplikatzailea azalduko dugu: «Gizabanakoek eta taldeek gaixoaldiari

buruz dituzten ideien multzoa da, etiologia, sintomatologia, patofisiologia, bilakaera eta tratamendua aintzat hartzen dituen» (A. Martínez Hernáez, 1992). Definizio horren arabera, eredu esplikatzaile gisa hartu behar dugu biomedikuntza, aztertu beharrekoa; hain zuzen, Mishlerrek egin zuen bezala (A. Martínez Hernáez, 1996), biomedikuntzaren «zientifikotasuna» oinarritzen duten uste kultural eta ideologikoak ikertu baitzituen. Egileak honakoak aipatzen ditu:

- Gaixotasuna okerreko jardun biologiko gisa definitzea.
- Gaixotasunek etiologia bakarra (zergati bakarra) dutela dioen doktrina.
- Gaixotasunak unibertsalak direla uste izatea.
- Biomedikuntzaren teoria eta praktika neutralak direla uste izatea.

Ezaugarri horiei beste egile batzuek aipatutakoak gehi diezazkiekegu, lagungarriak izango baitzaizkigu generoaren eta osasunaren arteko lotura ezartzeko:

- Gogoa/gorputza dikotomia.
- Giza kontzientziaren biologiarren autonomia.
- Atomismo anatomikoa.
- Berezko aldagaiak eta sozialak desberdintzea.
- Biologizismoa.
- Mekanizismoa.
- Merkantilismoa.
- Asozialtasuna.
- Ahistorikotasuna.
- Eraginkortasun pragmatikoa, eta abar.

Nekez iker liteke osasuna gaixotasunetik bereizita. Gaixotasuna, gainera, arretarekin lotuta dago. Eduardo Menéndezek azaltzen duen moduan, osasuna eraginkortasunez aztertzeko gai izan gaitezen, prozesu bat dela ulertu behar dugu. Osasuna, gaixotasuna eta arreta barne hartzen dituen prozesua: «Gaixotzea, hiltzea, gaixoa zaintzea eta heriotza bera prozesu gisa hartu behar ditugu. Ez dira lanbide eta erakunde espezifiko eta espezializatuen arabera bakarrik definitzen; horrez gain, ekintza sozialak dira, eta horien arabera jarduten dute gizataldeek ekintzak, teknikak eta ideologiak sortzeko. Horietako batzuk bakarrik egituratzen dira lanbide gisa» (Eduardo L. Menéndez, 1996). Biomedikuntzaren oinarrian, osasunaren ikuspegi erabat biologizista dago. Era implizitu eta ez-kontzientean, euskarria ematen die kasuan kasuko egitura kultural, ideologiko eta ekonomiko-politikoaren ondoriozko hainbat aldagairi (Menéndez eta Singer), eta medikuaren eta pazientearen arteko harremanean era sinbolikoan eragiten du (Ángel Martínez, 1996):

1. Ideologia hegemonikoaren arabera jardutea: Profesionalaren jarduna kultura nagusiaren babesean egindako esku-hartzea da, gainerako bide terapeutikoak baztertzen dituen.

Osasun zerbitzuetako langileek genero ideologiak dauzkate eta horien arabera da haien jarduna.

2. Neutraltasun zientifikoaren doktrina: Objektibotasunean oinarritutako neutraltasun doktrinaren datza ikuspuntu organizista. Profesionalak pazientearen azalpenak bere egiten ditu, eta pazientearen errealitatea neutraltasun zientifikoz aztertua da.

3. Harreman terapeutiko hierarkikoa: Profesionalen eta pazienteen arteko harremana asimetrikoa da, eta sortzen den elkarreraginak ezaugarri hauek ditu:

- Dimentsio analitiko bakarra du, gaixotasunari ikuspuntu organizistatik erreparatzen diolako.
- Norabide bakarreko komunikazioa da, bien arteko jarduna izan beharrean, profesionalari ematen diolako nagusitasuna.

- Lerro terapeutiko bakarra du, esku hartzeak eraginkortasun biologikoari bakarrik ematen diolako garrantzia.

4. Etiketatzea (labeling) eta estigmatizazioa: Askotan, gizartean nagusi diren balioen arabera artatzen dituzte osasun zerbitzuetako langileek pazienteak (GIBduna, droga kontsumitzailea, gaixo psikikoa, elikadura arazoak dituena, eta beste).

Nabarmendu beharra dago biomedikuntzak porrot egin duela droga-mendetasuna, nerbio anorexia edota genero indarkeria arazoei aurre egitean: «Biomedikuntzan oinarritutako osasun sistemak oso ahaltsuak dira hainbat infekziori aurre egiteko –hori argi geratu da XX. mendean–, baina ez dute emaitza positiborik lortu bizimoduarekin zerikusia duten osasun arazoak konpontzeko orduan» (O. Romání, 2002).

6. «GENERO» KONTZEPTUAZ HITZ BI

70eko hamarkadaren azken urteetatik aurrera, feminista anglosaxoniarrak sexuari egozten zitzaizkion berdintasun ezak sakonago aztertzeari ekin zioten, haien ustez ez zirelako faktore biologikoen ondorio. Haien iritziz, «sexu hitzak barne hartu beharko lituzke ugaltzeko gaitasunarekin zerikusia duten emakumeen eta gizonen arteko ezberdintasun fisiko, anatomiko eta fisiologikoak; aldiz, genero hitzak beste mota bateko abstrakzio maila lekarke, gizon eta emakumeen ideia, adierazpen eta jardunek agerian uzten duten espazio eta funtzio sozialen hierarkizazio eta botere banaketarekin zerikusia duena, hain zuzen» (M.L. Esteban, 2006). Generoak, beraz, gizon edo emakume jaiotzearen araberrako egituratze sozial, historiko eta kulturalari egiten dio erreferentzia. Hortaz, gizonen eta emakumeen arteko desberdintasunei, sexu ezberdintasunak alde batera utzita, genero desberdintasuna esaten zaie.

Emakumeen eta gizonen arteko desberdintasunen jatorria sexu bakoitzari egotzitako ezauzgarri hierarkizatueta dago. Horren araberrakoak dira estereotipo femeninoa eta maskulinoa. Hala, **femeninotasunari** egozten zaizkio espazio pribatua, mendekotasuna, esanekotasuna, ahultasuna, iritzi eskastasuna, intuizioa, konformismoa, pasibotasun sexuala eta gozotasuna. **Maskulinotasunari**, aldiz, espazio publikoa, burujabetza, nagusitasuna, arrazionaltasuna, indarra, oldarkortasuna, inteligentzia, anbizioa, kemen sexual menderaezina, hitza eta ahotsa. Osasun arloko profesionalak ere sinesmen horiek dituzte, eta sexismoa eta androzentrismoa islatzen dituzte euren lanean. Maskulinotasuna gizatasunarekin lotzen dute, eta gainerako gizataldeetan aplikatu beharreko eredu gisa baliatzen (C. Ruiz-Jarabo Quemada eta P. Blanco Prieto, 2004).

