

Amaia Bacigalupe de la Hera  
Unai Martín Roncero

# OSASUN ARLOKO GIZARTE DESBERDINTASUNAK EAEko BIZTANLEEN ARTEAN

Gizarte klasea eta generoa osasunaren faktore erabakigarri gisa



*Juan San Martín*  
"Juan San Martín"  
Giza Eskubideen Saila



## ARARTEKOAREN ARGITALPENAK

### EUSKO LEGEBILTZARRARENTZAKO TXOSTEN BEREZIAK

- Kalabozoak. Erizaintzaren eta udalen atxiloteta egoitzak. 1991.
- Psikiatrikoak. Ospitale psikiatrikoetako buru-galosen egoera. 1992.
- Adinekoen egoitzak Euskal Autonomi Elkartean (1992-1993). 1994.
- Euskal Herriko Ararteko Erakundearen lehen bost urteak (1989-1994). 1994.
- Euskal Autonomia Erkidegoan egoitzes kanpo adinekoentzat dagoen laguntzari buruzko txosten berezia (1994-1995). 1996.
- Euskal Autonomia Erkidegoako kartzeletako egoera. 1996.
- Babesik gabeko haur eta nerabeentzako laguntza zerbitzuak. 1997.
- Adin txikiko lege-hauleak. 1998.
- Uraren kulturearen babesa Zadorra sistemako irtegielan. 1999.
- Oinarriko gizarte zerbitzuaren egoera EAEn. 1999.
- Buruko gaitzaren trataera ospitaletik kanpo. 2000.
- EAEko hizkuntza premia berezietan emandako erantzuna. 2001.
- Sasoiakoko langileen egoera Arabako mahats eta patata bilketan. 2002.
- Pertsona eragaltuen lanerako aukerak EAEn. 2003.
- Euskal Autonomia Erkidegoan erabilera publikoa duten eraikinen inisgarritasuna. 2003.
- Enakumeen kontrako indarkeriari erakundeek emandako erantzuna EAEn. 2003.
- Pertsona nagusietan emandako arreta EAEn: etxeko laguntza, eguneko zentroak eta egoitza zentroak. 2005.
- Bakarrik dauden adin txikiko atzerriarren egoera EAEn. 2005.
- Etxerik gabe eta bazterkeria larrian dauden pertsonen premiei emandako erantzuna. 2006.
- Bizikidetzaren eta gatazkak ikastetxeetan. 2006.
- Gazteentzako etxebizitza politika publikoak EAEn. 2007.

### EUSKO LEGEBILTZARRARENTZAKO TXOSTEN ARRUNTAK

- Liburukiak: 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.

### ARARTEKOAREN GOMENDIOAK

- Gomendioak 2002, 2003, 2004.

### BESTELAKO ARGITALPENAK

- Idatz arauak / Normas de redacción. 1992.
- Ombudsmanaren Hirugarren Hitzaldi Europarra. Herrialdeko Ombudsmanaren garrantzia. 1993.
- Esanak eta eginak / Dichos y hechos. Juan San Martín. Arartekoa. 1994.
- XV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo. 2000.

### Faksimilak

- Jaquin-bide bitarautia - 1820. Kadizko Konstituzioari buruz euskaraz idatzitako eskuizkribu argitaragabea. irakaskuntzarako moldatua. 1991.
- Gaioren Institutionum. 1992. (Gaztelerazko lehen argitaralditik aterea. Madril. 1845).
- Aita Frantzisko Vitoriakoaren *De indis insularis, De iure belli*. 1993. (Lyonen 1557an egindako lehen argitaralditik aterea).
- Valentín de Forondaren *Cartas sobre la policía*. 1998. (Iruñean 1820an egindako bigarren argitaralditik aterea).
- Miguel de Lardizábal y Uriberen *Apología por los Agótes de Navarra y los Cihuetas de Mallorca, con una breve digresión á los vaqueros de Asturias*. 2000. (Madrilen 1786an egindako lehen argitaralditik aterea).
- Manuel de Lardizábal y Uriberen *Discurso sobre las penas contrahido á las leyes criminales de España, para facilitar su reforma*. 2000. (Madrilen 1782an egindako lehen argitaralditik aterea).
- Xabier Maria Muniberen *Discursos inéditos*. 2002.
- Rita de Barrenechea eta beste emakume batzuk. *Catalin y otras voces de mujeres en el siglo XVIII*. 2006.

### «Padre Francisco de Vitoria» Giza Eskubideen Saila (bekadunen lanak)

- E. J. Ruiz. *El derecho al ambiente como derecho de participación*. 1993.
- M. A. Encinas. *Viviendas de protección oficial y arrendamientos en el País Vasco (1982-1991)*. 1994.
- C. Varona. *La inmigración irregular, Derechos y deberes humanos*. 1994.
- A. Bengura. *Hizkuntza- eta Hizkuntza-eskubideak indarreko lege-araubidean*. 1996.
- M. J. Fernández de Landa. *El control interinstitucional en la Unión Europea*. 1996.
- I. P. Sánchez. *Rechazo social hacia las personas seropositivas en la CAPV*. 1998.
- J. Morquecho. *Intervención comunitaria en Euskadi. Acercamiento a la acción social sobre la exclusión*. 1999.
- C. Moreno. *Trabajo y ciudadanía. Un debate abierto*. 2003.

**OSASUN ARLOKO GIZARTE  
DESBERDINTASUNAK EAEko  
BIZTANLEEN ARTEAN**

**GIZARTE KLASEA ETA GENEROA OSASUNAREN FAKTORE  
ERABAKIGARRI GISA**

**Amaia Bacigalupe de la Hera  
Unai Martín Roncero**

© ARARTEKO

© Egilea: Amaia Bacigalupe, Unai Martín

Itzulpena: Hori Hori, S.A.L.

Fotokonposaketa eta inprimaketa: Gráficas Santamaría, S.A., Vitoria-Gasteiz

Azaleko irudia: EPS, S.L., Vitoria-Gasteiz

Paper ekologikoa.

ISBN: 978-84-89776-18-0

D.L: VI-304/07

*Osasuneko desberdintasuna desberdintasunik okerrena da.  
Ez dago desberdintasun okerragorik txiroa zarelako lehenago hilko zarela jakitea baino.*

**Frank Dobson**

*Amari, aitari eta Nataliari, oztopoen aurrean duten sendotasunagatik eta izugarri maite,  
lagundu eta erakutsi didatelako.*

**Amaia**

*Nire familiari, beti alboan dudalako.*

**Unai**



## ESKER ONAK

Lehenbizi, Arartekoari eskertu nahi diogu hemen aurkezten dugun lan hau gauzatu ahal izateko eman digun laguntza eta konfiantzagatik eta, batez ere, ikerketaren alde apustu egiteagatik, gure gizarteko bidegabekeriaren hainbat eta hainbat egoera agerian jartzeko tresna gisa. Eskerrik asko, Fermin, zure pazientziagatik, hau dena noizbait ondo burutuko zela uste izateagatik eta, bereziki, denbora honetan eman diguzun guztiagatik, azkenean orri hauetan islatuta geratu dena baino askoz ere gehiago baita, dudarik gabe.

Denboraldi honetan lagundu, erakutsi eta motibatu gaituzten pertsona guztiei ere eskerrak eman nahi dizkiegu. Eskerrak, bereziki, Santi Esnaolari, bidean elikatu gaituzten azenario guztiengatik, eta Elena Aldasorori, elkarrekin izandako solasaldi eta hausnarketa ororengatik. Gozarazi, erakutsi eta profesionalki adoretu gaituen luxua izan da zerbitzuan lan egitea. Mila esker, halaber, Maribel Larrañagari eta Begoña Arregiri, ikerketaren bide erakargarriari ekiteko eman diguzuen laguntzagatik eta unibertsitatea horretarako toki atsegina goa bihurtzeagatik.

Beren lanaren bitartez azkenean liburu hau argitaratzea erraztu duen jende guztiari: datu-baseak eman dizkigutenei (Osasun Saila eta Eustat), edizio lan gogorrean lagundu digutenei (eskerrik asko, Marti!) eta etsipen-uneetan... laguntza eskaini digutenei.

Esker anitz Edu Garateri ere, hura entzun baikenuen lehenengoz osasun arloan gizarte-desberdintasunek duten interesaz eta garrantziaz mintzatzen, eta Jose Manuel Freireri, Bartzelonatik eman digun bultzadarik gabe ez baitzen honelako ezer gertatuko.

Lan honetaz arduratu, patxadaz irakurri, gu orientatu (eskerrak!) eta beren iritzia eman diguten lagun eta lankide guztiei. Ziur gaude zuen laguntzarik gabe emaitza ez zela hain gogo-betegarria izango. Eta, batik bat, esker mila hainbeste egunetan gure falta pairatu duzuen orori, ahalegin horrek egunen batean mereziko zuelakoan.

Eta, nola ez, gure familiei. Ahaleginaren eta lanaren balioa erakutsi digute eta orain garen guztia zor diegu.

Azkenik, bere eguneroko lanaren bidez gizarte honetan bizimodua errazten digun jende guztiari.

Mila esker guztioi eta muxu bana,  
Amaia eta Unai





<b>Aurkibide Orokorra</b> .....	9
<b>Grafiko, taula eta irudien aurkibidea</b> .....	12
<b>Aurkezpena</b> .....	19
<b>I. Kapituluua: Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketaren esparru teorikoa</b> .....	21
1.1. Sarrera .....	21
1.2. Gizarte egitura, desberdintasuna eta osasun arloko desberdintasuna.....	23
1.2.1. Gizarte klasearen kontzeptua osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketan.....	24
1.3. Osasun arloko gizarte desberdintasunak azaltzeko ereduak .....	28
1.3.1. Gizarte hautespena.....	28
1.3.2. Faktore materialak edo egiturazkoak.....	29
1.3.3. Faktore psikosozialak .....	30
1.3.3.1. Gizarte laguntza, gizarte kapitala eta osasuna.....	31
1.3.4. Osasunarekin erlazionatutako ohiturak edo jokabideak.....	32
1.3.5. Osasun zerbitzuak.....	33
1.3.6. Bizi-bilakaeraren ikuspegia.....	33
1.3.7. Eredu argitzaile integralak .....	34
1.4. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketa: bibliografiaren berrikuspena.....	35
1.4.1. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen berrikuspena nazioartean....	35
1.4.2. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen berrikuspena Espainian .....	39
1.4.2.1. 1980 aurreko osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketa.....	41
1.4.2.2. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketaren hastapenak: 1980-1986.....	41
1.4.2.3. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen gehikuntza: 1987-1993.....	42
1.4.2.4. Estatuan osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketaren finkapena: 1994-2005.....	43
1.4.3. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen berrikuspena EAEn.....	49
<b>II. Kapituluua: Gizarte desberdintasunak osasunean, gaixotasunean eta bilkortasunean</b> .....	51
2.1. EAeko biztanleria osoaren gizarte desberdintasunak osasunean eta gaixotasunean: EAEOI'02ko analisiaren emaitzak .....	52
2.1.1. Osasunaren autobalorazioa.....	52
2.1.2. Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea (OZBK).....	55
2.1.3. Arazo kronikoak .....	59
2.1.4. Jardueraren mugapen kronikoa.....	61
2.1.5. Jardueraren aldi baterako mugapena.....	63

2.1.6. Gizarte osasuna: laguntza afektiboa eta konfidentziala.....	65
2.1.7. Osasunarekin zerikusia duten bizimoduak .....	68
2.1.7.1. Sedentarisismoaren prebalentzia.....	68
2.1.7.2. Gizentasunaren prebalentzia.....	70
2.1.7.3. Alkohol kontsumoa .....	72
2.1.7.4. Tabako kontsumoa.....	75
2.1.8. Prebentziozko aholku medikoa.....	79
2.2. Gizarte desberdintasunak EAEko hilkortasunean eta osasun itxaropenetan .....	80
2.2.1. Gizarte desberdintasunak hilkortasunean.....	80
2.2.2. Desberdintasunak osasun itxaropenetan .....	85
2.3. Osasun arloko gizarte desberdintasunak EAEko jaioberri, nerabe eta gazteen artean: desberdintasunen oinordetza.....	86
2.3.1. Desberdintasunak jaiotza-inguruko osasunean eta haurren hilkortasunean.....	87
2.3.2. 4 eta 18 urte arteko biztanleriaren osasun egoera.....	88
2.3.3. 16 eta 34 urte arteko seme-alaben osasun egoera.....	91
2.4. II. KAPITULUKO EMAITZEN SINTEZIA.....	94
<b>III. Kapitulua: Osasun arloko genero desberdintasunak .....</b>	<b>95</b>
3.1. Osasun arloko genero desberdintasunen inguruko zenbait gogoeta eta hipotesi.....	95
3.1.1. Sexu-genero binomioa osasunaren ikerketan .....	95
3.1.2. Bizi luzeagoa bai, baina osasun kaskarragoa: osasun arloko genero desberdintasunen ikuspegi sinpleegia? .....	99
3.1.3. Familiako eta laneko rolak: zer eragin dute emakumeen osasunean? .....	100
3.2. Osasun arloko genero desberdintasunak EAEko biztanleriaan.....	102
3.2.1. Genero desberdintasunak hilkortasunean, osasun egoeran eta gaixotasunean.....	102
3.2.1.1. Emakumeek bizitza luzeagoa izaten dute: aldatzen ari den fenomeno al da?....	102
3.2.1.2. Bizitza luzeagoa bai, baina osasun kaskarragoa .....	106
3.2.2. Emakumeek bizitza luzea bai baina osasun kaskarragoa izatearen paradoxa erlatibizatzea: familiako eta laneko rolen eginkizuna osasun arloko genero desberdintasunetan.....	113
3.2.2.1. Lan egoera eta osasuna: eredu desberdina gizonen eta emakumeen artean.....	114
3.2.2.2. Etxeko lana eta lan ordaindua bateratzea: etxeko desberdintasuna eta horren eragina lanean dauden EAEko emakumeen osasunean.....	120
3.2.2.2.1. Desberdintasunak etxeko lana eta ordaindutako lana banatzerakoan .....	120
3.2.2.2.2. Landun emakumeen osasunaren gaineko eragina .....	123
3.2.2.3. Ikuspegi osoa: emakumeen lan egoeraren eta osasunaren arteko erlazioa berriro interpretatzea etxeko desberdintasunetik abiatuta .....	135
3.3. III. KAPITULUKO EMAITZEN SINTEZIA.....	138
<b>IV. Kapitulua: Ondorioak eta proposamenak.....</b>	<b>139</b>

<b>Eranskin metodologikoa</b> .....	143
1. Ikerketaren metodologia.....	143
2. Irakurketarako gida: kontzeptuen azalpena.....	146
3. Euskal AEko Osasun Inkesta 2002 (EAEOI'02).....	150
4. Ikerketaren mugak.....	152
<b>Bibliografia</b> .....	155
<b>Terminoen glosarioa</b> .....	157

**GRAFIKO, TAULA ETA IRUDIEN AURKIBIDEA****GRAFIKOAK:**

1. grafikoa: Tuberkulosiagatiko hilkortasuna Ingalaterran eta Galesen XIX. eta XX. mendeetan eta berrikuntza terapeutikoak .....	37
2. grafikoa: Hainbat faktorek hilkortasuna murrizten izan dezaketen eragina .....	38
3. grafikoa: 1981-2004 aldiaren Estatuko eta nazioarteko aldizkarietan argitaratutako artikuluen bilakaera .....	40
4. grafikoa: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	53
5. grafikoa: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	54
6. grafikoa: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	54
7. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	56
8. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	56
9. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, sexuaren eta jatorriaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	57
10. grafikoa: Osagai fisikoen laburpenari (SF-36) dagozkion puntuazioak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	57
11. grafikoa: Osagai fisikoen laburpenari (SF-36) dagozkion puntuazioak, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	58
12. grafikoa: Buru osagaien laburpenari (SF-36) dagozkion puntuazioak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	58
13. grafikoa: Buru osagaien laburpenari (SF-36) dagozkion puntuazioak, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	59
14. grafikoa: Gaixotasun kronikoen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	59
15. grafikoa: Gaixotasun kronikoen prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	60
16. grafikoa: Gaixotasun kronikoen prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 ....	60
17. grafikoa: Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	62

18. grafikoa: Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	62
19. grafikoa: Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	63
20. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	64
21. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	64
22. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	65
23. grafikoa: Konfiantzazko laguntzaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	66
24. grafikoa: Laguntza afektiboaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	65
25. grafikoa: Konfiantzazko laguntzaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	66
26. grafikoa: Laguntza afektiboaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	67
27. grafikoa: Konfiantzazko laguntzaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, .....	67
28. grafikoa: Laguntza afektiboaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	68
29. grafikoa: Sedentarisismoaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	68
30. grafikoa: Sedentarisismoaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	69
31. grafikoa: Sedentarisismoaren prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	70
32. grafikoa: Gizentasunaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	71
33. grafikoa: Gizentasunaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	71
34. grafikoa: Gizentasunaren prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	72
35. grafikoa: Ohiko edaleen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	73



36. grafikoa: Ohiko edaleen prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	73
37. grafikoa: Ohiko edaleen prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	74
38. grafikoa: Alkoholismo susmopeko edaleen prebalentzia, sexuaren eta maila sozioekonomikoaren arabera. EAE, 2002 .....	75
39. grafikoa: Ohiko erretzaileen prebalentzia, sexuaren eta maila sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	77
40. grafikoa: Ohiko erretzaileen prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	77
41. grafikoa: Ohiko erretzaileen prebalentzia adin talde desberdinetan, maila sozioekonomikoaren arabera. Emakumeak. EAE, 2002 .....	78
42. grafikoa: Ohiko erretzaileen prebalentzia adin talde desberdinetan, ikasketa-mailaren arabera. Emakumeak. EAE, 2002 .....	78
43. grafikoa: Ohiko erretzaileen prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	79
44. grafikoa: Bizi ohitura jakin batzuen inguruan galde egin zaien pertsonen %, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. EAE, 2002 .....	80
45. grafikoa: Aholku medikoa jaso duten pertsonen %, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. EAE, 2002 .....	80
46. grafikoa: Jaiotzako bizi itxaropena gizezkoetan eta emakumezkoetan, bizitokiko baldintza sozioekonomikoen arabera. EAE, 1996-1999 .....	84
47. grafikoa: Osasunaren autobalorazioa, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 12-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005 .....	89
48. grafikoa: Gizentasunaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 14-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005 .....	89
49. grafikoa: Hiperkolesterolemiaren prebalentzia, talde sozioekonomikoaren arabera. 7-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005 .....	90
50. grafikoa: Erretzaileen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 12-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005 .....	90
51. grafikoa: Ohiko edaleen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 15-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005 .....	91
52. grafikoa: Fisikoki aktibo izatearen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 4-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005 .....	91
53. grafikoa: Antzeman den oso osasun onaren prebalentzia, sexuaren eta etxeko maila sozioekonomikoaren arabera. 15-34 urte arteko seme-alabak. EAE, 2002 .....	92
54. grafikoa: Antzeman den oso osasun onaren prebalentzia, sexuaren eta gurasoen ikasketa-mailaren arabera. 15-34 urte arteko seme-alabak. EAE, 2002 .....	93
55. grafikoa: Antzeman den oso osasun onaren prebalentzia, sexuaren eta gurasoen jatorriaren arabera. 20-34 urte arteko seme-alabak. EAE, 2002 .....	93
56. grafikoa: Kanpo arrazoiengatiko hilkortasun tasak, sexuaren eta adinaren arabera. EAE, 2002-2004 .....	104
57. grafikoa: Ohiko erretzaileen prebalentzia, sexuaren arabera. 16-24 bitarteko adin taldea eta guztizkoa. EAE, 2002-2004 .....	106

58. grafikoa: Antzeman den osasun txarraren edo oso osasun txarraren prebalentzia, sexuaren eta adin taldeen arabera. EAE, 2002 .....	107
59. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, sexuaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002 .....	107
60. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren eta mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren arabera. EAE, 2002 .....	108
61. grafikoa: Arazo kronikoen prebalentzia, sexuaren arabera. 45 eta 64 urte arteko biztanleak. EAE, 2002 .....	109
62. grafikoa: Arazo kronikoen prebalentzia, sexuaren arabera. 65 urteko eta gehiagoko biztanleak. EAE, 2002 .....	110
63. grafikoa: Bizi ohitura jakin batzuen inguruan galde egin zaien pertsonen %, sexuaren arabera. EAE, 2002 .....	111
64. grafikoa: Aholku medikoa jaso duten pertsonen %, sexuaren arabera. EAE, 2002 .....	112
65. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Gizonezkoak. EAE, 2002 .....	117
66. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileen gizarte klaseko gizonezkoak. EAE, 2002 .....	117
67. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileak ez diren gizarte klaseko gizonezkoak. EAE, 2002 .....	118
68. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Emakumezkoak. EAE, 2002 .....	118
69. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileen gizarte klaseko emakumezkoak. EAE, 2002 .....	119
70. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileak ez diren gizarte klaseko emakumezkoak. EAE, 2002 .....	119
71. grafikoa: Lan zama orokorrari (lan ordainduari, etxekoari eta haur eta helduen zaintzari) eskainitako orduak astean, sexuaren eta adinaren arabera. Bikotekidearekin bizi diren pertsonak. EAE, 2003 .....	121
72. grafikoa: Lan ordainduari, etxekoari, haurren zaintzari (jolasa eta heziketa kenduta) eta haurren zaintzari (jolasa eta heziketa) eskainitako orduak astean, familiar 5, 10 edo 15 urteko adingaberen bat dagoen kontuan hartuta. Bikotekidearekin bizi diren 25 eta 44 urte arteko pertsonak. EAE, 2003 .....	122
73. grafikoa: Aisiari eta bizitza sozialari eskainitako orduak astean, sexuaren eta adinaren arabera. Bikotekidearekin bizi diren pertsonak. EAE, 2003 .....	123
74. grafikoa: Gorputzeko minari (BP), buru osasunari (MH), osasunari oro har (GH) eta bizitasunari (VT) dagozkien puntuazioak, etxeko lanen banaketaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	126
75. grafikoa: Rol emozionalari (RE), funtzio fisikoari (PF), funtzio sozialari (SF) eta rol fisikoari (RP) dagozkien puntuazioak, etxeko lanen banaketaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	126



76. grafikoa: Osasunari oro har (GH) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	127
77. grafikoa: Funtzio fisikoari (PF) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	127
78. grafikoa: Rol fisikoa (RP) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	128
79. grafikoa: Buru osasuna (MH) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	128
80. grafikoa: Bizitasuna (VT) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	128
81. grafikoa: Gorputzeko mina (MH) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	129
82. grafikoa: Rol emozionalari (RE) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	129
83. grafikoa: Funtzio sozialari (SF) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabeko estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	129
84. grafikoa: Etxeko lanen banaketa-mota, gizarte klasearen arabera (eskulangileak eta eskulangileak ez direnak). Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	134
85. grafikoa: Gorputzeko minari (BP), osasunari oro har (GH), buru osasunari (MH) eta funtzio fisikoari (PF) dagozkien puntuazioak, lan egoeraren eta etxeko lanen banaketaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Emakumezkoak. EAE, 2002 .....	137
86. grafikoa: Rol emozionalari (RE), funtzio fisikoari (PF), funtzio sozialari (SF) eta rol fisikoari (RP) dagozkien puntuazioak, lan egoeraren eta etxeko lanen banaketaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Emakumezkoak. EAE, 2002 .....	137



**TAULAK:**

1. taula:	SF-36ren dimentsioen edukia .....	55
2. taula:	Adinaren eta arrisku erlatiboaren arabera estandarizatutako hilkortasun tasak, bizitokiko baldintza sozioekonomikoen arabera. EAE, 1996-1999 .....	82
3. taula:	Adinaren arabera estandarizatutako hilkortasun tasak, ikasketa-mailaren, talde sozioekonomikoaren, lan egoeraren eta etxebizitzaren erosotasun mailaren arabera. EAE, 1996-2001 .....	83
4. taula:	Desberdintasun sozioekonomikoen ondoriozko hilkortasuna. EAE, 1996-2001 .....	84
5. taula:	Pobrezia larriko tasak, prematuritate ehunekoa eta jaiotza-pisu txikiaren ehunekoa, eskualdeka. EAE, 1995-2001 .....	87
6. taula:	Haurren hilkortasun tasak, osasun eskualdeen arabera. EAE, 2000-2004 .....	88
7. taula:	Adin desberdinetako bizi itzaropena (BI), sexuaren arabera. EAE, 2002-2004 .....	103
8. taula:	Osasunarekin zerikusia duen bizi ohitura jakin batzuen prebalentzia, sexuaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002 .....	103
9. taula:	Hainbat hilkortasun adierazleren bilakaera, sexuaren arabera. 2003ko aldaketa (%), 1991rekin alderatuta. EAE .....	105
10. taula:	Pisu gutxiegi izatearen eta gizena izatearen prebalentzia 16 eta 34 urte arteko emakumezkoetan, gizarte klasearen arabera. EAE, 2002 .....	111
11. taula:	Bizi itzaropena (BI), osasun oneko bizi itzaropena (OOBI) eta osasun txarreko itzaropena. Urteak guztira eta BItik dagozkionak (%-tan). EAE, 2002-2004 .....	113
12. taula:	Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), lan egoeraren arabera, adina eta gizarte klasea kontuan hartuta doitua. Gizonezkoak. EAE, 2002 .....	115
13. taula:	Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), gizarte klasea kontuan hartuta dagoen lan egoeraren arabera. Gizonezkoak. EAE, 2002 .....	115
14. taula:	Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), lan egoeraren arabera, adina eta gizarte klasea kontuan hartuta doitua. Emakumezkoak. EAE, 2002 .....	116
15. taula:	Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), gizarte klasea kontuan hartuta dagoen lan egoeraren arabera. Emakumezkoak. EAE, 2002 .....	116
16. taula:	Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	125
17. taula:	Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	125
18. taula:	Arazo kronikoen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	130
19. taula:	Aktibo izatearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	131
20. taula:	Aktibo izatearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	131

21. taula: Ohiko erretzaile izatearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	132
22. taula: Ohiko erretzaile izatearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	133
23. taula: Egunean 7 ordu lo egitearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	133
24. taula: Egunean 7 ordu lo egitearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002 .....	134
25. taula: Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), lan egoeraren eta etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Emakumezkoak. EAE, 2002 .....	135
26. taula: Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), lan egoeraren, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Emakumezkoak. EAE, 2002 .....	136

#### **IRUDIAK:**

1. irudia: Osasun arloko gizarte desberdintasunak azaltzeko eredia, Gizarte Desberdintasunei eta Osasunari buruzko Europako Sareak proposatua .....	30
2. irudia: Osasunaren faktore erabakigarrien eredia .....	35
3. irudia: Generoaren eta antzemandako osasunaren arteko erlazioak .....	99

## AURKEZPENA

Hemen aurkezten dugun azterlana Ararteko erakundeak 2005ean iragarri eta eman zuen berrakaren emaitza da.

Biztanle guztientzat oso garrantzitsua den gaia jorrazten du: osasun arloko gizarte desberdintasunak; eta aldagai jakin batzuek –bereziki, gizarte klaseari eta generoari lotutakoek– pertsonen osasunean duten eragina, saihesteko modukoak eta bidegabeak diren aldeak sortuz. Ikus daitekeen bezala, osasun arloko desberdintasunak ez daude gure artean bakarrik; aitzitik, oso esanguratsuak dira eta, are gehiago, belunaldi batetik bestera ere heredatzen dira. Gainera, ez da soilik aberatsen eta txiroen arteko arazoa, baidarik eta gizarte osoan dute eragina eta, hala, zenbat eta baxuagoa izan gizarte klasea, orduan eta kaskarragoa da osasuna. Hortaz, gutxi landu dugun gaian jartzen du arreta. Horretarako, zehaztasun handiz jokatu du eta oso aberatsak eta berriak diren datu baseetan oinarritutako metodologia erabiltzen du.

Gizona edo emakumea izateak, lan ordaindua izateak edo ez izateak, leku batean edo bestean jaio izateak, eskulangilea izateak edo ez izateak, lan ordaindua etxeko beste zama batzuekin bateratu behar izateak... ba al dute eraginik osasunean? Eta, hala bada, nola eragiten dute? Zer neurritan? Zer eragin dute faktore batzuek eta besteek? Osasuneko zer alderditan eragiten dute?... Azterlanak faktore horiek eta beste batzuek bizitzan hainbesteko balioa duten zenbait alderditan (besteak beste, urte gehiago edo gutxiago bizitzeko, urte kopuru hori osasun hobearekin edo kaskarragoarekin bizitzeko, aldi baterako mugapenen bat edo mugapen kronikoren bat jasateko nahiz bizimodu osasungarriagoak edo ez hain osasungarriak izateko aukeran) duten eragina aztertzen du.

Beharbada goian egindako galderetakoren bati erantzuteko gai izango ginateke, intuizioz edo gure

esperientzia propioan oinarrituta. Ikerketa zehaztasun handiz egiten da, Euskal Autonomia Erkidegoko biztanle guztiei aplikatuta. Ziurrenik, erantzunetako batzuk berresten ditu, baina, aldi berean, askotan erantzun bakunek ez dutela balio agerian uzten du: emakume batek lan ordaindua izateak beti ez dakar osasun hobea izatea. Hainbat faktoreren arabera dago, esaterako, zer lan duen eta, bereziki, familian zer zama dituen eta, bikotekidea izanez gero, horrekin partekatzen ote dituen.

Hain zuzen ere, azterlanak zalantzan jartzen ditu berdintasunari, osasunari, desberdintasunen zuzentzaile gisa osasun sistemak duen garrantziari edo gure gizartea ekitate handiagorantz izaten ari den bilakaera positiboari buruz ditugun estereotipoetako asko.

Azterlan honetan zaila izan da zehaztasun metodologikoa eta azalpen argitasuna bateratzea. Irakurleak arazo handiagoak izango ditu zati batzuetan, besteak beste, nolabaiteko espezializazio maila izatea dakarten estatistika-terminoak erabiltzen direlako. Beste zati batzuetan, ordea, sintesi edo ondorioei buruzko atalak ere aurkituko ditu, dibulgaziorako idatziak. Zenbait “laguntza” ere izango ditu (besteak beste, eranskin metodologikoa edo siglen glosarioa), oso ohikoak ez diren terminoak edo formulak hobeto ulertzeko.

Liburu honen hasieran, Frank Dobsonen aipamen buru-argi eta probokatzailerak dago: *“Osasun arloko desberdintasuna desberdintasunik okerrenera da. Ez dago desberdintasun okerragorik txiropa zarelako lehenago hilko zarela jakitea baino.”* Irakurleak honelako aipamen ugari aurkituko ditu testuan eta gure gizartea zein bidezkoa edo bidegabea den pentsaraziko diote.

*Iñigo Lamarca*  
Arartekoa

Vitoria-Gasteiz, 2007ko abuztua

## I. Kapituluak:

# OSASUN ARLOKO GIZARTE DESBERDINTASUNEI BURUZKO IKERKETAREN ESPARRU TEORIKOA

*Gaur egun, produktu edo gai berriak osasunerako toxikoak direla konturatzearekin batera, gizarte inguruabarrak eta gizarte antolakuntzako moduak osasunerako "toxikoak" direla ere ikusten ari gara. Hala ere, Wilkinsonek esan duen bezala, osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko azterlanetan aurkitu diren osasunerako arrisku ikaragarriak produktu toxikoen eraginpean jartzearen ondorioa balira, fabrikak berehala itxiko lirateke edo material toxikoak merkatutik kenduko lirateke.*

**Benach, 1997**

### 1.1. SARRERA

Litekeena da gizakion osasuna gehiago hobetu izatea azken berrogeita hamar urteetan, aurreko hiru milurtekoetan baino, eta, itxura guztien arabera, are gehiago hobetuko da datozen urteetan, bai, behintzat, munduaren zati handi batean. Aparteko garrantzia duen prozesua da; horren bidez, pertsonen bizi kalitatea eta ingurunearekiko duten erlazioa hobetu egin dira eta, horregatik, oro har, gaur egun ez gara lehen bezain ahulak zenbait kanpo arriskurekiko.

Hala ere, giza osasunaren zirriborro hori lausotu egiten da baliabide gutxien dituzten pertsonen abertzatzen baino osasun kaskarragoa dutela ikusita. Datuak esplizituak dira horren inguruan: nahikoa da aipatzea Japoniaren eta Zimbabweren arteko bizi itxaropenean antzematen den aldea berrogeita sei urtekoa dela (WHO, 2006), eta hogeitaz urtekoa Estatu Batuetako gizarte klaseen artean (Murray eta kideak, 1998). Gauza bera gertatzen da sexua, etnia edo bizilekua bezalako beste alderdi batzuekin. Horiek osasun adierazle hobeak edo kaskarragoak dituzten gizarte taldeak definitzen dituzte.

Gizarte baldintza horien ikerketak aspalditik piztu du interesa. Hala ere, laurogeiko hamarkadara arte, Erresuma Batuan lehenengo ikerketak kaleratu ziren arte, ez dira arlo honetan berrazko azterlanak argitaratu. Funtsean, kontu horri buruz atera diren ondorioek adierazten dute gizarte klase ahulenetako pertsonen osasun

adierazle kaskarragoak dituztela maila goragokoetakoek baino, aldagai sozioekonomikoa (errenta, hezkuntza, lanbidea...) edo osasun adierazlea (hilkortasuna, erikortasuna<sup>1</sup>...) nola neurtu diren aintzat hartu gabe.

Garrantzitsua da azpimarratzea erlazio hori ez dela muturreko gizarte taldeetara mugatzen (txiroenak eta aberatsenak), baizik eta gizarte osoan du eragina; horrek esan nahi du gizarte gradientea dagoela osasunean eta, horren arabera, gizarte eskalan behera egin ahala, pertsonen osasunak eta ongizateak ere okerrera egiten dute.

Bitxia bada ere, hainbat ikerketak agerian utzi du, neurri handiagoan edo txikiagoan, gizartearen beheko klaseetakoak diren edo auzorik txiroenetan bizi diren pertsonak ez dutela hain erraz onartzen klase faboratuenetakoek osasun hobea eta bizi itxaropen handiagoa dutenik (Macintyre eta kideak, 2005; Popay eta kideak, 2003; Blaxter, 1997). Era berean, osasun egoeran eragina duten faktoreen pertzepzioa ere aldatu egiten da pertsonen ezaugarri soziodemografikoen arabera (sexua, ikasketa-maila, gizarte klasea, bizilekua, egoera zibila eta seme-alaba kopurua) (Durán, 1983; Martín eta kideak, 1999).

Biztanle multzo baten bizi kalitatearen oinarritzko zutabe gisa, osasuna lehentasunezko arloa da gizarte batean banakako ongizatea nahiz ongizate kolektiboa bermatzen saiatzen diren gobernuetako agendetan. Hala ere, eremu politikoak osasuna eta bere faktoreak soil-soilik osasun zerbitzuen jardunaren produktu gisa hartu izan ditu eta, ia itsu-itsuan, medikuntza zientifikoaren aurrerapenen eta osasun teknologia aurreratuenen erabileraren esku utzi du biztanleen osasun egoeraren hobekuntza. Horregatik, herrialde gehienetan osasun politikari buruzko eztabaidek nagusiki osasun zerbitzuaren kudeaketa, finantzaketa eta egitura dituzte hizpide, nahiz eta inor ez dagoen ziur osasun laguntza pertsonen osasun egoeran eragiten duten aldagai anitzen artean faktore bat gehiago denik (Regidor, 2002).

Hala ere, azterlan ugari erakutsi dute osasun laguntzak biztanleen osasun egoera hobetzen izan duen eginkizuna mugatua izan dela; alderantziz, osasunaren beste baldintza batzuek, esaterako, osasun publikoko hobekuntzak, maila sozioekonomikoak eta hezkuntza-mailak eta bizimoduetan izandako aldaketek, eragin handiagoa izan dute, hainbat arrazoi direla medio, joan den mendean bizi itxaropena handitzen eta hilkortasuna murrizten. Thomas McKeownek hirurogeita hamarreko hamarkadan erakutsi zuen bezala, Ingalaterran eta Galesen tuberkulosiagatiko hilkortasun tasek behera egin zuten XX. mendean, aldi horretan bertan izan ziren berrikuntza terapeutikoak gorabehera (McKeown, 1976). Baieztapen horrek indartu egin zituen tesi biopsikosozialak<sup>2</sup> gaixotasunen azalpen eta bilakaeran eta zalantzan jarri zituen ordura arte ekoizpen zientifikoaren espektroan nagusi izan ziren azalpen biologizistenak<sup>3</sup>.

Izan ere, azterlan honetan ikusi ahal izango dugun bezala, osasuna fenomeno konplexua eta multikausala da eta, jatorria gizartean dagoenez, gainditu egiten ditu, definizioz, gure osasun sistemen jardunera mugatutako azalpen biologizistak. Horregatik, lan hau Osasunaren Mundu Erakundeak osasunaz ematen duen definiziotik abiatzen da; horren arabera, osasuna *ongizate fisikoa, mentala eta soziala erabatekoa den egoera da, eta ez soilik gaixotasun eza* (WHO, 1946). Horrela, zalantzan jarri zen gaixotasuna nagusiki biologikoa den gertakarizat hartzen zuen ikuspegi tradizionala eta gizarte ingurunearekin erlazioatutako alderdiak barneratzen dituen jarrera hartu zen.

<sup>1</sup> Erikortasuna biztanle multzo baten gaixotasunak eta gaitzak dira. Leku eta denbora jakin batean gaixotzen diren pertsonen proportzio gisa ere definitzen da.

<sup>2</sup> Ikuspegi biopsikosozialaren arabera, aldagai soziala eta psikologikoa garrantzitsuak dira osasuna eta gaixotasunaren prozesua ulertzekoan. Helburua esparru biologikoaren eta psikosozialaren artean zubiak egitea da, gaixotu eta osatzearen konplexutasuna azaltzeko.

<sup>3</sup> Eredu biologizistaren arabera, osasuna eta gaixotasuna neurgarriak diren aldagai biologikoetan (somatikoetan) oinarritzen dira, horiekin erlazioatutako alderdi psikologikoak eta sozialak kontuan hartu gabe.

## 1.2. GIZARTE EGITURA, DESBERDINTASUNA ETA OSASUN ARLOKO DESBERDINTASUNA

Beharbada diziplina soziologikoan ez dago *gizarte egitura* baino kontzeptu lausoagorik. Soziologiako ia ikuspegi guztielan definitua, gizarte errealitatea aztertzeko kontzeptu teoriko eta kategoria gisa Montesquieuk eta Spencerrek erabili zuten XVIII. eta XIX. mendeetan, nahiz eta 1377an ere aipatu zen Aben Jaldunen idazkietan (Giner eta kideak, 1998).

Labur-labur, esango genuke pertsonak hiltzen dituen gizarte ingurunea dela; jaio aurretik hor dago eta hil ondoren ere hor jarraitzen du. Zehazki, erakunde ekonomikoak (pertsonen euskarri diren ondasunak eta zerbitzuak ekoizti eta banatzen dituzte), sinesmen ideologikoak (erlijioa, kultura, politika...), hizkuntz kodeak eta gizarte erakundeak (ezkontza, familia, hezkuntza...) barneratuko lituzke, horiek arautzen baitituzte, azken batean, pertsonen arteko harremanak (Álvarez-Dardet eta kideak, 1995).

Gizarte egituraren ikerketa hainbat ikuspegi teorikotatik egin da. Horiek enfasi handiagoa edo txikiagoa jarri dute gizarteak gizabanakoarekiko eta jarduteko bere ahalmenarekiko duen nagusitasunean, baina guztiak garrantzi handia ematen diote gizarte egiturari hori egiten duten pertsonen euren bizi baldintzen modelatzaile gisa.

Nolanahi ere, ikuspegi estruktural eta funtzionalistagoa hartuta (Marx, Durkheim eta Parsonsena bezala, egitura gizabanakoari nagusitzen zaiola edo egiturak gizabanakoa hertsatzen duela dioena) nahiz jardulea egitura-sortzaile gisa aurkezten duen beste ikuspegi bat hartuta (interakzionismo sinbolikotik, fenomenologiatik eta etnometodologiatik gertu), azpimarratu behar da gizarte egituraren antolakuntzan desberdintasuna dagoela eta horrek pertsonak sailkatu eta hierarkizatu egiten ditu beren gizarte kategorien arabera.

*Gizarte desberdintasunaren* kontzeptuari dagokionez, honek gizarte egitura jakin batean pertsonak baliabideak eskuratzeko, bai kalitateari bai kantitateari begiratuta, dituzten aukeren arteko aldea adierazten du. Bestalde, berariaz osasuna aipatzen dugunean, desberdintasunak gizarte klase, sexu, etnia edo lurralde desberdineko pertsonen artean osasunari lotuta aukera eta baliabide desberdinak daudela adierazten du; horrek esan nahi du, beraz, gizarte egoera hobean dauden taldeek gainerakoek baino osasun egoera hobea izango dutela. Bestela esanda, zenbait faktorek (aberastasunak, hezkuntzak, lanbideak, talde etnikoak, sexuak, hirian edo landa-eremuan bizitzeak eta bizilekuko edo lanlekuko gizarte baldintzek) osasunaren eta gaixotasunaren banaketan duten eraginaz ari gara (Díez eta Peiró, 2004).

Desberdintasunaren edo ekitate ezaren kontzeptuak dimentsio etiko bat du, behar ez diren, saihesta daitezkeen eta bidegabeak diren aldeei egiten baitie aipamena<sup>4</sup> (Whitehead, 1990). Ildo horretatik, garrantzitsua da muga bat ezartzea, hortik aurrera osasun mailen arteko aldeak desberdinak direla esan ahal izateko, bi pertsonak osasun egoera desberdina izateak ez baitu esan nahi egoera bidegabea denik. Izan ere, Whiteheadek dio, aldeak aldaketa biologiko naturalen edo aukera kaltegarrien (hau da, osasun arloan esaten den bezala, libreki egindako aukeren) emaitza direnean, aurrean ez dugula gertakari “bidegabea” izango eta, beraz, ezin ahal izango dugu esan desberdintasuna dagoenik. Alderantziz, jokabide kaltegarriak ez direnean izan aukera librearen ondorioa, testuinguru fisikoan arrisku faktoreen menpe gaudenean edo osasun zerbitzuak behar bezala eskuratzeko aukerarik ez dagoenean, egoera “bidegabea” izango da eta, beraz, saihesteko modukoa (Whitehead, 1990). Hortaz, osasunari dagokionez, ekitateak

<sup>4</sup> Autore honen arabera, egoera bat desberdintzat (eta, beraz, ekitaterik gabekotzat) deskribatu ahal izateko, horren arrazoia bidegabetzat jo behar da erreferentziako testuinguru sozialaren gainerakoan gertatzen ari denarekin aldeatuta. Jargoi anglosaxoian, literaturak *diferentzia* (*inequality*) eta ekitate eza (*inequity*) bereizten ditu horiei dagozkien aldea eta desberdintasuna kontzeptuei buruz hitz egiteko, nahiz eta, pixkanaka, elkarrekikotasuna ezartzen joan den *inequality* (aldea) kontzeptuaren eta bidegabetzat jotzen diren desberdintasunen artean (*inequity*) (Leon eta kideak, 2005).

adierazten du halako egoera batean pertsona bakoitzak bere osasun ahala erabat garatu ahal izango lukeela eta, ondorioz, inork ez lukeela eragozpenik izango hori lortzerakoan.

Zenbait autorek azpimarratu dute zaila dela muga hori jartzea, hala eginez gero, osasun arloko gizarte desberdintasunaren definizio bakarra aurkeztea eragozten duten balio iritziak eman behar baitira. Beharbada horregatik, azterlan gehienek ez dute aurretik definizio argirik ez ekitate kontzeptuari buruz ez neurtu nahi den desberdintasun motari buruz (Regidor eta kideak, 1994; Murray eta kideak, 1999). Kontua da, definizio hori egiteko, beharrezkoa dela osasun egoeran dauden aldeak azaltzerakoan gizabanakoaren erantzukizuna edo gizarte egitura faktore nagusi gisa nabarmentzen dituen jarrera zehatza izatea.

Hortaz, osasun jokabideak norbere aukeraren baitan daude ala pertsonak kontrolatu ezin dezaketen tes-tuinguru sozialak baldintzatzen ditu? Osasun egoera kaskarra bizimodu jakin bat hautatzeko aukerarik ez egotearen emaitza da ala nork bere borondatez hartutako arriskuen ondorioa?

Kontzeptuzko eztabaida horiek eta ekitate kontzeptuari ematen diogun edukia alde batera utzita, bistakoa dena da XXI. mendearen hasieran herrialde guztiek dituztela osasun arloko gizarte desberdintasun garrantzitsuak. Ildo horretatik, esan behar da desberdintasun horiek nabarmen murriztu direla, termino absolutuetan, XX. mendean (gizarte egoera hobean nahiz ahulagoan dauden talde sozioekonomikoen hilkortasun tasek oro har behera egin dutelako), nahiz eta, termino erlatiboetan, hazi egin direla dirudien. Halaxe erakusten dute Europar berriki egindako hainbat azterlanek. Hauetan adierazle desberdinak erabili dira, besteak beste, bizi itzaropena, osasun egoeraren pertzepzio subjektiboa edo osasun zerbitzuez baliatzeko aukera, eta ondorioztatu da inguru faboratuena eta ahulena artean osasun arloko gizarte desberdintasunak areagotu egin direla Erresuman Batua, Italia edo Espainia bezalako herrialdeetan, baita Holandan eta Suedian ere, nahiz eta azken hauetan ongizate egoeraren eredia babesleagoa den eta birbanatze politikak biziagoak diren (Fernandez eta kideak, 2005; Shaw eta kideak, 2005; Kunst eta kideak, 2005; Whitehead eta kideak, 1997; Navarro, 1997). Era berean, herrialdeen arteko desberdintasunak ere handitzen ari dira eta, beraz, ez dute zalantzarik fenomeno hau osasun publikoaren XXI. mendeko problematarik garrantzitsuena dela esateko (Benach, 1997).

### 1.2.1. Gizarte klasearen kontzeptua osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketan

Gizarte klasea, edozein modutara neurtzen dela ere, funtsezko aldagaia da osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketan. Maila sozioekonomikoko neurri horien erabilera askotan kontrol aldagaia baino ez den arren eta ez, zehazki, aldagai argitzailea, gizarte klasearen ikuspegia barneratzen duen azterlan kopurua nabarmen gehitu da denboraren poderioz.

Gizarte klasearen kontzeptua Europako modernitatearen pentsamolde sozial eta ekonomikoarekin batera sortu zen eta gizarte feudala desagitearen ondorioz sortutako gizarte kapitalistaren dinamikako funtsezko dimentsioetako bat da. Marxek horren inguruan teorizatu zuenetik, gaur egun arte gehien eztabaidatu diren kontzeptuetako bat da<sup>5</sup>.

Soziologia modernoak arreta berezia jarri du gizarteetan pertsonak duten maila erlatiboa behar bezala detekta dezaketen gizarte klaseari buruzko neurrien garapenean. Kontzeptu hau deskribatzerakoan, beharrezkoa da erreferentziako bi teoriko sozialen ikuspegi klasikoak berriro hartzea, hots, Karl Marx eta Max Weber, soziologia garaikidean garatu den klaseen teoriaren ordezkariak. Izan ere, gizarte klaseen inguruko egungo eztabaidaren zati handi bat neomarxistek eta neowebtarrek garatzen dute.

<sup>5</sup> Iturria: Diccionario crítico de las Ciencias Sociales, Madrilgo Unibertsitate Konplutentsea. Honako helbide honetan eskura daiteke: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>.



Karl Marxek gizarte kapitalistaren analisi orokorra egin zuen. Bere ustez, klase harremanak ekoizpen harremanen barruan kokatzen ziren eta ekoizpen bitartekoen jabe izatea edo ez izatea zekarren. Ikuspegi teoriko honen emaitza gisa, Marxek bi gizarte klase identifikatu zituen gizarte kapitalistaren hasierako faseetan: burgesia eta proletarioa. Lehenak bigarrena esplotatu eta menperatzen zuten; aldiz, bigarrenak lan indarra baino ez zuten eta hori saldu behar zuten biziraun ahal izateko.

Max Weberrentzat, ordea, gizabanakoek gizarte maila ez zen soilik ekoizpen bitartekoak edukitzearen arabera zehazten, baizik eta hiru dimentsio batzuek oinarritzen zen: klasea, estatusa eta alderdia (edo boterea). Klaseak baliabideen jabetza eta kontrola adierazten zuten eta pertsonen errentan islatzen zen. Estatusa gizabanakoek komunitatean zuten izenak edo ohoreak finkatzen zuten; izen edo ohore hori hainbat faktore kultural eta sozialen ondorio zen, besteak beste, famili testuingurua, bizimodua eta gizarte sareak. Azkenik, boterea testuinguru politikoarekin erlazionatuta zegoen. Ondorioz, Weberrentzat klase egoerek merkatuan zeuden bizi aukera desberdinak islatzen zituzten; ikuspegi marxistan ez bezala, aukera horiek ez zekarten klasearteko borroka.

Gizarte industrializatuek gaur egun arte jasan duten eraldaketa izugarria dela eta, bi teoria horiek ezin dezakete egungo klase harremanen errealitatea interpretatu. Egungo gizarte egiturak Marxek eta Weberrek beren teoriaren oinarri gisa hartu zutenaren antza du; hori dela eta, horien esparru teorikoak autore desberdinek aztertutako eta, ondorioz, interpretazio neomarxistak (esaterako, Erik O. Wrightena) edo neowebertarrak (adibidez, John Glodthorpena) sortu dira.

Osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzerakoan, Black txostenaren argitalpenak (Townsend eta Black, 1982) eztabaida bizia hasi zuen desberdintasun horiek neurtzeko gizarte klaseko adierazle egokien inguruan. Beste fenomeno batzuekin gertatzen den bezala, zaila da justifikazio teoriko eta metodologiko nahikoa duen maila sozioekonomikoko adierazle bakarra identifikatzea. Maiz, erabiltzen diren maila sozioekonomikoko sailkapenak ez daude teorikoki nahikoa kontzeptualizatuta, ezta beren fidagarritasuna bermatzen duten beste sailkapen batzuekin behar beste alderatuta ere (Liberatos eta kideak, 1988). Era berean, eta gizarte klasea fenomeno dinamikoa eta aldakorra bihurtzen hasten den unetik aurrera (gizarteak aldatzen diren bezalaxe, gizarte klaseak ere eraldatu egiten dira), hari etengabe erabili behar zaio berrikuspen metodologikoa.

Mugapen multzo hori kontuan hartuta, osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzerakoan pertsonen maila sozioekonomikoa definitzeko gehien erabiltzen diren adierazleak bost taldetan laburbil ditzakegu:

1) **Klase okupazionala**, pertsonen klasea definitzeko beren lanbidean oinarritzen dena, gizarte epidemiologian asko erabili den neurria izan da; are gehiago, zenbait herrialdetan erabiliena ere izan da, esaterako, Erresuma Batuan, bertan, sistematikoki jaso baita bizi estatistiketan. *British Registrar General*, 1911n garatua, herrialde horretan gizarte klase okupazionala sailkatzeko lehen sistema eta sistemarik erabiliena izan zen eta, ondoren, beste testuinguru geografiko batzuetara zabalduta. Eskala horrek honela taldekatzen ditu lanbideak:

- I. taldea: profesionalak
- II. taldea: lanbide ertainak
- III. taldea (N): eskulangileak ez diren langile gaituak
- III. taldea (M): eskulangile gaituak
- IV. taldea: eskulangile erdigaituak

- V. taldea: langile ez gaituak
- VI. taldea: egoki deskribatu ez diren lanbideak

*British Registrar Generaleko* eskala lanbideak hierarkikoki graduatzeko erreferentzi gisa zehazki gizarte teoriaren bat hartzen ote zen argitu gabe sortu zen (Erresuma Batuko lanbideen sailkapen nazionalen oinarrituta) eta, hala, eskala horrek duen mugapena nahiz beste zenbait gaitutze aldera, hainbat autorek beste eskala batzuk prestatu dituzte (Liberatos eta kideak, 1988).

Hala ere, eskala britainiarra erabiliz gero, itxurazko tamaina duten taldeak aldera daitezke, hilkortasunean, erikortasunean eta osasun zerbitzuen erabilera alde handiak daudela egiazta daiteke eta lanbidea beste desberdintasun neurri batzuekin erlaziona daiteke (Borrell, 1996).

Sailkapen askok hartu dute erreferentzi gisa *British Registrar Generaleko* eskala gizarte klase okupazionala neurtzeko. Espainian, Domingok eta Marcosek (Domingo eta Marcos, 1989) eskala britainiarra egokitu zuten 1979ko lanbideen sailkapen nazionala (LSN) oinarri gisa hartuta. Ondoren, 1995ean, Espainiako Epidemiologia Elkarteke aditu talde batek (Grupo de Trabajo de la SEE, 1995) Domingo eta Marcosen sailkapenean eta John Goldthorpek proposatutako gizarte klasearen eredu (Goldthorpe, 1980) oinarritu ziren eskala berri bat proposatzeko. 1994ko LSNtik abiatuta, lanbideak gizarte klase berdinei esleitu zitzaizkion, 1979an bezala, nahiz eta, kasu honetan, 1994ko LSNk xehetasun handiagoa eskaintzen zuen. Lan baldintzei dagokienez (esaterako, kontratuaren iraupenari dagokionez) espezifikaziorik egiten ez denez, eredu horrekin ezin da kategorizazio neomarxistarik egin (Grupo de Trabajo de la SEE, 2000).

Gizarte klasea definitzeko lanbidea hautatzeak kontuan hartu beharreko eragozpenak ditu:

- Zaila da lan merkatutik kanpo geratzen diren pertsonen lanbidea esleitzea, besteak beste, etxean lan egiten duten emakumeei, ikasleei edo erretirodunei; halakoetan, esleitutako gizarte klasea zeharkakoa da, besteak beste, ezkontide, bikotekide, aita edo ama oinarri gisa hartuta.
- Eskuarki, klase okupazionalak ez ditu aintzat hartzen lanbidearen zenbait ezaugarri, esaterako, lan egindako ordu kopurua (lanaldi partzialak/lanaldi osoa) edo kontratuaren iraupena (aldi baterakoa/mugagabea).
- Klase okupazionalen tamainan eta esanahian eragina du herrialde eta une historiko bakoitzeko testuinguruak eta horrek zaildu egiten du nazioen artean eta denbora-tarte desberdinetan alde-raketak egitea (luzetarako azterlanak).
- Beharbada ez da oso egokia langabezian edo lanik egin gabe denbora asko daramaten pertsonen gizarte maila gisa azken lanbidea esleitzea, bereziki, sistema kapitalistaren egungo garapen egoera ikusita; izan ere, sistema horretan pertsona asko lan merkatutik bota egiten dira eta beren lan bitzita laburtu egiten da, beranduago sartu eta goizago atera direlako.
- Gizarte klase okupazionalen neurriak gizonezko langilearen profileen oinarrituta sortu dira; hori dela eta, emakumeek egiten duten lana (lan merkatuko sektore zehazetan bildua) ez da behar bezala jasota eta zehaztuta geratzen eta beren bikotekidearen lanbidean oinarrituta ateratzen den gizarte klasea esleitu izan zaie.

2) **Hezkuntza-maila:** gizarte klase okupazionala maila sozioekonomikoko adierazle gisa erabiltzearen oztopo horiek ikusita, beste ezaugarri batzuk alde batera utzita pertsona bakoitzari esleii dakizkiokeen

eta, gainera, biltzeko errazagoak diren beste neurri batzuk proposatu dira. Ildo horretatik, hezkuntza-mailak muga horiek gainditzen ditu eta, gainera, klase okupazionalarekin (Alonso eta kideak, 1997), diru-sarrerekin eta bizi mailarekin (Liberatos eta kideak, 1988) lotura handia erakusten du.

Lanbidearekin gertatzen den bezala, hezkuntza-maila maila sozioekonomikoaren adierazle gisa erabiltzeko abantailak eta eragozpenak ditu. Alde batetik, hezkuntza herrialdeen artean erraz aldera daitekeen eskala ordinal gisa agertzen da. Gainera, pertsonen bizitzan klase okupazionala baino egonkorrago mantentzen den ezaugarria da, nahiz eta horrek ez duen zertan abantaila izan behar, gizarte mugikortasun handia dagoenean, lortutako ikasketa-maila gorenaren arabera sailkapenak behar bada ez baitu egoki islatuko gizarte mailako aldaketak osasun egoeran eragin dituen gora-beherak (adibidez, langabezian geratzen diren edo pentsiodun, erretirodun, etab. bihurtzen diren langileak).

Funtsean, ikasketa-maila Erresuma Batutik kanpo erabili da (Holanda, AEB, Finlandia...), herrialde horretan onartu baita eskolatzeko urteetan, gutxienez orain arte, aldakortasun txikiagoa zegoela, biztanle gehienek prestakuntza-maila txikia zutelako edo prestakuntzarik ez zutelako; hori dela eta, ez zen behar bezala bereizten (Macintyre, 1997). Era berean, egun derrigorrezko eskolatzeko gutxieneko adina ezartzeak (Espainiaren kasuan, 16 urte) mailarik txikiak homogeneizatzen ditu hezkuntzan eta ia erabat ezabatzen du analfabetismoa. Hortaz, hezkuntza-mailak “adin taldea” izeneko ondorioa dakar berekin eta beharrezkoa da hori kontuan hartzea osasun egoeran eta gaixotasunean duen eragina ikusteko eta belaunaldien arteko alderaketak egiteko (Liberatos eta kideak, 1988).

Era berean, beharrezkoa da aintzathartzea hezkuntza-mailei dagokien lurraldeen artean (esaterako, autonomi erkidegoen artean) dauden aldeak hezkuntzak errentan edo lanbidean duen ondorioan ere aldeak eragin ditzaketela eta gaizki-uleratuak sor daitezkeela hezkuntza-maila zehatz bat izateak leku batean edo bestean izan dezakeen balio ezberdina gogoan izaten ez badugu.

- 3) **Errenta-adierazleak** eta ondasun materialak (autoa, etxebizitza...) tradizioz AEBetan erabili izan dira, baina baita Europako beste zenbait herrialdeetan ere (adibidez, Erresuma Batuan), klase okupazionalaren osagarri gisa. Horrekin, etxeoandreei edo erretirodunei klase okupazionala esleitzeak dakarren zailtasuna gainditzen da, baina interpretatzeko zaila da, erantzunik ez jasotzeko tasa altua izan ohi du, denboran ezegonkorra da eta ez du argi eta garbi azaltzen zein den jabetza materialen eta osasunaren arteko kausalitate norabidea<sup>6</sup>. Gainera, pertsonaren adinarekin erlazionatuta ere badago eta, beraz, “adin taldea” izeneko ondorioa eragin dezakeen beste adierazle baten aurrean gaude.
- 4) Elkarre bateko **postua** ere erabili da adierazle sozioekonomiko gisa, erabilgarria baita hierarkia bateko maila desberdinek pertsonen osasunean duen eragina ikusteko (Marmot eta kideak, 1978).
- 5) **Inguru adierazleak edo adierazle ekologikoak** pertsona-multzo bat bizi den inguruaren gizarte osaera deskribatzen duten neurri osagarriak dira. Bereziki interesgarriak dira, banakako datuetan jasotzen ez diren pertsonen aplikazioak. Hala ere, adierazle mota hau kontu handiz erabili behar da akats metodologikorik ez egiteko, besteak beste, “*falazia ekologikoa*”; akats hori taldeari edo inguruari buruzko datuetan oinarrituta banakako ondorioak (hau da, banakako aldagaien arteko erlazioen inguruko ondorioak) ateratzean datza. Bestela esanda, populazioetan (agregatueta) aurkitutako emaitzak gizabanakoetan modu berean islatzen direla ziurtat jotzea. Hala ere, horren abantaila handiena da banakako azterlanetan aztertu ezin daitezkeen testuinguruari lotutako faktore sozial, geografiko eta komunitarioak hartzen dituela kontuan (Schneider eta kideak, 2004).

<sup>6</sup> Kausalitate norabideak fenomeno bat azaltzerakoan kausa zein den eta ondorioa zein den ezartzen du.

Joera honen adibide gisa, demagun azterlan ekologiko batek zenbait komunitatetan erlazio positiboa detektatzen duela populazio protestanteari dagokion ehunekoaren eta suizidio tasen artean. Emile Durkheimen *Le Suicide* (“Suizidioa”) lanean (Durkheim, 1928) deskribatu zen errealitate horretan oinarrituta, protestantea izatea nork bere buruaz beste egiteko arrisku faktorea izan daitekeelako inferentzia erabat okerra izan daiteke (falazia ekologikoa), litekeena baita komunitate horietan suizidio gehienak pertsona katolikoen artean gertatzea; horiek, gutxiengoa direnean (hau da, protestanteen ehunekoa altua denean), sozialki isolatuagoak egon ohi dira eta, beraz, bere buruaz beste egiteko arrisku handiagoa erakusten dute (Szklo eta Nieto, 2003).

### **1.3.OSASUN ARLOKO GIZARTE DESBERDINTASUNAK AZALTZEKO EREDUAK**

Testuinguru sozialaren eta osasunaren arteko kate kausala ezartzeak zailtasun kontzeptual eta metodologikoak dakartza, erlazio horretan dagoen faktore-mordoagatik (Singh-Manoux, 2005; Popay eta kideak, 2003). Black txostenean (Townsend eta Black, 1982) lau azalpen posible ematen ziren osasun arloko gizarte desberdintasunen jatorriari buruz. Txosten hori argitaratu zenetik, ondorengo azterlanetan berrikuspenak egin dira, kasu batzuetan, aipatu ez ziren beste faktore batzuk gehituta eta beste batzuetan, berriz, txostenean jasotakoak zehaztuta. Ekarpene horiek guztiak gogoan izanda, osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko eredu argitzaile garrantzitsu hauek aipa daitezke:

- Gizarte hautespena
- Faktore materialak edo egiturazkoak
- Faktore psikosozialak
- Osasunarekin erlacionatutako ohiturak edo jokabideak
- Osasun zerbitzuak
- Bizi-bilakaeraren ikuspegia
- Eredu argitzaile integralak

#### **1.3.1. Gizarte hautespena**

Eredu honen arabera, osasunak pertsonen maila sozioekonomikoa zehazten du. Hau da, osasun kaskarra duten pertsonak gizarte hierarkiako mailarik ahulenetarantz joko dute eta osasuntsuago daudenek, berriz, altuenetarantz. Gizarte mugikortasuna gizarte mailari dagokionez pertsonen bizitzan izandako aldaketak dira, bai beren gurasoen bizitzarekin alderatuta bai eurenarekin, aurreko garai bat hartuta. Gizarte mugikortasuna belaunaldi batean (belaunaldi barneko hautespena) edo bi belaunaldiren artean (belaunaldi arteko hautespena) gerta daiteke. Era berean, hautespen hau zuzeneko izan daiteke, osasunak maila ekonomikoa zuzenean zehazten duenean, edo zeharkakoa, haurtzaroan eraginkorrek diren eta osasunean eragina duten faktore jakin batzuek (gabezia materialak edo hezkuntzak) heldutasunean osasuna eta mugikortasuna mugatzen dutenean (Borrell eta Benach, 2003b).

Ikuspegi horrek bideratu ditu hainbat herrialde azpigaratutako osasun sistemek garatutako esku-hartzeak eta OMEren gomendioak; horiek populazio txiro osasuntsu bihurtu nahi izan dituzte osasun kaskarreko populazio txiroak, horrela, gaixotasunaren eta pobreziaaren arteko lotura hautsiko litzateke-

elakoan, populazioaren osasuna oro har hobetzeak hazkunde ekonomiko iraunkorra ekarriko bailuke (Feachem, 2000; Leon eta kideak, 2005).

Ikuspegi horren alde, zenbait azterlanek frogatu dute nolabaiteko gizarte mugikortasuna gaixotasun jakin batzuk izatearekin erlazionatuta dagoela, esaterako, eskizofrenia, bronkitisa, gaixotasun kronikoak eta ezgaitasun iraunkorrak. Era berean, jokabide ez osasungarriek, antza, eskola-porrotarekin zerikusia dute, erabakigarria dena heldutasuneko maila sozioekonomikoan (Pereiro eta kideak, 1999). Hala ere, osasun arloko gizarte desberdintasunak gizarte hautespenaren eraginetik harantz doaz eta, horregatik, ikuspegi hori ez da gai haiek behar bezala azaltzeko. Ildo horretatik, luzetarako zenbait azterlanek ez dute ebidentziarik aurkitu gizarte klasea dela eta hilkortasunean dauden desberdintasunak hautespenaren ondorioa direla esateko (Fox eta kideak, 1982; Smith eta kideak, 1990; Regidor eta kideak, 1994); beste batzuen arabera, hautespenaren ondorio den gizarte mugikortasunak desberdintasunak mantendu ditu, gehitu ordez (Bartley eta Plewis, 1997).

Hala ere, osasun arloko gizarte desberdintasunak azaltzeko eredu hau erabilgarria izan daiteke, ez osasun zerbitzuen egitura finkaturik ez Estatuaren gizarte babeseko sarrerik ez egotearen ondorioz, gaixo dauden pertsonak nekez gaindi daitezkeen txirotze dinamiketara hurbiltzen direnean (La Parra, 2002). Horregatik, testuinguru jakin batzuetan, beharrezkoa da bi alderdi horiek, hots, pobrezia eta osasuna, erlazionatuta integratzen dituzten eta bi aldagaien horien artean atzeraelikatadurako gurrpilak egon daitezkeela islatzen duten ereduetan oinarritutako analisia egitea (Leon eta kideak, 2005).

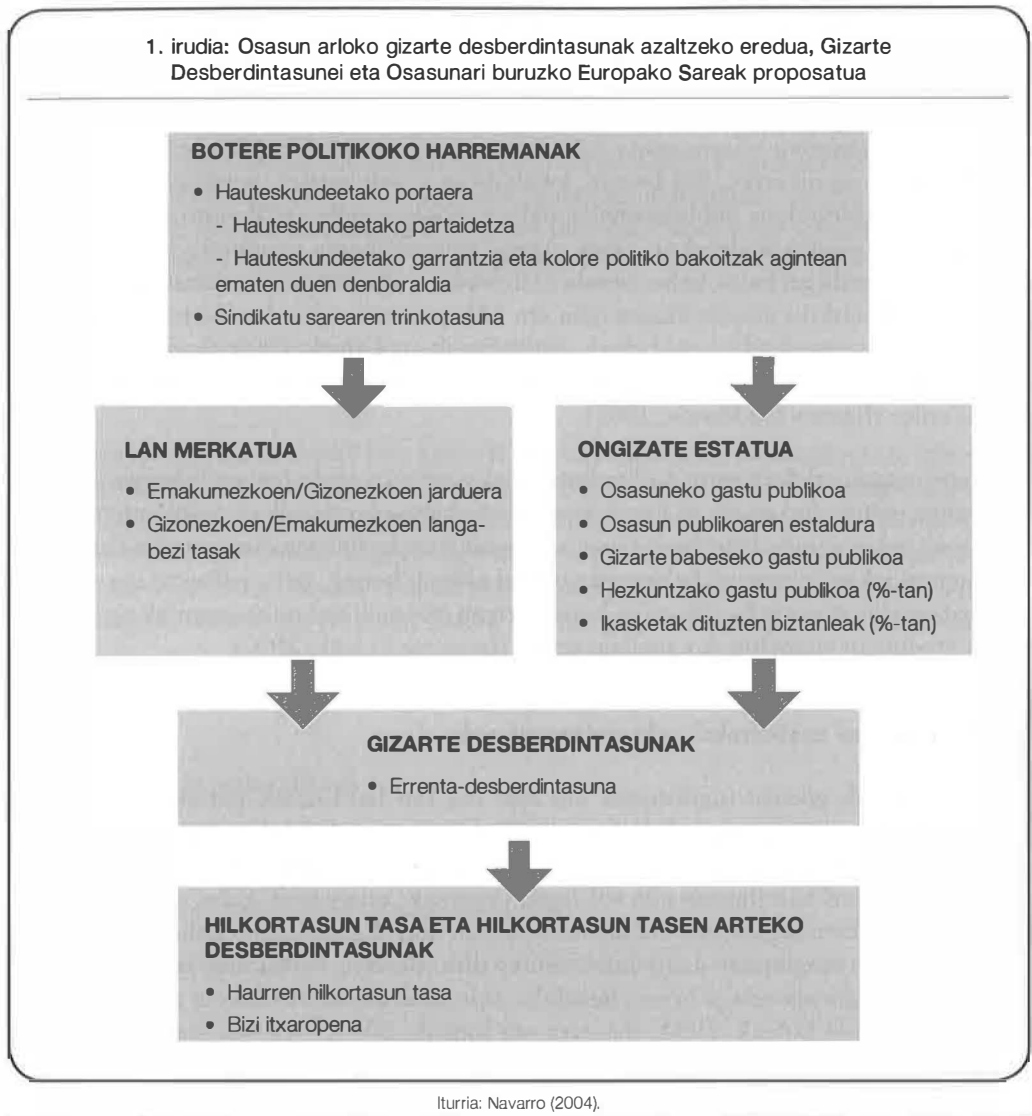
### 1.3.2. Faktore materialak edo egiturazkoak

Ikuspegi honek gizarte inguruneak eta bizi eta lan baldintzek pertsonen osasun egoeran duten eginkizuna uzten du agerian. Ildo horretatik, diru-sarrera txikiekin, langabeziarekin eta bizilekuko ingurune fisikoak edo etxebizitzaren baldintza txarrak ekarritako arriskuekin zerikusia duten egoeren eraginpean neurri handiagoan edo txikiagoan egoteak, zalantzarik gabe, osasun arloko gizarte desberdintasunak sortzen lagunduko du; desberdintasun horiek gizartearen beheko taldeak gizarte ingurune kaskarragoaren eraginpean daudelako sortuko dira (Borrell, 1996). Ildo horretatik, hainbat azterlanek enplegua, langabezia edo pobrezia bezalako alderdiak osasun fisiko eta mentalarekin erlazionatu dituzte (Garrido eta kideak, 1994; Artazcoz eta kideak, 2004; Virtanen eta kideak, 2005; Mathers eta Schofield, 1998).

Osasun arloko gizarte desberdintasunen interpretazio mota honetan Ongizate Estatuko zerbitzuek (hots, gizarte gastuak, osasun sistemak, hezkuntza-sistemak, gizarte zerbitzuek eta ezarpen politikak) duten hedaduraren eta kalitatearen garrantzia azpimarratu behar da pertsonen osasunaren faktore erabakigarri gisa, azken batean, erabil daitezkeen baliabide publikoek gizabanakoek beren osasuna zaintzeko dituzten aukeretan eragiten baitute (Lynch eta kideak, 2000). ELGAko herrialdeetan eta Espainian egindako azterlanek faktore eta adierazle horien artean (besteak beste, heriotza goiztiarren tasa eta jaiotzako bizi itzaropena) dagoen erlazioa erakusten dute (Rodríguez-Sanz eta kideak, 2003; Navarro eta kideak, 2006).

*Gizarte Desberdintasunei eta Osasunari buruzko Europako Sareak* proposatutako eredu argitzaileak planteamendu hori hartzen du oinarritzat. Ondorengo irudian ikus daitezkeen bezala, baldintza sozioekonomikoak, ikuspegi honetatik, botere politikoko harremanen, Ongizate Estatuaren izaeraren eta unean-unean dagoen lan merkatuaren ondorioa izango liriteke (beste eredu batzuetan, baldintza sozioekonomikoak osasuneko desberdintasunen azken faktore gisa hartzen dira).

1. irudia: Osasun arloko gizarte desberdintasunak azaltzeko eredia, Gizarte Desberdintasunei eta Osasunari buruzko Europako Sareak proposatua



Hala ere, faktore material eta egiturazko hauek aztertzerakoan, horiek zehazki osasun mailan nola eragiten duten eta diru-sarrera baxuekin erlazionatutako bizi ereduak zer garrantzi duten oraindik argitu gabeko kontuak dira (Mackenbach eta kideak, 2002; Evans, 1996; Borrell, 1996).

### 1.3.3. Faktore psikosozialak

Faktore materialen edo egiturazkoen ikuspegitik osasun arloko gizarte desberdintasunen jatorriari buruz dauden ezagutza-hutsuneak edo azaldu gabeko alderdiak ikusita, Wilinon, Marmot eta Kawachi bezalako autoreek iradoki dute beharrezkoa dela faktore psikosozialak tartean egon daitezkeela ere kontuan hartzea.

Ikuspegi honen abiapuntua da per capita errenta altuena duten herrialdeetan errentako desberdintasuna bizi itxaropena eta hilkortasuna bezalako adierazleekin eta osasunari lotutako beste aldagai batzuekin erlazionatuta dagoela (Kawachi eta Kennedy, 1999; Wilkinson, 1997). Horregatik, banakako diru-sarrera absolutuetatik haratago, korrante horrek dio gizabanakoen osasun egoera beren diru-sarrerek gizarte eskalan duten toki erlatiboaren arabera eta oro har gizartearen batez bestekora heltzeko dagoen distan-

tziazen inguruko norbere pertzepzioaren arabera dagoela, eta ez hainbeste aberastasun edo txirotasun maila absolutuaren arabera (Murray eta kideak, 1999).

*Whitehall* azterlanak ikuspegi honen erreferentzi puntua dira (Marmot eta kideak, 1978; 1991). Horietan, hirurogeita hamarrek hamarkadaz geroztik Erresuma Batuko funtzionario publikoen arteko hilkortasunak eta erikortasunak zuten gizarte gradienteaz aztertu zen. Aztertu zuten biztanleriaren ezaugarriak ikusita (lan egonkorra zuten eta beste sektore batzuetako arrisku fisikoen eraginpean ez zeuden funtzionarioak), azterlan horiek ezin esan zezaketen hilkortasunaren eta erikortasunaren arteko aldeak gabetze edo txirotasun egoerekin zerikusia zutenik eta ondorioztatu zuten multzo osoan eragina zuen gizarte gradienteaz zegoela (lanbideak ezartzen zuen hierarkiaren arabera banatua). Hortaz, txirotasunarekin zerikusirik ez zuten eta gizarte eskalan pertsonak zuten toki erlatiboarekin erlazioatuta zegoen elementu batek azalduko luke osasun arloko gizarte desberdintasunen jatorria (Evans, 1996). Evansen arabera:

*“Osasunean oso eragin handia duen eta hierarkiari berari lotuta dagoen zerbait dago. Horrek guztiongan eragiten du eta ez bakarrik abantailarik ez duen, gizartetik kanpo dagoen eta, norberaren afiliazio ideologikoaren arabera, mesprezua edo maitasuna merezi duen gutxiengoa. Eta ondorio nabarmenak ditu” (7. or.).*

Ikuspegi horretan, errenta-desberdintasunaren eta osasunaren arteko erlazioetan eragina izango luketen bitarteko mekanismoak askotarikoak izango lirarteke. Alde batetik, ondorio psikosozialak hartu beharko lirarteke kontuan, hots, nor bere buruarekiko konfiantzarik eza eta lotsa; horiek gizabanakoak desberdintasunean oinarritutako gizarte batean bere buruaz egingo lukeen konparaziotik sortzen dira. Bestalde, kohesioaren eta gizarte kapitalaren gainbeherak (neurri handi batean berdintasun gutxiko gizarteetan) antsietate, estres eta aurkakotasun kuota altuagoak ekarriko lituzke eta horrek pertsonen osasunean eragingo luke (Kawachi eta kideak, 2004; Leon eta kideak, 2005).

### 1.3.3.1. *Gizarte laguntza, gizarte kapitala eta osasuna*

Osasun arloko gizarte desberdintasunen interpretazio psikosoziala ulertzeko funtsezko alderdi bat gizarte laguntza da. Hori definitzea ez da erraza, termino horren definizio aniztasunak bat egiten baitu hori ikertu duten azterlanen ugaritasunarekin. Gizarte zientzietatik datorren kontzeptua da, Bourdieu eta Putmanek egindako ekarpenetan oinarrituta, eta 90eko hamarkadatik aurrera, osasuneko ikerketaren arloan barneratzen joan da pixkanaka. Stansfelden arabera, beste pertsona batzuek emandako baliabide multzoa da, edo gizabanakoei maite dituztela, zaintzen dituztela, estimatzen dituztela eta aintzat hartzen dituztela eta komunikazioan eta elkarrekiko betebeharretan oinarritutako gizarte sareko parte direla pentsarazten dien informazioa (Stansfeld, 1999).

Azterlan ugari erlazioatu dute gizarte laguntza hilkortasunaren eta gaixotasun fisiko eta mentalaren moduko aldagaiekin. Aitzindarietako bat *Alameda County Study* izan zen (Berkman eta Syme, 1979). Horren bidez, gizartearekin lotura eta harreman gutxi zuten pertsonen artean hilkortasun tasa altuenak zeudela frogatu zen. Ordutik aurrera bai AEBetan bai Europan egindako ikerketek joera hori berretsi dute eta gizarte integrazio handiagoa hilkortasunarekin eta bizi itxaropenarekin erlazioatu dute. Orobat, Kawachik (Kawachi eta kideak, 1996) berretsi zuen gizarte isolamendua kausa kardiobaskular, istripu eta suizidioengatiko hilkortasunarekin erlazioatuta zegoela.

Gizarte laguntzarena bezala, gizarte kapitalaren kontzeptua ere oso garrantzitsua da osasun arloko gizarte desberdintasunen ikuspegi psikosozialerako. Lehenengoak ez bezala (hori gizabanakoetan oinarrituta definitu zen), talde edo komunitate izaera du eta taldeetan elkarlana errazten duen sare, arau eta balio partekatuen multzo gisa definitzen da (OECD, 2000). Gizarte kapitala egoteak komunitate bateko kideen artean elkarrekiko konfiantza eta errespetua izatea bultzatuko du, baita bertako jardueretan eta elkar-

teetan parte-hartze aktiboa izatea ere; horren ondorioz, norberak hobeto baloratzen du osasuna (Hyppää eta Mäki, 2001; Veenstra eta kideak, 2005), botika gutxiago erabiltzen dira (Johnell eta kideak, 2004) eta hilkortasuna txikiagoa da (Kawachi eta kideak, 1997).

Hala ere, ez dira alde batera utzi behar gizarte kapitalaren teoriari eta horrek osasun arloko gizarte desberdintasunak argitzeko duen ahalmenari buruz egin diren kritikak (Muntaner, 2004). Hori erabiltzea egokia ote den zalantzan jartzen duten arrazoibiderik garrantzitsuenak honako hauek dira, laburbilduta (Waterson eta kideak, 2004):

- 1) Ez dago adostasunik gizarte kapitala osatzen duten alderdiei dagokienez, ikerketa desberdinek norabide desberdinak hartzen baitituzte osasunarekin zein elementu erlazionatzen diren adierazterakoan (konfiantza, gizarte partaidetza, segurtasuna...).
- 2) Hainbat azterlanek lotura ahulagoa agertzen dute gizarte kapital edo laguntzaren eta osasunaren artean, faktore sozioekonomikoen eta osasunaren artean baino.
- 3) Maiz, generoa eta adina gizarte kapitalari eta osasunari buruzko azterlanetan alde batera utzi izan diren kategoriak izan dira, nahiz eta horiek lotura zuzena duten gizarte kapitalaren teoriarik interes handikoa den estresa bezalako alderdi batzuekin.
- 4) Litekeena da gizarte kapitala komunitateetan ongizate eta osasun sortzaile gisa sustatzen duen diskurtso zientifikoak, politikariak salbuesten aritzea Ongizate Estatua garatuko duten programa publikoetan inbertitzetik. Horrela, ongizatea sortzeko eginkizun hori komunitate lokalen esku geratzen ariko litzateke eta, hala, pertsonak izango lirateke beren egoeraren erantzule (*victim-blaming*).