Benno de Keijzer-ek dioenez (Benno de Keijzer, 2003), definizio guztien araberr, generoa sexu biologikoari buruz gizarte batek egiten duen interpretazioan oinarritutako egitura soziokulturala da. Hiru elementuk osatzen dute:

- identitate aukera eta egituratze subjektiboak;
- emakumeen eta gizonen arteko botere harremanak;
- bien arteko aldeak edo asimetriak.

Generoa horrela zehaztuta, maskulinotasuna eta femeninotasuna ez ditu biologiak erabat zehazten, bereizteko prozesu kultural bidegabek baizik. Horiek zehazten dute zer «dagokien» gizonei eta zer

«tokatu» zaien emakumeei. Gizon gehientzat biologiaren mendeko kontua bada ere, sehaskatik hilobira eta senitartetik ekonomia edo politika publikoetara doan prozesua da generoa.

Generoa emakumeen egoera ulertzeko eta salatzekeo tresna gisa sortu bazen ere, ikuspuntuaren ahalmen esplikatzailea kontuan hartuta, batez ere XX. mendearen azken urteetatik aurrera baliatzen da gizonen egoera azaltzeko.

7. MASKULINITATEA NOLA ERAIKITZEN DEN

Maskulinitateak hainbat ezaugarri maskulino nabarmentzen ditu, kulturen honela islatzen direnak: gizona gizon egiten duena ugaltze ahalmena da, edo ar dominatzailea izatea. Kultura batean gizonekin lotzen diren jokabide eta ezaugarriei egiten die erreferentzia. Definizioa eta ugaltze sistemaren arabera sexu ikuspegia bereiztea komeni da, maskulinitateak ezaugarri kulturalak eta biologikoak uztartzen dituelako.

Janet Saltzman Chafetz-ek (1974)¹ zazpi maskulinitate eremu zehaztu zituen kultura orokorraren barruan:

1. **Fisikoa:** Maskulinoa, gihartsua, kementsua eta ausarta da. Itxurak edo zahartzeak ez diote kezkarik eragiten.
2. **Funtzionala:** Bera arduratzen da familia elikatzeko lan egiteaz.
3. **Sexuala:** Sexualki aktiboa da, eskarmentuduna. Ona da ezkongabea izatea.
4. **Emozionala:** Ez du emoziorik adierazten; estoikoa da eta ez du negarrik egiten.
5. **Intelektuala:** Logikoa, intelektuala, praktikoa, arrazionala eta objektiboa da.
6. **Interpertsonala:** Liderra da, dominatzailea, diziplinatua, burujabea, askea eta indibidualista da.
7. **Beste ezaugarri pertsonal batzuk:** Arrakasta lortzera bideratuta dago, handinahia da, orra, ha rroa, berekoia, balio moralak ditu, fidagarria da, segurua, lehiakorra, inhibitua eta abenturazalea.

Maskulinitateari egozten zaizkion balioez edo ezaugarriez gain, maskulinitatea harremanen ikuspuntutik ere garatu behar dugu, Daniel Cazés-ek bezala². Genero zapalkuntzan gizonek betetzen duten papera eratu eta islatzen duten ideien zerrenda da honakoa:

- Gizonak eta emakumeak ezberdinak dira funtsean; gizona emakumearen gainetik dago, eta «benetako gizona», era berean, maskulinitasun nagusiak agindutako betebeharreri muzin egiten dien edozein gizonen gainetik.

- Femeninotzat jotzen den edozein jarduera, jarrera edo jokabidea duen gizonak bere burua hondatzen du.

- Gizonek ezin dute femeninotzat jotzen den sentikortasunik nahiz zaurgarritasunik sentitu, ezta adierazi ere.

1. Informazioa: www.wikipedia.org/wiki/Masculinidad (2009ko apirilaren 23an berrikusia)

2. El feminismo y los hombres. Daniel Cazés. Hemen kontsulta daiteke: <http://www.edualter.org/material/masculinitat/feminismo.htm> (Berrikuspen data: 2009ko apirilaren 23a)

- Besteak menderatzeko gaitasuna eta nahia, eta edozein lehian garaile suertatu nahi izatea: horra gizon guztien nortasunaren funtsezko eta nahitaezko ezaugarri bi.

- Ezaugarri maskulino gorenetakoa bat irmotasuna da.

- Gizonaren zeregin nagusia familiaren euskarria izatea da. Gizonezkoen pribilegio eskusiboa da hori.

- Gizonen konpainia emakumeena baino hobea da, sexu harremanetarako izan ezik.

- Aipatu berri duguna emakumeengana gerturatzeko bide bakarra da gizonentzat, eta bosterea zein plazera eskuratzeko aukera ematen dute.

- «Benetako gizonak» sexualitatearen bidez adierazten dute emakumeak baino gehiago direla eta haien gainetik daudela. Aldi berean, gainerako gizonekin lehiatzeko funtsezko baliabidea da.

- Muturreko egoeretan, gizonak beste gizonak hil behar dituzte. Hortaz, beharrezkoa denean ez egitea erabakitzen duenak, koldarkeria eta gizontasun gabezia ageriratzen ditu.

Ikusmolde horiek daude matxismoaren eta misoginiaren oinarrian. Era berean, gizakia genero subjektu gisa (emakume ala gizon) egituratzen dela dioten oinarritzko erro tradizional sakonak islatzen dituzte, ustez ukaezin direnak:

- Maskulinitasuna da ardatz nagusi, giza paradigma bakarra delako: gauza ororen neurri dira gizonak.

- Gizonak buruzagi izan behar du. Gizarte harremanen ordenak horixe ahalbidetu behar du, era batera edo bestera.

- Gizonei dagozkie eta besterenezinak dira protagonismo sozial eta historikoa, antolakuntza eta agintea, adimena, botere publikoa, botere poliziala, militarren indarkeria, legeztatze ahalmena, pentsaera, hezkuntza eta moralak arautzea, sormena eta menperatzea, gainontzekoak gidatzea, norbere nahiz edonoren bizitzari buruzko erabakimena, erakundeak sortu eta kudeatzea, medikuntza, jainkoekiko harremana, eta idealak zein proiektuak definitzea. Hitz batean, bizitza publikoa, garrantzia duena, gorena dena, entzutea duena.

Bestalde, Connell-ek (1995) maskulinitate hegemonikoaren kontzeptua erabili zuen, kultura nagusiari buruz jarduteko. Horrek ez du esan nahi menpeko maskulinitate gehiago sortuko ez denik.

Mundu osoko gizonak orain dela gutxi hasi dira maila akademikoan eta gizarte erakundeetan gizon identitatearen inguruan hausnartzen. Hala, gizonentzat zein emakumeentzat kaltegarriak izan diren eredu maskulinoak berreraikitzeari ekin diote. Feminismoaren aldeko gizonak buruz ari gara. Joera hori Euskadin ez dago beste toki batzuetan bezain errotuta. Espainian, Nikaraguan edota Mexikon, adibidez, ekimen berri ereduak asko dago.