Era honetako kritikek eztabaida bizia sortu dute egungo gizarte epidemiologian ikuspegi materialistenen aldekoak direnen eta ikuspegi psikosozialen aldekoak direnen artean. Zenbait autoreren arabera, jarrera horiek ez lukete elkarren aurka egon behar, osasuna hobetzeko, beharrezkoa baita baliabide materialak eskuratzea eta horiei onura ateratzeko gaitasuna izatea; hori pertsonak dituzten gizarte harremanen arabera egon ohi da. Autore horiek diote ikuspegi materialista eta egiturazkoak arrazoiak duela honakoa dioenean: alegia, gizarterik aurreratuenetan ere, gizartearen beheko klaseek gabetze material handiagoa jasaten dutela eta horrek eragin zuzena duela beren osasunean. Bestalde, beren ustez, tesi psikosozialak zuzen daude honakoa diotenean: alegia, gizarte bidegabean bizitzeari lotutako pertzepzioek hainbeste ahul ditzakete gizarte sareak, non biztanleriaren osasuna modu adierazgarrian ahul baitezakete. Hala, autore horien arabera, jarrera bat edo beste baieztatzen duen froga nabaririk ez dagoenez, bi ikuspegiak baliozkotzat jo behar dira. Azalpen psikosozialaren zenbait jarraitzailek ere esandakoari jarraiki (Marmot eta Wilkinson, 2001; Kawachi eta kideak, 2002; 2004), bi ikuspegiak ez dute elkar baztertzen, baliabide material garrantzitsu guztiek ere bai baitute alderdi psikosoziala, eta alderantziz.

Zalantzarik gabe, eztabaida hori interesgarria da, desberdintasun sozioekonomikoaren eta osasunaren artean dauden kausa zehatzak identifikatzeaz gain, ikuspegi baten edo bestearen alde egoteak jarrera zehatz bat izatea dakar osasun arloko gizarte desberdintasunak murriztera bideratutako politika publikoak prestatzerakoan.

#### 1.3.4. Osasunarekin erlazionatutako ohiturak edo jokabideak

Bizi ohitura gehienak (erretzea, dieta, alkohol kontsumoa edo ariketa fisikoa) gradiente sozioekonomikoaren arabera banatzen dira eta, beraz, osasunerako arrisku faktore ezagunak ohikoagoak dira gizarte eskalan behera egin ahala (Gutiérrez eta kideak, 1994; Regidor eta kideak, 2001b). Hala ere, osasun



arलोko gizarte desberdintasunen jatorria banaketa ezberdin horretatik abiatuta azaltzen saiatzea ez da hain erraza, herrialde garatueta egin diren luzetarako zenbait azterlanek erakutsi duten bezala, gizarte klasearen eta osasun egoeraren edo hilkortasunaren arteko lotura mantendu egiten da analisisian faktore horiek kontrolatu ondoren (Lantz y col, 1998; 2001; Regidor, 2002). Izan ere, zenbait azterlanek osasun arलोko gizarte desberdintasunak aurkitu dituzte (esate baterako, hilkortasun kardiobaskularrean) maila sozioekonomikoaren arabera, baina horiek ezin izan dira azaldu tabako kontsumoari, arteria-presioari, kolesterolari edo glukosarekiko intolerantziari lotutako desberdintasunekin (Ferrie eta kideak, 2002). Beste azterlan batzuek ere desberdintasun horiekin egin dute topo tabako kontsumoa jarduera fisikoarekin, alkohol eta tabako kontsumoarekin, gizentasunarekin eta lo ereduarekin uztartu ondoren (Haan eta kideak, 1987). Tabako kontsumoaren eredia eta beste arrisku faktore batzuk alde batera utzita, hainbat azterlanek frogatu dute maila sozioekonomikoen artean dauden hilkortasuneko desberdintasunak beti egon direla hor (Townsend eta kideak, 1994; Phelan eta kideak, 2004).

Hortaz, garbi dago osasunarekin erlazionatutako jokabideak ez direla norberaren aukeraren emaitza, baizik eta gizarte egituraren baldintzei lotuta daudela. Blanen arabera (Blane, 1985):

*“Literaturan barreiatuta daude lan arriskutsua edo dieta desegokia bezalako banakako faktoreek osasunean duten eragina ikusteko azterlanak. Faktore horiek banan-banan azter daitezkeen arren, garrantzitsua da gogoan izatea horien jatorria gizarte egituraren egon daitekeela, maila ertaineko fenomeno bidez, besteak beste, errentaren eta aberastasunaren banaketa eta industriaren antolakuntza...” (434-435 orr. Itzulia)*

### 1.3.5. Osasun zerbitzuak

Osasun arलोko gizarte desberdintasunen jatorria azal dezaketen kausen multzoa osasun zerbitzuen egin-kizunarekin osatzen da. Ildo horretatik, osasun arलोko gizarte desberdintasunak azaltzeko kontuan izan behar da gizartearen beheko klaseek aukera txikiagoa dutela prebentziozko osasun zerbitzuak, arreta espezializatua, kalitatezko zerbitzu osatzaileak eta zainketa aringarrietako zerbitzuak eskuratzeko (Wagstaff, 2002; Borrell, 1996; Borrell eta Benach, 2003b). Era berean, gogoan izan behar da sozioekonomikoki faboratuenak diren eremuek, ezarri diren higieie publikoko eta gizarte eta hezkuntzaren alorreko neurriei esker osasun egoera hobea izanda, are onura handiagoa aterako diotela osasun arretaren jardunari, beharbada biztanleek gaitasun handiagoa izango baitute mezuak ulertu eta horiek ekintza osasungarri bihurtzeko (Ortún eta kideak, 2004).

### 1.3.6. Bizi-bilakaeraren ikuspegia

Osasun arलोko gizarte desberdintasunak azaltzeari buruzko eztabaidan, ahaztu egin izan da denboraren garrantzia eta duela gutxi baino ez dira hasi garatzen luzetarako eredu argitzaileak; hauen arabera, gizarte desabantailan egoteak, oro har, ez du berehalako eragina osasunean (Leon eta kideak, 2005).

Ikuspegi biopsikosozialetik, gaixotasuna pertsonen bizitzan agertzen diren arrisku faktore desberdinen pean une oro egotearen emaitza da eta, ildo horretatik, haurtzaroan denbora luzez estatus sozioekonomiko baxuko ingurunean bizitzeak, neurri handi batean, heldutasuneko osasun ohiturak edo jokabideak (Van de Mheen eta kideak, 1998) eta tuberkulosiaren edo urdaileko minbizia bezalako gaixotasun jakin batzuen prebalentzia (Rico, 2002) zehazten dituela frogatu da. Ikuspuntu horretatik, osasun arलोko gizarte desberdintasunak bizitzan hainbat desabantaila ekonomiko eta sozial metatzearen ondorioa izango lirake.

Bizi zikloaren ikuspegi hau babesten duten teoretiko bat *Barkerren hipotesia* izeneko da. Hipotesi hori David Barkerrek landu zuen, Britainia Handian egin zituen aurkikuntzetan oinarrituta eta, ondoren,

berretsi egin dute bai Europako beste herrialde batzuetan bai Asian, Australian eta Estatu Batuetan egindako ikerketek (Curhan eta kideak, 1996; Forsdahl, 2002; González eta kideak, 2006). Barkerren hipotesiaren arabera, zenbait gaixotasun, esaterako, kardiobaskularrak, bizimoduari lotuta dauden faktoreek (koipeki saturatuta aberatsa den dieta, egoneko bizitza eta tabako kontsumoa) aurrez genetikoki joera dutenei eragiten dietela esateak alde batera uzten du fetu aldian diharduten faktoreen garrantzia. Horrela, umetokiaren barneko hazkunde txarra, haurdunaldiko nutrizio kaskarraren ondorioz eta pisu gutxirekin jaiotzean islatua, heldutasunean gaixotasun jakin batzuk izateko arrisku handiagoarekin erlazionatuko litzateke (Barker eta Clark, 1997).

Barkerrek argudiatu zuen osasunean zeuden gizarte desberdintasunak hamarkada bat edo bi lehenago zeuden gizarte baldintzetan oinarrituta azaldu behar zirela; horiek amaren egoera fisiko eta mentalean eragina izango zuketan eta horiek, berriz, fetuarenean eta, hala, heldutasunean gaixotzeko eta goiz hiltzeko aukera handiagoa egongo zatekeen.

Bizi-bilakaeraren ikuspegi hau osasun arloko gizarte desberdintasunen azterketan barneratzeak aldagai sozioekonomikoen eta osasunaren artean diharduten mekanismo kausalen konplexutasuna aztertzen eta hobeto ulertzen laguntzen du, denboraren aldagaiari esker, zein faktore datorren lehen eta zein ondoren bereizten baita. Hala ere, gogoan izan behar da ez dela erraza ikustea gizarte desabantailako egoera desberdinek une jakin batean zein eragin zehatz duten osasunean (Rico, 2002).

Ikuspegi horrek desberdintasunak “joera leihoak” gisa interpretatzeko bidea ematen du (Mackenbach eta kideak, 2002). Kontzeptu horren arabera, pertsonen arrisku faktoreen pean egotearen ondorioekiko joera handiagoa dute bizitzako aldi jakin batzuetan beste batzuetan baino. Ildo horretatik, luzetarako ikuspegi honen aurkikuntzarik interesgarriena da osasun arloko gizarte desberdintasunak heredatu egiten direla, gabetze materiala, pobrezia eta gizarte marjinazioa bezalako gizarte baldintzek bizitzako aldi oso goiztiarretan duela eragina osasunean (bereziki, haurdunaldian eta lehen haurtzaroan) eta gizabanakoaren bizi ziklo guztian egoten dira hor (Rico, 2002).

### 1.3.7. Eredu argitzaile integralak

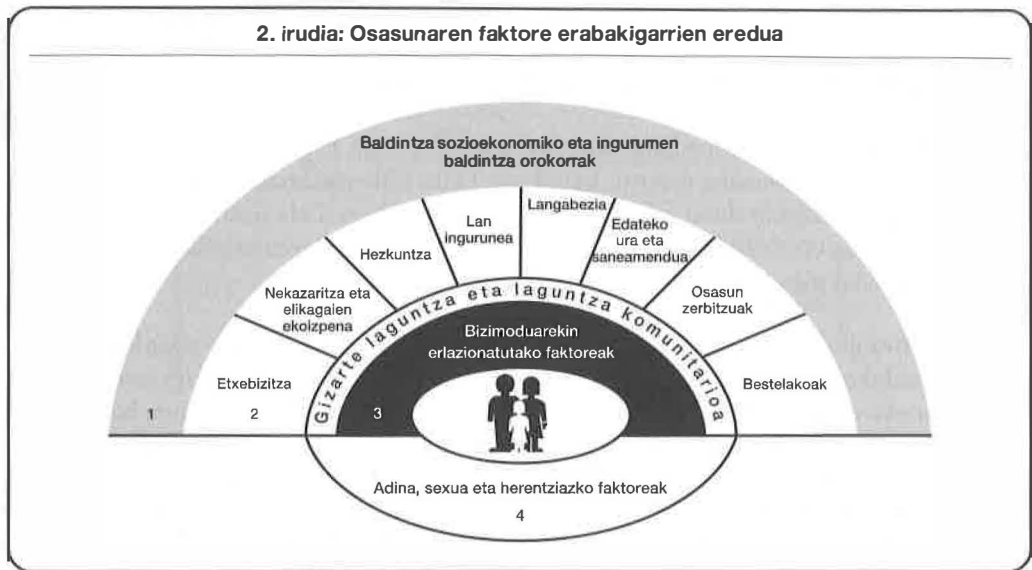
Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko azalpen integrala prestatzen interesatuta dauden zenbait autorek aipatutako ikuspegietako batzuk integratzen dituzten ereduak proposatu dituzte eta fenomenoazaltzeko interesgarritzat hartutako beste aldagai batzuk ere barneratu dituzte. Horien artean, Dahlgren eta Whiteheadek egin zuten osasunaren faktore erabakigarrien ereduaz azpimarratu behar da (Dahlgren eta Whitehead, 1991), horrek eragin handia baitu osasun arloko gizarte desberdintasunen azterketan, bere planteamendua orokorra delako eta bertako irudikapena argia eta erraza delako.

Ondorengo irudian ikus daitezkeen bezala, Dahlgren eta Whiteheadek osasuneko faktore erabakigarri nagusiak eragin geruza gisa irudikatzen dituzte:

1. Erdialdean, aldatu ezin daitezkeen banakako faktoreak kokatzen dira, besteak beste, sexua, adina eta herentziako faktoreak.
2. Bigarren maila batean, alda daitezkeen bizimoduekin erlazionatutako faktoreak agertzen dira. Zuzenean pertsonen osasun egoerarekin erlazionatuta dauden bizi ohiturak dira (erretzea, edatea, ariketa fisikoa egitea...).
3. Hirugarren geruzak eragin sozial eta komunitarioak islatzen ditu, hau da, gizarte laguntza gisa gizabanakoen arteko harremanak, horiek ere osasunarekin erlazionatuta baitaude.

4. Laugarrenik, bizi eta lan baldintzak daude, besteak beste, etxebizitzarekin, nekazaritzarekin eta elikagaien ekoizpenarekin, hezkuntzarekin, enpleguarekin eta langabeziarekin, edateko urarekin eta saneamendurekin eta osasun zerbitzuekin erlazionatutako faktoreak daude.
5. Azkenik, eta zirkuluerdia ixteko, izaera sozioekonomikoko eta ingurumen izaerako baldintza orokorrenak daude irudikatuta. Horiek, neurri handiagoan edo txikiagoan, gainerako mailetan dute eragina, lehenengoan izan ezik.

Ondoren aurkezten den irudiak ideia-multzo hau grafikoki erakusten du.



## 1.4. OSASUN ARLOKO GIZARTE DESBERDINTASUNEI BURUZKO IKERKETA: BIBLIOGRAFIAREN BERRIKUSPENA

### 1.4.1. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen berrikuspena nazioartean

Abiapuntu gisa Regidorrek eta zenbait kidek (Regidor eta kideak, 1994) egindako kontakizun historikoa hartuta, gizarte egituraren eta osasunaren edo gaixotasunaren arteko erlazioa aztertzearen jatorria lanarekin erlazionatutako gaixotasunen inguruan XV. mende bukaeran eta XVI. mende hasieran egin ziren lehenengo azterketetan kokatuko litzateke.

Ordura arte, medikuntza hipokratikoak, antzinako zibilizazioen oinordekoa zenak, ez zituen aipatu ere egin lan baldintzak edo langileen testuinguru soziala eta osasunaren eta gaixotasunaren jatorria hertsiki gizabanakoan zegoela onartu zuen.

1700ean Bernardino Ramazzinik laneko gaixotasunei buruzko lehenengo tratatua argitaratu zuen eta, bertan, osasun egoera eta gaixotasuna zehazterakoan bizi eta lan baldintzak aztertzearen garrantzia azpimarratu zuen. XIX. mendetik aurrera, eta hilkortasun estatistiketan oinarrituta (horiei esker, alderaketak egin zitezkeen), gizarte klasea, pobrezia, bizilekua eta osasun egoera erlazionatzen zituzten lehenengo azterlan enpirikoak argitaratu ziren:

- *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie (1840)*, Louis Villerména. Liho, kotoi eta zetagintzako langileak, haurren enplegua eta horrek garaieran, hilkortasunean eta erikortasunean duen eragina sakon aztertu zituen. Villermék lan baldintzek, goseak, soldatak, etxebizitzak, lan ordutegiak eta haurren enpleguak langileen osasunean zuten eragina aztertu zuen.
- *Inquiry into sanitary conditions of the labouring population of Great Britain (1842)*, Edwin Chadwickena. Maila sozioekonomikoaren arabera biztanleen hilkortasun tasetan eta bizi itxaropenean zeuden desberdintasunak azpimarratu zituen. Osasungaitasuna (uren egoera, estoldak eta zaborrak) desberdintasun horiek azaltzeko funtsezko faktorea zela azpimarratu zuen eta, hala, osasun/gaixotasun kontzeptua pertsonen banakako bizi baldintzetatik urrundu zen. Orduz geroztik, Chadwick egungo osasun mugimenduaren bultzatzailea dela esaten da, osasun publikoaren eta saneamenduaren artean ezarri zuen loturari esker.
- *The condition of the working class in England (1845)*, Friedrich Engelsena. Bertan, ez zuen soilik lan eremuko osasuna aztertu, baizik eta baita hilkortasunaren banaketa geografikoa eta horrek bizi baldintzekin duen erlazioa ere. Engelsek airearen eta uraren kalitatea, zaborrak, pilaketa, elikadura, etxebizitza eta lana azpimarratu zituen biztanleriaren gaixotasunen faktore erabakigarri potentzial gisa.
- Horiez gain, J. Griscomen *The sanitary condition of the labouring population of New York (1845)* bezalako beste azterlan batzuk edo S. Neumannen *The public health and property (1847)* azterlaneko ekarpenak (bertan aipatzen da Estatuak gizabanakoen osasuna babesteko erantzukizuna duela) gizarte medikuntzaren arloan gauzatutako lehen azterlanen adibideak dira.

1848ko iraultzen garaian eta Silesia Garaiko tifusaren epidemiari buruzko bere azterlanaren babesean, Rudolf Virchow patologo alemaniar ospetsuak aipatu zuenez, “medikuntza gizarte zientzia da eta politika medikuntza eskala handian”; alegia, transformazio soziopolitikoek, horien artean, errentaren banaketak, nekazaritzaren erreformak eta etxebizitzaren banaketak, langileentzat baldintza hobekak ekar zitzaketela eta, ondorioz, beren osasuna hobetu.

Ildo horretatik, Silesia Garaiko egoera konpontzeko Virchowk egindako proposamenetako batzuk izan ziren biztanle pobretuek erabateko eta mugagabeko demokrazia izateko eta hezkuntzaz, askatasunaz eta oparotasunaz gozatzeko aukera izan zezatela. Halaber adierazi zuen polonieraz komunikatzeko eskubidea zutela, demokratikoki aukeratutako gobernu autonomoa izateko, behar gehien zutenen ongizatean eragina izango zuten pixkanakako zergak ordaintzeko, nekazaritzaren eta komunikabideen garapenaz gozatzeko eta elkarte kooperatiboak izateko<sup>7</sup>.

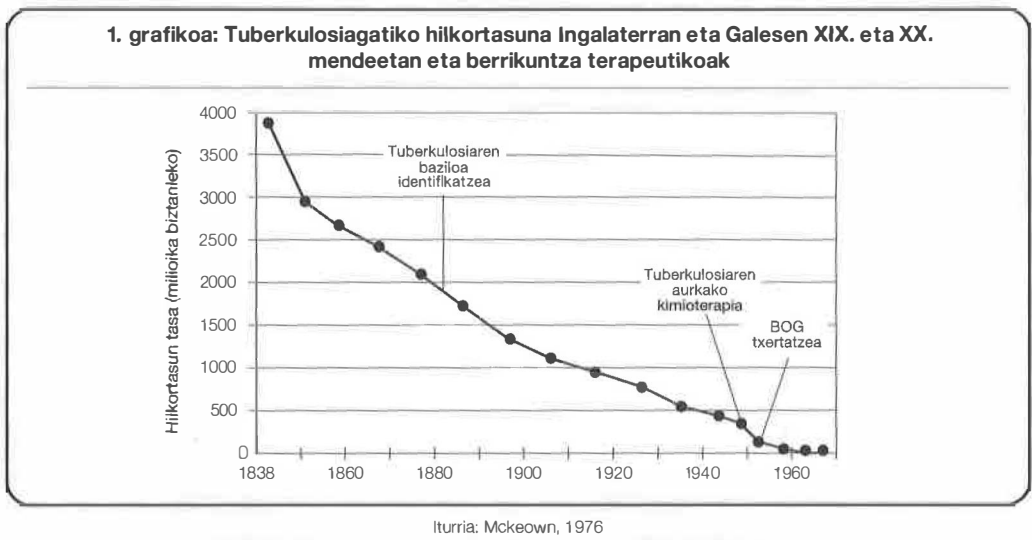
Hala ere, Europa osoan iraultza liberal eta errepublikanoen boladak izandako arrakasta politiko eta sozialaren ondoren, osasunaren eta gaixotasunaren azalpen sozialean jarritako enfasia berriz ere bigarren mailara baztertu zen. XX. mendeko lehen hamarkadetan egindako aurrerapen teknologikoen osasunaren gizarte baldintzak aztertzeke interesa gal zedin lagundu zuten, medikuntza osasuna hobetzeko eta gaixotasunari aurre egiteko tresna nagusi gisa eraginkorra zelako uste osoa gailendu baitzen.

Korrante biologizista eta teknologizista hau hogeita hamar urtez baino gehiagoz nagusi izan ondoren, Thomas McKeownek osasuna eta gaixotasuna fenomeno biopsikosozial gisa planteatzeko beharra berreskuratu zuen eta adierazi zuen zenbait infekzio gaixotasunengatik hilkortasun tasa horiek kontrolatzeko tratamendu mediko eraginkorrak ezarri aurretik murriztu zirela (McKeown, 1979).

<sup>7</sup> Duela gutxi jatorrizko dokumentua ingelesera itzuli eta Social Medicine aldizkariaren lehen alean (1. zk.) argitaratu da ([www.socialmedicine.info](http://www.socialmedicine.info)).

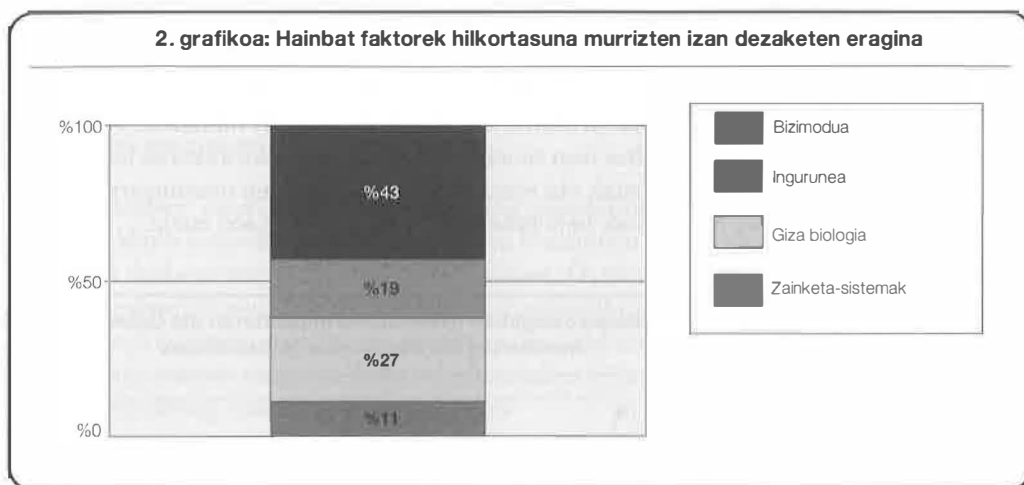
McKeownek 1830 eta 1960 artean Ingalaterran eta Galesen tuberkulosiagatik izan ziren hilkortasun tasak aztertu zituen eta, hala, egiaztatu zuen horiek 1838az geroztik beherakada iraunkorra jasan zutela gaixotasuna desagertu zen arte, baziloa identifikatu, kimioterapia aurkitu eta bakuna bera lortzeko gertaera mediko garrantzitsuak alde batera utzita, horiek ondoren etorri baitziren. McKeownek ikusi zuen 1700az geroztik, nekazaritzako iraultza izan zenetik, elikagaiak lortzeko aukerak hobetzeak, horniduraren ondorioz higijena, drainatze zerbitzuak eta etxebizitzaren eta lantokien osasungarritasuna hobetzeak eta kutsatzeen inguruko kezka handitzeak beheranzko bilakaera hori ekarri zuela.

1. grafikoa: Tuberkulosiagatik hilkortasuna Ingalaterran eta Galesen XIX. eta XX. mendeetan eta berrikuntza terapeutikoak



Osasunaren antzeko ikuspegi bat erabili zen 1974an *Lalonde txostenean* (Lalonde, 1974), ondoren Kanadako osasun ministro izendatu zenak egindakoan. Txosten horretan osasunaren faktore erabakigarriak aztertu ziren, besteak beste, ingurumena, bizimoduak, giza biologia eta osasun laguntza. Lalondek adierazi zuen lehen hiru faktoreak oso garrantzitsuak zirela osasuna eta gaixotasuna azaltzeko, laugarrenaren kalterako, nahiz eta azken honetara bideratzen den osasun gasturik handiena. Hortaz, osasun sistema beste osagai bat zen biztanleriaren osasun maila definitzerakoan eta, hala, Lalonderi interesgarriagoa iruditu zitzaion osasuna bultzatzerako bideratutako ekintza politikoak sustatzea (Bueno, 1999).

Lalondek proposatu zituen osasunaren lau faktore erabakigarriek hilkortasuna murrizten lagun zezaketela kalkulatu ondoren, Deverrek (Dever, 1976) ondorioztatu



Iturria: guk eginikoa, Dever (1976) oinarri gisa hartuta.

Osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketan aurrera egiteko garrantzi handiko urratsa Black txostenaren argitalpena izan zen (Townsend eta Davison, 1982). Azterlan hau, askotan, osasun arloko gizarte desberdintasunen gaur egungo ikerketaren abiapuntutzat hartzen da.

Mendebaldeko gobernu batek bertako biztanlerian osasun arloko gizarte desberdintasunek izandako bilakaerari buruzko informazio zehatza biltzeko agindu zuen lehen azterlana izan zen (Navarro, 1997). Zehazki, Black txostena 1977an eskatu zion Erresuma Batuko gobernu laboristako Gizarte Zerbitzuen estatu idazkariak Douglas Black buru zuten eta medikuntzaren nahiz gizarte zientzien arloan aritu ziren adituez osatutako talde bati. Arrazoi politikoak zirela medio, ez zen 1982ra arte argitaratu, baina kaleratu zenean, argi eta garbi utzi zuen, sortu zenetik, 1948an, izaera unibertsala zuen Osasun Zerbitzu Nazionalak (NHS) ez zuela saihestu Erresuma Batuan beheko talde sozioekonomikoek goikoek baino osasun kaskarragoa izatea.

Ildo horretatik, Black txostenak erakutsi zuen XX. mendean eredu sozioekonomiko garbia zegoela hilkortasun tasetan eta horiek klase faboratuetan baino bi aldiz handiagoak zirela maila apalenetan ia heriotza-kausa guztietarako, zenbait salbuespen zehatzekin, esaterako, bularreko minbizia. Baiezta zuenez, 1970-72 urteetan beheko klaseetako hilkortasun tasak goiko klaseetakoekin berdinak izan balira, Erresuma Batuan 74.000 heriotza gutxiago gertatuko ziratekeen 75 urtetik beherako pertsonen artean.

Desberdintasun horien azalpen posible gisa, txostenak honakoak aipatu zituen: (a) osasunari zegoenez erabilitako adierazle edo neurrietatik sortutako akatsak, (b) gizarte hautespena, (c) bizimoduaren arteko aldeak, eta (d) gizartearen eta ekonomiaren egitura (txostenak azken honi ematen dio garrantzi berezia desberdintasunak azaltzerakoan).

Bere ondorioz aipagarrienak, alegia, gizarte klaseen artean zeuden osasun arloko desberdintasunak (bi sexuatarako eta adin guztietarako) bistakoak zirela eta XX. mendean areagotu egin zirela esateak, eragin nabarmena izan zuen Ingalaterrako esparru publikoan eta komunitate zientifikoan eta bizigarria izan zen oso Europa guztian osasun arloko gizarte desberdintasunak hainbat diziplinetatik eztabaidatzeko, adibidez, soziologia, epidemiologia, ekonomia, estatistika eta demografia (Regidor eta kideak, 1994).

1987an, txostena eguneratu egin zen *The Health Divide* izeneko dokumentuan eta bertan gaiari buruzko azterlanik berrien onorioak bildu ziren. Urte batzuk beranduago, Douglas Blackek berak adierazi zuen desberdintasunak ez zirela desagertu, baizik eta, alderantziz, beharbada hazi ere egin zirela (Black, 1993).

Ondorengo azterlan gehienek Black txostenaren aurkikuntzak berretsi dituzte eta gizarte klasea neurtzeko eta gizarte desberdintasunak zenbatzeko erabilitako aldagaien inguruko eztabaida interesgarria ere piztu dute. Erresuma Batuan, azterlanen gehikuntza bereziki handia izan zen, neurri handi batean, aldi baterako datu multzoak erabili ahal izan zirelako. Horien artean, azpimarratu beharrekoak dira *Tackling inequalities in health: An agenda for action* (Benzeval eta kideak, 1995) eta *Independent inquiry into inequalities in health Report* (Acheson, 1998). Horietatik lehenak osasun arloko gizarte desberdintasunak Britainia Handian zuten egoera berriro aztertu zuen eta politika eta esku-hartze eraginkor posibleak proposatu zituen funtsezko lau arlotan: ingurumen fisikoa, ingurune sozioekonomikoa, bizimodu osasuntsuak hartzea eragozten duten oztopoak eta gizarte eta osasun zerbitzuez behar bezala baliatzeko aukera. Nola-bait, txosten horrek bigarrena argitaratzen lagundu zuen, *Acheson txostena* izenaz ere ezaguna. Txosten horretan, Erresuma Batuan osasun arloko desberdintasunak zirela eta zegoen egoerari buruzko azterketa sakona egin zen eta jarduera publikora bideratutako gomendio praktikoak ere egin ziren. Txosten hori 1997an hautatu berria zen gobernu laboristak agindu zuen eta Donald Achesonen zuzendaritzapean egin zen. Bertan, osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko frogak aztertu zituen desberdintasun horiek azalduko zituzten faktoreak detektatzeko eta ekintza-neurri zehatzak proposatzeko. Jarduera politikoko hamaika arlotan banatu ziren bere 123 gomendioek une horretara arte egin zen gomendio orokorren multzorik handiena izatea egin zuten. Hala ere, jarduerak proposatzerakoan hainbeste zabaldu izanak ere kritika ugari jaso zituen, bere lehenetsun eta ezarpen faltagatik.

Erresuma Batutik kanpo, eta 80ko eta 90eko hamarkadetan, geroz eta interes handiagoa egon da osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzeko. Azterlan gehienak, funtsean, Holandan, Suedian eta Finlandian argitaratu dira eta, 80ko hamarkadaren amaieraz geroztik, baita AEBetan ere (Macintyre, 1997). Gainerako herrialde garatuak ere arlo horren inguruko datuak ekartzen hasi dira, nahiz eta nolabaiteko atzerapenarekin lehenengoan aldean.

#### 1.4.2. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen berrikuspena Espainian

Espainian osasun arloko gizarte faktore erabakigarrien ikerketa berandu hasi da inguruko herrialdeetan gertatutakoarekin alderatuta, Regidorrek eta kideek adierazi dutenez (Regidor eta kideak, 1994), honako arrazoi hauengatik: osasun publikoko diziplinak berriki garatu direlako, Frankoren garaian askatasunik ez zegoelako, bai kuantitatiboki bai kualitatiboki estatistikak eskasak zirelako eta, oro har, "Espainiako kultur tradizioan alderdi teknikoarekin eta zientifikoarekin zerikusia zuen guztia gaitzetsi egin delako". Horregatik, ia 80ko hamarkadara arte ez ziren argitaratu tematika hori ikertzen zuten lehenengo azterlanak; 90eko hamarkadan gehitzen hasi ziren eta, hala, horren amaieran ezagutza-esparru finkatua bilhurtu zen, gutxi gorabehera modu erregularrean aztertzen jarraitzen duten ikerketa-taldeek egindako lanari esker.

Atal honetan, Espainian eta EAEn dauden osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko bibliografia, 1970-2005<sup>8</sup> aldiari dagokiona, aztertzearen emaitzak aurkeztuko ditugu. Barneratutako lan gehienak bai Estatuko bai nazioarteko aldizkarietako artikulua dira, nahiz eta liburuak, liburu-etako kapituluak, biltzarretan aurkeztutako komunikazioak edo txostenak, doktorego tesiak, tesinak eta literatura griseko zenbait dokumentu (erakunde publikoek prestatzen dituzten baina argitaratu ez diren dokumentuak) ere jaso diren.

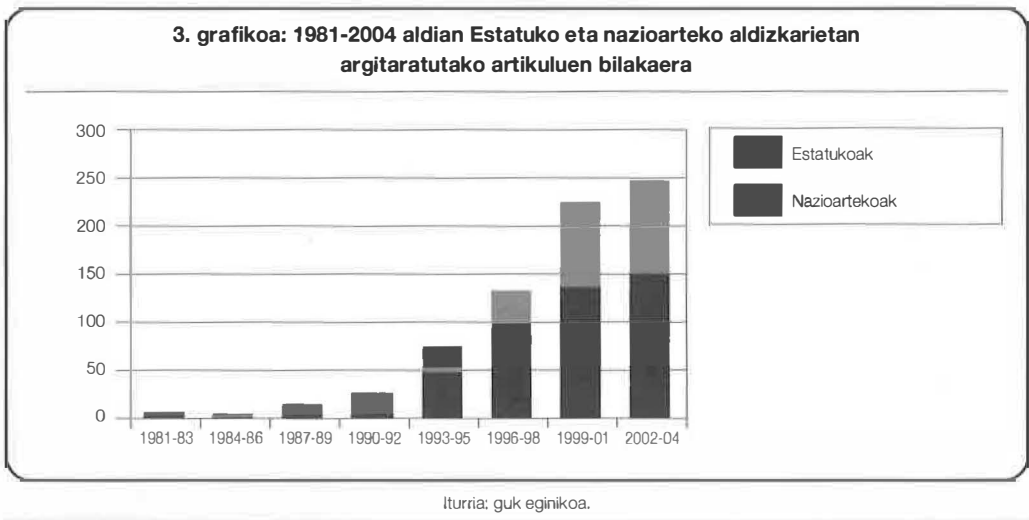
Bilaketarako erabilitako estrategiak askotarikoak izan dira. Lehenik eta behin, Medline (Pubmeden bitartez), Sociological Abstracts, Ibecs, Abi-Inform, CSIC (ISOC) eta Biblioteca Virtual de la Salud datu base bibliografikoetan egin zen bilaketa, horietako bakoitzerako gako hitz zehatzak erabilia.

<sup>8</sup> Azken urtea dela eta, ezin izan dira argitaratutako lan guztiak bildu, bilaketa 2006ko urtarrilean amaitu baitzen eta horietako asko oraindik ez baitzeuden argitaratuta edo erabilitako datu baseetako aurkibideetan jasota.

Bigarren, “elur pilota” estrategian oinarritutako bilaketa egin zen. Horri esker, aurretik aurkitutako azterlanetan aipatzen ziren baina lehenengo bilaketa-estrategiarekin berreskuratu ezin izan ziren beste argitalpen interesgarri batzuk identifikatu ziren. Horrela, 70eko hamarkadako lan aitzindari ugari identifikatu ahal izan ziren, baita datu base horietako aurkibideetan jasota ez zeuden aldizkarietako beste batzuk ere. Halaber, gaian aditu zirenen gomendioek eta horiei egindako kontsultek hainbat dokumentu interesgarri berreskuratzen lagundu zuten. Azkenik, 1980-1994 aldirako, Espainian zeuden osasuneko desberdintasunen analisi bibliometrikoa erabili zen, Benachek egina (Benach, 1995).

Bilaketak sentikortasunari eman zionez lehentasuna zehaztasunaren aldean<sup>9</sup>, identifikatutako artikulu kopurua guztira oso handia izan zen eta, beraz, titulu guztiak eta, kasu batzuetan, abstractak aztertu ziren, besteak beste, aldagai sozioekonomikoak kontroleko aldagaitzat edo aldagai bateratzailatzat hartuz gero, interesgarriak ez zirenak alde batera uzteko. Erreferentzia bibliografikoak Manager 11 erreferentzi programarekin kudeatu dira. Bilaketa honetako mugen artean, azpimarratu beharrekoa da 1994az geroztik izandako biltzarretan aurkeztu diren komunikazioei buruzko erreferentzia bibliografiko gutxi daudela. Goian aipatutako analisi bibliometrikoko dokumentu mota hori berreskuratzen izandako zehaztasunarekin alderatuta (Benach, 1995), dokumentu horiek aurkitzeko egon ziren zailtasunek bilaketaren helburuak gainditu zituzten. Bilaketa honek Espainian dauden osasun arloko gizarte desberdintasunen inguruko ikerketaren ikuspegi orokorra eskaintzea baino ez zuen helburu gisa.

Aztertutako aldian, guztira 1.126 lan aurkitu ziren eta horietatik 781 aldizkarietako artikulua izan ziren. Gero eta argitalpen gehiago agertu ziren aztertutako garaian; gorakada, bereziki, 80ko hamarkadaren erdialdetik aurrera antzeman zen eta 90ekoaz geroztik bizkortu egin zen. Ikerketa-eremua garatzearekin bat etorriz, lan mota bakoitzaren garrantzia edo neurria ezberdina izan zen garaia arabera. Aldiaren hasieran, liburuetako kapituluak izan ziren nagusi. Horieta, osasun arloko gizarte desberdintasunak gizarte desberdintasunen edo osasun egoeraren esparru orokorrean lantzen ziren. 80ko hamarkadaren bukaeran eta 90ekoaren hasieran, biltzarretan aurkeztutako komunikazioak gehitu ziren eta, ondoren, aldizkarietako artikulua nabarmendu ziren, lehenik eta behin, Estatuko aldizkarietan argitaratutakoak eta, ondoren, diziplina hori finkatzearen ondorioz, nazioarteko aldizkarietan argitaratutakoak. Azken garai horretan, liburu monografikoak eta doktorego tesiak ere nabarmendu ziren.



<sup>9</sup> Bilaketa sentikorrak artikulu ugari berreskuratu ohi ditu (horien artean, gai horretan garrantzitsuenak direnak) baina, nahiz eta, hain orokorra izanik, horien ehuneko bat ez den egokia azterketa egiteko. Bestalde, bilaketa berezi edo zehatzak oso egokiak diren azterlan kopuru askoz ere murriztuagoa berreskuratzen du eta, beraz, zenbait azterlan garrantzitsu kanpo utzi ditzake, bilaketaren zehaztasuna dela medio.



Aztertutako aldian argitalpenek izan duten banaketa oinarritzat hartuta, analisia hainbat etapatan bana daiteke:

- 1980 baino lehenagoko aldia: lehenengo aurrekarien argitalpena
- 1980-1986 aldia: ikerketaren hastapenak
- 1987-1994 aldia: argitalpenen gehikuntza
- 1994tik aurrerako aldia: ikerketa-eremuaren finkapena

Jarraian, etapa horietako bakoitzaren ezaugarri nagusiak ikusiko ditugu eta horietako bakoitzeko azterlan aipagarrienetako batzuk nabarmenduko ditugu.

#### 1.4.2.1. 1980 aurreko osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketa

1980 baino lehenagoko aldian, guztira 14 lan aurkitu ziren, gehienak liburuak; horiek zuzenean edo zeharka jorratzen zuten osasun arloko gizarte desberdintasunen gaia. Lan gehienak Soziologiaren esparrutik zetozen eta horietako asko gizarte desberdintasunari buruzko lan monografikoen zatiak ziren, osasun arloko gizarte desberdintasunen gaiari bakarrik heltzen zioten lanak ere identifikatu ziren arren. Kasu gehienetan, azterlanek eskualdeen arteko desberdintasunetan jarri zuten arreta.