Gizonen portaera zerk eragiten duen jakiteko, maskulinitatearen eta genero indarkeriaren arteko lotura aztertuta izan da.

Indarkeriaren monopolioa gizonen esku dago batez ere. Michael Kaufman-ek (Michael Kaufman, 1999) dioenez, indarkeriaren arrazoiak behar bezala ikertzeko, gizonak izan behar dute aztergaia. Horrela, gizonen indarkeria ekintzak «gizonen indarkeriaren hirukoan» daude oinarrituta:

- **Norberaren aurkako indarkeria**, honako hauen bidez: suizidioa, alkoholismoa eta beste adikzio batzuk, baina baita gaixotasun psikosomatikoak ere. Gorputza ez zaintzeko joera ere hemen sar dezakegu.

Espainiako Estatistika Erakundearen datuek³ garbi uzten dute gizonen hilkortasun tasa handiagoa dela; bai kanpo arrazoiengatik, bai arrisku handiagoko jokabideengatik. Horixe adierazten dute zirrosiak eragindako hildakoen kopuruak, alkoholaren kontsumoa islatzen duenak, eta estupezak hartzeagatik hildakoen kopuruak.

Suizidioak sexuaren arabera, 2006an

	Gizona	Emakumea
Euskadi	76	17

Zirrosiagatik edo gibeledako beste gaixotasun kronikoengatik hildakoak sexuaren arabera 2007an

071	
Gizonak	4.086
Emakumeak	1.608

Drogak hartzeak eragindako buruko gaitzen ondorioz (droga-mendetasuna, toxikomania) hildakoak 2007an

048	
Gizonak	40
Emakumeak	5

- **Emakumeen aurkako indarkeria** (haurren aurkakoa ere bai), indarkeria eta gehiegikeria mota guztien bidez, ugalkortasun inposatua, ez dagoen aitatasuna.

Genero indarkeriari buruz aurrerago hitz egingo badugu ere, honakoa azpimarra dezakegu: «Emakumeen aurkako indarkeria herrialde, gizarte maila eta eremu guztietan ematen da» (P. Blanco, C. Ruiz-Jarabo, L. García de Vinuesa, M. Martín-García [2004] eta M.L. Lasheras Lozano; M. Pires Alcalde [2003]).

Indarkeria noiz erabiltzen den aztertzean, ikusiko dugu emakumeen bizitzako ziklo guztietan dagoela presente (OME/OPS, 1998):

- Jaio aurreko aldiak: umekiaren sexuaren arabera, abortuak egiten dira.
- Haurtzaroan: hil egiten dira neskek, edota gehiegikeria fisiko, sexual eta psikologikoa pairatzen dituzte.

3. Informazio gehiagorako, ikus: www.ine.es/jaxi/tabla.do (Berrikuspen data: 2009ko apirilaren 30a).

- Umezaroan: nesken genitalen mutilazioa, haurren ezkontza, gehiegikeria fisiko, sexual eta psikologikoa, intzestua, prostituzioa eta pornografia
- Nerabezaroan eta helduaroan: diru premiagatik sexu harremanak izatera behartzen dituzte, indarkeria jasaten dute ezkongaitan, emakumeen trafikoa, senarraren indarkeria, haurdun gelditu beharra, eta abar.
- Zahartzaroan: alargunen «suizidio» behartua edo hilketa; gehiegikeria fisiko, sexual eta psikologikoa.

- **Beste gizonen aurkako indarkeria**, ondokoen bitartez: istripuak, hilketak, lesioak...

Sexu delituen ondorioz kartzelatutakoak 2007an

	Gizonak	Emakumeak
Pertsonen aurka Espainian	398	11

Giza hilketagatik eta sexuagatik izandako heriotzak 2007an

099 Erasoak (Giza hilketak)	
Gizonak	227
Emakumeak	121

Gizonen aurkako indarkeria **homofobia** kasuetan ikus dezakegu. Gogoan izan duela urte gutxi ezabatu zutela homosexualitatea Ameriketako Estatu Batuetako osasun mentalaren sailkapenetik. Ordura arte, gaixotasuntzat jotzen zuten. Eta jakin badakit psikiatriako profesionalen artean oraindik ere badirela gaixotasuna dela pentsatzen dutenak.

Zer esan genezake orientazio sexual hori duten pertsonen osasun egoeraz? Askeak al dira? Zer esan genezake gizarteak herritar horiei egiten dien presioari buruz? Isiltasuna, haien orientazioa ez aitortzea, haien orientazioari jaramon egin nahi ez izatea...

Homofobiak periferian bizitzera behartzen ditu herritar horiek. Eta, askotan, euren sexualitatea onartu ostean, zirkulu itxietara joan ohi dira bizitzera, horietan jazarpenik, tratu txarrik eta bazterkeriarik jasango ez dutela dakitelako.

Kaufmanek zazpi P-en bitartez garatu du bere teoria:

- Lehenengo P-a: **Botere patriarkala**. Giza taldeek gizartea eta ideologia antolatzeko modu betierekotuak osatzen dituzte, eta horien bidez azaltzen, justifikatzen eta elikatzen dituzte sortutako errealitateak.

- Bigarren P-a: **Pribilegioak izateko eskubideak hautematea**. Indarkeria eragiten duena ez da boterearen arloko ezberdintasuna bakarrik; pribilegioak izateko eskubidearen usteak ere badu horretan zerikusirik, nahita batzuetan eta nahi gabe askotan.

- Hirugarren P-a: **Baimena**. Indarkeriak ez luke iraungo baldin eta gizarte ohituretan, legedian, araudia aplikatzean eta zenbait erlijio irakasteen indarkeria erabiltzeko baimenik emango ez baltz (esanbidez edo isilbidez).

- Laugarren P-a: **Gizonen boterearen paradoxa**. Boterearen eta pribilegioen munduak haurren heziketatik eta emozioen oinarritik urruntzen bagaitu, orduan arazo desgaitzailez betetako bote-

rea duten gizonak ari gara sortzen. Ezin lortuzkoak dira maskulinitatearen itzaropenak.

- Bosgarren P-a: **Maskulinitatearen armadura psikikoa**. Maskulinitatea amari eta feminitateari uko egitean oinarritzen da; hau da, zainketa eta oinarri emozionala duten ezaugarriak baztertzean.

- Seigarren P-a: **Maskulinitatea, presio eltze psikologiko**. Maskulinitatean, emozioak barneratu eta haserre bihurtzearen ondorio dira jarrera menderatzailea ugari. Mutua da gizonen emozio hizkuntza, eta okertuta daude haien antena emozionalak eta enpatiarako gaitasuna. Maskulinitatea botere eta kontrol kontua bada, boteretsua ez izateak gizon ez izatea esan nahi du. Horregatik, euren buruari eta gainerakoei kontrakoa adierazteko erabiltzen dute indarkeria.

- Zazpigarren P-a: **Aurreko bizipenak**. Bizipen pertsonalek zalantza eta frustrazio eredu sakonak irakasten dizkigute batzuetan. Horrelakoekin, maitatuei min egin diezaiekegula ikasten dute umeei, eta haserrealdiek bakarrik ezaba ditzaketela barne min sakonak.