- Zenbait azterlan aipagarri:

60ko hamarkadan, Ildefons Cerdà hirigintzari buruzko bere lanean aipatu zuen 12 urteko aldea zegoela Bartzelonako “beheko klasearen edo jornalarien klasearen” eta aberatsenen klasearen arteko bizi itxaropenean (Cerdà, 1968).

1966an, Estatuko FOESSA txostenetatik lehena argitaratu zen eta bertan aipatu zen eskualdeen artean “oso desberdintasun handiak” zeudela haurren hilkortasunari eta ospitaleratzei zegokienez (FOESSA, 1966). 1970ean argitaratu zen bigarren txostenak ere maila sozioekonomikoaren eta osasunaren arteko erlazioaren garrantzia azpimarratu zuen eta hirugarrenak osasun arloko desberdintasunak aztertu zituen lanbidea edo gizarte klase subjektiboa bezalako banakako aldagaietan oinarrituta.

70eko hamarkadan, beste azterlan multzo bat argitaratu zen. Horiek, osasunarekin edo gizartearekin zerikusia zuten gaietarako buruzko bilduma zabalagoen zati izaki, osasun arloko gizarte desberdintasunen hainbat alderdi aztertu zituzten, besteak beste, medikuaren bisitaldien maiztasunak eskualdearen garapenarekin duen erlazioa edo haurren hilkortasunak eskualdeko errenta-mailarekin duena (Hinojal, 1977; Mayor, 1977; Miguel, 1976; 1977; 1988; CEAS, 1979; López, 1978).

#### 1.4.2.2. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketaren hastapenak: 1980-1986

80ko hamarkada har daiteke benetako abiapuntu gisa Espainian osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzeari dagokionez (Benach, 1995), garai horretan lan klasikoetako batzuk argitaratu baitziren (Domínguez, 1980; Durán, 1980; 1983; Lemkow, 1986).

Guztira, 30 lan aurkitu ziren; horietatik ia erdia aldizkarietako artikuluak izan ziren eta beste zati garrantzitsu bat biltzarretarako komunikazioak. Garaiko azterlan gehienak Soziologiaren esparrutik etorri ziren, nahiz eta osasun publikotik edo gizarte epidemiologiatik gertuago zeuden esparruetan egindako zenbait azterlan ere agertzen hasi ziren. Inkestetan oinarritutako zenbait salbu (Durán, 1980), azterlan

enpiriko gehienek hilkortasunari buruzko datuak erabili zituzten eta, nagusiki, Katalunian eta Valentziako Erkidegoan egin ziren; bi autonomi erkidego horiek Estatuan osasun arloko gizarte desberdintasunen inguruan garatutako ikerketan erreferentzi nagusia izan ziren urte horietan eta ondorengoetan.

- Zenbait azterlan aipagarri:

Garaiko azterlan aipagarrienetako bat Duránek egindakoa izan zen (Durán, 1980). Azterlan hori Estatuan osasun arloko gizarte desberdintasunen analisisan egin ziren azterlan aitzindarien artean ere kokatzen da. Ekitatearen kontzeptuari buruzko eztabaida teoriko eta filosofiko garrantzitsua egiteaz gain, bere lan honek eta ondorengoek (Durán, 1982; 1983; 1983b) agerian utzi zuten oso adina, gizarte klasea eta sexua osasun egoerarekin edo osasun zerbitzuez baliatzeko aukerarekin erlazioatuta zeudela eta garrantzi zientifiko eta politiko handia zuten nazioarteko beste azterlan batzuetan (besteak beste, Black txostenean) bildutakoan antzeko emaitzak aurkeztu zituzten.

Garai horretan beste azterlan batzuk ere egin ziren (Cabetas eta Gavilanes, 1982; FOESSA, 1983; Suárez eta kideak, 1984; Torres eta kideak, 1984; Artells eta kideak, 1985); horien artean, Katalunian egindakoak nagusitu ziren (Ramis-Juan, 1984; Cuervo eta kideak, 1985). Horietako azterlan batek erakutsi zuen desberdintasunak zeudela jaioberrien eta jaiio ondorengoan hilkortasunean Bartzelonako barruti eta auzoen artean (Domingo, 1980).

Lan enpiriko edo aplikatu horiez gain, garai horretan beste azterlan teoriko edo kontzeptualago batzuk ere egin ziren (Jimeno, 1982; Miguel, 1985; Lemkow, 1986).

#### *1.4.2.3. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen gehikuntza: 1987-1993*

1986-1993 aldian, argitalpenak gehitu egin ziren Espainian. Guztira 212 lan zenbatu ziren, hau da, 30 bat lan urteko; bereziki, biltzarretarako edo jardunaldietarako komunikazioen kopurua handitu zen.

1980-1994 arteko urteei dagokienez Benachek dioen bezala (Benach, 1995), hazkunde aldi horrek honako ezaugarri hauek izan zituen: (a) lan enpirikoen kopuru garrantzitsua (bereziki, hilkortasunaren ikerketan jarri zuten arreta, nahiz eta osasun zerbitzuez baliatzeko aukerari edo osasun egoerari eta gaixotasunari buruzko informazioarekin egindako inkestetan oinarrituta zeuden batzuk ere egin ziren); (b) azterlan gehien zeharkakotasuna; eta (c), neurri handi batean, azterlanen izaera lokala edo eskualdekoa (Katalunian eta Valentziako Erkidegoan egindakoak azpimarratu behar dira).

- Zenbait azterlan aipagarri:

Hiru azterlan hartzen dira garai honetako erreferentzi gisa: Valentziako Erkidegoan, Latourek eta kideak (Latour eta kideak, 1987) nolabaiteko lotura aurkitu zuten hilkortasunaren eta gaixoei zegozkien maila sozioekonomiko eta egoera zibilaren artean, Arreta Intentsiboko Unitatean zeuden biztanle gaixoei buruzko azterlan batean oinarrituta. Bigarren, Alonsok eta Antók (Alonso eta Antó, 1988) osasunaren autobalorazioa edo aldi baterako ezintasuna bezalako alderdietan desberdintasunak zeudela frogatu zuten, 1986an Bartzelonan egindako Osasun-Inkestako datuak erabilia. Halaber, hilkortasun tasen arteko desberdintasuna ere aztertu zuten Bartzelonako barruti ahulenetako bat, Ciutat Vella, eta aberatseneko bat, Sarrià-Sant Gervasi, oinarri gisa hartuta. Hirugarren, Palman egindako azterlan batek 1982-1985 laurtekoan koloneko eta ondesteko minbiziaren arrazoiak eta horrek ikasketa-mailarekin zuen erlazioa ikertu zituen (Avellá eta kideak, 1988).

Lehen azterlan horiek osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketa eta lanen argitalpena handitzen joateko urratsa izan ziren. Kataluniaren kasuan, Costak Alonso eta Antóren azterlana zabaldtu zuen, 1980-1984 aldiko barruti gehiago sartuta, eta Bartzelonako lau auzo txiroenetako hilkortasuna bost

aberatsenetakoa baino %60 handiagoa zela onduroriotatu ahal izan zuen (Costa, 1989). Handik gutxira, Ariasek eta kideek desberdintasun horiek bazeudela berretsi zuten, Bartzelonako eta Valentziako auzoetako pobrezia eta osasun egoeraren arteko erlazioa ikertu ondoren (Arias eta kideak, 1993).

Paraleloan, Borrellek eta kideek zenbait lan egin zituzten, nagusiki Bartzelonan arreta jarrita, eta, horien bidez, hilkortasuna hainbat adierazle sozioekonomikoren erlazioan zuten (Borrell eta kideak, 1991; 1992; Borrell, 1992; Borrell eta Arias, 1993; besteak beste). Talde honek 90eko hamarkadaz geroztik egin dituen azterlanei esker, hilkortasuneko gizarte desberdintasunak monitorizatzeko sistema sortu da eta hori hain da zehatza, ezen, Regidorrek dioenaren arabera, beharbada, etorkizunean, Espainian gertatutakora hurbiltzeko modu bakarra sistema horrek Bartzelonarako eskaintzen dituen kalkuluak izango baitira (Regidor, 2002).

Beste lan batzuek Katalunian dauden osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertu dituzte, funtsean, hilkortasunari buruzko datuak erabilita (Díez eta Villalbí, 1993; Mingot eta Borrás, 1992), baina baita erikortasunari buruzko datuak (Artazcoz eta Moncada, 1993; Ruigómez eta kideak, 1989) edo osasun zerbitzuez baliatzeko aukerari buruzkoak ere (Portella eta kideak, 1990).

Beste eremu geografiko batzuei dagokienez, honako hauetan egindakoak nagusitu ziren: Palman (Bauza eta kideak, 1991), Valentziako Erkidegoan (Armero eta kideak, 1991; Nolasco eta kideak, 1992), Madrilen (Miguel, 1988; Del Llano, 1991; Pérez-Domínguez eta kideak, 1993; Terol, 1991), Andaluzian (Cruz eta Almisas, 1990; March, 1989; Martín eta March, 1993), Asturiasen (Oterino eta Galzón, 1989), Nafarroan (Casi-Canellas eta Moreno-Iribas, 1992) edo EAEn (Esnaola eta kideak, 1991; Sanzo eta kideak, 1991; Dorronsoro eta kideak, 1991; Gorroñoitia eta kideak, 1992).

Estatuan, Espainiako probintzien artean antzemandako osasun arloko gizarte desberdintasunak ikertu zituzten azterlanak argitaratu ziren (Solas, 1988), baita hilkortasuneko desberdintasunak ere, lanbidea (Regidor eta González, 1989) edo haurren hilkortasuna (Lardelli eta kideak, 1991; Vázquez-Visoso eta kideak, 1993) oinarri gisa hartuta. Azpimarratu beharrekoa da, baita ere, zenbait osasun inkestetatik eta hilkortasunari buruzko datuetatik abiatuta, osasunaren eta gizarte ezaugarri desberdinen arteko erlazioa ikertu zuen azterlana (Rodríguez eta Lemkow, 1990).

Osasun-Inkesta desberdinei esker, desberdintasunen egoerari buruzko lanak egin ahal izan ziren. Halaxe gertatu zen, esate baterako, 1987ko Osasun-Inkesta Nazionalarekin, Ikerketa Soziologikoen Zentroak (Guillén, 1990) egindako lanaren oinarria izan baitzen. Lan horren bidez, hainbat faktore sozioekonomikok (nagusiki, ikasketa-mailak, famili errentak, landako eta hiriko testuinguruak eta sexuak) helduengan eta haurrengan osasun egoerarekin, osasun baliabideen erabilerarekin eta osasunari lotutako bizi ohiturekin zuten erlazioa ebaluatu zen.

Osasun zerbitzuez baliatzeko aukeretan antzemandako desberdintasuna hainbatetan errepikatutako gaia izan zen garai honetan (González eta Regidor, 1988; Guillén, 1991; Fernández de la Hoz, 1993). Osasunaren ekonomiaren ikuspegitik, zerbitzuez baliatzeko aukeretan antzemandako ekitate eza ere aztertu zen azterlan batean; honek, 1987ko Osasun-Inkesta Nazionalako datuetatik abiatuta, ekitate horizontala aztertu zuen Espainiako osasun gastuan (hau da, gastu publikoaren eta pribatuaren arteko batura eginda lortzen den gastuan). Azterlanaren emaitzak adierazi zuen ekitate eza nabarmena zela ahalmen ekonomiko handiagoko gizabanakoen alde (Rodríguez eta kideak, 1993).

#### 1.4.2.4. *Estatuan osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketaren finkapena: 1994-2005*

1994 eta 2005 arteko aldian, aurreko garaian hasitako hazkundera finkatu egin zen, nagusiki, ikerketataldeek egindako lanari esker. Talde horiek, neurrian handiagoan edo txikiagoan, etengabe egin dituzte gaiaren inguruko ekarpenak.

Guztira 872 lan zenbatu ziren, hau da, aztertutako aldi osoan aurkitutako lanen hiru laurden baino gehiago. Garai horretan, garrantzi handia hartu zuten bereziki nazioarteko aldizkarietan argitaratutako artikuluek, eta, beraz, hori Estatuan egindako ikerketaren finkapenaren eta kalitatearen adierazgarri gisa interpreta daiteke. Liburuaren argitalpena ere nabarmendu zen; aurreko garaietan ez bezala, gehienak soilik osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzeraz bideratuta egon ziren.

Osasun-Inkesta Nazionala eta autonomi erkidegoetan eta herrietan egindako beste batzuk hainbat urtez jarraian eginda, osasun egoerari eta osasun zerbitzuez baliatzeko aukerei buruzko gizarte desberdintasunak aztertu ahal izan ziren. Tematikari dagokionez, arreta hilkortasunean jarri zuten azterlanek garrantzi handia izaten jarraitu zuten, nahiz eta beste gai batzuei heltzen zieten azterlanak ere agertu ziren, esate baterako, etxerik gabeko pertsonen ingurukoak edo etorkinen ingurukoak, baita lan osasuna bezalako alderdi zehatzagoen ingurukoak ere.

- Zenbait azterlan aipagarri:

(a) *Liburuak, doktorego tesiak eta monografiak*

Aipatu dugun bezala, aldi honetan liburuaren eta zenbait doktorego tesien argitalpena nabarmendu zen. 1994an, *Diferencias sociales y desigualdades en salud en España* argitaratu zen (Regidor eta kideak, 1994). Bertan, analisi zehatza egin zen osasun arloko gizarte desberdintasunen inguruan, hilkortasunari buruzko datuak, 1987ko Osasun-Inkesta Nazionala, 1986an EINek Ezgaitasunei, Urritasunei eta Minus-balioasunei buruz egindako inkesta, Estatuko HIESaren Erregistroa eta alkohol eta tabako kontsumoari buruzko beste inkesta batzuk oinarri gisa hartuta.

Bi urte beranduago, Osasun Ministerioak eta John Hopkins Unibertsitateko (AEB) The School of Hygiene and Public Health eskolak batera argitaratu zuten Joan Benach eta Viçens Navarro buru zituen aditu talde batek egindako txostena, *Espainiako Black Report* izenez ezaguna. *Desigualdades sociales en salud en España* izenburupean (Navarro eta Benach, 1996), azterlan honek ez zuen soilik Estatuan antzeman ziren osasuneko desberdintasunen errealitateari buruz ordura arte egindako deskribapenik zehatzena bildu, baizik eta, biztanleen osasuna hobetze aldera, desberdintasun horiek murriztuko zituzten hainbat gomendio ere egin zituen. Ondorio interesgarrien artean, honako hauek azpimarra ditzakegu:

- Estatuko Osasun Sistemaren erabileran antzemandako gizarte desberdintasunak (lehen mailako arretari eta ospitaleko zerbitzuei zegozkienak) desagertu egin ziren. Batez beste, gizarte klase txiroeneko pertsona batek (langile ez gaituek) klase aberatseneko beste batek (unibertsitateko ikasketak zituzten zuzendari, kudeatzaile eta profesionalak) bezain maiz erabiltzen zituen osasun zerbitzuak, 1986an Osasunari buruzko Lege Orokorra onartu eta Estatuko Osasun Sistema (EOS) ezarri ondoren lehen mailako arreta orokortzearen ondorioz. Txostenaren egileen iritziz, ordea, joera hori ez zen nahikoa, zerbitzuen erabilerak premiarekin erlazionatuta egon behar badu, gizarte klase ahulenak ez bailirateke behar beste erabiltzen ariko EOSaren zerbitzuak.
- EOSak estaltzen ez zituen zerbitzuetan, besteak beste, aho-hortzetako osasunari lotutakoetan, gizarte gradiente nabarmena ikusten zen horien erabileran; gradiente horrek goranzko joera zuen.
- Ipar/Ipar-ekialde eta hego/hego-ekialde ardatza identifikatu zen, Estatua banatzeko, gabetze materialari dagokion mailaren (1991ko erroldan jasotako langabezi tasetan eta analfabetismoan oinarrituta lortuta) eta udalerrien edo udalerrietara erantsitako eremuen arabera hilkortasun tasen arteko erlazioa kontuan hartuta.

Txostenak osasun arloko gizarte desberdintasunak ere aztertu zituen gizarte klasearen, sexuaren, adinaren eta autonomi erkidegoaren arabera, 1987ko eta 1993ko Osasun-Inkesta Nazionaletan oinarrituta. Ondorioen artean, azpimarratu beharrekoa da, berriz ere, gizarte klase aberatsenek ahulenek baino osasun hobea zutela eta gizarte klaseen artean zeuden osasun arloko desberdintasunak murriztea lortu zuten autonomi erkidegoek oro har biztanleen osasuna hobetzea ere lortu zutela, besteak beste, Kataluniak eta Euskadik.

Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko azterlan monografikoei dagokienez, SESPAS txostenak (Osasun Publikoaren eta Osasun Administrazioaren Espainiako Elkartearnak) aipatu behar dira. 1995ean horietako lehenengoa argitaratu zen, “*La salud y el sistema sanitario en España*” izenburupean, eta bertan 1987ko eta 1993ko Osasun-Inkesta Nazionalen analisia jaso zen, osasuneko desberdintasunen bilakaera ikertzeko. Ondorio garrantzitsuenen artean, azpimarratu behar da desberdintasunak gehitu egin zirela osasunarekin erlazionatutako jokabideetan (tabako eta alkohol kontsumoa), bereziki adin nagusiagoko eta hezkuntza-maila txikiagoko gizonezkoen artean (Navarro eta kideak, 1995). SESPASek ondoren argitaratu dituen txostenak eta antolatu dituen bilerak eta biltzarrak erreferentzia izan dira osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketan eta hori sustatu ere egin dute. Horien artean, 2004an argitaratutakoa nabarmendu behar da; bertan, osasun egoerari eta osasun sistemari buruzko datuak bildu ziren generoaren eta gizarte klasearen ikuspegitik (Borrell eta kideak, 2004).

Bestalde, 2002an, Regidorrek *Desigualdades sociales en la salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX* azterlanaren argitalpena koordinatu zuen; azterlan horretan, Estatuko hainbat adituk hilkortasuna, erikortasuna edo osasun zerbitzuez baliatzeko aukera bezalako alderdien inguruko desberdintasunak aztertu zituzten (Regidor, 2002).

Urtebete beranduago, 2003an, *Les desigualtats en la salut a Catalunya* argitaratu zen eta, horren bidez, esparru nagusienetan (besteak beste, hilkortasunean, erikortasunean, bizimoduetan, osasun zerbitzuez baliatzeko aukeran eta laneko osasunean) zeuden osasun arloko desberdintasunak aztertu ziren, generoa, gizarte klasea, bizilekua edo herritartasuna bezalako alderdien arabera. Handik gutxira, 2005ean, azterlan horren jarraipena argitaratu zen, *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*, eta, bertan adierazi zenez, Katalunian osasun arloko gizarte desberdintasunek gora egin zuten hainbat esparrutan (Borrell eta Benach, 2005).

Doktorego tesiei dagokienez, 1995ean Borrellek aurkeztutakoa nabarmendu zen (Borrell, 1995). Tesi horretan, Bartzelonako gizarte desberdintasunak aztertu zituen, 1983, 1986 eta 1992rako Bartzelonako Osasun-Inkestak erabilita. Hiru urte beranduago, beste tesi bat (Rohlf, 1998) antzeko analisi eskeman oinarritu zen Bartzelonarako eta, bereziki, gizonezkoen eta emakumezkoen arteko desberdintasunetan jarri zuen arreta. Ildo beretik, 2004an, Artazcozen doktorego tesiak (Artazcoz, 2004) generoa, gizarte klasea eta lana barnatzen zituen esparru integratua hartu zuen eta, horretatik abiatuta, osasuneko genero desberdintasunak aztertu zituen. Horiez gain, garai horretan osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketarekin erlazionatutako beste lan batzuk ere argitaratu ziren (Urbanos, 1999; Díaz, 2004; Stoyanova, 2004; Pérez, 2005).

#### (b) Hilkortasunari buruzko azterlanak

Aurreko garaietan bezala, hilkortasunari buruzko azterlanek garrantzi handia izan zuten. Zenbait aurrerapen metodologikori esker, esparru hori aztertzekeo tradizioz egon izan ziren zailtasunetako batzuk gainditu ziren. Zailtasun horien jatorria, nagusiki, Heriotzaren Buletin Estatistikoan lanbidea gutxitan adierazten zela eta indarrean zeuden legeek mugak ezartzen zituztela izan zen (Regidor eta kideak, 1994; Borrell eta Pasarín, 1999). Arazo horiei aurre egiteko estrategia tradizional bat izaera ekologikoko azterlanak dira; horien bidez, barruti, auzo nahiz beste biztanle multzo batzuetako hilkortasuna baldintza sozioekonomiko ezberdinekin alderatzen dira. Azterlan horiei dagokienez, eta aurreko garaietan bezala,

Katalunian egindakoak nabarmendu ziren (Borrell eta Arias, 1995; Brugal eta kideak, 2003; Borrell eta kideak, 1997; 2002; Pasarín eta kideak, 1999), baina baita Madrilen (Etxenike, 1994), Granadan (Ruiz eta March, 1998), Sevillan (Ruiz-Ramos eta kideak, 2004) edo Valentziako eta Alacanteko udal barrutietan (Nolasco eta kideak, 2004) egindakoak ere.

Estatuan ere hainbat azterlan ekologiko argitaratu ziren; horietatik gehienek probintzia erabili zuten analisi unitate gisa (Urbanos eta kideak, 2003; Regidor eta kideak, 2003), baina baita eremu txikiagoak ere (Benach eta kideak, 1998; Benach eta Yasui, 1999; Benach eta kideak, 2003). Azterlan horiek hilkortasunean antzemandako gizarte desberdintasunen garrantzia eta ondorioak utzi dituzte agerian, 1987-1995 aldian Espainian gizonezkoen artean izan ziren heriotzen %14 eragin baitzituzten eta emakumezkoen artean izan zirenen %11 (Benach eta kideak, 2003b).

Hilkortasuneko erregistroak errolda bezalako biztanleen erregistroekin lotzea izan da Estatuan hilkortasunaren inguruko gizarte desberdintasunak aztertzerakoan zeuden zailtasunei aurre egiteko beste estrategietako bat. Azterlan horiei esker, hilkortasuna ikasketa-maila bezalako aldagai indibidualekin erlazionatu da, bai Bartzelonan (Arias eta Borrell, 1998; Borrell eta kideak, 1999b; Fernández eta Borrell, 1999), bai Madrilen (Regidor eta kideak, 2001; 2002b; 2003c), baita EAEn ere (Departamento de Sanidad, 2005).

Beste estrategia bat 30 eta 64 urte arteko gizonezkoen hilkortasuna aztertzea izan da, baina soil-soilik hilkortasunari buruzko erregistroak kalitatezkoak ziren probintzietan (lanbidea ondoan adierazita zuten hildakoak %10etik gorakoa izatea). Ikerketa-ildo horrek agerian utzi zuen, hainbat arrazoi zirela medio, hilkortasunean desberdintasun nabarmenak zeudela, lanbidearen arabera (Regidor eta kideak, 1996b).

Zenbait azterlanek hilkortasunaren alderdi zehatzagoetan jarri zuten arreta, esaterako, suizidioaren ondoriozko heriotzak (Navas eta kideak, 1997) eta haurren hilkortasuna eta jaiotza-inguruko hilkortasuna (Domínguez-Berjon eta kideak, 1999; Borrell eta kideak, 2003).

#### *(c) Osasun egoerari eta gaixotasunari buruzko azterlanak*

Azterlan askok erabili zituzten, orobat, osasun egoerarekin zerikusia zuen aldagaien bat. Bai Estaturako bai beste eremu geografiko batzuetarako errenta, ikasketa-maila edo gizarte klasearen arabera autobalorazioan antzeman ziren gizarte desberdintasunei buruzko azterlanak aurkitu ziren (Jovell, 1994; Regidor eta kideak, 1994; Fernández de la Hoz eta Leon, 1996; Gutiérrez-Fisac, 2002; Albert eta Davia, 2004; Fernández eta kideak, 2000b; Fernández eta Schiaffino, 2003; Bello eta kideak, 1999; Borrell eta kideak, 1999c; Regidor eta kideak, 2002). Gainera, itxura guztien arabera, osasunaren autobalorazioan antzemandako desberdintasunak gehitzen ari ziren azken urteotan (Regidor eta kideak, 2002; Gutiérrez-Fisac, 2002).

Era berean, gizarte gradiente argia ikusi da osasun arazoek jarduerari ezartzen dizkioten mugetan, nola iraunkorrak hala aldi baterakoak izan (Regidor eta kideak, 1994; Fernández eta Schiaffino, 2003), baita gaixotasun edo osasun arazo desberdinetan ere, besteak beste, diabetea (Larrañaga eta kideak, 2005), HIESa (Regidor eta kideak, 1994; Brugal eta kideak, 2003), tuberkulosia (Fernández-Martín eta kideak, 2000; Díaz de Quijano eta kideak, 2001), hortz, belarri, buru edo bizkarreko minen ondoriozko arazoak (FOESSA, 1994) edo buru osasuna (Rajmil eta kideak, 1996; Muntaner eta kideak, 2003).

#### *d) Osasuneko itxaropenei buruzko azterlanak*

Hilkortasunaren eta erikortasunaren ikuspegi orokorra lortze aldera, azken urteotan zenbait neurri garatu dira eta horiek, “Biztanleriaren osasunari buruzko laburpen neurriak” (BOLN) izendapen orokorraren pean, bi ikuspegi horiek adierazle berean integratzen saiatzen dira. Espainian, garaiaren hasieran kalkulatu ziren era horretako neurriak (Regidor eta kideak, 1994). Gainera, desberdintasun geografikoak

antzeman dira ezgaitasunik gabeko bizi itxaropenaren (EGBI) banaketan (Gutiérrez-Fisac eta kideak, 2000; Ruiz-Ramos eta Viciana-Fernández, 2004), baita osasun oneko bizi itxaropenaren banaketan ere (Martínez-Sánchez eta kideak, 2001; Ruiz eta kideak, 2005).

*(e) Osasunarekin erlazionatutako bizi ohiturei buruzko azterlanak*

Garai honetan ere, hainbat azterlanek izan zuten helburu gisa osasunarekin erlazionatutako jokabideetan zeuden gizarte desberdintasunak aztertzea eta, gehienetan, gizarte gradientea zegoela ondorioztatu zen; azken urteotan, gainera, gradientea hazi egin da. Tabako kontsumotik abiatuta, garai horretan argitaratutako artikulu askok gizarte gradientea antzeman zuten kontsumoari zegokionez, bai Estatuan bai erkidegoetan (Regidor eta kideak, 2001b; Nebot eta kideak, 2004; Borrás eta kideak, 2000; Borrell eta kideak, 2000b; Schiaffino eta kideak, 2003; Galán, 2002). Alkohol kontsumoa dela eta, honek ere gizarte gradientea zuen, ohiko kontsumoa hezkuntza-maila handiko pertsonen artean nagusitzen baitzen eta gehiegizko kontsumoa, berriz, lehen mailako ikasketak zituztenen artean (Regidor eta kideak, 1994).

Dieta gizarte desberdintasunen ikuspegitik aztertu zen beste jokabideetako bat izan zen. 1994an, azterlan ekologiko batek Valentziako supermerkatu desberdinetako salmentak ikertu zituen horien kokaleku ziren zonen maila sozioekonomikoaren arabera eta gizarte gradientea garbia aurkitu zuen elikagai osasungarrien kontsumoan (Gutiérrez eta kideak, 1994). Gizabanakoei dagokionez, fruta eta barazkien kontsumoa ere maila sozioekonomikoarekin erlazionatu zen (Galán, 2002), bai 65 urtetik gorako pertsonen artean (Lasheras eta kideak, 2001), bai haurren artean (Serra eta kideak, 2003). Desberdintasun sozioekonomikoak aurkitu ziren, orobat, amagandik edoskitzeko ohituran (Ceinos, 1996).

Gainkargaren eta gizentasunaren gizarte ereduak xehetasun osoz deskribatu zen garai honetan (Regidor eta kideak, 1994; Gutiérrez-Fisac, 1995; 1998; Rebato eta kideak, 2001; Aranceta eta kideak, 2001; Soriquer eta kideak, 2004).

Azkenik, aisialdian ariketa fisikoa egiteari dagokionez, hori hezkuntza-mailarekin, sexuarekin, gizarte klasearekin, ingurunearen ezaugarriekin eta probintziako maila sozioekonomikoarekin erlazionatu zen (Navarro eta Benach, 1996; Galán, 2002; Elizondo eta kideak, 2004; 2005; Pascual eta kideak, 2005).

*(f) Osasun zerbitzuez baliatzeko aukerari eta horien kalitateari buruzko azterlanak*

Osasun zerbitzuez baliatzeko aukera beste gai garrantzitsu bat izan zen 1994-2005 aldian osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzerakoan. Laburbilduz, esan genezake, 90eko hamarkada baino lehenagoko azterlanek ondorioztatutakoaren arabera, klase txiroenetako kideek gutxiagotan jo behar izaten zutela osasun profesionalengana (Fernández de la Hoz eta León, 1996). Data horretatik aurrera, ordea, ondorioak aldatu egin ziren; osasun premiak kontuan hartuta, ez zen alderik aurkitu gizarte klase desberdinek lehen mailako arretako osasun zerbitzuez baliatzeko zituzten aukeren artean (Regidor eta kideak, 1996; Rajmil eta kideak, 1998; Borrell eta kideak, 1999c; 2001; García eta López, 2006), edo talde sozioekonomiko ahulena oheburuko medikuaren kontsultara talde sozioekonomiko aberatsenak baino maizago joaten zirela ikusi zen (Navarro eta Benach, 1996; Lostao eta kideak, 2001b). Hala ere, osasun zerbitzu espezializatuez baliatzeko aukerari dagokionez, azterlanek desberdintasun nabarmenak agertu zituzten, bereziki, osasun publikoak erabat babesten ez zituen zerbitzuetan (Borrell eta kideak, 2001; Jiménez eta kideak, 2004; Stoyanova, 2004; Fernández-Mayoralas eta kideak, 2000), baita aseguru pribatu bat izatean edo ez izatean (García eta López, 2006; Rajmil eta kideak, 2000) edo prebentzio zerbitzuen erabileran (Rohlf s eta kideak, 1998; Luengo eta kideak, 1996; Lostao eta kideak, 2001b). Prebentzio zerbitzuez baliatzeko aukeren arteko desberdintasuna hurrengan ere aztertu zen; horren arabera, familien maila sozioekonomikoak hortz, begi eta belarrietako ikerketak gainditzeko aukeran eragina zuen (Navarro-Rubio eta kideak, 1995).

Azkenik, desberdintasunak antzeman ziren, orobat, zerbitzuen kalitatean, gizarte klasearen edo ikasketamailaren arabera, itxaron denbora bezalako adierazleak aplikatzerakoan (Rajmil eta kideak, 2000; Regidor eta kideak, 1996; Lostao eta kideak, 2001b). Era berean, genero desberdintasunak antzeman ziren osasun arretan (Ruiz-Cantero eta kideak, 2004), baita desberdintasun geografikoak ere, nahiz eta horiek, itxuraz, lehendik ere bazeuden eta hazten zihoazen denboraren poderioz (González eta kideak, 2004).

Osasunaren ekonomiatik, aurreko garaian Rodríguezek egin zuen azterlanaren ondoren (Rodríguez eta kideak, 1993), beste batzuk ere izan ziren eta horiek, antzekotasun metodologiko (Urbanos, 1999b) eta teoriko handiago edo txikiagoekin, ikerketa-ildo horri eutsi diote. Doktorego tesi batek zerbitzu publikoen prestazioan desberdintasunak zeudela eta horiek ahalmen ekonomiko txikiagoko gizabanakoen aldekoak zirela utzi zuen agerian (Abásolo, 1998); ondorio hau jada berretsi zuten 1987-1995 aldirako beste azterlan batzuek ere (Urbanos, 1999). Hala, beraz, osasun zerbitzuen prestazioan antzemandako inekitate, zalantzarik gabe, eskaintako laguntza-motaren arabera zegoela ondoriozta liteke (Urbanos, 2000); izan ere, medikuntza orokor publikoan inekitateak baliabide gutxiagoko pertsonen zekarkien onura (Abásolo eta kideak, 2001) eta odontologikoaren moduko zerbitzuetan, berriz, klase aberatsenei (Stoyanova, 2004).

*(g) Biztanle talde zehatzei edo gai espezifikoari buruzko azterlanak*

Aldi honetan, beste zenbait azterlanek biztanle talde zehatzetan jarri zuten arreta, besteak beste, adinekoengan (Fernández eta kideak, 1996; Pérula de Torres eta kideak, 1997; Meléndez eta kideak, 2001; Lasheras eta kideak, 2001, Alvarado eta kideak, 2002) edo bizitzako lehen urteetan (haurdunaldia, erditzea eta haurtzaroa) (Escribá-Agüir eta kideak, 2001; Regidor eta kideak, 1994; Rodríguez eta kideak, 1995, Latorre eta kideak, 2007).

Beste azterlan batzuek, gizartean baztertuta egonda edo baztertuta geratzeko arriskuan egonda, osasun egoera kaskarragoa zuten gizarte taldeen osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertu zituzten. 2003an, Ferrerrek 1981-2001 aldian Espainiako ijitoei buruz argitaratu zen literatura mediko-zientifikoaren berrikuspen sistematikoa egin zuen (Ferrer, 2003). Bere azterketa konplexua izan arren (edozein biztanle multzoren jatorri etnikoa aztertze muga metodologiko eta legal ugari dago), Espainian bizi diren baztertutako ijitoek hilkortasun handiagoa eta osasun egoera kaskarragoa zutela eta, larrialdiak kenduta, osasun zerbitzuak gutxiago erabiltzen zituztela frogatu zen (Cabedo eta kideak, 2000; Cilla eta kideak, 1995; Palanca, 2002; Martínez-Campillo eta kideak, 2003; Almagro eta kideak, 2001). Beste arreta-esparru bat etxerik gabeko pertsonak izan ziren. Horiei dagokienez, sexu transmisiozko gaixotasunak, zirkulaziokoak, hezurretakoak, muskuluetaoak eta azalekoak bezalako arazoak izaten zituztela adierazi zen (Muñoz eta kideak, 1995), baita nahaste kronikoak metatzen zitzaizkiela ere (De Andrés eta kideak, 2002; Portero eta Utrilla, 2002).

Bestalde, etorkin taldeak ere interes taldeen artean egon ziren, oraindik ere gutxi diren arren horien osasun egoerari buruzko azterlanak. Pentsa daitekeenaren aurka, kolektibo horrek zituen osasun arazoak bertakoek zituztenen oso antzekoak ziren (Huertas, 2002; Vázquez, 2002). Hain zuzen ere, horien osasunak Espainiara iristean egiten zuen okerrera (García de Olaya eta kideak, 2000), hainbat arrazoiengatik: atzerrira joateak berak batzuetan dakarren arrisku fisikoa eta herrialde berrian duten ezegonkortasunak dakartzkien baldintza ekonomikoak (Chamizo, 2002; Llacer eta kideak, 2001), osasun zerbitzuez baliatzeo aukera txikiagoak (Chamizo, 2002; Vázquez, 2002) eta deserrotze handiagoa eta gizarte laguntza eskasa (Pérez eta kideak, 2004).

Tematika zehatzen gaineko azterlanei dagokienez, laneko osasunari buruzkoak azpimarratu behar dira. Aldi honetan egindako hainbat azterlanen arabera, lan egoera ez zen ausaz banatzen biztanleen artean; aitzitik, sexuak eta gizarte klaseak baldintzatuta zegoen (Martín-García eta Sanchez-Bayle, 2004). Gainera, lan egoera osasunarekin erlazionatutako bizi ohitura desberdinekin eta osasun zerbitzuen erabilerekin



zerikusia zuela ere ikusi zen (Rodríguez, 1994; Del Llano eta kideak, 1996; Garrido eta kideak, 1994; Benach eta kideak, 2002; 2004). Etxeko lanari eta lan ordainduari dagozkion kargak direla eta, lan ordaindua eta etxeko lana bateratzeak osasunerako zituen ondorioak eta sexuaren eta gizarte klasearen arabera zuen banaketa desberdina aztertu ziren (Artazcoz, 2004).

### 1.4.3. Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketen berrikuspena EAEn

Etxebizitza kaskar eta eskasetan pilatuta eta bizitzako erosotasun gehienez gozatzeko aukerarik gabe, biztanleen artean ere baziren biktimak, gaixoak eta zaurituak, non bizi ez zutenak, arreta nahikoa jasotzen ez zutenak eta gaizki elikatuta zeudenak; mina eta, are gehiago, heriotza larritik ordaintzen zuten.

Enrique de Areilza, 1881

EAEn osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertu dituzten lanei dagokienez, bilaketak guztira 40 azterlan berreskuratu zituen; horiek zuzenean edo zeharka ematen zituzten osasunari lotuta zeuden gizarteko faktore erabakigarriei buruzko datuak. Bilaketa Estaturako egindakoa baino zehatzagoa izan zen, datu base bibliografikoen bidez lortutako azterlanez gain, argitaratu gabeko edo literatura griseko beste batzuk berreskuratu ahal izan baitira eta horiek bilaketaren emaitzak aberastu dituzte.

EAEn dauden osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko ikerketaren ezaugarriak honela laburbildu ahalko lirateke:

- Estaturako aipatu denaren kontra, EAEn erakundeek bultzatutako azterlanak eta ikerketa nabarmendu dira, Eusko Jaurlaritzako Osasun Saitetik baitatoz azterlan horietako asko, bereziki, osasun arloko gizarte desberdintasunen gaia zuzenean ikertzen dutenak.
- Diziplinen ikuspegitik, gizarte zientziek osasun arloko gizarte baldintzen azterketari egin dioten ekarpena ez da oso aipagarria EAEn, osasun publikoak, epidemiologiak nahiz biologia edo antropologia fisikoa bezalako beste natur zientzia batzuek egindako ekarpenarekin alderatuta.
- Azpimarratu beharrekoa da datu ugari daudela osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzeke, bereziki, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak 1986, 1992, 1997 eta 2002an egindako Osasun-Inkestak eta EUSTATEk (Euskal Estatistika Erakundeak) 1989, 1994, 1999 eta 2004an egindako Bizi Baldintzen Inkestak, Biztanleriaren Berezko Mugimendua bezalako ohiko iturriekin batera (heriotzen, jaiotzen eta abarren erregistroa). Hala ere, datu ugari izan arren, lan zientifikoen kopurua ez da inolaz ere parekoa izan.

Arreta azterlan zehatzetan jarritz gero, Estatuan egindakoekin gertatzen zen bezala, hemengoak ere lau gai nagusitan bana daitezke: a) hilkortasuna; b) osasun egoera eta gaixotasuna; c) bizi ohiturak; eta d) osasun zerbitzuez baliatzeko aukera.

- a) *Hilkortasuneko gizarte desberdintasunei buruzko azterlanekin* hasita, Estaturako adierazi dugun bezala, EAEn ere, heriotzaren buletin estatistikoetan jasotako informazio sozioekonomikoa zehatza ez denez eta datuak babesteko legeak mugapenak egin dituzenez, hilkortasuneko gizarte baldintzen azterketa mugatuta geratu da (Esnaola eta kideak, 2006). Zailtasun hori gorabehera, hainbat azterlanek garbi utzi dute hilkortasuna ezaugarri sozioekonomikoekin erlazionatuta dagoela, hilkortasunaren eta biztanleriaren erregistroak (Departamento de Sanidad, 2005) eta

azterlan ekologikoak (Esnaola eta kideak, 2003; Ruiz eta kideak, 2005; Esnaola eta kideak, 2006) alderatuta.

- b) *Osasun egoerari eta gaixotasunari dagozkien desberdintasunei buruzko azterlanak* direla eta, datu iturri erabilienak Osasun-Inkesta desberdinak izan dira. Inkesten edizio desberdinetako emaitzak argitaratu dira (Departamento de Sanidad, 1987; 1996; 1997; 2004), adierazle nagusiak gizarte klase, ikasketa-maila eta sexuaren arabera aztertu ondoren. Emaitza horiek argitaratzeaz gain, osasuneko eta gaixotasuneko gizarte desberdintasunak ikertu dituzten beste lan batzuk ere argitaratu dira. Ildo horretatik, osasunaren autobalorazioa, jardueraren erabateko mugapena edo mugapen partziala eta gaixotasun kronikoen presentzia sexua, ikasketa-maila, gizarte klasea, diru-sarrerak edo bizitokia bezalako aldagaiekin erlazionatu dira (Anitua eta Esnaola, 2000; Esnaola eta Ramos, 2000; García eta kideak, 1997; Sobremonte, 2006).

Era berean, osasun arazo zehatzen prebalentzian dauden desberdintasunei buruzko azterlanak ere argitaratu dira, adibidez, 2 motako diabetearen prebalentzian (Larrañaga eta kideak, 2005), amaren eta haurraren osasunean (Latorre eta kideak, 2007), pylori helicobacterrek eragindako infekzioan (Cilla eta kideak, 1997), aho-hortzetako osasunean (Aizpuru eta kideak, 1999) eta anorexia (Anitua eta kideak, 1999) edo gizentasuna (Rebato eta kideak, 2001; Rebato eta kideak, 2007) bezalako elikadura-arazoetan.

Biztanle talde zehatzei buruzko azterlanak ere egin dira, besteak beste, emakumeei (Emakunde, 1993) eta adinekoei (Gorroñogoitia eta kideak, 1992; Dorronsoro eta kideak, 1991) buruzkoak; eremu geografiko txikiagoetan oinarritutakoak ere badaude, esaterako, probintzietan (Sanzo eta kideak, 1991), eskualdeetan edo garbi mugatuta ez dauden beste eremu batzuetan, besteak beste, landa edo hiriko biztanleria nagusi direnetan (Jausoro eta kideak, 2006).

- c) *Osasunarekin erlazionatutako bizi ohiturei dagozkien desberdintasunen inguruko azterlanak* direla eta, garbi utzi da, orobat, tabako kontsumoan (Anitua eta kideak, 1999) edo dieta osasungarria izatean (Rebato eta kideak, 2001) gizarte desberdintasunak daudela.
- d) Azkenik, *osasun zerbitzuez baliatzeko aukeretan dauden gizarte desberdintasunak* ere aztertu dira EAEn (Anitua eta Esnaola, 1991). Behin baino gehiagotan aztertu diren gaietako bat haurrei zuzenduta dauden hortzak zaintzeko zerbitzuez baliatzeko aukera da eta, horren inguruan adierazienez, PADI bezalako zenbait esku-hartzek gizarte desberdintasunak murriztea lortu dute (Freire, 2003), baina, hala ere, oraindik hor diraute (Aizpuru eta kideak, 1999).

Dirudienez, halaxe gertatzen ari da lehen mailako arretarekin, 1984ko erreformaren ondorioz zerbitzuez baliatzeko aukeretan desberdintasunak murriztu arren, 90eko hamarkadaren hasieran oraindik gizarte desberdintasunak ikus baitzitezkeen, 1992ko Osasun-Inkestako analisiaren arabera (Larizgoitia, 1996).

Bestalde, duela gutxi egindako azterlan batek (Aldasoro eta kideak, 2007) miokardioko infartu akutuagatik ospitaleratutako pertsonengan berehala berriz ere baskularizazioa gertatzeko genero desberdintasunek zer eragin duten eta horiei dagozkien faktore erabakiak zeintzuk diren ikertu du.

## II. Kapituluua:

### GIZARTE DESBERDINTASUNAK OSASUNEAN, GAIXOTASUNEAN ETA HILKORTASUNEAN

*Errealitatea aldatzeko, lehen urratsa horri beste modu batera begiratzea izan ohi da (eta besteei hori ikuspegi horretatik erakusteko gai izatea)*

**Jorge Riechmann**

Lehenengo kapituluuan ikusi den bezala, pertsonen osasuna beren ezaugarri sozioekonomikoekin hertsiki erlazionatuta dago eta, beraz, gizarte eskalako maila altuenetan kokatutakoek behe-ragokoetan daudenek baino osasun hobea izaten dute. Gertakari horren garrantzia ikusita, merezi du, testuinguru bakoitzean, desberdintasun ardatz horiek nola artikulatzen diren aztertzea, horiek osasunaren, gaixotasunaren eta hilkortasunaren banaketa ezberdinari buruz ezkutuan egon ohi diren errealitateak azalartzea egiten baitute.

Ildo horretatik, kapitulu honen lehenengo zatiak Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) osasuna eta gaixotasuna nola banatzen diren aztertzen du, hainbat ezaugarri sozioekonomikoren arabera. Horretarako, 2002ko Euskal AĒko Osasun-Inkestako (EAEOI'02) datuak erabili dira. Zehazki, gizarte klasea, ikasketa-maila eta jatorria kontuan hartuta dauden desberdintasunak deskribatzen dira<sup>10</sup>, pertsonen osasun egoerako hainbat alderdirekin erlazionatutako aldagai jakin batzuei dagokienez.

Era berean, hilkortasuna ere eredu sozioekonomiko argi baten pean dago. Horregatik, bigarrenik, euskal biztanleen artean dauden hilkortasuneko gizarte desberdintasunak eta osasun itxaropenak aztertzearen emaitzak aurkezten dira, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak argitaratutako zenbait lanetatik abiatuta.

<sup>10</sup> Jatorriaren arabera osasunean zeuden desberdintasunak aztertu dira, bi kategoria kontuan hartuta: EAEn jaiotakoa izatea edo Estatuaren gainerakoan jaiotakoa izatea. Aldagai hau aztertzeko, 45 urtetik gorako pertsonak bakarrik hartu dira kontuan, adin horretatik aurrera baitute EAEn eta Estatuaren gainerakoan jaiotakoek antzeko pisua guztizko biztanlerian.

Amaitzeko, eta heldutasuneko osasuna definitzerakoan bizitzako hasierako garaiek garrantzi berezia dutela kontuan hartuta, bizitzaren hasieran, nerabezaroan eta gazterian dauden osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertu dira, bai hainbat datu iturri hartuta (hilkortasuneko erregistroak, EAEOI'02...) bai prematuritateari, jaiotzerakoan izandako pisuari eta haurren hilkortasunari buruzko azterlanetan eta 4 eta 18 urte bitarteko euskal biztanleen Elikadura Ohiturei eta Osasun Egoerari buruzko 2005eko Inkestan oinarrituta.

Horrekin guztiarekin, EAEn osasunari eta hilkortasunari dagokienez dauden gizarte desberdintasunen mapa orokorra deskribatu nahi da, arlo horietan egindako zenbait lan bilduta eta orain arte aztertu ez diren beste alderdi batzuk ikertuta.

## **2.1. EAEKO BIZTANLERIA OSOAREN GIZARTE DESBERDINTASUNAK OSASUNEAN ETA GAIXOTASUNEAN: EAEOI'02KO ANALISIAREN EMAITZAK**

Ondoren agertzen diren emaitzak EAEko 16 urtetik gorako biztanleen artean gizarte klasea, ikasketa-maila eta jatorria hainbat osasun aldagairekin (osasunaren autobalorazioa, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea, arazo kronikoak, jardueraren mugapen kronikoa, jardueraren aldi baterako mugapena, gizartearen osasuna, sedentarismoa, gizentasuna, alkohol kontsumoa, tabako kontsumoa eta prebentziozko aholku medikoa) uztartu dituen analisitik lortu dira, 2002ko Euskal AEko Osasun-Inkestan oinarrituta<sup>11</sup>.

Adinaren arabera estandarizatu diren aldagai bakoitzeko batez besteko prebalentziak eta puntuazioak kalkulatuaz gain<sup>12</sup>, aldagai kualitatiboetarako erregresio logistikoko ereduak egin dira eta aldagai kuantitatiboetarako, berriz, kobariantzaren analisia, adinaren arabera erlazioen garrantzi estatistikoa egiaztatze aldera<sup>13</sup>. Ildo horretatik, antzemandako alde guztiak estatistikoki adierazgarriak dira, kontrakoa zehazten den kasuetan izan ezik. Ondorioz, hurrengo orrialdeetan, analisisiek adierazgarritasunari buruzko informaziorik ekartzen ez dutenean, deskribatutako erlazioa estatistikoki adierazgarria izan zela ulertu behar da<sup>14</sup>.

### **2.1.1. Osasunaren autobalorazioa**

Osasunaren autobalorazioa pertsonen beren osasunari buruz duten pertzepzio subjektiboa islatzen duen adierazlea da. Oso osasun neurri garrantzitsua da, adierazle bakar batean laburbiltzen baititu pertsonen beren osasunaz duten ideiarekin erlazonatutako hainbat alderdi subjektibo eta objektibo.

Adierazle erraza izan arren, galdera bakar bati erantzunda lortua (EAEOI: *Oro har, zure ustez, nolakoa da zure osasuna?*), zenbait azterlanen arabera, pertsona bakoitzak bere osasunaren inguruan egiten duen

<sup>11</sup> EAEOI'02 inkestaren metodologia eranskin metodologikoan azaldu da. Xehetasun gehiago nahi izanez gero, ikusi Osasun Saila (2004) azterlana.

<sup>12</sup> Estandarizazioaren definizioari eta estandarizazio prozesuari buruzko azalpen zehatza nahi izanez gero, eranskin metodologikoa kontsulta daiteke.

<sup>13</sup> Erregresio logistikokoaren analisia eta kobariantzaren analisia estatistika-metodoak dira eta, horiei esker, mendeko aldagai baten (kasu honetan, osasun egoeraren) eta aldagai aske jakin batzuen (adibidez, gizarte klasearen edo ikasketa-mailaren) arteko erlazioa aztertzen da, erlazio horretan eragina izan dezaketen adina bezalako beste aldagai batzuen ondorioa egokituta (ezabatuta) (ikus estandarizazioari buruzko atala eranskin metodologikoan). Teknika horien erabilera erlazio horren adierazgarritasun estatistikoa ebaluatzeko neurriak eskaintzen dizkigu eta, horri esker, gure laginean ikusten dugun aldea zorizkoa den ala ez den eta, beraz, biztanle multzo horretara estrapola ote daitekeen jakin dezakegu. Hala ere, adierazgarritasun estatistikoa kontu handiz interpretatu behar da, batzuetan, hainbat faktorek eragiten baitute erlazio bat estatistikoki adierazgarria ez izatea, esate baterako, laginaren tamainak, nahiz eta horrek ez duen antzemandako erlazioa baliogabetzen. Era berean, erlazio bat estatistikoki adierazgarria dela ikusiz gero, hausnarketa egin behar da erlazioaren benetako interes, zentzu eta garrantziaren inguruan.

<sup>14</sup> Erlazioak bialdeko  $p$  probaren balioa 0,05ekoa edo gehiagokoa izan zenean hartu ziren estatistikoki adierazgarritzat.

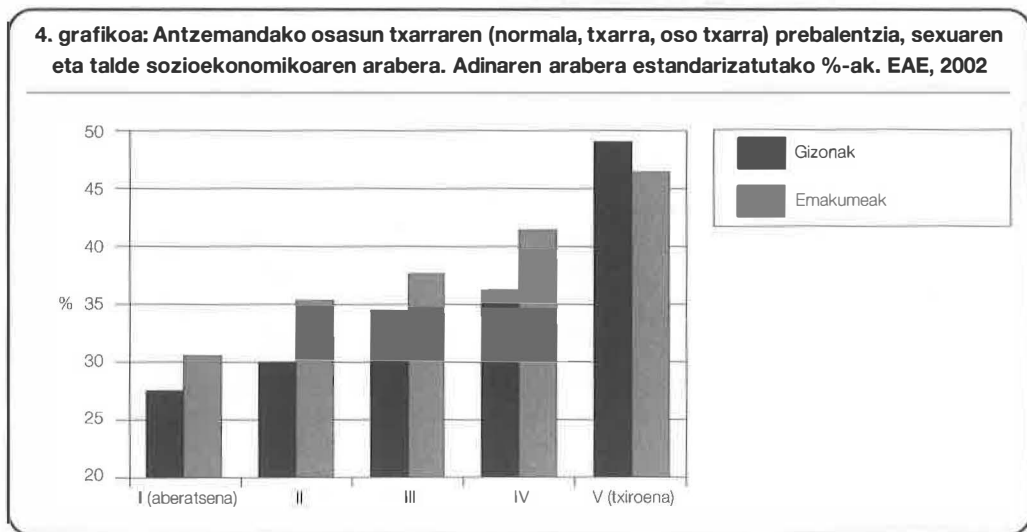
balorazio oso erlazionatuta oinena dago bizi kalitatearen pertzepzioarekin, klinikoki diagnostikatutako gaixotasunak izatearekin eta osasun zerbitzuen erabilerarekin (Patrick eta Bergner, 1990). Era berean, hilkortasunarekin ere zerikusia du, baita tabako kontsumoa edo kolesterol maila bezalako beste arrisku faktore batzuen eragina ikusita ere (Idler eta Benyamini, 1997).

Hainbat azterlanekin bat etorritik, nazioartean ere gizarte desberdintasunak daude osasunaren autobalorazioan (Mackenbach, 2006) eta, Espainiaren kasuan, 80ko hamarkadaren hasieratik ere, lotura garbia eratu zen maila sozioekonomikoaren eta osasunaren autobalorazioaren artean (Durán, 1982). Berriki, beste azterlan batzuetan ikusi ahal izan denez, maila sozioekonomiko txikiagoko pertsonak eta ikasketa-maila baxuagokoek osasun kaskarragoa dutela onartu dute (Jovell, 1994; Regidor eta kideak, 1994; Fernández de la Hoz eta kideak, 1996; Gutiérrez-Fisac, 2002; Fernández eta kideak, 2000b; Fernández eta Schiaffino, 2003; Bello eta kideak, 1999; Borrell eta Benach, 2003). Dirudenez, osasunaren autobalorazioaren inguruko desberdintasun hauek hazi egin dira azken urteotan (Gutiérrez-Fisac, 2002; Borrell eta Benach, 2005; Regidor eta kideak, 2006).

EAEOI'02 inkestaren kasuan, aldagai hori bost kategoriatan biltzen da: “oso ona”, “ona”, “normala”, “txarra” eta “oso txarra”, nahiz eta, analisiaren ondorioetarako, osasun txarra osasunik ez izatea izango den (hau da, osasun “normal”, “txar” eta “oso txarraren” arteko batura izango da).

- Emaitzak

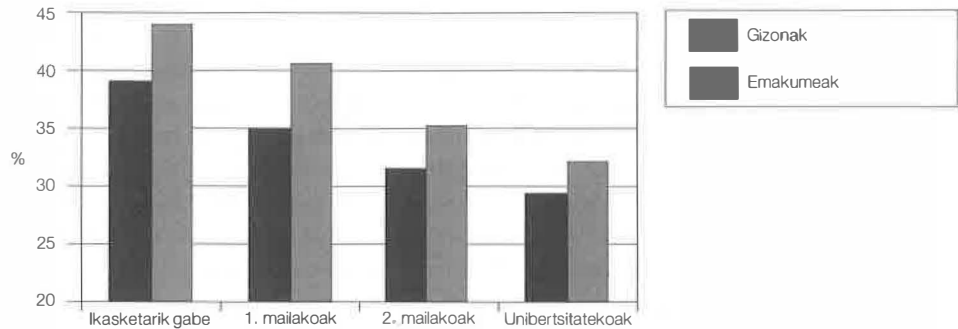
EAEn, osasunaren autobalorazioa gizarte klasearekin hertsiki erlazionatuta dago, 4. grafikoak erakusten duen moduan, gizarte klase txiroenetako pertsonak aberatsenetakoei baino osasun kaskarragoa dutela esaten baitute, bai gizonezkoek bai emakumezkoek dagokienez. Gizarte klasearen eta osasunaren autobalorazioaren arteko lotura, gainera, mailaz mailakoa da; bestela esanda, antzemandako osasun txarraren ehunekoa hazi egiten da gizarte eskalan beherantz joan ahala.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Bestalde, ikasketa-maila ere, argi eta garbi, osasunaren autobalorazioarekin erlazionatuta dago. Gizarte klasearekin gertatzen den bezala, ikasketa-maila txikiena duten pertsonak dira osasun txarreko prebalentziarik altuena dutenak; ehuneko horiek murriztu egiten dira lortutako ikasketa-maila handiagoa izan ahala.

**5. grafikoa: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**

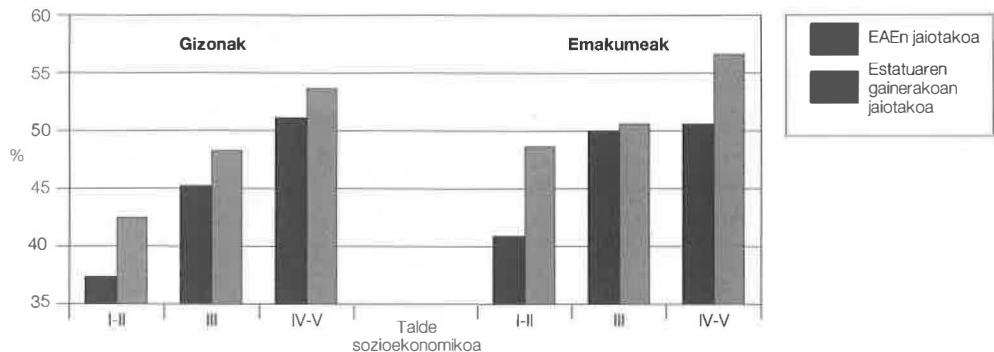


Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, osasunaren autobalorazioko desberdintasunak aurkeztu dira, 45 urtetik gorako biztanleak non jaio diren kontuan hartuta; hau da, EAEn edo Estatuaren gainerakoan. Kasu honetan, 6. grafikoa ikus daitekeen bezala, EAEn jaiotako pertsonen osasuna Estatuaren gainerakoan jaiotakoena baino hobea da, talde sozioekonomiko guztietan<sup>15</sup> eta bi sexuei dagokienez.

EAEn jaiotzeak duen eragin babeslea estatistikoki adierazagarria da gizonezkoen eta emakumezkoen artean, nahiz eta gizonezkoen artean desagertu egiten den gizarte klasearen eragina kontuan hartzean.

**6. grafikoa: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

<sup>15</sup> Gizarte klase bakoitzeko aldeak jatorriaren eta gizarte klasearen artean lotura dagoelako aztertzen dira. EAEn kanpo jaiotako pertsonak gizarte klase baxenentzuek dira eta, beraz, gizarte klasearen eragina kontuan hartzen ez denean azterketa egiteak nahastu egin gaitzake eta beharbada ez dugu ikusten utziko osasunari dagokienez EAEn jaiotakoena eta Estatuaren gainerakoan jaiotakoena artean antzeman diren desberdintasunak benetan gizarte klasearen eraginari zor zaizkiola. Kasu honetan, gizarte klasearen eragina kontuan hartu denez, ondoriozta dezakegu Estatuaren gainerakoan jaio diren pertsonen EAEn jaiotakoek baino osasun kaskarragoa dutela, gizarte klase guztietan, hau da, gizarte klasearen eragina ezabatuta.

## 2.1.2. Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea (OZBK)

Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitateari (OZBK) buruzko neurriak gero eta gehiago erabiltzearen arrazoiak da, alde batetik, beharrezkoa dela adlagai mediko tradizionalak ez diren beste neurri osagarri batzuk erabiltzea, gaixoen ikuspegia ere integratze aldera; eta, bestetik, gaixotasun kronikoak gero eta arruntagoak direla, horiek heriotza ez eragin arren, osasunean eta pertsonen bizi kalitatean eragin larria baitute.

Osasunaren autobalorazioa bezala, OZBK pertsonen beren osasunaz egiten duten balorazio globalaren neurri subjektiboa da, adierazle fisiopatologikoak eskaintzen dituztenen osagarria. Osasunaren autobalorazioak bezala, hilkortasuna ondo iragartzen du (Ries eta kideak, 1995) eta osasun zerbitzuak gehiago erabiltzeari lotuta dago (Siu eta kideak, 1993).

Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatearen neurri gisa, EAEKO inkestak SF-36 Osasun-Inkestaren Espainiako bertsioa erabiltzen du, Espainian frogatua eta maiz erabilia (Vilagut, 2005). 36 galderaz osatuta dagoen galdesorta da. Antzemandako osasunaren zortzi dimentsio hauek lantzen ditu: funtzio fisikoa (PF), rol fisikoa (RP), gorputzeko mina (BP), osasuna oro har (GH), bizitasuna (VT), funtzio soziala (SF), rol emozionala (RE) eta buru osasuna (MH). Dimentsio horietako bakoitzerako, galderak Otik (osasun egoerarik kaskarra) 100era (osasun egoerarik onena) doan eskalan kodetu, erantsi eta aldatzen dira. Dimentsio horietako bakoitzaren esanahia ondoko taulan biltzen da:

1. taula: SF-36ren dimentsioen edukia

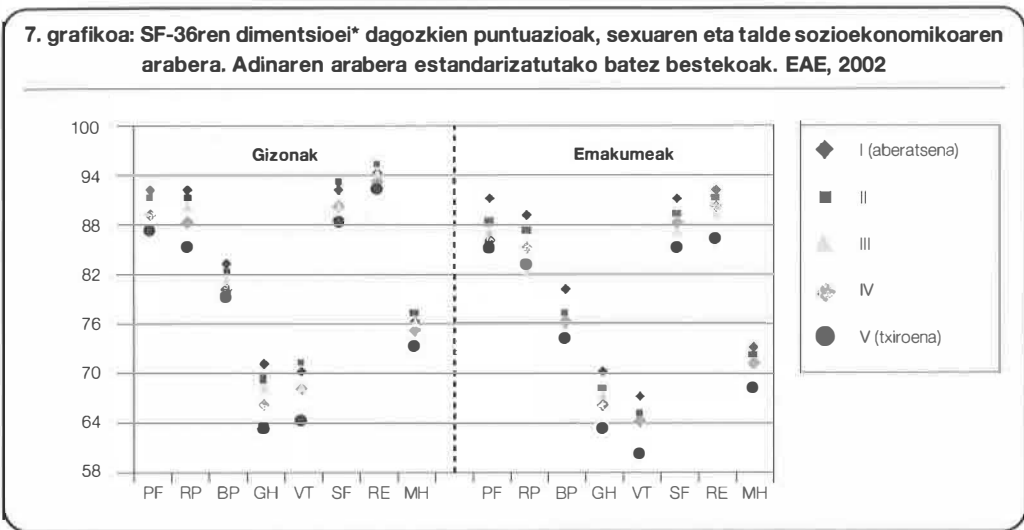
Emaitzen esanahia	Puntuazio txikia	Puntuazio altua
Funtzio fisikoa (PF)	Osasuna dela medio, jarduera fisiko oro gauzatzeko (baita bainatu edo dutzatzeko ere) oso mugatuta egotea	Jarduera fisiko oro gauzatea, baita indar handienekoak ere, osasunak mugarik jartzen ez duelako
Rol fisikoa (RP)	Osasun fisikoa dela medio, lanarekin edo eguneroko beste jarduera batzuekin arazoak izatea	Osasun fisikoa dela medio, lanarekin edo eguneroko beste jarduera batzuekin arazorik ez izatea
Gorputzeko mina (BP)	Asko mugatzen duen min oso bizia izatea	Inolako minik ez izatea, ezta horrek mugatzea ere
Osasuna oro har (GH)	Norbere osasuna txartzat jotzea eta okerrera joan daitekeelako aukera ikustea	Norbere osasuna bikaintzat jotzea
Bizitasuna (VT)	Une oro nekatuta sentitzea	Une oro oso dinamiko eta energiaz beteta sentitzea
Funtzio soziala (SF)	Arazo fisikoak edo emozionalak direla medio, ohiko gizarte jarduerak nabarmen eta maiz oztopatzea	Ohiko gizarte jarduerak gauzatea, arazo fisiko edo emozionalak inolako oztoporik sortu gabe
Rol emozionala (RE)	Arazo emozionalak direla medio, lanarekin eta eguneroko beste jarduera batzuekin arazoak izatea	Arazo emozionalak direla medio, lanarekin eta eguneroko beste jarduera batzuekin arazorik ez izatea
Buru osasuna (MH)	Une oro larrituta eta apalduta sentitzea	Une oro pozik eta lasai sentitzea

Iturria: Vilagut eta kideak, 2005

Nazioartean, hainbat azterlanek osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatean gizarte desberdintasunak daudela erakutsi dute, betiere, bizi kalitatea SF-36 eskalan oinarrituta neurtua (Martikainen eta kideak, 1999; Clarke eta kideak, 2002; Lahelma eta kideak, 2005; Pantzer eta kideak, 2006). Espainian ere, ikasketa-mailaren eta osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatearen artean lotura dagoela frogatu da eta lotura hori, gainera, hertsia dela heziketa-maila altuagoko taldeen artean (Regidor eta kideak, 1999).

- Emaitzak

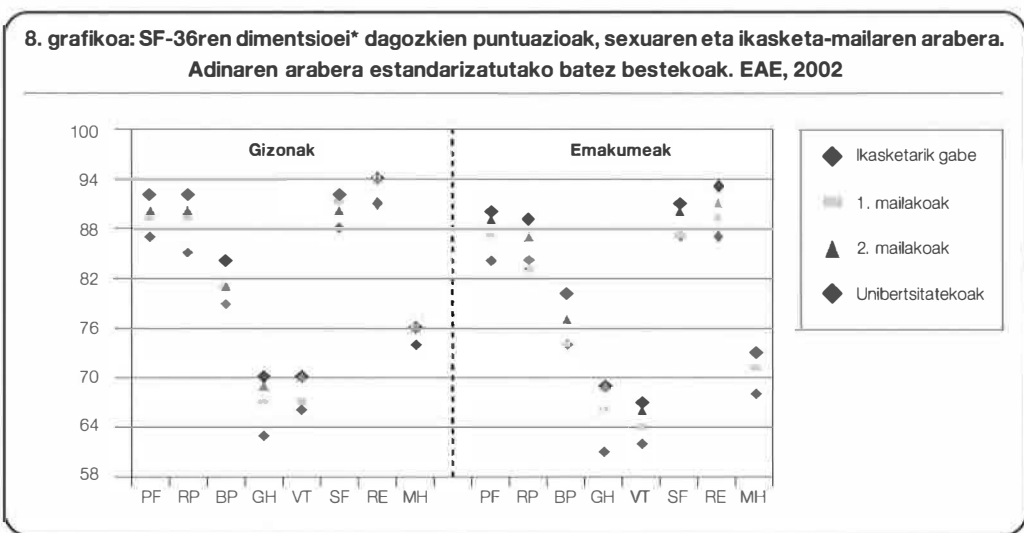
EAEko biztanleentzat egindako analisisiek gizarte eredu garbia deskribatzen dute osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatean, SF-36 eskalaren dimentsio guztietan, gizarte klase aberatsenen puntuazioak txiroenak dituztenak baino altuagoak baitira, bereziki, emakumezkoen artean. Gorputzeko minaren (BP) eta rol emozionalaren (RE) kasuan eta gizonezkoen dagokienez bakarrik ez da erlazio hori estatistikoki adierazgarria.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea, argi eta garbi, pertsonen ikasketa-mailarekin erlazionatuta dago eta, hala, bigarren mailako nahiz goragoko ikasketak dituzten taldeek, dimentsio gehienetan, lehen mailakoak edo beheragokoak dituztenek baino puntuazio hobek erakusten dituzte. Gizarte klasearekin gertatzen den bezala, ikasketa-mailak are desberdintasun handiagoak erakusten ditu emakumezkoen artean.



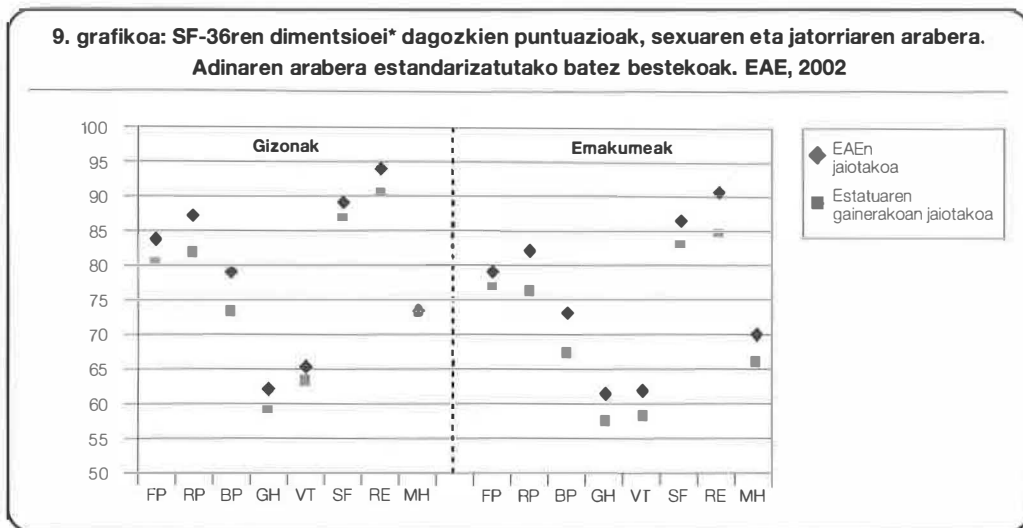
Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Azkenik, jatorria dela eta (EAE-Estatuaren gainerakoa) osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatean antzemandako desberdintasunak deskribatuko dira. Ondorengo grafikoak erakusten duen bezala, SF-36 eskalako dimentsio guztietarako, EAEn jaiotako pertsonak Estatuaren gainerakoan jaiotakoek baino puntuazio altuagoak dituzte. Berriz ere, desberdintasunak are handiagoak dira emakumezkoen artean, bereziki gorpuzteko mina (BP), rol fisikoa (RP), osasuna oro har (GH) eta rol emozionala (RE) bezalako dimentsioetan. Gizonezkoetan ere, dimentsio horiek dituzte desberdintasun handiagoak jatorria aintzat hartuta.



Aldeak estatistikoki adierazgarriak dira kasu guztietan, buru osasunarena (MH) izan ezik gizonezkoei dagokienez (izan ere, grafikoak gainjarritako bi puntu ematen ditu bi kategorietarako). Gizarte klaseak SF-36 eskalaren eta jatorriaren arteko erlazioan izan dezakeen eragina kontuan hartuta, aldeei dagokien adierazgarritasun estatistikoa mantendu egiten da kasu guztietan, rol fisikoarenean (RP) izan ezik emakumezkoei dagokienez eta bizitasunaren (VT) eta funtzio sozialarenean (SF) gizonezkoei dagokienez.

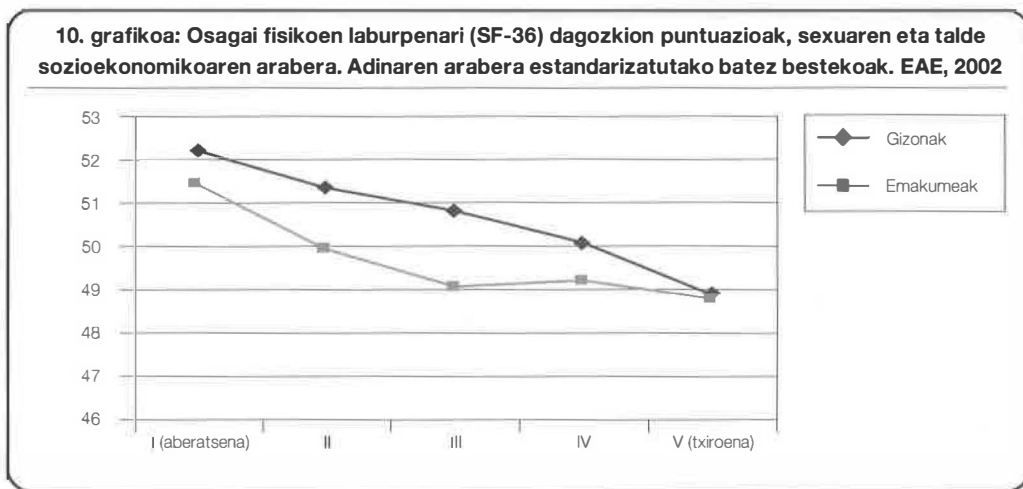


Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

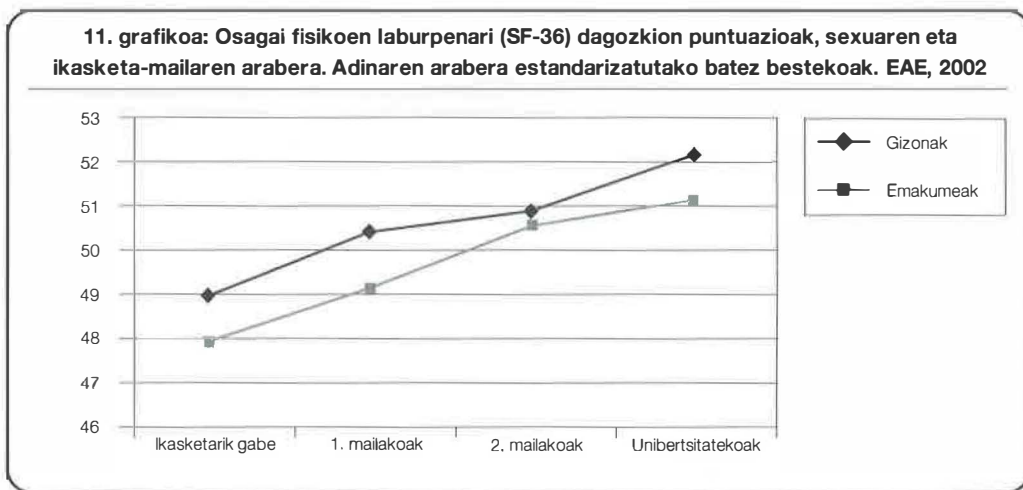
Gainera, osasunari buruzko SF-36 galdesortari esker, bi laburpen puntuazio kalkulatu daitezke, alegia, “Osagai fisikoen laburpena” (PCS) eta “Buru osagaien laburpena” (MCS), dimentsioetako bakoitzari dagozkion puntuazioak konbinatuta (Ware eta kideak, 1994).

Lehenengoari dagokionez (PCS), 10. grafikoak erakusten duen bezala, horren banaketa gradiente sozioekonomiko garbiaren pean dago, bereziki gizonezkoen kasuan; horien artean, klase aberatsenekoak izateak klase txiroenekoak izateak baino puntuazio altuagoa izatea dakar, zehazki, %7 altuagoa, emakumeena baino zertxobait altuagoa.



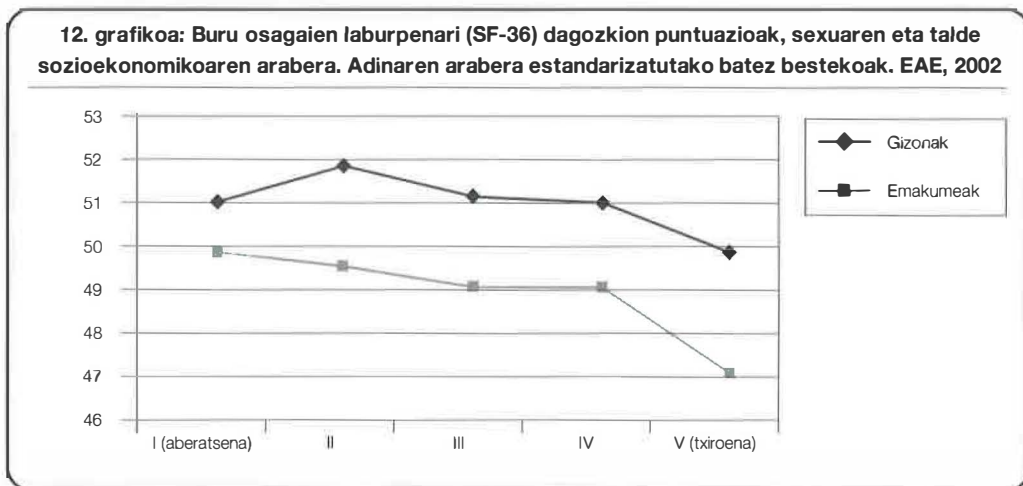
Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Era berean, hezkuntza-mailak gradiente argia ezartzen du osagai fisikoaren laburpenean, ikasketa-maila handiagoa duten pertsonen lehen mailako nahiz beheragoko ikasketak dituztenek baino batez besteko puntuazio altuagoa baitute.



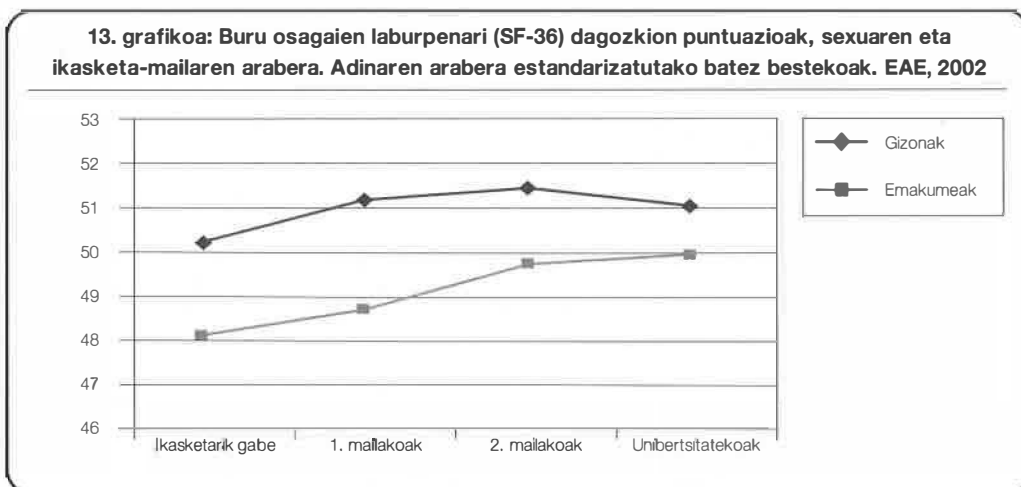
Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Buru osagaiaren laburpenari (MCS) dagokionez, 12. grafikoaaren arabera, apur bat behera egiten dute MCSaren puntuazioek gizarte klaseak okerrera egin ahala; gizonetzkoetan eta emakumezkoetan, alderik nabarmenena IV. eta V. taldeen artekoa da. Hala ere, aldeak ez dira estatistikoki adierazgarriak gizonetzkoen artean.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Antzeko zerbait gertatzen da ikasketa-mailarekin, MCSarekiko erlazioa ez baita estatistikoki adierazgarria gizonetzkoen kasuan. Nolanahi ere, bi sexuetan MCSko puntuazioan goranzko joera ikus daiteke ikasketa-mailak gora egin ahala eta, beraz, bigarren mailako edo unibertsitateko ikasketak dituztenen puntuazioak lehen mailako edo beheragoko ikasketak dituztenenak baino altuagoak dira.