8. GENEROAREN ALDETIK DAUZKAGUN EZBERDINTASUNAK

Genero ezberdintasunen ondorioz, ez dira betetzen OMEk osasun ona izateko ezinbestekotzat jotzen dituen aurrealdintzak. Aberastasuna ez da inolako berdintasunez banatzen, neskak eta emakumeak planetako aberastasunen % 1 baino gutxiagoren jabe dira... Hala garapen bidean dauden herrialdeetan nola herrialde aberatsetan, txirotasunak emakumei eta umeei eragiten die batez ere. Haien izaten dira desnutrizioaren eta gerren lehenengo biktimak. Eta errefuxiatuen esparruetan gehiengoa.

Aurrerapausoak eman dira Kairoko eta Beijingeko ekintza programetan zehaztutakoa lortzeko; hots, herritarrekin, emakumeekin eta garapenarekin lotutako politikak ikuspegi integralera bideratzeko. Baina emakumeek osasunerako eskubideaz gozatzeko duten eragozpen nagusietako bat genero ezberdintasuna da, horrek bigarren mailan kokatzen dituelako gizartean eta asko mugatzen duelako euren bizitzari buruz erabakiak hartzeko duten eskubidea. Berdintasun ezaren aurkako borroka ez da Estatu politika. Oraindik ez da politikaren eta gizartearen agendan sartu, eta urte ugari igaroko dira berdintasun legeek benetako eraginkortasuna izan arte.

Sexuen arteko ezberdintasunari dagokionez, gizarteratze prozesua eta lanaren sexuen araberako banaketa koherenteak dira ia gizarte guztietan. Gizonezkoek arlo publikora eta ordaindutako enplegura jotzen duten bitartean, emakumeak ongizatea zaintzeaz arduratzen dira batez ere; hau da, zeregin ugaltzaileaz (funtsean, etxeko lanez, senideak informalki zaintzeaz eta sare sozialak mantentzeaz).

9. EZBERDINTASUNAK OSASUN ARLOAN

Gizonen eta emakumeen osasunean dauden ezberdintasunak zehazteko orduan, bi eredu mota ditugu azalpenak emateko:

- **Eredu biologiko-genetikoak:** eredu horietan, biologiarekin eta herentzia genetikoarekin lotzen dira pertsonen eta gorputzaren jokabideak, eta azken horien mende egoten dira gaixotzeko arriskuak.

- **Eredu sozio-kulturalak:** eredu horietan, generoan oinarritzen dira emakumeen eta gizonen osasunaren artean dauden ezberdintasunak azaltzeko. Eredu horien arabera, bi sexuen arteko berdintasun ezak gizartean du jatorria. Alegia, gizarteak, ekonomiak, politikak eta balioek sexu bakoitzari esleitutako arauak baldintzatzen dituzte pertsonen bizipenak. Eta, ondorioz, osasuna bera.

Emakumeen eta gizonen osasuna ez da berdina, eta faktore biologikoen eragin zuzena dute horretan (faktore genetikoak, herentziaz jasotakoak eta fisiologikoen). Horregatik, hala osasuna nola gaixotzeko arriskuak ezberdinak dira batzuen eta besteen kasuan. Ikuspuntu epidemiologikotik begiratzen badiogu, emakumeek bizi itxaropen luzeagoa dutela esan genezake, baina bizi kalitate okerragoa. Izan ere, ezberdintasunak baitaude gaitasun ekonomikoan, heziketa jasotzean, denbora antolatzean, elikagaiak eskuratzean... Emakumeen eta gizonen osasunaren arteko ezberdintasun horiek ez dute faktore biologikoen zerikusirik, kulturarekin eta gizartearekin baizik.

Ikuspuntu politikotik begiratzen badiogu, zera esan dezakegu emakumeen osasunari dagokionez: «Orain dela urte gutxira arte, haurren osasuna ziurtatzeko bitartekoa zen, edo ugalkortasuna murrizteko eta biztanleen hazkundera kontrolatzeko ezinbesteko baldintza» (L. Antolín, 1997). Denborarekin, baina, emakumeen osasunak garrantzia hartu zuen, ekoizpen ekonomikoarekin lotu zelako. Gaur egun, onartuta dago garrantzitsua dela emakumeen osasuna bera; hots, emakumeek osasun beharrak dituztela, ama, ugaltzaile eta langile izatetik harago.

Herrialde txirotuetan, bigarren mailako pertsonak dira emakumeak: ez daukate autonomiarik, ez eta erabakiak hartzeko eskumenik ere, gutxietsi egiten da haiek egindako lana eta gizonen mendean bizi dira. Horrek genero ezberdintasunak eragiten ditu osasunaren arloan: pobrezia, osasun zerbitzuetara jotzeko zailtasunak, elikaduran diskriminazioa, haurdunaldi goiztiarrak, indarkeria, lan karga handiegia... Horiek guztiak dira emakumeen heriotzaren eta erikortasunaren arrazoi nagusiak (erditzearekin lotutako heriotzak eta gaixotasunak, anemia, malnutrizioa, genitalen mutilazioa, sexu erasoak, indarkeriak eragindako heriotzak, eta abar).

Gizartean nagusi den balio sistema dela-eta, bien arteko aldeak desberdintasun bilakatzen dira. Erakundeek sortu dituzte balio horiek (Estatuak, elizak, enpresak, familiak...), euren interesak asetzeko. Osasun sistemak eta osasunaren arloko profesionalek ere balio horiek berak helarazten dizkigute euren lanaren bidez. Argia da oso haien neutraltasun eza.

Herrialde txirotuetakoa amen hilkortasun tasa, haurdunaldia ekiditeko bitartekoak eskuratzeke ezintasuna, osasun zerbitzuetara jotzeko oztopoak, emakumeen aurkako indarkeria... Horrelako egoeren aurrean, hainbat galdera egiten dizkiote osasunaren arloko langileek euren buruari, zientzia biomedikuek erantzun ezin dituztenak. Munduko pertsona gehienek bizi duten pobrezia-aren eta fundamentalismo erlijiosoaren ondorioz, gizon eta emakume askok ez daukate ernalkuntza kontrolatzeko metodo eraginkor eta seguruak lortzeko modurik.

Arthur Kleinmanek azaltzen duen moduan (A. Kleinman, L. Eisenberg eta B. Good), derrigorrezkoa da egungo arazoak aztertzeke beste bide batzuk bilatzea: «Osasun laguntzaren arloan dauden arazo nagusiak (pazienteak gustura ez egotea, osasun laguntza jasotzeko orduan ekitate eza, kostuak...) ez daude biomedikuntza tradizionalak eskaintzen dituen konponbideak onartzeko prest. Antropologiatik eta kulturen arteko ikerketatik eratorritako kontzeptuak lagungarriak izan daitezke konponbidea behar duten arazoak identifikatzeko esparru alternati-boa zehazteari begira»..