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

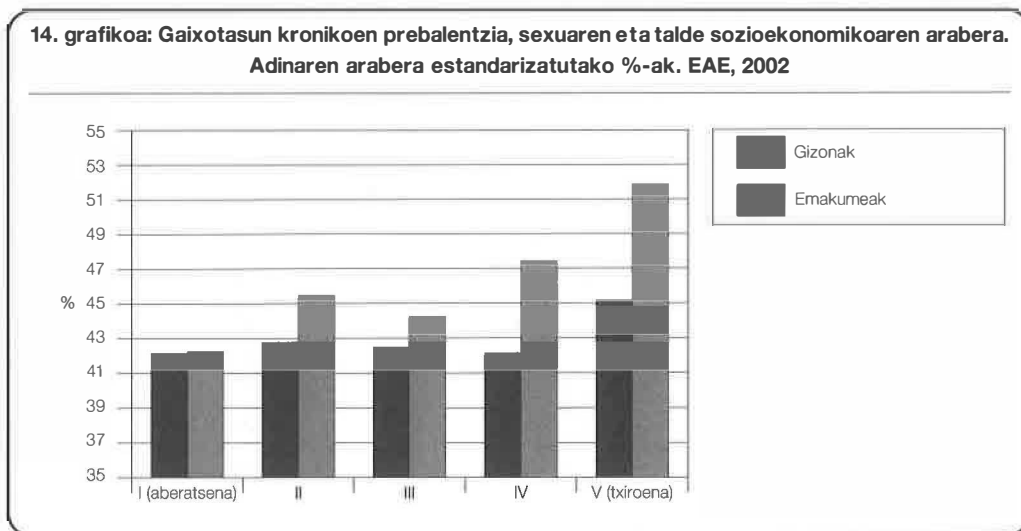
### 2.1.3. Arazo kronikoak

Arazo kronikoen prebalentziaren analisiak biztanleen gaixotasun kargari buruzko informazio garrantzitsua ematen digu. EAEOn, hori neurtzeko, osasun zerbitzuetan eskaera handiagoa sortzen duten arazoek zerrenda hartzen da oinarri gisa; horien artean, hipertentsioa, kolesterola, gaixotasun kardiobaskularrak, artrosia, ziatika, bizkarreko mina, diabetesa edo barizeak daude. Informazio hori gutzia taldekatze aldera, aurkezten diren datuek gutxienez arazo kronikoren bat duten pertsonen ehunekoa islatzen dute.

Hainbat azterlanek Espainian arazo kronikoak izateari dagokionez dauden gizarte desberdintasunak aztertu dituzte; horrelako arazo gehien dituztenak klase ahulenak dira (Fernández eta Schiaffino, 2003).

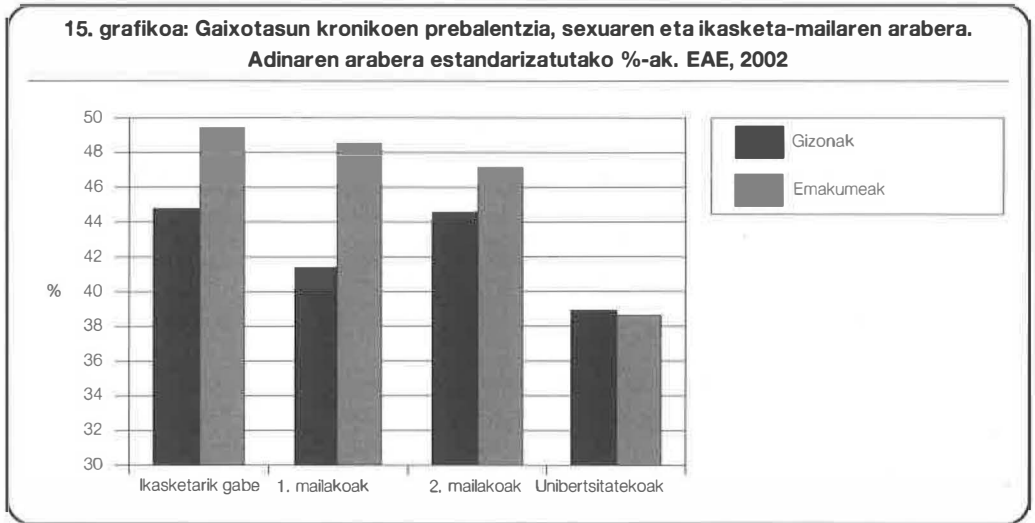
- Emaitzak

14. grafikoa ikus daitekeen bezala, arazo kronikoak izatea gizarte klasearekin erlazionatuta dago, bereziki emakumezkoen dagokienez; horien kasuan, prebalentzia %22,7 handiagoa da V. taldekoen artean (txiroenak), I. taldekoekin alderatuta (aberatsenak). Gizonezkoetan klaseen arteko aldea %6,9koa da, nahiz eta hori ez den estatistikoki adierazgarria.



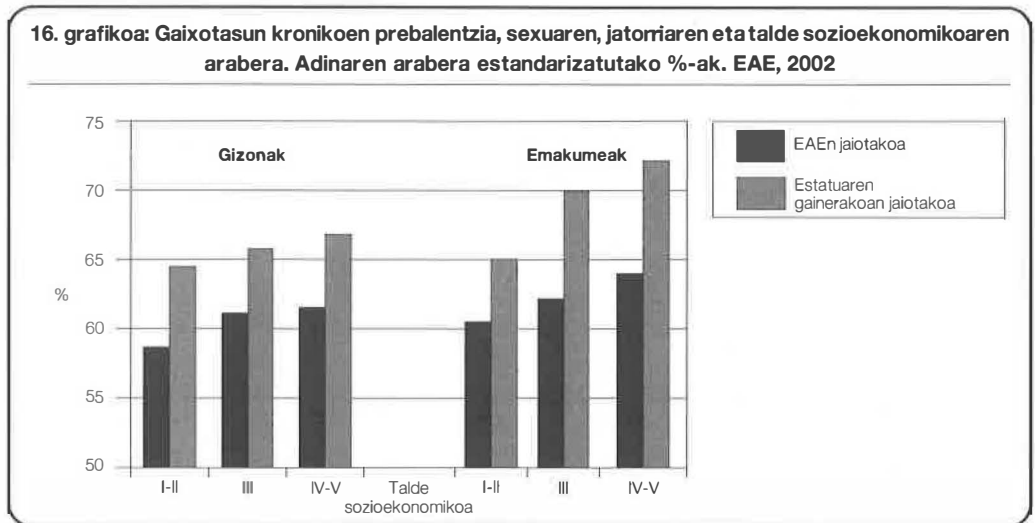
Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Antzeko eredia deskriba daiteke ikasketa-mailaren eta arazo kronikoen arteko erlazioan. Bi sexuatarako arazo kronikoen prebalentzia handiagoa bada ere lehen mailako ikasketarik ez duten pertsonen artean, unibertsitateko ikasketak dituztenekin alderatuta, eredia argiagoa da emakumezkoen artean. Horrela, gutxienez arazo kroniko bat dutenak lehen mailako ikasketarik ez dutenen artean %28,2 gehiago dira unibertsitateko ikasketak dituztenekin alderatuta. Aldiz, gizonezkoen artean, hezkuntza-mailen arteko aldea %15ekoa da.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, jatorria dela eta, arazo kronikoei dagozkien desberdintasunak hemen ere nabarmenak dira. 16. grafikoa ikus daitekeen bezala, EAETik kanpo jaiotako 45 urtetik gorako gizonezko eta emakumezkoek arazo kroniko gehiago izan ohi dituzte EAEn jaiotakoek baino, gizarte klasea edozein dela ere.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

2004an, gizarte desberdintasunei buruz EAEn egin zen azterlana argitaratu zen. Azterlan horrek berariazko arazo kroniko baten prebalentzia, 2 motako diabetearena, eta gaixo horien arrisku kardiobaskularreko faktorea eta arazo diabetiko kronikoak ikertu zituen. Azterlana 65.651 gaixorekin egin zen, horietatik 2.985i 2 motako diabetesa diagnostikatu zitzaion (Larrañaga eta kideak, 2005).

Lan horren ondorioek erakutsi zuten, maila sozioekonomiko baxuko eremuetan biziz gero, emakumeentzat 2,28 aldiz handiagoa zen 2 motako diabetesa izateko arriskua eta gizonezkoentzat, berriz, 1,69koa. Era berean, aztertutako gaixo diabetikoen artean, LDL kolesterolaren (kolesterol txarraren) ezohizko mailak izateko arriskua ia bikoitza zen sozioekonomikoki ahulak ziren eremuetan biziz gero, baita adinaren eragina eta gaixotasunaren iraupena kontuan hartu ondoren ere. Arrisku kardiobaskularren beste faktore batzuek ere bizitokiaren maila sozioekonomikoarekiko alderantzizko erlazioa zutela ikusi zen.

1986ko eta 1992ko osasun inkestetan oinarrituta EAEn egin zen beste azterlan batek ere garbi utzi zuen arazo kronikoren bat (minbizia, arnasbideko gaixotasunak, gaixotasun kardiobaskularrak, diabetesa edo muskulu eta hezurretako gaixotasunak) izateko arriskuan zeuden desberdintasunak, diru-sarreraren eta ikasketa-mailaren arabera, gehitu egin zirela 6 urte haietan, nola gizonezkoek hala emakumezkoek zegokienez (Anitua eta Esnaola, 2000).

#### 2.1.4. Jardueraren mugapen kronikoa

Jardueraren mugapen kronikoa edo ezintasun iraunkorra antzemandako osasunaren beste adierazle bat da eta horrek gaixotasun larriak izateak edo pertsonen adin eta sexurako normaltzat hartzen diren eginkizunak egiteko ezgaitasunen bat izateak dituen ondorioak islatzen ditu. Egoera funtzionala ebaluatzen duen osasun neurria da; hau da, adin talde bakoitzerako osasun fisiko onean dauden pertsonengan normaltzat hartuko lirakeen zenbait jarduera egiteko ahalmena ebaluatzen duena.

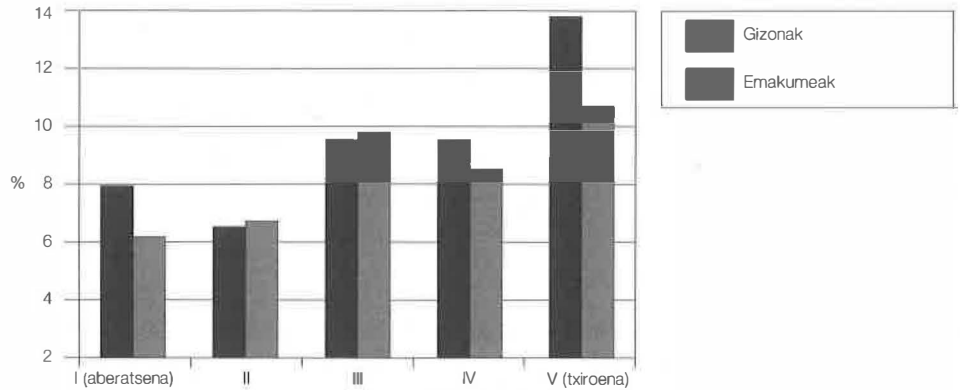
Hainbat azterlanek adierazi dute gizarte desberdintasunak daudela jardueraren mugapen kronikoari dagokionez (Broese van Groenou eta kideak, 2003; Avendano eta kideak, 2005; Mackenbach, 2006), bai nazioartean bai Espainian, eta klase ahulenek mugapen prebalentzia handiagoak erakusten dituztela (Artazcoz eta kideak, 2004c).

EAEOI inkestan, jardueraren mugapen kronikoa hiru gogortasun mailetan oinarrituta jasotzen da: “jarduera nagusiaren erabateko mugapena”, “jarduera nagusiaren mugapen partziala” eta “beste jarduera batzuetarako mugapena”. Ondoren aipatzen diren datuetan, deskribatutako gogortasun mailetakoren bati baietz esan izana hartuko da jardueraren mugapen kronikotzat.

- Emaizak

Maila sozioekonomikoaren arabera, ikus dezakegu EAEn klase aberatseneko pertsonak txiroenetakoek baino neurri txikiagoan jasaten dutela jardueraren mugapen kronikoa. Eredua guztiz graduala ez den arren, V. taldeko pertsonen (txiroenen) artean I. taldekoen (abertatsenen) artean baino 1,72 aldiz handiagoa da mugapen kronikoaren prebalentzia, bi sexuei dagokienez.

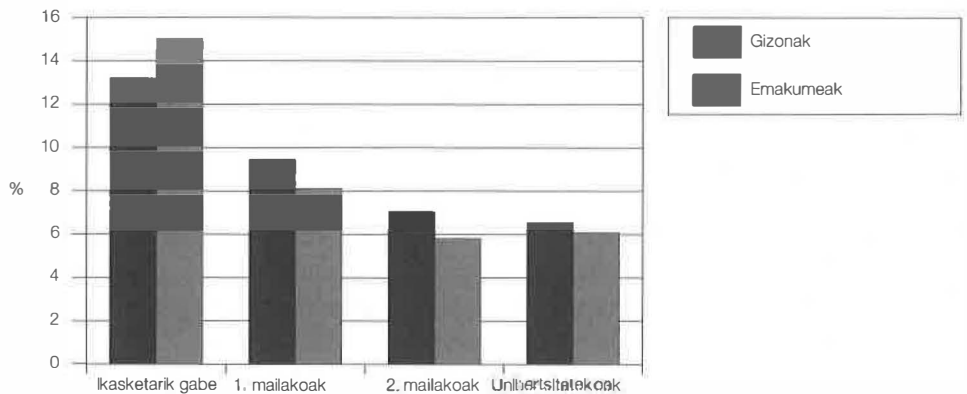
**17. grafikoa: Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Ikasketa-mailaren arabera, eredia askoz ere argiagoa da. 18. grafikoan ikus dezakegun bezala, lehen mailako ikasketarik ez dituztenen eta unibertsitateko ikasketak dituztenen arteko desberdintasunak bikoitza dira, bai gizonezkoen bai emakumezkoen dagokienez.

**18. grafikoa: Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**

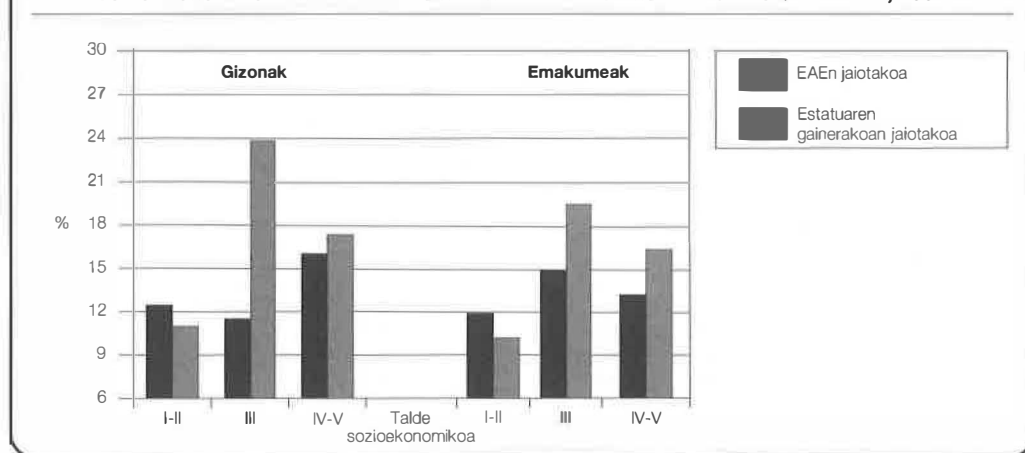


Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, eta jatorriaren ondoriozko desberdintasunei dagokienez, Estatuaren gainerakoan jaiotako 45 urtetik gorako gizonezkoek EAEn jaiotakoek baino %25eko mugapen kroniko handiagoa dute. Zifra hori %21ekoa da emakumezkoen artean. Hala ere, 19. grafikoak erakusten digun bezala, erlazio hori aldatu egiten da gizarte klasearen arabera; izan ere, goiko klaseetan jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia handiagoa da EAEn jaiotakoek artean eta Estatuaren gainerakoan jaiotakoek mugapen kroniko handiagoa dute<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> 19. grafikoan erakusten diren analisi estratifikatuaren emaitzak ikusita, ez zen gizarte klasearen araberrako erregresio analisisirik egin eta, beraz, ez zaigu azaltzen aldagai horren arabera doitutako erlazioaren adierazgarritasun estatistikoa.

19. grafikoa: Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

EAEko gizarte desberdintasunen bilakaerari buruzko azterlan baten arabera, jardueraren mugapen kronikoa gizarte gradiente argi baten arabera banatzen zen eta desberdintasunak handiagoak ziren 1992an 1986an baino, lanbidea, hezkuntza-maila eta errenta-maila hartuta, nola gizonezkoen artean hala emakumezkoen artean (Anitua eta Esnaola, 2000).

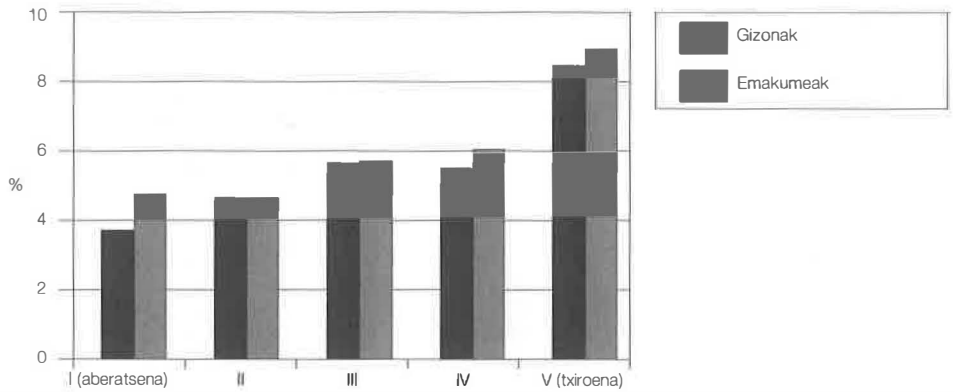
### 2.1.5. Jardueraren aldi baterako mugapena

Jardueraren aldi baterako mugapenak jarduera ohiko mailatik behera murrizten du, inkesta egin baino aurreko bi asteetan iraupen labur edo luzeko osasun arazoren baten ondorioz. Adinaren eta lan egoeraren arabera, zehazki, osasun arrazoiengatik pertsonak ohean egon behar izan duen, etxeko lanak egiterik izan ez duen edota eskolara edo lanera joan gabe geratu behar izan duen galdetu da.

- Emaitzak

Aldi baterako mugapenen prebalentziak EAE n txikiak diren arren (%6 ingurukoa biztanle guztientzat), adierazle hori ere gradiente sozioekonomiko argi baten arabera banatzen da. Gradiente horrek jardueraren aldi baterako mugapen handiagoa egiten die maila sozioekonomikoko pertsonari. Zehazki, gizonezkoen dagokienez, V. taldekoek (txiroenek) I. taldekoek (aberatsenek) baino aldi baterako mugapen handiagoa dute, hots, 2,3 handiagoa. Aitzitik, emakumezkoen artean aldea ia bikoitza da.

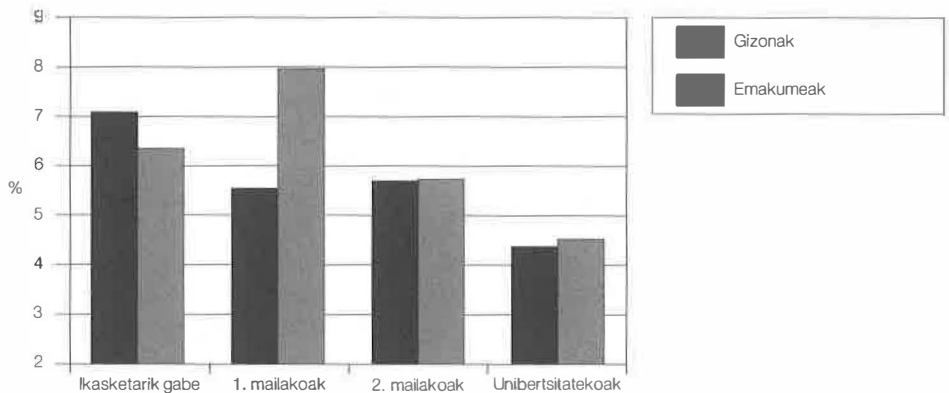
**20. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Ikasketa-maila ere jardueraren aldi baterako mugapenarekin lotzen da, nahiz eta eredia ez den klasearen kasuan bezain argia. Antzemandako aldeak ez dira inolaz ere estatistikoki adierazgarriak.

**21. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



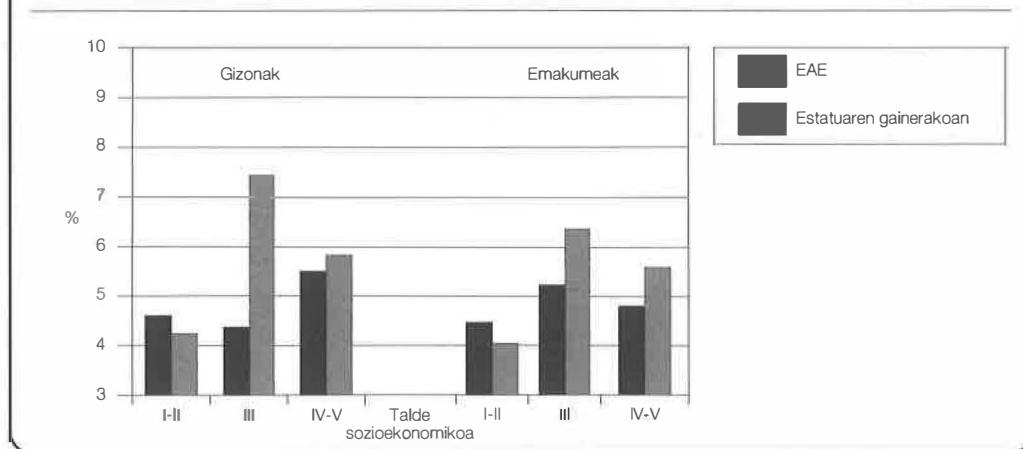
Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, eta jatorriari dagokionez, aldi baterako mugapenaren prebalentzia handiagoa da Estatuaren gainerakoan jaio diren 45 urtetik gorako pertsonen artean. Talde sozioekonomiko guztietan eta bai gizonezkoengan bai emakumezkoengan, jatorriak klase ertaineko (III. taldea) eta beheko klaseko (IV. eta V. taldeak) emakumeen artean bereziki aipagarriak diren desberdintasunak sortzen ditu<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> 22. grafikoa erakusten diren analisi estratifikatuaren emaitzak ikusita, ez zen gizarte klasearen arabera erregresio analisisirik egin eta, beraz, ez zaigu azaltzen aldagai horren arabera doitutako erlazioaren adierazgarritasun estatistikoa.



**22. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren prebalentzia, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

EAEen jardueraren aldi baterako mugapenean dauden desberdintasunen bilakaerari buruzko ikerketa batek zera erakutsi zuen: 1986 eta 1992 artean, gizonezkoei zegokienez hezkuntza-mailaren arabera desberdintasunak handitu ziren bai eta diru-sarreraren eta hezkuntza-mailaren arabera emakumezkoiei zegokienez (Anitua eta Esnaola, 2000).

### 2.1.6. Gizarte osasuna: laguntza afektiboa eta konfidentziala

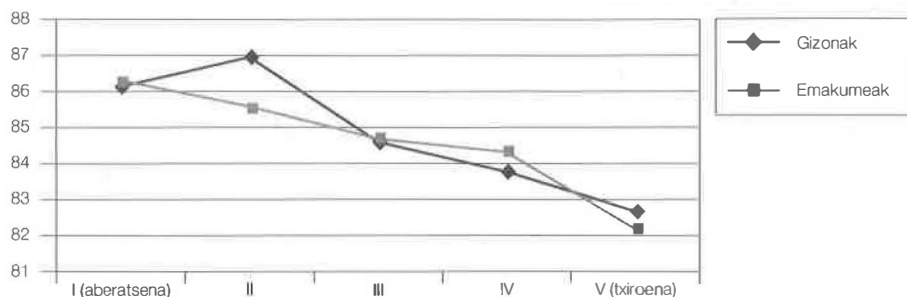
Gizarte osasuna pertsonen duten gizarte laguntza afektiboa eta konfiantzazkoa biltzen saiatzen da. Besteekiko elkarreraginaren bidez pertsonen oinarrizko gizarte premiei zein neurritan erantzuten zaien dela esan liteke. Bi alderdi bereizten dira: konfiantzazko laguntza, hau da, inorekin hitz egiteko aukera izatea; eta laguntza afektiboa, hots, maitasun- eta empatia-erakutsiekin erlazionatua. Hainbat azterlanek hilkortasuna eta erikortasun fisiko eta mentala bezalako aldagaiekin erlazionatu dute gizarte laguntza (Berkman, 1979; Kawachi eta kideak, 1996), nahiz eta, gaur egun, eztabaida bizia dagoen hori erabiltzeak osasun arloko gizarte desberdintasunak azaltzeko eraginik ba ote duen eta egokia ote den (Waterson eta kideak, 2004; Muntaner, 2004).

EAEOI inkestaren kasuan, gizarte laguntza DUKE izeneko eskalaren bidez jasotzen da; horrek laguntzaren alderdi kualitatiboak eta funtzionalak neurtzen ditu, laguntza-sarearen kopurua edo hedadura baino. Inkestak biltzen dituen 8 itemak (Letik 5erako puntuazioekin) aipatu bi alderdietan taldekatzen dira: hots, konfiantzazko laguntza eta laguntza afektiboa.

- Emaizak

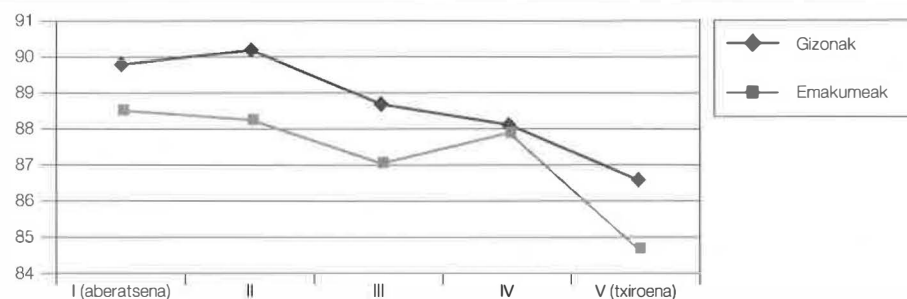
Jarraian ikus daitekeen bezala, EAEen gradiente sozioekonomikoa dago bai konfiantzazko laguntza eta laguntza afektiboan, eta, beraz, talderik aberatsenetan (I. eta II. taldeetan) txiroenetan baino altuagoak dira. Desberdintasun horiek handiagoak dira konfiantzazko laguntzak eta estatistikoki adierazgarriak dira kasu guztietan, gizonezkoei dagokien laguntza afektiboan izan ezik.

**23. grafikoa: Konfiantzako laguntzaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

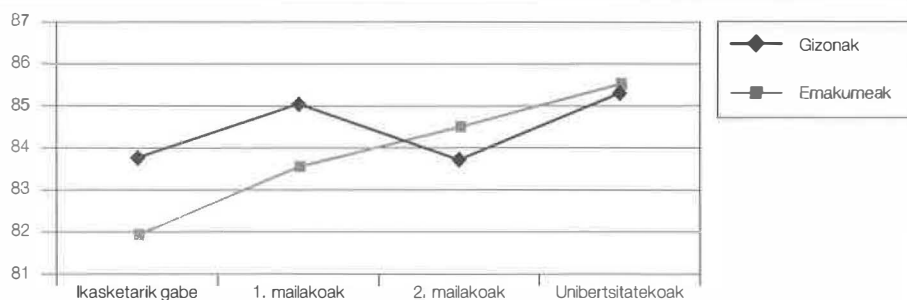
**24. grafikoa: Laguntza afektiboaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

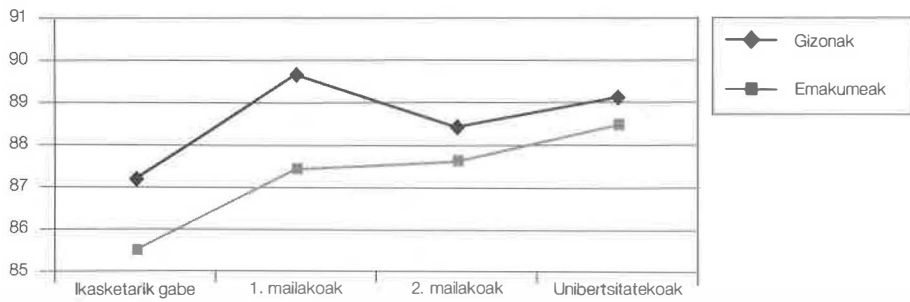
Ikasketa-mailaren arabera, gizarte osasuna ere desberdin banatzen da. Horrela, lehen mailako ikasketarik gabeko pertsonak laguntza afektibo eta konfiantzako txikiagoa dute unibertsitateko ikasketak dituztenekin alderatuta; gradiente hori argiagoa da emakumeen artean. Edonola ere, maila desberdinen arteko aldeak ez dira inolaz ere adierazagarriak estatistikoki.

**25. grafikoa: Konfiantzako laguntzaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

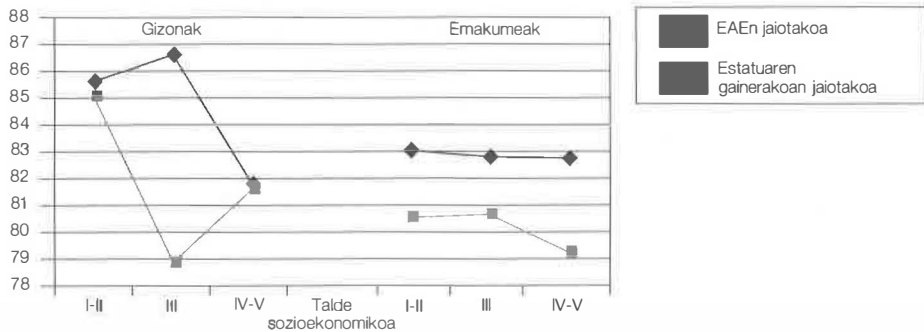
**26. grafikoa: Laguntza afektiboaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, ikus daitekeen bezala, jatorriak ere aldeak egiten ditu pertsonen gizarte osasunean; hala, EAEn jaiotakoek puntuazio altuagoak dituzte gizarte osasunaren bi alderdietan (hots, afektiboan eta konfiantzazkoan). Erlazio hori talde sozioekonomiko guztietan ikus daiteke, klase ahulenetako gizonezkoen eta klase aberatsenetako emakumeen dagozkien laguntza afektiboan izan ezik<sup>18</sup>.

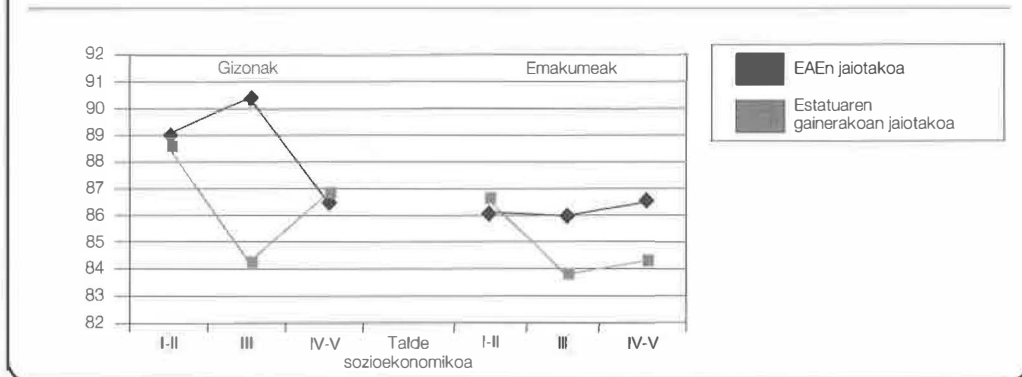
**27. grafikoa: Konfiantzazko laguntzaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

<sup>18</sup> 27. eta 28. grafikoetan erakusten diren analisi estratifikatuaren emaitzak ikusita, ez zen gizarte klasearen araberrako erregresio analisisirik egin eta, beraz, ez zaigu azaltzen aldagai horren arabera dagozkien erlazioen adierazgarritasun estatistikoa.

**28. grafikoa: Laguntza afektiboaren indizeari dagozkion puntuazioak, sexuaren, jatorriaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

### 2.1.7. Osasunarekin zerikusia duten bizimoduak

Biztanle multzo baten gaixotzeko modua, neurri batean, beren eguneroko lanak egiterakoan pertsonak dituzten arriskuek eta hartutako jokabideek eta bizimoduek baldintzatzen dute (Pasarín eta Fernández, 2002). Azken hauen artean, sedentarismoa, oso orekatuak ez diren dietek eragindako nahasteak, alkohol kontsumoa eta erretzeko ohitura bezalako alderdiak daude; horiek Europak duen gaixotasun kargaren heren batean aurki daitezke, gutxienez (WHO, 2002). Askotan, faktore horiek pertsonak libreki aukeratutako bizi azturatzat hartzen dira eta, beraz, horiek aldatzea ez litzateke soilik horien nahiaren menpe egongo. Ikuspegi horrek, ordea, ez dio arreta nahikoa eskaintzen testuinguru sozioekonomikoak aukeraketa horiek egiterakoan duen eraginari (Stronks eta kideak, 1996) eta, beraz, ezta horien bidegabeko izaerari ere. Beste ikuspegi batetik, bizimoduetak desberdintasunen murrizketa zerga-politikekin zerikusia duten esku-hartzeetatik, produktu osasungarriak arrazoizko prezioan lortzeko aukeren hobekuntzatik edo kirol eta aisiako instalazioak erabiltzeko aukeratik etorriko litzateke (WHO, 2002). Ondorengo ataletan ikusiko dugun bezala, hori osasunerako kaltegarriak diren jokabideak presentean daudelako gizarte talde ahulenetan.

#### 2.1.7.1. Sedentarismoaren prebalentzia

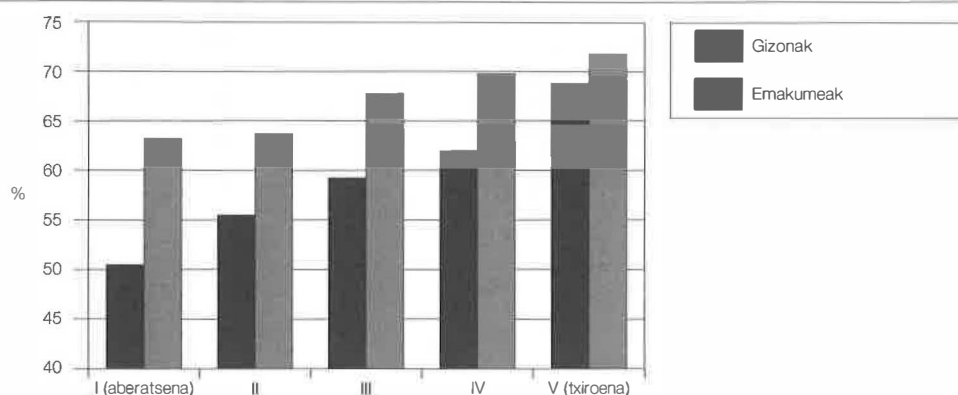
Sedentarismoa aisialdian ariketa fisikorik ez egitea da. EAEI inkestan, hori neurtzeko, jarduera fisikoen maiztasuna eta iraupena konbinatzen dira eta, hala, pertsonak honako kategoria hauetan sailkatzen dira: “sedentarioak”, “aktibo moderatuak”, “aktiboak” eta “oso aktiboak”.

Hainbat azterlanek erakutsi bezala, jarduera fisikorik ez egitea hilkortasunaren gehikuntzari lotuta dago (Pate eta kideak, 1995; Sesso eta kideak, 1999; Villeneuve eta kideak, 1998), baita kutsakorrek ez diren gaixotasun ugari izan eta garatzeko arriskua handiagoari ere (Pate eta kideak, 1990; Varo eta kideak, 2003). Era berean, azterlan ugari erakutsi dute jarduera fisikorik ez egitea ez dagoela modu homogeneoan banatuta biztanleen artean; alderantziz, murriztu egiten da pertsonen maila sozioekonomikoa eta hezkuntza-maila handitu ahala (Navarro eta Benach, 1996; Galán, 2002). Aisialdian egindako ariketa fisikoa, osasunerako onuragarria dena, ohikoagoa da goragoko klaseen artean; aldiz, lan jardueran egindako ahalegina fisikoak, osasunerako kaltegarriak izan daitezkeenak (gainkarga fisikoagatik), kontrako ereduari jarraitzen dio, hau da, ohikoagoa da beheagoko klaseetan (Gutiérrez-Fisac, 1998). Testuinguruari lotutako aldagaiak edo aldagai ekologikoak ariketa fisikoaren maiztasunari lotuta daude, Estatuan egin zen azterlan batek ondorioztatu zuen bezala; horrek probintziako maila sozioekonomikoa eta sedentarismoaren prebalentzia erlazionatuta zeudela frogatu zuen 45 urtetik gorako emakumeen artean (Pascual eta kideak, 2005).

• Emaizak

EAE n sedentarisinoa pertsonen ezaugarri sozioekonomikoekin hertsiki lotuta dago. Hori %36 handiagoo da V. taldeko (talde txiroeneko) gizonazkoen artean, I. taldeko (talde aberatseneko) gizonazkoen artean baino. Era berean, maila sozioekonomiko baxuagoko emakumezkoak %14 sedentarioagoak dira, aberatsenekin alderatuta.

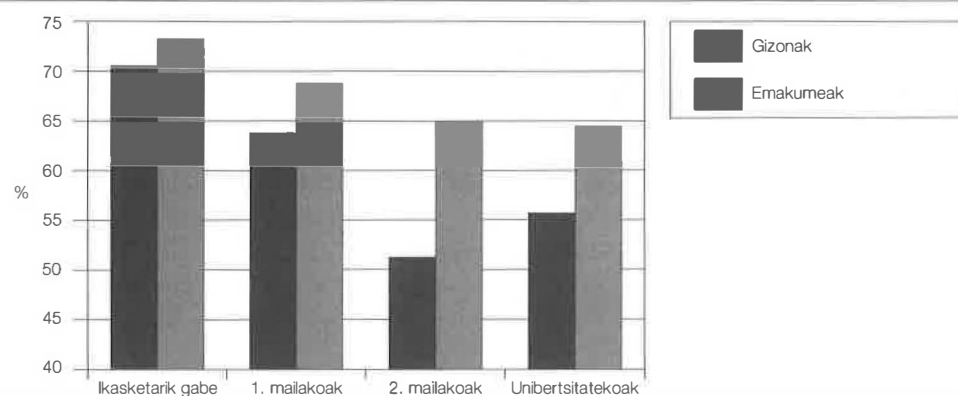
**29. grafikoo: Sedentarisinoaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoo, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Ikasketa-maila ere aisialdian jarduera fisikorik ez egitearekin erlazonatuta dago, bereziki gizonazkoen artean, lehen mailako ikasketarik gabekoak %26,7 sedentarioagoak baitira unibertsitateko ikasketak dituztenak baino. Emakumezkoen kasuan, sedentarisinoa pixkanaka igotzen da hezkuntza-maila txikiagoa izan ahala; muturreko taldeen arteko aldeak %13,2koa da. Hala ere, emakumezkoen arteko aldeak ez dira estatistikoki adierazagarriak.