9.1. GIZONEZKOEN OSASUNA

Mundu osoko ia gizatalde guztietan, emakumeek gizonak baino bizi itxaropen luzeagoa dute, baina gizonak gaixotasun gutxiago izaten dituzte bizitzan zehar.

Gizonezkoen hilkortasuna emakumeena baino handiagoa izaten da adin guztietan, baita haurdunaldian eta garai perinatalean ere; horregatik, neurri batean faktore genetikoei lotzen zaie egoera hori.

Helduen artean, gizonen gehiegizko hilkortasuna kulturak gizonei esleitutako portaera arriskutsuen ondorio izan liteke, hein batean: alkohola eta tabakoa kontsumitzea, zirkulazio, lan edo kirol istripuak, etab.

Beti esan izan da emakumeak denbora luzeagoan bizi direla, baina erikortasun handiagoa dutela. Ostera, eztabaidak sortu dira baieztapen horren inguruan; izan ere, dirudienek ez dago homogeneousunik emakumeen artean, ohitura ezberdinak dituztelako hainbat aldagai aintzat hartuz gero (egoera zibila, laborala, soziala, ekonomikoa...). Badira bizi kalitate okerragoa duten emakumeak.

Orain arte egindako azterlanak harremanezkoak izan dira; hau da, emakumeen osasunarekin alderatuta aztertu dute gizonen osasuna.

Pertsonen bizitzan, bi rol dira nagusi: rol emankorrak (okupazionala) eta rol ugalkorrak (familia-rrak). Horregatik, bi faktore horiek osasunean zer-nolako eragina duten aztertu da.

9.2. GENERO EZBERDINTASUNAK EAEko HERRITARREN OSASUNEAN

(A. Bacigalupe de la Hera eta U. Martín Roncero, 2006)

Garatutako gainerako herrialdeetan bezala, gizonak emakumeak baino denbora gutxiago bizi dira. 1. taulan ikus dezakegun bezala, hilkortasun tasa nola jaiotzean hala gerora da handiagoa gizonen kasuan. Bizi itxaropenaren batez bestekoaren arabera, gizonak emakumeak baino 7,1 urte gutxiago bizi dira.

Bizi-itxaropena adinaren eta generoaren arabera. EAE, 2002-2004

Adina	Gizonak			Emakumeak			Emakume eta gizonen arteko aldea	
	Bizi-itxaropena	% 95eko konfiantza-tartea		Bizi-itxaropena	% 95eko konfiantza-tartea		Guztira	%
0	77,0	76,9	77,1	84,1	84,0	84,2	7,1	9,2
40	38,4	38,3	38,6	45,0	44,9	45,1	6,7	17,3
65	17,1	17,1	17,2	21,9	21,8	21,9	4,7	27,4
80	7,6	7,5	7,7	9,8	9,7	9,8	2,2	28,5

1. TAULA | Iturria: Norberak egina Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren 2002tik 2004rako hilkortasunari buruzko txostenetako datuak eta Espainiako Estadistika Institutuaren biztanleria-datuak erabilita.

Gizonek hiltzeko arrisku handiagoa dute adin guztietan, eta hain zuzen ere horregatik dago halako alde emakumeen eta gizonen bizi itxaropenean. Hiltzeko mehatxu hori ohitura osasungaitzen eta arriskutsuen ondorio da gizonen kasuan.

Gizonek emakumeek baino gehiago erretzen dugu, eta alkohol gehiago edaten.

Osasunarekin zerikusia duten bizi-ohitura zenbaiten prebalentzia, generoaren arabera. Adinaren arabera estandarizaturiko %. EAE, 2002.

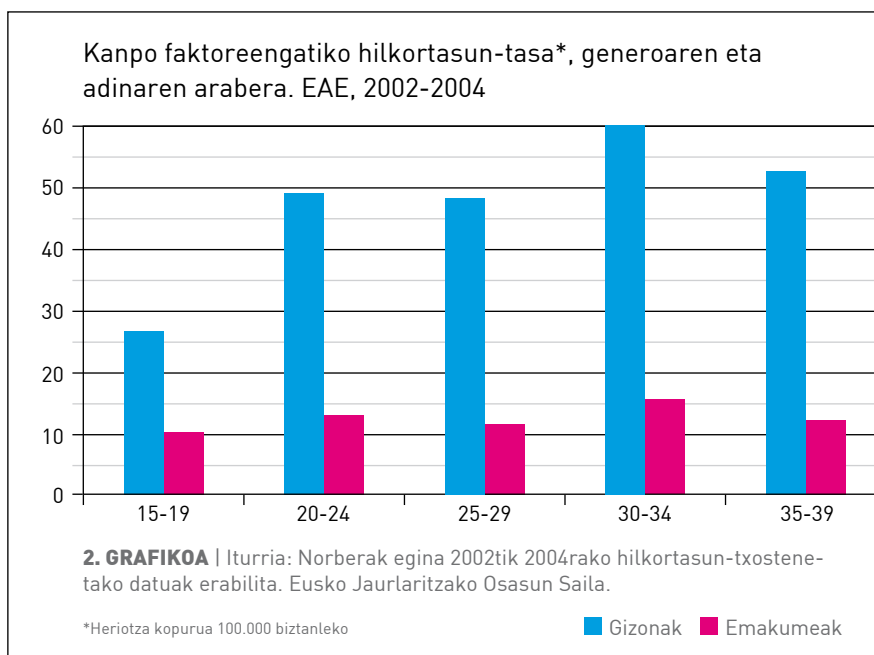
EV	Gizonak	Emakumeak	esng*	esng**
Ohiko erretzailea	30,7	21,8	< 0,001	< 0,001
Ohiko edalea	59,7	31,1	< 0,001	< 0,001

2. TAULA | Iturria: Norberak egina 2002ko EAEko Osasun-inkestaren datuak erabilia.

* Erregresio logistikorako ereduaren bidez adinaren arabera doitutako esangura-maila⁴²

** Erregresio logistikorako ereduaren bidez adinaren eta maila sozialaren arabera doitutako esangura-maila

Kanpo faktoreek (zirkulazio istripuek eta giza hilketek, batez ere) eragindako heriotzak ere maizago ematen dira gizonen artean; gazteen artean, gainera, heriotzaren arrazoi nagusia da hori. 2004an izandako heriotzen artean, kanpo arrazoiek eragindakoak % 70 izan ziren 15 eta 29 urte arteko gizonen kasuan. Emakumeen kasuan, berriz, % 45.



Trafikoko Zuzendaritza Nagusiaren (DGT) txosten eta datuak begiratu gero, horrelakoak topatuko ditugu: (Trafikoko Zuzendaritza Nagusia, 2005)

«Zirkulazio datuek erakusten digutenaren arabera, 2005ean 3.652 pertsona hil ziren errepidean (% 79 gizonezkoak ziren), eta haietatik 2.357 gidariak ziren (hildako gidarien % 91 gizonezkoak ziren).

2005ean, emakumezko 186 gidari hil ziren; gizonezkoen kasuan, 1.284 (zazpi aldiz gehiago). Ziklomotorrei dagokienez, ibilgailu horiek gidatzen zituzten 10 emakume hil ziren, eta 142 gizon (hamalau aldiz gehiago). Ibilgailu profesionalen gidarien kasuan (anbulantziak, kamioiak, furgon-

netak eta autobusak), 9 izan ziren emakumezkoak eta 202 gizonetzkoak (hogeita bi aldiz gehiago gizonen kasuan). Motozikleten kasuan, 4 emakume hil ziren, eta 326 gizon (81 aldiz gehiago)».

Nola azaldu ezberdintasun horiek? Hona hemen hainbat erantzun:

- a) Oro har, gizoni esleitzen zaie gidatzeko funtzioa (etxeetan eta enpresetan).
- b) Gizoni ibilgailu arriskutsuak gustatzen zaizkie (motozikletak).
- c) Lan merkatua generoaren arabera bereizita dago (gidari izatea gizonetzkoen lana da).
- d) Arriskua, abiadura eta gizarte arauak ez errespetatzea maskulinitasunaren irudi dira oraindik ere.
- e) Beste ideiarik bai?

Esanguratsua da, halaber, batez ere gizonetzkoek egiten dutela beren buruaz beste eta haiek egiten dituztela erailketa gehien.

Amaia Bacigalupek eta Unai Martínek dioten moduan, hilkortasunaren arloan dauden aldeak gizarteak gizoni eta emakumeei esleitutako zereginen ondorio dira neurri handi batean. Gizontasunarekin lotzen dira, besteak beste, tabakoa zein alkohola kontsumitzea eta modu arriskutsuan gidatzea. Gizarteak gizon izatearekin uztartzen ditu horiek bezalako ohitura arriskutsuak.

Herrialde garatuetan, emakumeen rol sozialak aldatzen ari dira azken urteotan eta, ondorioz, haien ohi-turak ere bai. Horregatik, pixkanaka berdintzen ari dira gizonen eta emakumeen hilkortasun patroiak.

Zenbait hilkortasun-adierazleen bilakaera, generoaren arabera. 1991en aldean, % zenbat aldatu den 2003an. EAE

	Gizonak	Emakumeak
Heriotza	+8,4	+23,4
Hilkortasun-tasa estandarizaturia	-21,7	-5,2
Haurren hilkortasun-tasa	-56,9	-44,5
Bizi-itxaropena jaiotzean	+5,5	+2,3
Bizi-itxaropena 40 urterekin	+6,4	+4,2
Bizi-itxaropena 65 urterekin	+12,0	+8,2
Bizi-itxaropena 80 urterekin	+7,4	+7,7

3. TAULA | Iturria: Arregi eta kolaboratzaileak, 2006

Rolak homogeneousatzeko prozesu horrek eta gizon eta emakumeen arteko heriotza tasetan duen eraginak hainbat hipotesi sortu ditu:

- Konbergentziaren hipotesia edo emakumearen emantzipazioaren hipotesia eta babesa murriztearen hipotesia: hipotesi horien esanetan, emakumeak lan merkatuan sartu ahala eta euren rola gizonen rolen antz handiagoa hartu ahala emakumeek arrisku portaera handiagoak dituzte eta horrenbestez bi sexuen arteko heriotza tasen arteko desberdintasuna txikiagoa da.

- Doikuntza instituzionalaren hipotesia: emakumeek gero eta gehiago parte hartzen dute gizonenak izan ohi diren jardueretan, eta horren ondorioz arrisku portaera gehiago izaten dute eta euren heriotza tasa igo egiten da.

- Genero rolen modernizazioari buruzko hipotesia: emakumeen rola aldatu egin dira, baina emakumeek soilik rol femeninoaren erantzukizun tradizionalekin bateragarriak diren portaerak hartu dituzte.

9.3. GIZONEK EMAKUMEEN AURKA ERABILTZEN DUTEN INDARKERIA

«Emakumeen aurkako indarkeria da, ziurrenik, giza eskubideen urraketa guztien artean lotsagarriena. Ez dauka muga geografikorik, ez kulturalik, ez ekonomikorik. Jarraitzen duen bitartean, ezingo dugu esan berdintasunaren, garapenaren eta bakearen bidean benetan aurrera egin dugula.»

Kofi Annan, Nazio Batuen Erakundeko idazkari nagusi ohia

Boninok zera adierazi du hainbat artikulutan (L. Bonino Méndez, 2000): «Indarkeria ez da "emakumeen" arazoa, "emakumeentzako" arazoa baizik. Berez, gainera, gizonen kultura maskulino/patriarkalaren arazoa da».

Genero indarkeria giza eskubideen aurkako eraso da. Eraso mota guztien artean zabalduena dagoena, agian. Herrialde, kultura eta erlijio bakoitzean aurpegi ezberdinak izan ditzakeen arren, arazo unibertsala da. Eta estatistikek erakusten digutenaren arabera, giza eskubideen zapalketa horiek oso zabaldua daude eta sarritan gertatzen dira. Estatistikak alde batera utzita, sekulako sufrimendua eragiten die hala emakumeei nola haurrei.

Genero indarkeriak heriotza eta desgaitasun asko eragiten ditu 15 eta 44 urte bitarteko emakumeen artean; minbiziak, malariak, lan istripuek eta gerrek baino gehiago (Panos, 1998).

Osasunaren Erakunde Paramerikarraren arabera:

- Datu fidagarriak eskaintzen dituzten herrialdeetako emakumeen % 10-50ek gehiegikeria fisikoa jasan dute bikotearen aldetik.
- 16 eta 49 urte bitarteko emakumeen % 33k sexu jazarpena jasan dute.
- Ekonomia garatuetan, ugaltzeko adinean dauden emakumeen artean, bizi osasuntsuko bost eguneko bat galtzearen erantzule da genero indarkeria.

AVISA parametroa beste patologia edo egoera batzuekin lotzen badugu, ondoko proportzioak emango dizkigu egoera bakoitzeko:

- Diabetesa: % 8,1
- Erditzean izandako arazoak: % 7,9
- Emakumeen aurkako erasoak: % 6,6
- Kardiopatia iskemikoak: % 5,5

Osasun zerbitzuetan ere baditu ondorioak indarkeriak, tratu txarrak jasaten dituzten emakumeak beste emakumeak baino maizago joaten baitira osasun zerbitzuetara. Tratu txarrak jasaten dituztenen kasuan, jasaten ez dituztenen kasuan baino gehiago izaten dira ebakuntza kirurgikoak, mediku bisitak, ospitale-ratzeak, farmaziara eginiko bisitak eta buru osasuneko kontsultak (E. Drug eta beste batzuk, 2003).

Genero indarkeriak beste modu batzuetan ere eragiten du gizartean. Hala, esaterako, kostuak eragiten ditu osasun laguntzaren arloan (OME/OPS, 1998). Ameriketako Estatu Batuetan egindako ikerketa batek erakutsitakoaren arabera, sexu erasoen edo eraso fisikoen biktima izandako emakumeek anbulatorioan jasotako laguntzak gainerako emakumeen kasukoak baino kostu handiagoa izan zuen (bi eta erdi gehiago, batez beste). Horri beste zenbait esku-hartzeren gastuak erantsi beharko genizkioke; poliziala, judiziala edo gizarte zerbitzuen kostua, kasu.