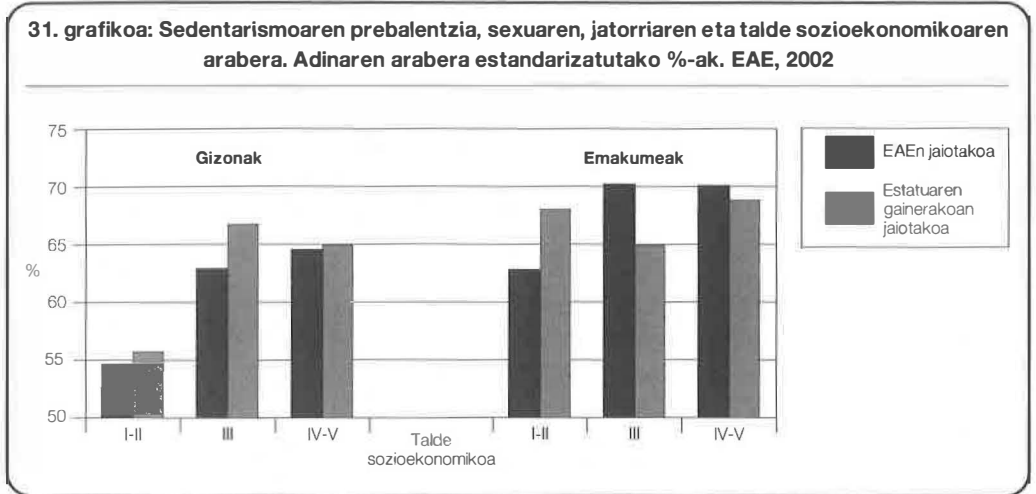
**30. grafikoo: Sedentarisinoaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoo, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, esan behar da sedentarisinoa handiagoo dagoela EAEtik kanpo jaio diren 45 urtetik gorako gizonazkoen artean, talde sozioekonomikoo edozein dela ere, nahiz eta alde hori ez den estatistikoki

adierazagarria. Emakumezkoen kasuan, EAEn jaio diren klase ahulenetako (III., IV. eta V. taldeetako) emakumezkoak sedentarioagoak direla; aberatsenen kasuan, eredu alderantzizkoa da<sup>19</sup>.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

### 2.1.7.2. Gizentasunaren prebalentzia

Azken urteotan informazio gehiago dugunez gizentasunaren faktoreei eta gorputz pisuaren sistema erregulatuak osagaiei buruz, biztanleen artean gizentasunaren prebalentzia nabarmen areagotu da (WHO, 2004). Fenomeno hau gizarte alarma handia sortzen ari da eta hori saihestea dagoeneko osasun publikoko benetako kontua da. Hainbat azterlanek erakutsi duten bezala, gizentasuna gaixotasun kronikoak (besteak beste, kardiobaskularrak) jasateko arrisku handiagoarekin, osasun zerbitzuak gehiago erabiltzearekin eta, oro har, hilkortasun handiagoarekin erlazionatuta dago (Field eta kideak, 2001; National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000; Guallar-Castillón eta kideak, 2002; Troiano eta kideak, 1996). Gizentasunaren prebalentzian ikus daitekeen goranzko joerak alderantzikatzen ez bada, XXI. mendean epidemia honek erretzeko ohitura ordeztuko du hilkortasun saihegarriko kausa nagusi gisa.

Gizentasuna gizarte talde guztietan ikus daitekeen arren, horren prebalentzia faktore sozioekonomikoekin erlazionatuta dago. Espainian, ikasketa-maila txikiagoko pertsonen eta emakumezkoen gizenak izateko aukera handiagoak dituztela frogatu da (Regidor eta kideak, 1994; Gutiérrez-Fisac, 1995; Rebato eta kideak, 2001; Aranceta eta kideak, 2001; Soriguer eta kideak, 2004). Desberdintasun horiek, gainera, handitzera egiten dute, gizentasuna ere handitzen ari baita, nagusiki, maila sozioekonomiko baxuagoko pertsonen artean (Gutiérrez-Fisac eta kideak, 2000b).

EAEOI inkestan, gizentasuna gorputz masaren indizea (GMI) hartuta kalkulatu da, Bray irizpideari jarraiki (Bray, 1987). Indize horren emaitzetatik abiatuta (horrek pisua pertsonaren altuerarekin erlazionatzen du), 30eko GMI edo handiagoa duten pertsonak gizenak direla esaten da.

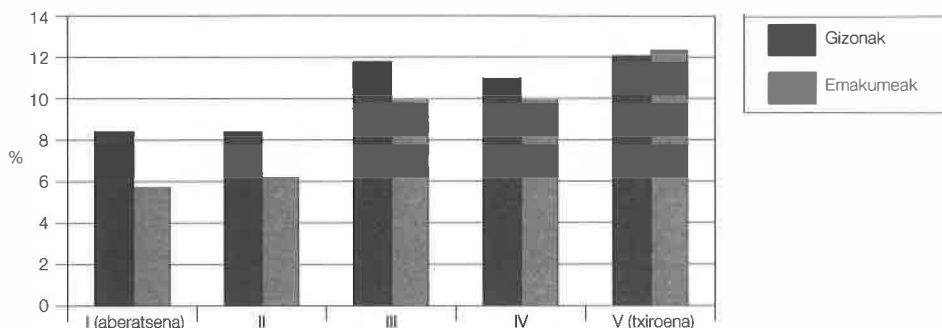
- Emaitzak

EAEn, gizentasuna eredu sozioekonomiko garbi baten arabera dago banatuta eta are nabarmenagoa da emakumezkoen kasuan. Horiei dagokienez, klase txiroenetako artean gizentasunaren prebalentzia bikoitza da aberatsenetakoekin alderatuta; aldiz, gizonetakoekin dagokienez, klaseen arteko aldea, %41ekoa, ez da estatistikoki adierazagarria.

<sup>19</sup> 31. grafikoa erakusten diren analisi estratifikatuaren emaitzak ikusita, ez zen gizarte klasearen arabera erregresio analisisirik egin eta, beraz, ez zaigu azaltzen, emakumezkoen kasuan, aldagai horren arabera doitutako erlazioen adierazgarritasun estatistikoa.

Gizentasunean gradiente sozioekonomikoa dagoela eta hori emakumezkoetan gizonetzkoetan baino argiagoa dela bai EAEn (Rebato eta kideak, 2007) bai beste leku batzuetan (Gutiérrez-Fisac, 1998; Sarlio-Lahteenkorva eta kideak, 2006) egindako beste azterlan batzuek aurkitutakoarekin bat dator. Azterlan horien arabera, maila sozioekonomiko txikiagoko gizonetzkoen lanean ahalegin fisiko gehiago eskatuko balitzaie, gizentasuna saihestuko ahal izango lukete. Era berean, emakumezkoek gorputz irudia dela eta jasaten duten gizarte presioak beren pisua mantentzeaz gehiago kezkatzea eragingo luke, bereziki, klase ertaineko eta goiko klaseko emakumezkoen dagokienez (Tanaka eta kideak, 2002; Rebato eta kideak, 2007).

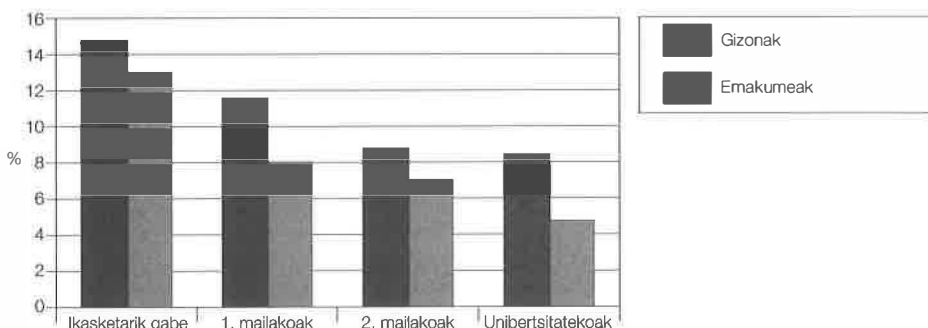
**32. grafikoa: Gizentasunaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Pertsonen ikasketa-maila gizentasunarekin erlazionatuta dago, gradiente gisa. Horrela, ikasketa-maila txikiagoko emakumezkoek 2,6 aldiz gizenagoak dira goi mailako ikasketak dituztenak baino; gizonetzkoen dagokienez, alde hori 1,7koa da. Segur aski, eta beste zenbait faktorez gain, hezkuntza-maila gehiagoko biztanleen artean dieta osasungarri baten osagaiak zeintzuk diren hobeto jakiteak eta sedentarisinoa txikiagoa izateak azaltzen dute, neurri batean, gradiente hori.

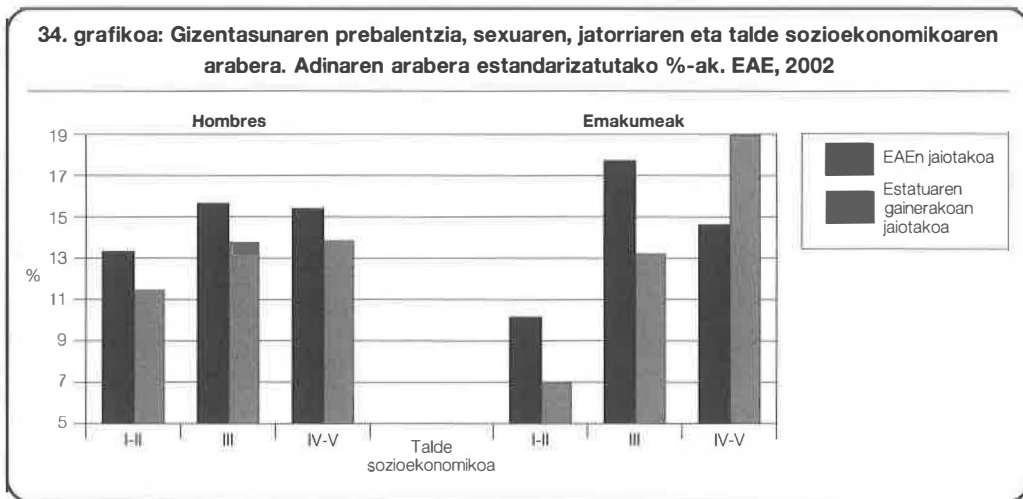
**33. grafikoa: Gizentasunaren prebalentzia, sexuaren eta ikasketa-mailaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, jatorria dela eta gizentasunaren prebalentzian dauden desberdintasunak azalduko ditugu. Beste aldagai batzuetan ikusi dugun erudia ez bezala, osasun arazo hau nabarmenagoa da EAEn jaiotakoen

artean. Salbuespen bakarria emakume txiroenak dira, horientzat, EAEtik kanpo jaio izanak EAEEn jaiotakoak baino %30,5 gizenagoa izatea baitakar<sup>20</sup>.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

### 2.1.7.3. Alkohol kontsumoa

Alkohol kontsumoak gaixotasun karga globalaren (hilkortasun eta erikortasunaren) %9 hartzen du European (Rehn eta kideak, 2001) eta horren gehiegizko kontsumoak hainbat arazo sozial (istripuak, indarkeria, laneko arazoak...) eta osasunekoak (zirrosia, zenbait minbizi mota, hipertentsio arteriala...) eragiten ditu. Hala ere, horrek osasunarekin duen lotura tabakoak duena baino konplexuagoa da, neurrizko alkohol kontsumoa osasunerako onuragarria izan baitaiteke (WHO, 2002).

Alkohol kontsumoaren gizarte eredia ere beste bizi aztura batzuen bano konplexuagoa da. Alkohol kontsumoa ohikoagoa da hezkuntza-maila handiagoko pertsonen artean, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan (SAMHSA, 2003; Moore eta kideak, 2005; Casswell eta kideak, 2003); aldiz, gehiegizko kontsumoa ohikoagoa da hezkuntza-maila baxuagoko pertsonen artean (SAMHSA, 2003; Casswell eta kideak, 2003; Regidor eta kideak, 2004; Karlamangla eta kideak, 2006).

EAEOI inkestak biztanleen alkohol kontsumoa islatzen du atzera begirako oroitzenaren teknika erabilia, edari alkoholduen zerrenda luzearen laguntzarekin. Lortutako emaitzaren arabera, pertsonak kategoriatan batzuetan sailkatzen dira; horietatik abiatuta, ondoko hauek egin dira gure analisirako:

- Ohiko edaleak: gizonezkoei dagokienez, azken urtean egunean 55 cc baino gutxiago edan zutenak eta emakumezkoei dagokienez, berriz, 30 cc baino gutxiago edan zutenak.
- Gehiegizko edaleak: gizonezkoei dagokienez, egunean 91 cc baino gehiago edaten zutela esan zutenak eta, emakumezkoei dagokienez, 55 cc baino gehiago edaten zutela esan zutenak.
- Alkoholismo susmopeko edaleak: CAGE testeko erantzunetan oinarrituta kalkulatu<sup>21</sup>.

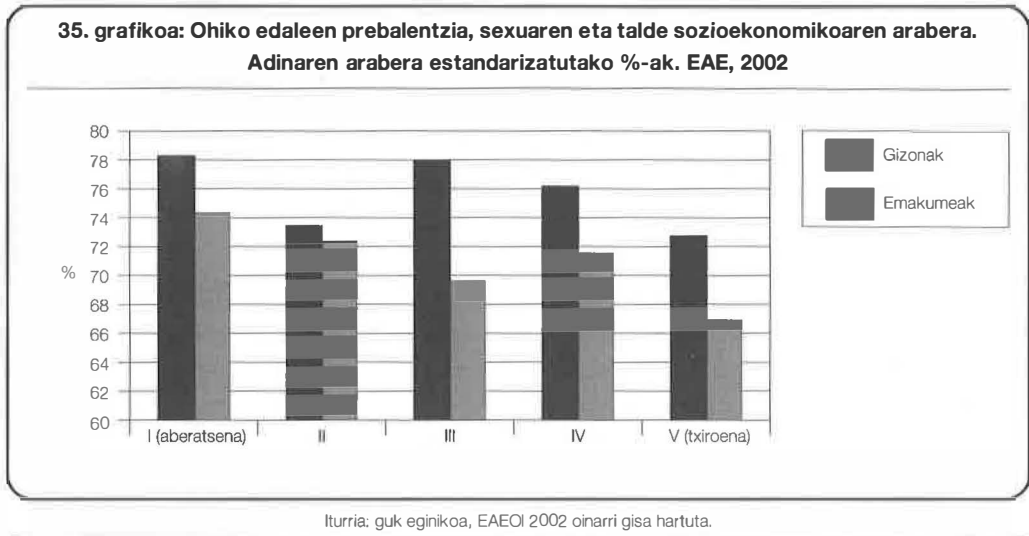
<sup>20</sup> 34. grafikoa erakusten diren analisi estratifikatuaren emaitzak ikusita, ez zen gizarte klasearen araberako erregresio analisisirik egin eta, beraz, ez zaigu azaltzen, emakumezkoen kasuan, aldagai horren arabera doitutako erlazioen adierazgarritasun estatistikoa.

<sup>21</sup> Aldagai honen kalkuluar buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, ikusi Osasun Saila (2004) azterlana.

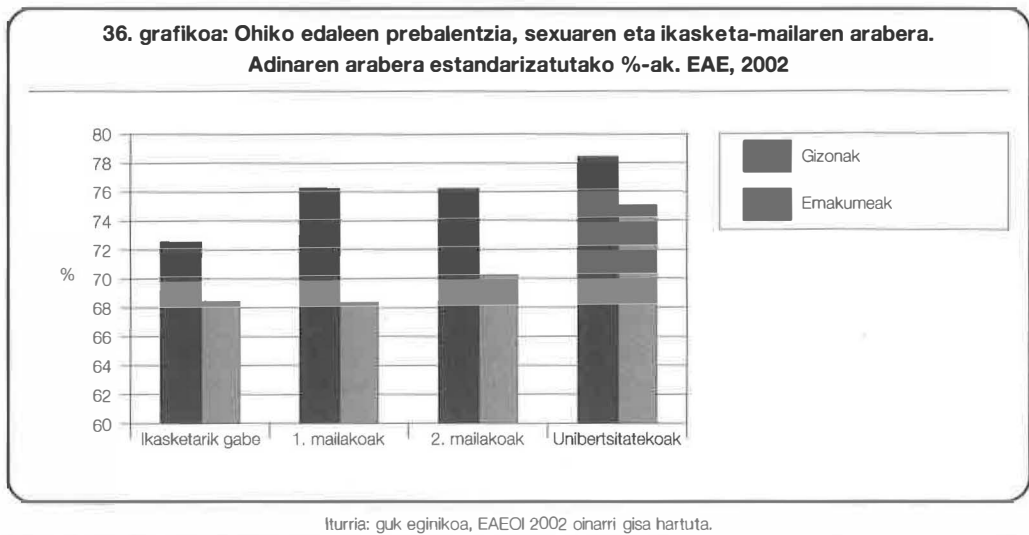


• Emaitzak

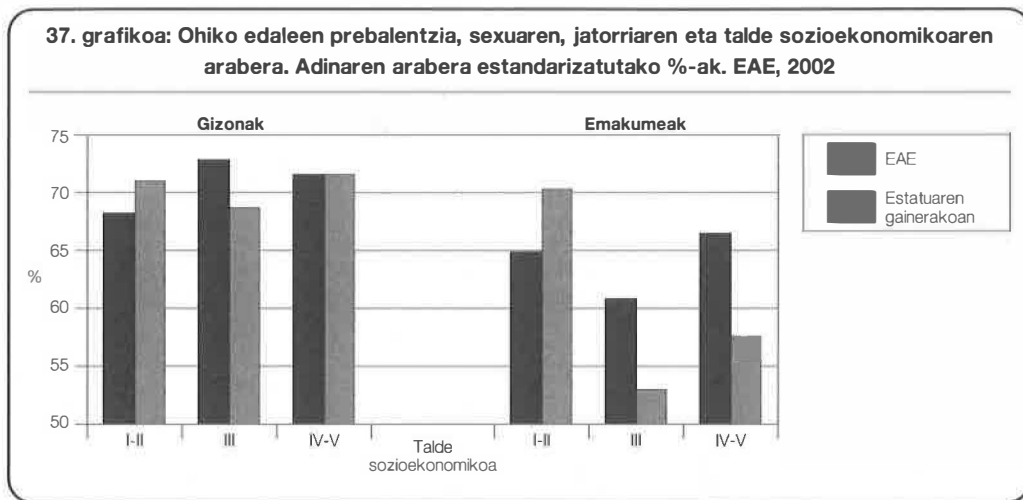
Alkohol kontsumoaren banaketa sozioekonomikoari eta ikasketa-mailaren arabera banaketari dagokienez, datuek diotenez, EAEn eredia desberdina da kontsumitutako kantitatearen arabera. Horrela, ondorengo grafikoan ikus daitekeen bezala, gizarte klase aberatsenek klase txiroenek baino gehiago edan ohi dute. Gizonezkoek dagokienez, I. taldekoek (aberratsenak) %7,3 gehiago edaten dute V. taldekoekin (txiroenekin) alderatuta; aldiz, emakumezkoen arteko aldea %10,7koa da. Grafikoan gradiente sozioekonomiko garbia ikus daitekeen arren emakumezkoetan, dauden aldeak ez dira adierazgarriak ez batzuetan ez besteetan.



Ikasketa-mailari dagokionez, badirudi eredia bat datorrela maila sozioekonomikorako esandakoarekin, nahiz eta analisiaren gainerako aldagaietan antzemandakoarekin zerikusirik izan ez. Horrela, 36. grafikoaren arabera, goi mailako ikasketak dituztenek maila beheragokoak dituztenek baino maizago edaten dute, bereziki, emakumezkoen kasuan. Erlazio hori, ordea, ez da estatistikoki adierazgarria.



Jatorriari dagokionez, ondorengo grafikoan ikus daitekeen bezala, ez dirudi eredu garbi bat dagoenik ohiko edaleen prebalentzia EAEn edo Estatuaren gainerakoan jaio izanarekin erlazionatzen duenik<sup>22</sup>.



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Gehiegizko edaleen kasuan, horiek erregresio logistikoko ereduaren bidez<sup>23</sup> erlazionatu dira aztertzen ari garen aldagai soziodemografikoekin, kategoria honetan lagina oso urria baita (237 pertsona EAEI inkestan). Anlisi honen emaitzek erakusten dutenez, gizonezkoengan gradiente sozioekonomikoa omen dago eta, horren arabera, klase ahulenek aberatsenek baino modu nabarmenagoan edaten dute gehiegi, nahiz eta talde horien arteko aldeak ez diren estatistikoki adierazgarriak (V. taldeari dagokion OR, I. taldearekin alderatuta: 1,40; %95eko KT: 0,68-1,85)<sup>24</sup>. Emakumezkoen kasuan, ez dirudi eredu garbirik dagoenik, nahiz eta, edonola ere, kontrakoa gertatuko litzatekeen; alegia, klase txiroenetan aberatsenetan baino bakanagoa dela gehiegi edatea. Nolanahi ere, gizarte klaseak ere ez ditu estatistikoki adierazgarriak diren aldeak ezartzen emakumezkoen artean (V. taldeari dagokion OR, I. taldearekin alderatuta: 0,52; %95eko KT: 0,19-1,38).

Ikasketa-mailaren arabera dauden gehiegizko edaleen prebalentziari dagokionez ere ez dago eredu argirik eta aldeak ere ez dira estatistikoki adierazgarriak, ez gizonezkoetan ez emakumezkoetan. 45 urtetik gorako biztanleen artean ere ezin da jatorriaren araberrako alderik ezarri.

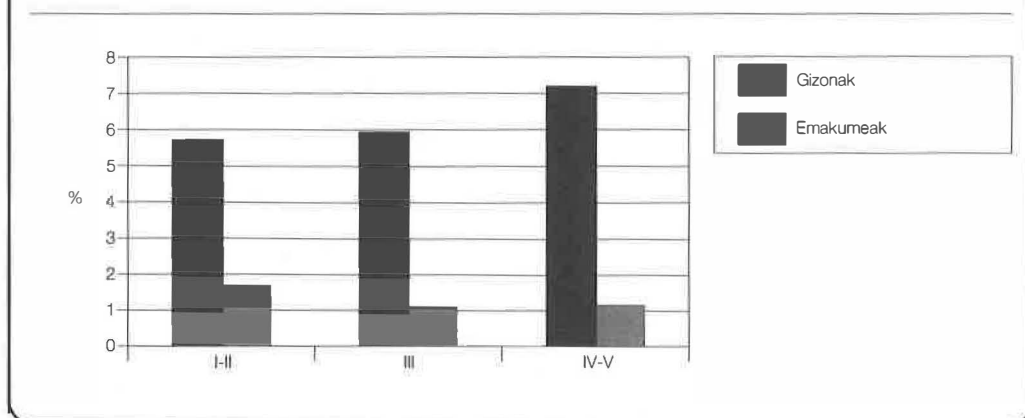
Alkohol kontsumoarekin erlazionatutako gizarte desberdintasunen analisiarekin amaitzeko, ondorengo grafikoak alkoholismo susmopean dauden 16 urteko eta gehiagoko pertsonen proportzioa agertzen du, sexu, adin eta talde sozioekonomikoaren arabera. Ikus daitekeenez, alkoholismo susmopean dauden gizonezkoen ehunekoa handiagoa da IV. eta V. taldeetan (talde txiroenetan). Alderantziz, emakumezkoetan aldeak ia-ia ez dira antzematen.

<sup>22</sup> 37. grafikoa erakusten diren analisi estratifikatuaren emaitzak ikusita, ez zen gizarte klasearen araberrako erregresio analisisirik egin eta, beraz, ez zaigu azaltzen aldagai horren araberrako doitutako erlazioaren adierazgarritasun estatistikoa.

<sup>23</sup> Ikusi 13. oin oharra.

<sup>24</sup> Odds ratio (OR) delakoak elkarrekin neurriak dira eta, kasu honetan, erregresio logistikoko ereduaren oinarrituta kalkulatuta dira. Neurri horiek talde batean (V. taldean) zerbait gertatzeko (kasu honetan, gehiegi edatea) beste talde batean baino (I. taldean) aukera handiagoak dauden esaten du gutxi gorabehera. Kasu honetan, klase ahuleneko pertsonen gehiegi edateko dagoen aukera 1,4 aldiz handiagoa da I. taldekoekin dutenarekin alderatuta (hau da, haiek aukera handiagoa dute). Neurri hau lagin bateko datuetan oinarrituta kalkulatzen denez, beharrezkoa da horiei dagokien akatsa kontuan hartzea; horrela, OR delakoek tarte batzuk dituzte eta horiek, %95eko konfiantza-mailarekin, biztanleen artean OR delakoaren benetako balioa biltzen dute. Kasu honetan, tartek 1 duenez, esan dezakegu antzemandako aldeak ez direla estatistikoki adierazgarriak %95eko konfiantza-mailarekin. Ikusi 13. eta 14. oharra, adierazgarritasun estatistikoiari eta horrek duen garrantziari buruzkoak.

38. grafikoa: Alkoholismo susmopeko edaleen prebalentzia, sexuaren eta maila sozioekonomikoaren arabera. EAE, 2002



Iturria: Osasun Saila, 2004

Ondorio gisa, esan daiteke ohiko edale gehiago dagoela gizarte klase aberatsenetan eta goi mailako ikasketak dituztenen artean, kulturalki onartuta dagoen eta gizartean harremanak egiteko ohituratzat hartzen baita. Hala ere, gizonekoei dagokienez, gehiegi edaten duten edo alkoholismo susmopean dauden gizonen gehiago dago gizarte klase txiroenetan. Horieta, gehiegizko kontsumoa famili kontrakoak diren famili, lan edo gizarte inguruen ondoriozko zailtasun psikologiko, sozial eta interpersonalekin erlazionatuta dago.

#### 2.1.7.4. Tabako kontsumoa

Tabako kontsumoak ekidin daitezkeen heriotzen arrazoi nagusia izaten jarraitzen du munduan, eta sakonki aztertutako osasun arazo sorta handiaren sorburuan dago. Horien artean biriketako, besikulako, laringeko, ahoko eta eztarriko minbiziak egongo liriateke, gaixotasun kardiobaskularrekin batera (WHO, 2006). Egun, ezaguna da ere tabakoak beste zenbait gaixotasun garatzen laguntzen duela, adibidez, begi lausoak, pneumonia, urdaileko minbizia, pankreako minbizia, umetokiko minbizia, giltzurruneko minbizia, periodontitis eta beste hainbat (United States Department of Health and Human Services, 2004).

Tabakoaren ohiturak, gizarteko talde guztietan agertzen dena, ez dio berdin eragiten biztanleria osoari. Izan ere, zenbait azterlanetan agerian utzi den moduan, haren kontsumoak gradiente sozioekonomikoa jarraitzen du (Giskes eta kideak, 2005).

Tabako kontsumoaren banaketa desorekatua gizarte klasearen eta sexuaren arabera ulertzeko, erabilgarria da Rogersek proposatutako *berrikuntzen hedapen eredua* aintzat hartzea (Rogers, 1962). Autore hark 60ko hamarkadan argitu zuen moduan, tabako kontsumoa bezalako ideia eta praktika berriak gizarteetan hedatzeko prozesua ez da zorizkoa, gizartearen eta kulturaren aldetik zehazturik baitago. Lehenengo fase batean, berrikuntza horiek hezkuntza-maila eta estatus sozioekonomiko altueneko gizarte taldeek ikasi eta berenganatzen dituzte, gizarteko kokapen pribilegiatuetan egotean. Ondoren, gainerako taldeetara zabaltzen dira, beranduen berenganatu duten taldeetara mugaturik geratzeko azkenean, maila sozioekonomiko baxueneko hietara hain zuzen. Gizonak, bestalde, berrikuntzak emakumeek baino lehenago berenganatzeko ohitura dute, historikoki izan duten boterearekin uztartutako kokapen pribilegiatuenatik. Horrek esan nahi du informazio iturrietara erraztasun handiagoz iristen direla eta errenta-maila altuagoa izan ohi dutela (Pasarín eta Fernández, 2002).

Espainian tabako kontsumoak izandako desberdintasunen bilakaera hedapen eredu horrek deskribatutako etapekin bat dator. Eredu hori oso erabilia izan da tabako kontsumoa gizarte klasearen eta sexuaren arabera argitzeko mendebaldeko beste herrialde batzuetan (López eta kideak, 1994; Graham, 1996). Lehenengo fase batean, tabako kontsumoa batez ere gizonezkoentzat utzitako ohitura izan zen, gizartearen goiko klaseetako gizonezkoentzat, gainera. Haiak, ekintzak ematen zien estatusen oinarrituz, gizartean nabarmentzeko bide moduan erabiltzen zuten. Ondorenean, bigarren fase batean, fenomeno hura ohikoagoa bilakatu zen gizonen artean, gizarte klase ezberdinetako agerpena antzekoa izanez. Emakumeen artean, ordea, agerpenak txikia izaten jarraitzen zuen. Fase horretan, Espainian kontsumo nagusitasun handienekoan hain zuzen, hirurogeita hamarrek hamarkadaren erdialdera iritsi zen gizonezkoen kontsumo nagusia eta laurogeiko hamarkadaren amaiera aldera eta laurogeita hamarrekoren hasieran emakumeena (Fernández eta kideak, 2003). Hirugarren aldi batean kontsumoa jaitsi egin zen gizonetan, batez ere maila sozioekonomiko onenekoen artean. Ondorioz, gizarte desberdintasunak areagotu egin ziren eta 90eko hamarkadan maila sozioekonomiko baxueneko taldeen artean ikusi zen kontsumorik handiena (Regidor eta kideak, 2001b; Borrell eta kideak, 2000b). Aldi horretan kontsumoak hazten jarraitu zuen emakumeen artean, gizartearen beheko klaseetako artean bereziki. Horrela, 45 urtetik gorako kasuan, kontsumoa handiagoa zen goiko klaseen artean; 25etik 44ra bitarteko gazteagoen artean, aldiz, ez zegoen gizarte alderik (Regidor eta kideak, 2001b).

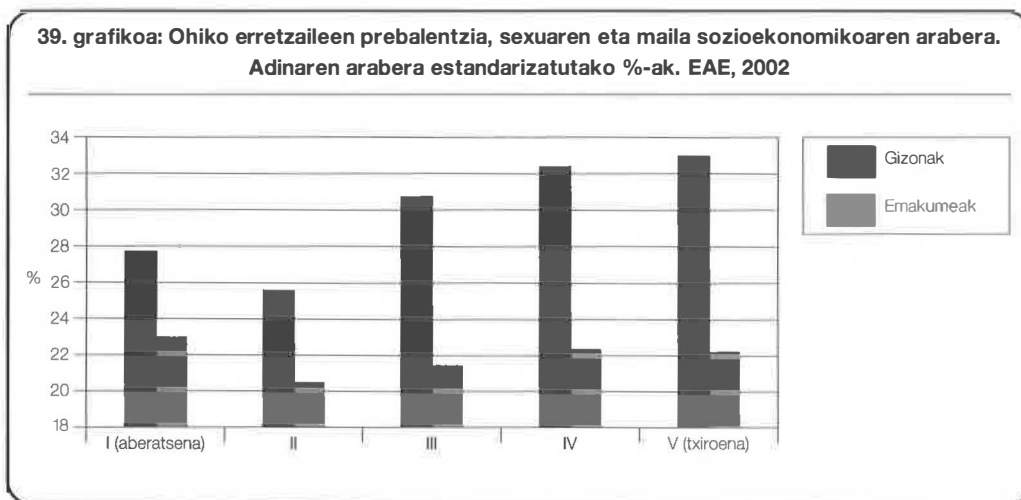
Egun, Espainia hirugarren fase horren amaieran kokatzen da. Bertan, kontsumoaren gizarte gradientea sexuaren arabera da. Gizonezkoen kasuan, tabako kontsumoaren gizarte eredu argia da; emakumeen kasuan, aldiz, ez da hain argia, nahiz eta etorkizun hurbilerako eredu gizonezkoenarekin parekatzen joatea espero daitekeen. Hain zuzen ere, emakumeen kasuan, tabako kontsumoak hazten jarraitzen du gizartearen beheko klaseetan. Horrela, Katalunian, adibidez, gizartearen beheko klaseetako neska gazteek maila aberatsenetakoek baino gehiago erretzen dute (Pasarín eta kideak, 2005). Emakumeen arteko desberdintasun hori tabako kontsumoan suma daiteke jada Europako zenbait herrialdetan, erretzaile proportzioa altuagoa baita talde sozioekonomiko ahulenen artean (Cavelaars eta kideak, 2000; Jefferis eta kideak, 2004).

EAEOI inkestaren kasuan, biztanleria hurrengo moduan sailkatzen da tabako ohituren arabera:

- Ohiko erretzailea: gutxienez, zigarro bat erretzen du egunero.
- Erretzaile ohia: egunero erre izan zuen, baina erretzeari utzi dio.
- Ez erretzailea: bizitza osoan 100 zigarro baino gutxiago erre ditu.
- Noizean behingo erretzailea: ez du egunero erretzen, baina bizitza osoan zehar gutxienez 100 zigarro erre ditu.

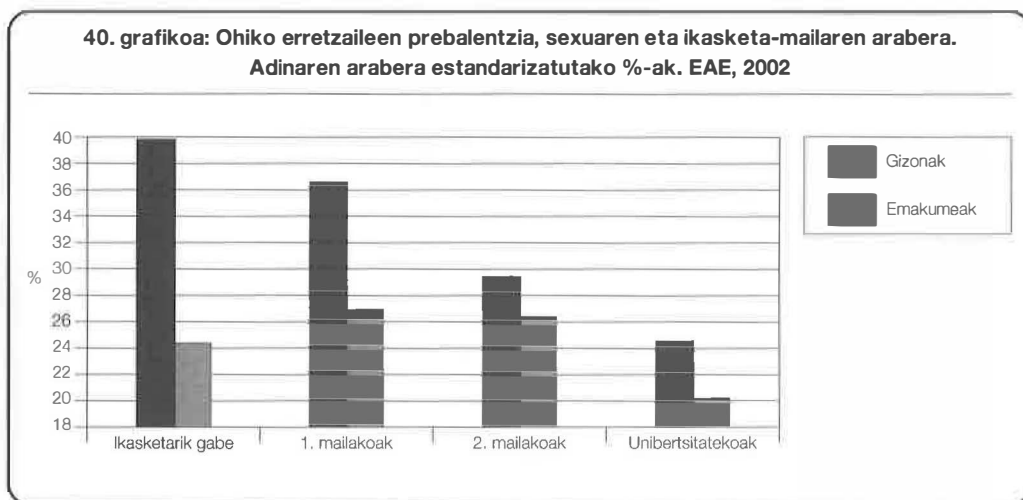
- Emaizak

EAE, Espainia bezala, lehen deskribatutako ereduaren hirugarren fasearen amaieran dago. Ondorioz, tabako ohituraren eta maila sozioekonomikoaren arteko lotura argia da gizonezkoen kasuan. Haiengan erretzaile kopurua %18,2 altuagoa da txiroenen artean, aberatsenekin konparatuz. Aitzitik, aldeak ez dira adierazgarriak estatistikoki. Hala eta guztiz ere, adin talde guztiak aztertzerakoan eredu ez da emakumeen artekoa bezain argia, emakumeak aldatuta-prozesua bizitzen dabiltzalako tabako kontsumoaren banaketan gizarte klasearen arabera. Horrela, egun, ez da lotura argirik ikusten. Ondorioz, hurrengo grafikoan ikus daitekeen moduan, prebalentziak %21 inguruan kokatzen dira inguru sozioekonomiko osoan. Emakume erretzaileen ehunekoa pixka bat altuagoa da I. taldekoen artean (abertzenak) V. taldekoen artean baino (txiroenak).



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Ikasketa-mailari dagokionez, eredia maila sozioekonomikorako deskribatutakoaren antzekoa da. Gizonen kasuan lehen mailako ikasketarik ez dutenen artean erretzea %62 gehiagorentzat da eredia unibertsitateko ikasketak dituztenen aldean; aldiz, emakumeen arteko gradiente ez da hain argia kontsumoaren gizarte ereduaren eraldaketaren ondorioz. Horrela, unibertsitateko ikasle neskek gutxi erretzen dutenak badira ere, gizonezkoekin gertatzen ez den bezala ikasketarik gabeko emakumeak ez dira erretzaileenak, lehen mailako eta bigarren mailako ikasketak dituztenek baino gutxiago erretzen baitute.

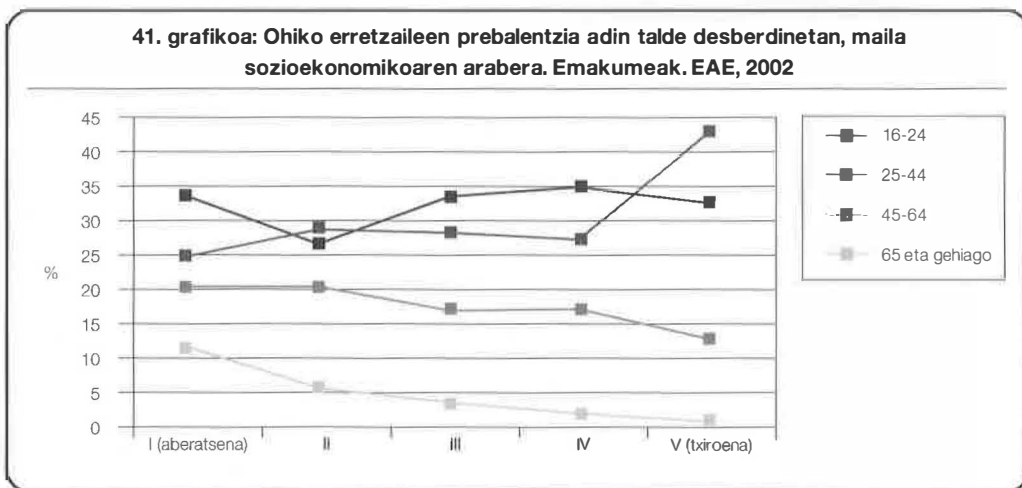


Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

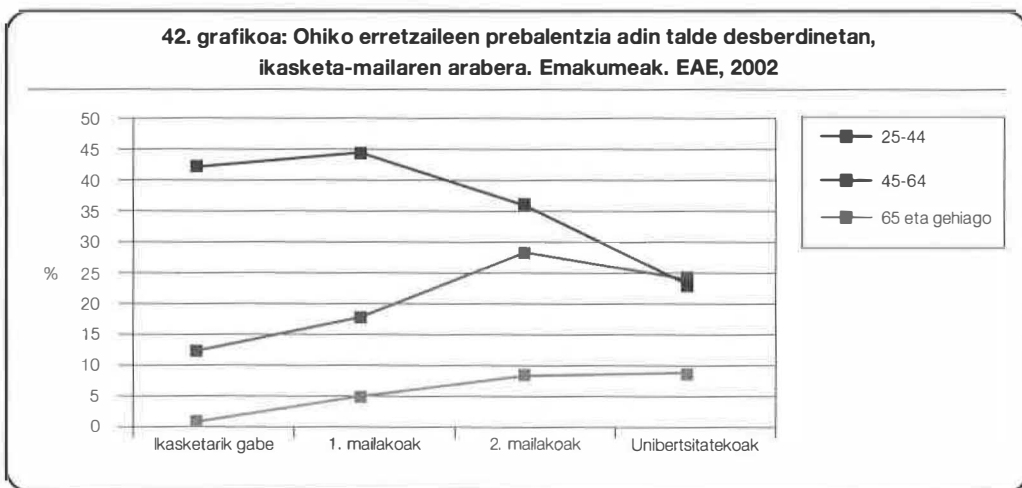
Hori dela eta, datuak ikusita baieztatu daitezke tabako kontsumoaren ikasketa-mailaren eta gizarte klasearen araberako gizarte eredia gizonezkoetan bakarrik betetzen dela argi. Emakumeen kasuan, badirudi kontsumoa geroz eta ezohikoagoa dela ikasketa-maila altuetan eta gizartearen goiko klaseetan eta, aldiz, areagotzen ari dela geruza ahulenen artean.

Inguruabar hori are argiagoa da azterketa adin multzo desberdinetako kontsumoaren gainean egiten badugu. Horren bidez ikus dezakegu, beste azterlan batzuek erakusten duten moduan (Fernando eta kideak, 2005), helduen artean goiko klaseetako emakumeek gehiago erretzen dutela behekoetakoekin

alderatuta. Aitzitik, gazteenen artean eredu alderantzikatu egiten da, gizartearen beheko klaseetakoak eta hezkuntza-maila baxuenekoak direlako proportzio handiengan erretzen dutenak. Horrek guztiak adierazten du etorkizunean eredu sozioekonomikoa argia izango dela emakumeen tabako kontsumoan, gizonezkoentzat deskribatu denaren antzekoa hain zuzen.