OMEren azterlanarekin jarraituz, ekoizpenean eta enpleguan dituen eraginak ere aipatu beharko genituzke. Kanadan emakumeen aurkako indarkeriari buruz egindako inkesta baten arabera, emazteak

erasotzeagatik salatutako gertakarien % 30ek murriztu egin zuten ohiko jardueretara eskaintzeko denbora, eta lesioak izandako emakumeen % 50ek gaixotasun baimenak hartu zituzten lantokian.

9.4. OSASUN ALORREKO PROFESIONALAK ETA GENERO INDARKERIA

Aztertutako egile eta erakunde guztiek garrantzi handia ematen diote osasunaren arloko profesionalak indarkeria prebenitzeko, antzemateko eta tratatzeko orduan duten egitekoari. Kontua da ia biktima guztiak euren ohiko sendagilearengana joan zirela erasoia jasan eta ondorengo urtean, eta ohi baino maizago gainera (M.P. Koss, P.G. Koss, W.J. Woodruff, 1991).

Espainiako Familiako eta Komunitateko Medikuntza Sozietateak egindako ikerketaren arabera (SEMFYC, 2003), familia medikuek haien kontsultara joandako emakumeen % 10 eta 40 artean antzematen dituzte abusu kasuak. Málagako Costa del Sol ospitalean egindako beste ikerketa batean esaten denez (R. Siendones Castillo, E. Perea-Milla López, J.L. Arjona Huertas, C. Agüera Urbano, A. Rubio Gallo, M. Molina Molina, 2002), etxeko indarkeria kasuen % 70 baino gehiago ikusezinak dira oraindik ere osasunaren arloko langileentzat. Profesionalen % 66k gainera, ez dute indarkeria diagnostiko diferentzial gisa hartzen euren eguneroko lanean.

Hainbat ikerketak diote herrialde gehienetan medikuek eta erizainek ia inoiz ez dietela emakumeei tratatu txarrak jasotzen ote dituzten galdetzen, eta ez dutela indarkeria arrastorik baduten begiratu ere egiten.

British Medical Journal aldizkarian 2002an argitaratutako lanaren arabera, etxeko indarkeria jasaten zutela zioten emakumeen % 17 baino ez zituzten hala izendatu osasun arloko profesionalak (J. Plazaola-Castaño, I. Ruiz Pérez).

Osasunaren arloko profesionalekin egindako azterlanek ondoko egoerak azaltzen dituzte orokorrean (M. Pablo Méndez-Hernández eta beste, 2003):

- Osasunaren arloko langileek ezer gutxi dakite emakumeen aurkako indarkeria identifikatzeko, arreta emateko eta mekanismoak martxan jartzeko prozesuez. Indarkeria bikoteak eginikoa bada batez ere.

- Batzuetan, osasunaren arloko langileek pazienteari nolabait laguntzeko edo nonbaitera bideratzeko nahia izan arren, osasun sistemaren mugetan harrapatuta gelditu daiteke (arau falta, sendagileek parte hartzeko zilegitasun sozial eskasa, genero indarkeria identifikatzeko eta horren aurrean ekiteko protokolo falta...).

- Osasunaren arloko langileentzat arazoa da indarkeria kasuak erregistratzea, horri lotuta dagoen erantzukizun legala dela-eta. Horregatik, kasu batzuk erregistratu gabe gelditzen dira.+

- Medikugintzaren ezaugarriek mugatu egiten dute emakumeen aurkako indarkeria kasuetako parte-hartzea.

- Pertsonari lotutako muga batzuk ere badira, osasunaren arloko langileen lana mugatzen dutenak. Horien artean, ondokoak dira aipagarrienak: pazienteek indarkeriari buruz hitz egitean sentitzen duten deserosotasuna, indarkeria jasaten duten emakumeek beren burua erruduntzat jotzeko duten joera, sendagileek galderak egitean pazienteak mintzeko duten beldurra...

Esanguratsua da sendagileei indarkeriarekin lotutako bizipen pertsonalen inguruan galdegin zitzaienean, % 21ek erantzun zutela motaren bateko edo besteko indarkeria jasan zutela biko-

tearen eskutik. Emakumeen aurkako indarkeria kasuak ziren gehienak. Bestalde, % 16,5ek bikotearen aurka indarkeria erabili izana onartu zuten. Sexuen artean ezberdintasunik ez ze- goen alde horretatik.

Espainiako Gobernuaren Osasun eta Kontsumo Ministerioaren webgunean Seattleko Unibert- sitatean egindako azterlan bat topatu dut (N.K. Sugg, T. Inui, 1992). Azterlan horretan, familia medikuak elkarrizketatu zituzten, etxeko indarkeriari buruz galderak egiteko orduan zergatik beldurtzen ziren jakiteko. Arrazoi nagusien artean, ondokoak aipatzen ditu:

- % 20 zer gertatuko beldur dira, bai eta etxeko indarkeriari buruz galdetzean kontrola galtzeko beldur ere.
- % 50ek mugatuta ikusten dute denbora, gaia ondo prestatu gabe, pazientea mintzeko beldurra, gaia ondo ez bideratzeko beldurra, eta ez dakite galderak nola egin.
- % 42k frustrazioa sentitzen dute, biktimaren portaera ezin kontrolatu izatearen ondorioz.
- % 39 pazienteekin identifikatzen dira.
- Profesional batzuei ez zaizkie sinesgarriak iruditzen emakumeen azalpenak.
- Emakumeek, batzuetan, ez dute komunikatu nahi izaten, ez direlako osasun zerbitzue- kin fidatzen.

Beste egile batzuek bestelako arrazoi batzuk aipatzen dituzte etxeko indarkeriari buruzko galde- rak ez egitearen zergatian sakontzean (C. García-Moreno, 2000):

1. Haien pazienteen kasuan etxeko indarkeriarik ez dagoela uste dute.
2. Pazientea negarti dago eta ez du laguntzen. Mozkortuta edota beste droga batzuekin intoxikatua dago gainera, eta horrek zaildu egiten du anamnesia egitea.
3. Emakumeak eragin zuela uste dute, edo merezi zuela.
4. Etxe barruan gertatzen dena, indarkeria barne, kontu pribatua dela uste dute.
5. Emakumeak, nahi izanez gero, joateko aukera duela uste dute.
6. Erasotzailea ezagutzen dute eta ezinezkoa iruditzen zaie hark abusuak egitea.
7. Ez lukete jakingo zer egin abusua egon dela egiaztatuz gero, edota hori beste profesio- nal batzuen egitekoa dela uste dute (gizarte laguntzaileena, esaterako).
8. Badakite zer egin, baina ez dute uste lagunduko dutenik.

Zabalduta dago, bestalde, honako uste hau: osasun zerbitzuek ez diotela genero indarkeriaren arazoari aurre modu egokian egiten. Hala, Mc Cauley-k 1998an tratu txarrak jasotako emaku- meei buruz egindako azterlanaren arabera, emakumeen % 86 ohiko medikuarenean izan ziren aurreko urtean, baina hirutik bat bakarrik mintzatu zen tratu txarrei buruz. Bradley-k 2002an ondorioztatu zuen tratu txarrak jasotako emakumeen bostenak baino gutxiagok hitz egin zuela gaiari buruz bere medikuarekin, eta Richarson-ek antzeko kopurua zehaztu zuen 2002an (% 17) (P. Blanco Prieto, L. Mendi Zuazo, 2003).

10. PROPOSAMENAK

Txosten honetan osasunari, gaixotasunei eta arreta prozesuari buruz esandakoak adierazten duen moduan, esku-hartze estrategiak osasun zerbitzuetatik kanpo eman behar dira maiz. Lehenengo eta behin, hezkuntzaren ildoak landu beharko litzateke, oinarritzko hezkuntzan bertan hasita saihestu dadin hezkuntza sexista.

Horrez gain, osasun arloko ikasketetako ikasketa planak egokitu beharko lirateke. Medikuntza antropologia ez ezik, indarkeriaren prebentzioa eta biktimen arreta bezalako ikasgaiak gehitu beharko lirateke. Honezkero eginda behar luke horrek, Etxeko Indarkeriaren Aurkako Lege Orokorrean xedatutakoari erreparatzen badiogu.

Ezinbestekoa da, bestalde, Osasun Plana aldatzea. Batetik, legediak hala agintzen duelako (Etxeko Indarkeriaren Aurkako Lege Organikoak) eta, bestetik, datu epidemiologikoek hala aholkatzen dutelako. Edonola ere, Osasun Plana aldatu aurretik, genero indarkeria osasun inkestetan sartu beharko litzateke, indarkeria mota horrek gure inguruan dituen ezaugarriak ezagutzeko eta zehazteko.

Osasunaren arloko langileei ere eman beharko litzaieke genero indarkeria prebenitzeko eta biktimak artatzeko trebakuntza. Lehen mailako arretako, larrialdietako, ginekologiako eta obstetriziako, traumatologiako eta osasun mentaleko langileei batez ere.

Osasun, gaixotasun edo arreta prozesuan nagusi den eredu hegemoniko tradizionala edo biomedikuntza modu orokorragoan aztertu beharko litzateke. Alde batetik, profesionalak maila fisikoa, psikikoa eta soziala artikulatu dituzten, gaur egun gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen artean dagoen banaketa zalantzan jarriz. Beste alde batetik, osasuna sustatzeko neurriak hartu beharko lirateke, Ottawako Gutunak kontzeptu horri ematen dion adiera aintzat hartuta. Horrela, mendekotasunari arreta eskaintzea eta familia zein lana uztartzea bezalako alderdiak jorratu ahal izango lirateke.

11. BIBLIOGRAFIA

- Antolín. Luisa 1997. Cooperación en salud con perspectiva de género. Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad. Ed. FPFE.
- Bacigalupe de la Hera A. y Martín Roncero U. 2006. Desigualdades de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Colección Derechos Humanos "Juan San Martín". ARARTEKO.
- Benno de Keijzer. 2003. El género y el proceso- salud – enfermedad – atención. Género y salud en cifras. Vol.1 nº3 Méjico.
- Blanco P., Ruiz –Jarabo C., Garcia de Vinuesa L., Martin – Garcia M 2004. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria; 18 (Supl1); 182 – 8.
- Blech J. 2005. Los inventores de enfermedades. Ed.: Destino.
- Bonino Méndez L. 2000. Actuaciones sociopolíticas preventivas de la violencia de género. UNAF. Madrid.
- Cazés D..El Feminismo y los hombres. Se puede consultar en: www.edualter.org/material/masculinidad/feminismo.htm. (Fecha de revisión: 23 de abril 2009).
- Dirección General de Tráfico (2005). Accidentes de Circulación con Víctimas. Anuario de 2005. Madrid: DGT. Disponible en línea (consultado 14 de septiembre de 2007): <http://www.dgt.es/estadisticas/estadisticas03.htm>.
- Drug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editores. 2003. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Informe técnico nº 588. Disponible en: <http://www.redfeminista.org/sub/oms.asp> (fecha consulta: 3/V/2007).
- Esteban M. L. 2006. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Revista Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.
- Hernán San Martín. La crisis mundial de la salud: problemas actuales de epidemiología social. Madrid. Ed. Karpos, 1982.
- Kleinman A., Eisenberg L y Good B 1978. Cultura, enfermedad y atención. Lecciones clínicas para la investigación antropológica e intercultural. Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good. Annals of Internal Medicine.
- Koss MP, Koss PG, Woodruff W J. Deleterious effects of criminal victimization of women ´s health and utilization. Arch Intern Med 1991;151:342-347. Referenciado en Violencia Doméstica. Mª del Carmen Alonso.
- Lasheras Lozano Mª Luisa, Pires Alcalde Marisa. Coordinadoras. 2003. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento Técnico de Salud Pública nº 86. Instituto Salud Pública. Comunidad Autónoma de Madrid.
- Maribel Blázquez – Rodríguez 2006. La incorporación de género en la atención sanitaria: Pro-

puesta de una metodología de sensibilización de género. Escuela Nacional de Sanidad. Presentado en el Coloquio Antropología, género y salud (V Coloquio de la red latina de antropología de la medicina).

· Martínez Hernaez A.1992. Eficacia simbólica, eficacia biológica, hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico de la asistencia sanitaria". Revista ROL de enfermería nº172 Pág. 61-67

· Martínez Hernaez A 1996. En Antropología de la salud. Una aproximación genealógica.. Eds.. Ensayos de antropología cultural. Ed. Ariel

· Michael Kaufman, 1999. Las siete P's de la violencia de los hombres. Fundación mujeres. Disponible en: <http://libertadeslaicas.org.mx/paginas/infoEspecial/aspsocec/10020105.pdf> (fecha consulta: 23/IV/2007).

· OMS 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la salud, OMS, Ginebra, 1986.

· OMS / OPS 1998. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario.

· Panos 1998. Recogido por Iliana Artiles de León. Salud y Violencia de Género. Disponible en: http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache/Pagina_Educacion_000386.htm (fecha consulta: 3/V/2007).

· Piedrola 1983. Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Capítulo II. Ed. Amaro Ediciones Publicaciones. Madrid.

· Plazaola – Castaño J. Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Medicina Clínica 2004; 122 (12): 461-7.

· Romaní O. (2002). La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. FMC 9 (7) 498-504.

· Ruiz –Jarabo Quemada C. y Blanco Prieto P. 2004. La violencia contra las mujeres. prevención y detección. Como promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Editorial Díaz de Santos.

· Semfyc. 2003 Violencia Doméstica. Pág. 18. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo.

· Siondones Castillo R., Perea – Milla López E., Arjona Huertas J. L., Agüera Urbano C., Rubio Gallo A., Molina Molina M. 2002. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias; 14: 224- 232.