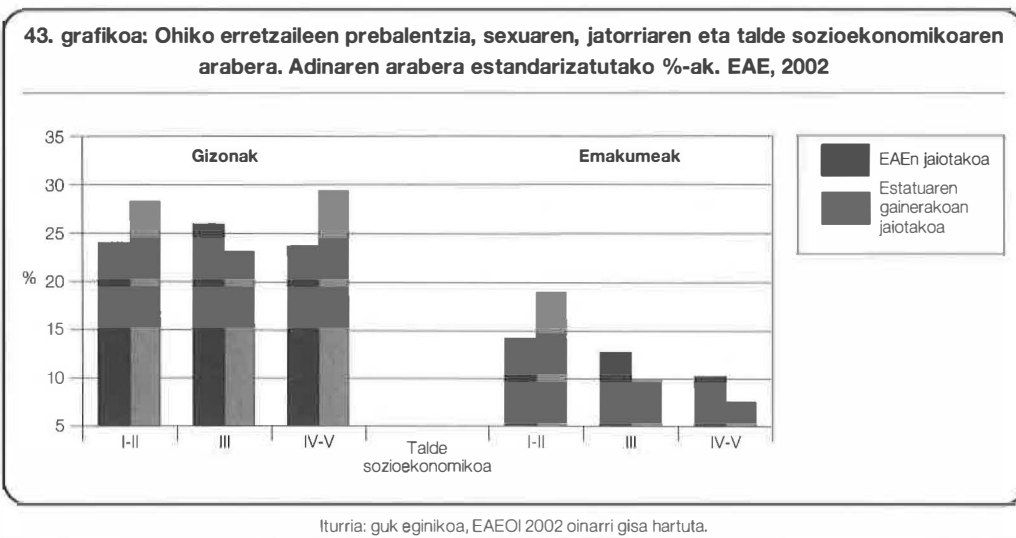
Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Amaitzeko, 43. grafikoa desberdintasunak agertzen dizkigu ohiko erretzaileen prebalentzian, 45 urte-tik gorakoan artean eta jatorriaren arabera. Erlazio hori aldatu egiten da sexuaren eta gizarte klasearen arabera, lehen adierazitako joerarekin bat etorritik. Gizonezkoen artean EAETik kanpo jaiotakoek gutxiago erretzen dute kasu guztietan, III. taldearen kasuan salbu. Aitzitik, emakumeen kasuan joera orokorra kontrakoa da: EAEn jaiotakoek gehiago erretzen dute orokorrean, klase aberatsenetakoak salbuetsiz<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> 43. grafikoa erakusten diren analisi estratifikatuaren emaitzak ikusita, ez zen gizarte klasearen arabera erregresio analisisirik egin eta, beraz, ez zaigu azaltzen aldagai horren arabera doitutako erlazioaren adierazgarritasun estatistikoa.



EAEen egindako beste azterlan batzuek gizarte aldeak sumatu dituzte bizi ohitura horien banaketan (mugimendu urria, gizentasuna, alkohola eta tabakoa), lehen adierazitakoen zentzu berean. Lehen aipatutako azterlan batek (Larrañaga eta kideak, 2005) maila sozioekonomikoaren eta 2 motako diabetearen arteko lotura aztertzeaz gain, arrisku faktore desberdinen prebalentzia ere aztertu zuen (mugimendu urria, gizentasuna eta tabako kontsumoa) gaixo diabetikoen artean. Ondorioen artean azpimarratzen da gizena izatearen ezaugarria eta bizimodu sedentarioa izatearena nabarmenki altuagoak izan zirela talde sozioekonomiko baxukoaren artean, baita adinaren eta diabetearen iraupenaren kontrola eginda ere. Emakumeen artean, gizena izateko arriskua 1,6 aldiz altuagoa zela ikusi zen zonalde ahuletan biziz gero, zonalde aberatsetakoen aldean. Gizonezkoen kasuan, probabilitatea 1,8 aldiz altuagoa da. Mugimendu urriari dagokionez, arriskua 1,2 aldiz altuagoa izan zen inguru desabantailatsuenetako emakumeen artean eta 1,7 aldiz altuagoa gizonezkoen kasuan. Aitzitik, ez zen alde adierazagarririk sumatu gizonen arteko tabako kontsumoan; bai, ordea, zonalde desabantailatsuenetako emakumeenen artean, erretzaile izateko arrisku handiagoarekin.

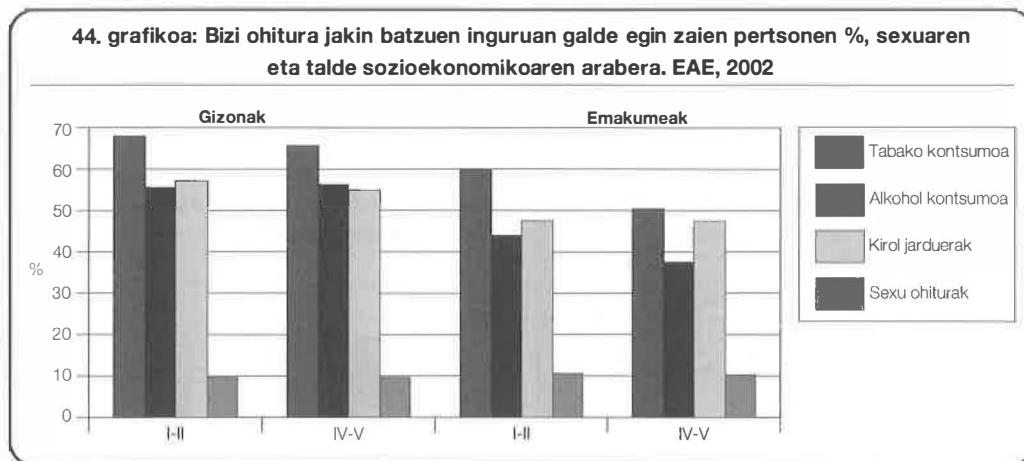
### 2.1.8. Prebentziozko aholku medikoa

Osasunaren arloko langileek kontsultetan prebentziozko aholkuak ematen dituzten maiztasuna ezagutzeko asmoz, EAEOI 2002 inkestak hainbat galdera planteatu zituen pertsoneri tabako kontsumoaren, alkohol kontsumoaren, kirol jardueren, sexu ohituren edo pisuaren gainean zein neurritan galdetzen zitzaizen ezagutzeko. Halaber, ohitura txar horiek bertan behera uzteko aholkua jasotzen duten pertsonen ehunekoa islatzen da.

- Emaizak

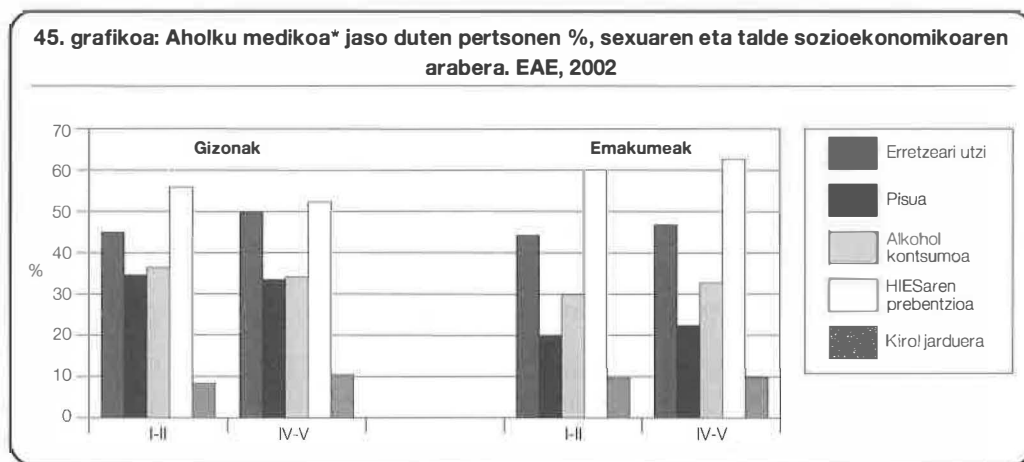
EAEen, ez da alde adierazagarririk agertzen bizi ohitura ezberdinen gainean galde egiten zaien gizonen proportzioan. Emakumeen kasuan, aldiz, klase desabantailatsuenetakoei gutxiagotan galdetzen zaie kasu guztietan (tabako eta alkohol kontsumoa, kirol praktika eta sexu ohiturak), nahiz eta desberdintasun garrantzitsuenak tabako eta alkohol kontsumoan agertzen diren. Taldeen arteko aldeak %18 eta %13koak dira, hurrenez hurren<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Datu horiek zuzenean hartu dira Osasun-Inkestaren argitalpenetik (Osasun Saila, 2004), beraz, ez da kalkulatu garrantzi estatistikoa.



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Behin gaixoei osasunarekin uztartutako bizi ohituren ganean galdetuta, osasunaren arloko langileek jokabide osasungarriagoak hartzearen aldeko aholkuak ematen dituzte. Zentzu horretan, gaixoen talde sozioekonomikoaren araberrako aldeak ez dira oso argiak eta badirudi ezartzen den eredia aurrekoaren alderantzizkoa dela. Izan ere, emandako aholku mota guztietan gizartearen beheko klaseetako pertsonak gehiagotan jasotzen dute sendagilearen aholkua, aberatsenek baino. Ziurrenik, talde sozioekonomiko altuenekoek ezagutza handiagoak dituzte ohitura horiek aldatzeko jarraitu beharreko ereduaren ganean eta horrek argitu egingo luke osasunaren alorreko langileek behar gutxiago ikustea haiei osasun aholkuak emateko duten beharraren inguruan.



\* Proporzio horien izendatzaileak hurrengoak dira: erretzeari uztearen kasuan, biztanleriako ohiko erretzaileak; alkohol kontsumoan, biztanleriako ohiko edaleak; kirol jardueran, mugimendu gutxiko biztanleria; eta pisuan, biztanle gizenak.

Iturria: Osasun Saila, 2004.

## 2.2. GIZARTE DESBERDINTASUNAK EAEKO HILKORTASUNEAN ETA OSASUN ITXAROPENETAN

### 2.2.1. Gizarte desberdintasunak hilkortasunean

Inor ezin da heriotzatik libratu, baina desberdintasun handiak daude noiz eta zertaz hiltzen garen aztertzean, gure gizarte klasea, ikasketa-maila, jatorria eta gainerako baldintza sozioekonomikoak gorabehera.



Hilkortasuna biztanleriaren osasun egoera ikusteko baliabide nagusienetako bat da, eta herrialdeen arteko alderaketak egiteko adierazle egokienetako bat ere bai. Horren arrazoa, nagusiki, datuak biltzeko erregistroen kalitate eta xehetasunean dago, horietara iristea nahikoa erraza izatearekin batera. Osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertzeke erabiltzea ohikoa izan da 80ko hamarkadatik aurrera, Black txostenak hilkortasunean gizarte desberdintasun garrantzitsuak zeudela adieraztean. Horiek Europako beste hainbat herrialdetan ere deskribatu dira gerora (Mackenbach, 2006).

Espainiaren kasuan, hilkortasunean sumatzen diren gizarte desberdintasunen azterketak ere tradizio garrantzitsua du, eta jatorria 70-80ko hamarkadan kokatzen da (FOESSA, 1975; Hinojal, 1977; Domingo, 1980; Latour eta kideak, 1987; Alonso eta Antó, 1988). Aitzitik, Espainiako hilkortasunean sumatzen diren desberdintasunen gaineko azterlanek hainbat zailtasuni egin behar izan diote aurre garatzerakoan, izan ere Heriotzaren Buletin Estatistikoan okupazioari dagokion atala gutxitan bete da. Horri kasu bakoitzean indarrean zeuden legeek ezarritako mugak gehitu behar zaizkio (Regidor eta kideak, 1994; Borrell eta Pasarin, 1999). Zailtasun horiek ikusita, azterketarako estrategia batzuk garatu dira:

1. *Azterlan ekologikoak*: azterlan hauek barruti, auzo edo baldintza sozioekonomiko ezberdinetako beste multzo batzuetako hilkortasunak alderatzen dituzte. Horrela, osasunaren gainean ingurumenak, alderdi soziokulturalek edo zerbitzuen emakidarekin uztartutako beste testuinguru ezaugarri batzuek dituzten ondorioak aztertzen dira. Gainera, banakako aldagaiak erabiltzea posible izan den kasuetan, Espainiakoan adibidez, azterlan ekologikoek ikasketa-maila edota maila sozioekonomikoa bezalako banakako aldagai ezberdinek hilkortasunean duten eraginaren hurbilketa eskaintzen dute.

Espainian, ikuspegi ekologikoa erabili duten azterlanak ugariak izan dira, bai Estatuan oro har (Rodríguez-Sanz eta kideak, 2003; Regidor eta kideak, 2003; 2005), baita Katalunian (Borrell eta kideak, 1997; Pasarin eta kideak, 1999; Domínguez-Berjón eta kideak, 2005), Madrilen (Etxenike, 1994), Granadan (Ruiz eta March, 1998), Sevillan (Ruiz-Ramos eta kideak, 2004) edota Valentziako Erkidegoan ere (Nolasco eta kideak, 2004).

EA Eren kasuan, 2006an azterlan bat argitaratu zen ikuspegi ekologikoari helduz. Kasu hartan, 1996-1999 aldiko hilkortasuneko gizarte desberdintasunak aztertu ziren (Esnaola eta kideak, 2006). Gabezia sozioekonomikoko indizean oinarrituz<sup>27</sup>, erroldaren atal guztiak zatitu ziren antzeko tamainako bost taldetan, gabezia sozioekonomiko txikienekoetatik handienekoetara. Behin atalak sailkatuta, hilkortasunak, bizi itxaropenak eta heriotzen arrazoiak alderatu ziren bost taldeetan, ondorenean ere ikusiko den moduan.

2. *Hilkortasun erregistroen lotura biztanle erregistroekin*: mota horretako azterlanek aukera ematen dute udaleko erroldan jasotako adierazle sozioekonomiko batzuk erabiltzeko eta horren bidez hilkortasunean sumatzen diren gizarte desberdintasunak baloratzeko. Azterlan horiek Bartzelonan eta Madrilen egin ziren (Borrell eta kideak, 1999b; Regidor eta kideak, 2001) eta agerian utzi zuten, adibidez, 1993-94 aldirian 25 urtetik gorako hilkortasun tasa Bartzelonan txikiagoa zela hezkuntza-maila handienekoen artean. 25 urteko bizi itxaropena<sup>28</sup>, halaber, ikasketa-mailarekin uztartu zen. Aldeak 6 eta 3,2 urtekoak izan ziren Madrillgo gizonen eta emakumeen hezkuntza-mailan eta 5,2 eta 2 urtekoak Bartzelonakoetan, hurrenez hurren.

<sup>27</sup> Indize horrek lau adierazle sozioekonomikoren informazioa konbinatzen du (langabezia dagoen pertsona aktiboen proportzioa, gaitu gabeko eskulangileen proportzioa, lehen mailako edo gutxiagoko ikasketak dituzten pertsonen proportzioa eta erosotasun gutxioko etxebizitza-proporzioa (EUSTAT – Euskal Estatistika Erakundeak garatutako indizea), osagai nagusien azterketatik abiatuz.

<sup>28</sup> Bizi itxaropenak edozein adinerako kalkula daitezke. 1993-1994 aldiko 25 urteko bizi itxaropenari dagokionez, hark adin horretako pertsona batek bizitzea espero ditzakeen urteak adierazten ditu, 1993-1994 aldirian biztanlerian izandako hilkortasun berdina errepikatuko balitz orokorrean eta adin guztietan.

EAEren kasuan, 2005ean azterlan baten emaitzak argitaratu ziren; bertan, hilkortasunaren eta pertsonen ezaugarri sozioekonomikoen artean zegoen lotura aztertu zen, biztanle erregistroak biztanle erregistroarekin lotzetik abiatuz 1996-2001 aldian (Departamento de Sanidad, 2005).

• Emaitzak EAEn

Ondorenean, aipatu berri diren EAEko<sup>29</sup> hilkortasunaren gainean egindako azterlanen emaitzak azalduko dira. Horiek, estrategia ezberdinak erabilia (ekologikoa eta banakakoa), hilkortasun tasetan dauden aldeak eta heriotzen arrazoiak aztertzen dituzte, EAEko biztanleriari egoki dakion heriotzarekin batera.

Bi azterlanek gizarte gradiente argia agertzen dute hilkortasunean. Hurrengo taulan islatzen den moduan, hilkortasun tasak behera egiten du bizitoki zonaldearen maila sozioekonomikoak gora egin ahala. Horrela, V. taldeko (txiroenak) sekzioen hilkortasuna %26 altuagoa da gizonezkoen artean eta %11 emakumeen artean, I. taldekoekin (aberatsenak) alderatuz gero. Adina kontuan hartzen badugu, desberdintasunak nabariagoak dira gizonezkoen artean 15 urtetatik aurrera. Emakumeen kasuan, berriz, aldea nabarmen-tzeko 30 urtetara arte itxaron behar da (Esnaola eta kideak, 2006).

**2. taula: Adinaren eta arrisku erlatiboaren (RR) arabera estandarizatutako hilkortasun tasak\*, bizitokiko baldintza sozioekonomikoen arabera. EAE, 1996-1999**

	Gizonak			Emakumeak		
	Tasa estandarizatua	**RR	***%95eko KT	Tasa estandarizatua	**RR	***%95eko KT
1 (aberatsena)	816,6	1		434,8	1	
2	877,2	1,07	(1,04-1,11)	451,0	1,05	(1,01-1,08)
3	873,0	1,07	(1,04-1,11)	451,7	1,05	(1,01-1,08)
4	921,6	1,13	(1,09-1,16)	465,8	1,07	(1,04-1,11)
5 (txiroena)	1020,7	1,26	(1,22-1,30)	486,0	1,11	(1,07-1,15)

\*Tasa estandarizatua, 100,000 biztanleko, Europako biztanleria estandarren adinaren arabera doitua<sup>30</sup>.

\*\*RR: arrisku erlatiboa edo adinaren arabera doitutako hilkortasun tasen arrazoa<sup>31</sup>.

\*\*\*KT: konfiantza-tartea.

Iturria: Esnaola eta kideak, 2006.

Hilkortasun tasek ere gradiente sozioekonomiko argia jarraitzen dute pertsonen banakako ezaugarriak gorabehera (3. taula). 20 urtetik 64ra bitarteko gizonezkoen kasuan, eredia argia da aldagai guztietan. Horrela, hilkortasuna %88 altuagoa da ikasketarik ez dutenen kasuan, unibertsitateko ikasketak dituztenekin alderatuta; %68 altuagoa gaitu gabeko eskulangileen kasuan, goi mailako zuzendari eta tituludunen kasuan baino; %117 altuagoa erosotasun gutxiko etxebizitzetan bizi direnen artean, erosotasun handikoetan bizi direnen artean baino, eta ia bikoitza langabezian eta jarduerarik egin gabe dauden artean, okupatuen artean baino. Halaber, emakumeen artean, hilkortasun tasak ere gora egiten du ikasketa-mailak beherantz egiten duen heinean, etxebizitzaren erosotasuna eskasagoa den heinean eta lan egoera kaskarragoa den heinean. Horrela, hilkortasuna %29 altuagoa da ikasketarik ez dutenen artean, unibertsitateko ikasketak dituztenen artean baino; %53 altuagoa erosotasun gutxiko etxebizitzetan bizi diren emakumeen kasuan, erosotasun handikoetan bizi direnen aldean, eta %45 altuagoa emakume langabeen kasuan, emakume okupatuen aldean.

64 urtetik gorako kasuan desberdintasunak antzekoak dira bi sexuen kasuan eta 20tik 64ra bitarteko pertsonentzat deskribatutako eredia errepikatu egiten da, nahiz eta ez hain modu nabarmenean (Departamento de Sanidad, 2005).

<sup>29</sup> Bi azterlanek hurrengo helbidean azter daitezke: <http://www.osanet.euskadi.net/r85-13732/es/> (2007ko otsailaren 18an kontsultatua).

<sup>30</sup> Tasen estandarizazio eta doikuntzaren gaineko argibide xehatuak eranskin metodologikoan eman dira.

<sup>31</sup> Arrisku erlatiboa (RR) asoziazio neurria da: gertaera bat zer neurritan jazotzen den maizago zehazten du talde batean besteren aldean. .

**3. taula: adinaren arabera estandarizatutako hilkortasun tasak\*, ikasketa-mailaren, talde sozioekonomikoaren, lan egoeraren eta etxebizitzaren erosotasun mailaren arabera. EAE, 1996-2001**

	Gizonak		Emakumeak	
	20-64	65 y más	20-64	65 y más
<b>Ikasketa-maila</b>				
Goi mailakoak	247	4.644	128	2.437
Bigarren mailakoak, lanbidekoak	336	4.977	138	2.641
Lehen mailakoak	371	5.229	133	2.859
Ikasketarik gabe	515	5.489	230	3.012
<b>Talde sozioekonomikoa</b>				
Zuzendariak, goi mailako tituludunak	242	4.679	129	2.623
Erdi mailako teknikariak	259	5.228	130	2.643
Administrazioko langileak	310	5.017	127	2.671
Eskulangile gaituak	311	5.427	141	2.912
Gaitu gabeko eskulangileak	404	5.391	109	2.927
<b>Lan egoera</b>				
Okupatuak	263		115	
Langabezian	501		144	
Jarduerarik gabeak	817		143	
<b>Etxebizitzaren erosotasuna</b>				
Altua	257	4.768	120	2.660
Ertaina	361	5.391	139	2.963
Baxua	553	6.170	183	3.500

\* 100.000rako urteko tasa, adinaren arabera doituia 1996ko EAeko biztanleriaren arabera.

Iturria: Osasun Sailaren 2005eko taula ezberdinetatik abiatuz egindakoa.

Azterlan horiek desberdintasunei egotz zekien hilkortasuna ere zenbatetsi zuten, hau da, ea zenbat heriotza ekidingo ziratekeen aztertutako aldi osoan zehar talde guztiek onura handienekoen hilkortasun tasa berdina izan balute.

Zentzu horretan, EAeko pertsona guztiek maila sozioekonomiko altueneko errolda-sekzioetan bizi diren pertsonen hilkortasun tasa izan balute, 5.221 heriotza ekidingo ziratekeen aztertutako denbora-tartean (1996-1999), hau da, aldian ikusitako heriotza guztien %9,4 (Esnaola eta kideak, 2006).

Bestalde, egoitza-eremuaren ezaugarriak aztertu ordez, adierazitako banakako aldagaien arabeko azterlana egiten bada (ikasketa-maila, talde sozioekonomikoa, etxebizitzaren erosotasuna eta lan egoera), desberdintasunei egotz dakien hilkortasun tasa are altuagoa da. Pertsona guztiek unibertsitateko ikasketak maila zutenek izandako hilkortasun tasa berdina izan balute, EAEn 12.709 heriotza ekidingo ziren, hau da, gertaturikoen %15,8. Emakumeen kasuan, unibertsitateko ikasleen hilkortasun tasa berdina izan balute guztiek, heriotzen %14,3 galaraziko zatekeen; zuzendari eta goi mailako teknikariena izanda %4,2 eta erosotasun handian bizi diren haien hilkortasun tasa izan balute, aldiz, %10,2. Gizonezkoen kasuan desberdintasunak are handiagoak dira, galarazitako heriotzak %17 izango ziratekeelako ikasketak mailaren arabera, %12,7 talde sozioekonomikoaren arabera eta %15,8 etxebizitzaren erosotasunaren arabera (Departamento de Sanidad, 2005).

**4. taula: Desberdintasun sozioekonomikoen ondoriozko hilkortasuna. 20 urteko eta gehiagoko biztanleak. EAE, 1996-2001**

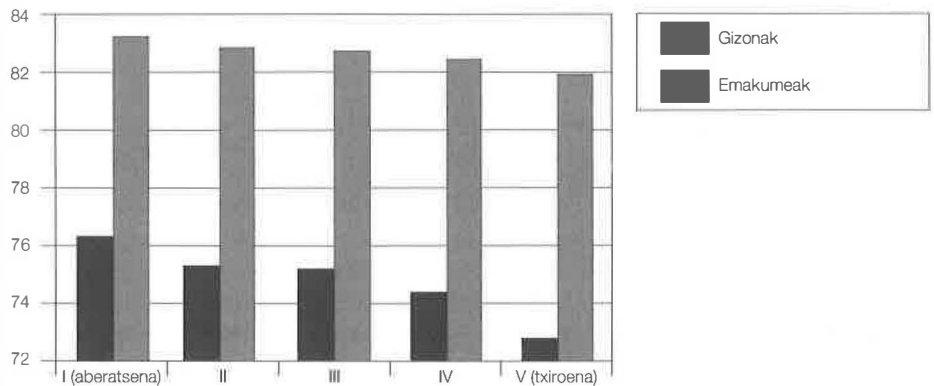
	Gizonak				Emakumeak	
	Ikusitako heriotzak	Egotz daitekeen heriotza-kopurua		Ikusitako heriotzak	Egotz daitekeen heriotza-kopurua	
		N	%		N	%
Ikasketa-maila	43.236	7.369	17,0	37.250	5.340	14,3
Talde sozioekonomikoa	40.251	5.111	12,7	9.451	396	4,2
Etxeb. erosotasuna	43.672	6.911	15,8	37.996	3.856	10,1
Langabezia*	7.073	942	13,3	1.323	121	9,1

\*20tik 64ra bitarteko biztanleria.

Iturria: Osasun Saila, 2005.

Aldagai sozioekonomiko ezberdinak gorabehera hiltzeko arriskua ezberdina denez, bizi itxaropenak gizarte gradiente argia betetzen du. Horrela, pertsona batek jaiotzean bizitzea espero duen urte kopurua txikiagoa da bizitokia kokatzen den zonaldearen maila sozioekonomikoak okerrera egiten duen heinean (46. grafikoa). Zehazki, maila sozioekonomiko baxueneko auzoetako batean jaiotzeak 3,5 urte gutxiagoko bizi itxaropena izatea esan nahi du gizonezkoen kasuan, eta 1,3 urte gutxiagokoa emakumeen kasuan.

**46. grafikoa: Jaiotzako bizi itxaropena gizonezkoetan eta emakumezkoetan, bizitokiko baldintza sozioekonomikoen arabera. EAE, 1996-1999**



Iturria: Esnaola eta kideak, 2006

Amaitzeko eta hiltzeko arrazoi ezberdinei dagokienez, datuek agerian uzten dute hilkortasun tasetan antzemandako desberdintasun handienak Otik 64 urtera bitarteko gizonezkoen errolda-sekzioetan agertzen direla eta arrazoiak droga-gaindosia, biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa (BGBK), HIESa eta gibelego zirrosia izan ohi direla nagusiki. Adin bereko emakumeen kasuan, desberdintasunak gibelego zirrosian, HIESan eta garuneko hodietako gaixotasunean sumatzen dira. Emakumeen artean bularreko eta biriketako minbiziarengatik hilkortasun tasa altuagoa da, aldiz, zonalde aberatsenetan. Arrazoiak, ziurrenik, ugalketa-faktoreak izango lirateke lehenengo kasuan (Kelsy eta Horn-Ross, 1993) eta tabako kontsumoaren banaketa, berriz, bigarrenean.

65 urtetik gorako biztanleei dagokienez, desberdintasun nagusiak BGBK, gibelego zirrosi eta biriketako minbiziarengatik heriotzetan sumatzen dira gizonetan. Emakumeen kasuan, aldiz, aldeak diabetean, urdaileko minbizian, gibelego zirrosian eta BGBKn sumatzen dira.

Halaber, desberdintasunak sumatzen dira hilkortasunaren arazoietan, hausnartutako banakako aldagaien arabera (ikasketa-maila, talde sozioekonomikoa, etxebizitzaren erosotasuna eta lan egoera). Orokorrean, adierazle horiek okerrera egin ahala, hilkortasun tasak gora egiten du HIESagatik, kardiopatia iskemikoagatik, buruko hodietako gaixotasunengatik, BGBKgatik, zirrosiagatik, gaindosiengatik, diabetegatik (20tik 64 urtera bitarteko gizonak salbu) eta norik bere buruaz beste egiteagatik (64 urtetik gorako emakumeen kasuan salbu).

Hiltzeko arazoi batzuen kasuan, desberdintasunen eredia eta intentsitatea aldatu egiten da pertsonen adinaren eta sexuaren arabera. Biriketako minbiziaren kasuan, adibidez, gizonak adierazitako eredu sozioekonomikora egokitzen diren bitartean, 20tik 64 urtera bitarteko emakumeek alderantzizko eredia jarraitzen dute. Horrela, ikasketarik gabeko emakumeen kasuan hilkortasuna %65 txikiagoa da goi mailako tituludunen aldean. Hori bat dator 2.1.7.4 atalean deskribatutako sexuaren arabeko tabako kontsumoaren ereduarekin. Halaber, 20tik 64 urtera bitarteko emakumeen kasuan, bularreko minbiziagatik hilkortasuna txikiagoa da maila sozioekonomiko baxuenekoen artean, adin horren gainetikoen artean eredia alderantzizkoa den bitartean.

### 2.2.2. Desberdintasunak osasun itxaropenetan

EAEan, mendebaldeko herrialde gehienetan bezala, demografiaren garapenaren ezaugarri nagusiak azken hamarkadetan bizi itxaropena eta zahartzea areagotu egin direla dira, besteak beste (Arregi eta kideak, 2006). Demografiaren prozesu horiek gaixotasunen eredian aldaketa izateari uztartuta egon dira; horien arabera, geroz eta garrantzitsuagoak dira gaixotasun kronikoak. Izan ere, heriotza ekartzen ez badute ere, pertsonen osasuna eta bizi kalitatea kaltetzen dute larriki. Testuinguru horretan, hilkortasunean bakarrik oinarritzen diren neurriak ez dira jada laburpen egokia biztanleriaren osasuna aztertzeko, ez baitira gai osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatearen ikuspegia sartzeko.

Azken urteotan, inguruabar horrek geroz eta interes handiagoa eragin du, adierazle bakarrean hilkortasunaren eta osasunaren ikuspegia bateratzen duten neurriengatik. "Biztanleriaren osasunari buruzko laburpen neurriak" (BOLN) izeneko horien barruan (Murray eta kideak, 2002), osasunaren eremuko itxaropenak biltzen dira (Robine eta kideak, 2002). Horiek, bizi itxaropenaren logikari jarraiki, pertsona batek osasun egoera zehatz batean bizitzea espero duen urte kopurua zenbatesten saiatzen dira.

BOLNen erabilerak eta aukerak, oro har, eta osasun itxaropenenak, zehazki, ezberdinak dira. Osasun arloko gizarte desberdintasunen azterlanaren kasuan neurri horiek baliabide ona suertatu dira (Gadikou eta kideak, 2000), desberdintasunen ikuspegi orokorra ematen dutelako eta gizarte gradiente handiagoa ezartzen dutelako bizi itxaropenak erabiltzen direnean ezartzen denaren aldean (Wilkins eta kideak, 1983; Bronnum-Hansen eta kideak, 2004).

Azterlan ezberdinek gizarte desberdintasunak daudela adierazi dute nazioarteko eremuko osasun itxaropenetan. Horrela, ikasketa-maila txikiko, gizartearen beheko klaseetako eta baliabide gutxieneko biztanleek ez dute soilik bizitza laburragoa izaten; horrez gain, bizitzaren proportzio handiagoa osasun txarrean ere igarotzen dute (Bossuyt eta kideak, 2004; Bajekal, 2005; Mackenbach, 2006).

Espainiaren kasuan, 90eko hamarkadaren hasieratik osasun itxaropenak kalkulatu dira (Regidor eta kideak, 1994) eta desberdintasun geografikoak deskribatu dira osasun oneko bizi itxaropenaren (OOBI) banaketan, ipar-hego eta ekialde-mendebalde gradientetik abiatuta. Horren arabera, 12 urteko aldea sumatzen zen OOBIn probintzia ezberdinetan jaiotzean (Gutiérrez-Fisac eta kideak, 2000). Laurogeita hamarreko hamarkadaren amaiera aldera, desberdintasunak antzeman ziren ere osasun oneko bizi itxaropenean ikasketa-mailaren arabera Madrilan eta Bartzelonan. Ikasketa-maila ezberdinenen arteko aldea osasun itxaropenean

(OOBI) 25 urte<sup>32</sup> izanda, 7,5 urtekoa eta 5,6koa izan zen gizon eta emakumeen kasuan Madrilen, eta 9,5 eta 13,4 urtekoa Bartzelonaren kasuan, hurrenez hurren (Martínez-Sánchez eta kideak, 2001).

EAEren kasuan, bi osasun itxaropen motaren arabera egoitza-eremuen<sup>33</sup> ezaugarri sozioekonomikoetan dauden desberdintasunak aztertu dira: osasun oneko bizi itxaropena (OOBI) 1996-1997 aldian (Ruiz eta kideak, 2005) eta kalitatearen arabera bizi itxaropena (KABI) 1999-2003 aldian (Esnaola y col, 2007). OOBIren kasuan, sekzio desberdinetako taldeetako alde, jaiotzean, 9,2 urtekoa izan zen gizonetan eta 6,8koa emakumeetan. KABIari dagokionez, 1999-2003 tarterako desberdintasunak, 15 urte izatean, eta sekzio aberatsenetan edo txiroenetan egon gorabehera, 4,6 eta 3,6 urtekoa izan zen gizon eta emakumeetan, hurrenez hurren.

Edonola ere, bi azterlanen ondorioek diote errolda-sekzioaren maila sozioekonomikoak behera egin ahala, bertan kokatzen diren pertsonak denbora gutxiago bizi direla eta, gainera, osasun txarreko urte gehiago pasatzen dituztela. Beste era batera esanda, erroldako maila sozioekonomiko baxueneko sekzioetan bizi diren pertsonetan sumatzen den osasun txarreko bizitza-ehunekoa altuagoa da eremu aberatsagoetan bizitzen direnen ehunekoaren aldean.

### **2.3. OSASUN ARLOKO GIZARTE DESBERDINTASUNAK EAEKO JAIOBERRI, NERABE ETA GAZTEEN ARTEAN: DESBERDINTASUNEN OINORDETZA**

“The most sustainable investment we can make in healthy populations is to take proper care of our children’s health”

(Kofi Annan, 1997)

Bizitzaren lehenengo etapetako osasun mailak zerikusi estua izan ohi du heldutasuneko osasunarekin. Hori dela eta, azterlan batzuek haurtzarora jartzen dute pertsonen bizitzaren oinarrizko etapa moduan. Izan ere, aldi horretan gizarte desabantailako faktoreen menpe egotea osasunarekin eta heldutasuneko estatus ekonomikoarekin loturik dago (Dahlgren eta Whitehead, 1991; Esping-Andersen, 2002; Regidor eta kideak, 2004).

Joan den XX. mendean zehar, gure inguruko herrialdeetan etengabeko hobekuntza-prozesua sumatu dugu haurtzaroko osasunaren alorrean. Eboluzio hori argi dezaketen faktoreen artean bizi estandar altuak, medikuntzaren eta elikaduraren alorreko aurrerapausoak eta osasun zerbitzuez oro har baliatzeko aukera egongo lirake. Aitzitik, oraindik alde sozioekonomikoak daude gizarte klase desberdinetako haurren osasunean, adibidez, jaiotzean duten pisu baxuarekin, haurtzaroren azken fasean izandako arazoekin edo haztearekin uztartuta (Van De Mheen eta kideak, 1998; Mielck eta kideak, 2002; Cano-Serral eta kideak, 2006; Jane eta kideak, 2000; Regidor eta kideak, 1994; Rodríguez eta kideak, 1995). EAEren kasuan, azterlan desberdinek amaren bizitokiaren baldintza sozioekonomikoen eta jaiotzearen inguruko adierazle desberdinen eta haurren hilkortasunaren arteko loturak aztertu dituzte. (Valls i Soler, 2004; Esnaola eta Ramos, 2000).

Bestalde, nerabeen osasun arloko gizarte desberdintasunak asko dokumentatu dira (Koivusilta eta kideak, 2006; West eta Sweeting, 2004; Blane eta kideak, 1994); horri esker, gazteen testuinguru sozioekonomiko

<sup>32</sup> Osasun itxaropenak, bizi itxaropenak bezala, edozein adinetan kalkula daitezke. Kasu honetan, osasun oneko bizi itxaropenaz ari garenez 25 urte izanda eta 1993-94 tarterako, horrek adin horretako osasun oneko pertsona batek, 1993-94an biztanleriak orokorrean izandako heriotza eta osasuna izanda, espero ditzakeen osasun oneko urteak adieraziko lituzke. Hori dela eta, osasun oneko bizi itxaropenean unibertsitateko pertsonen eta ikasketarik gabeko pertsonen artean 7 urteko alde egoteak esan nahiko luke unibertsitateko ikasketak dituen pertsona batek osasun onarekin 7 urte gehiago bizitzea espero dezakeela.

<sup>33</sup> Ertoldako sekzioak bost kategoriatan zatitu ziren, Esnaola eta kideak (2006) azterlan aipatzerakoan 27. oharrean deskribatutako gabezia-indizearen arabera.

mikoa eta osasunaren alorreko emaitza desberdinak lotu ahal izan dira, desberdintasunak belaunalditik belaunaldira oinordetzan hartzen diren maila ikusiz, beraz.

Itxaropen horretatik bertatik jarraituz, hurrengo atalak osasun arloko desberdintasunak aztertzen ditu bizitzaren eta gaztaroaren lehenengo etapetan, nagusiki hurrengoetan oinarrituz:

- Jaioberrien eta bizitzako lehenengo urtean dauden biztanleen multzoa, haurren hilkortasunetik eta argitaratutako azterlan desberdinetatik abiatuz (Latorre eta kideak, 2007; Esnaola eta Ramos, 2000; Departamento de Sanidad, 2002).
- 4tik 18 urtera bitarteko nerabe multzoa, 2005eko Elikadura Inkestaren emaitzetatik abiatuz (Departamento de Sanidad, 2006).
- Gurasoein bizi diren 16tik 34ra bitarteko seme-alaba nerabe eta helduak, EAEKO 2002ko datuetatik abiatuz.

### 2.3.1. Desberdintasunak jaiotza-inguruko osasunean eta haurren hilkortasunean

“Desigualdades sociales en la salud perinatal en la CAPV” azterlanean (Latorre eta kideak, 2007), gizarte desberdintasunak aztertu ziren jaiotza-inguruko osasunean eta Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuko ospitale publikoetan 1995-2001 aldian izandako 70.381 erditzeri dagozkien datuetatik abiatuz. Adierazle sozioekonomiko moduan, EUSTATen (Euskal Estatistika Erakundea) Pobreziari eta Gizarte Desberdintasunei buruzko Inkesta (2000) azterlanetik ateratako eskualde bakoitzeko pobrezia-indizeak erabili ziren. Azterlanak agerian utzi zuen lotura zuzena zegoela eskualdeko pobrezia-tasaren eta prematuritate eta pisu gutxikoen tasen artean.

**5. taula: Pobrezia larriko tasak, prematuritate ehunekoa eta jaiotza-pisu txikiaren ehunekoa, eskualdeka. EAE, 1995-2001**

Eskualdea	Pobrezia-tasaa <sup>34</sup>	Prematuritatea <sup>35</sup> (%)	Pisua (%)		
			<1.500 gr	1.500-2.499 gr	<2.500gr
Debagoiena	1,1	0,88	0,95	4,81	5,74
Vitoria-Gasteiz	1,7	2,58	0,73	4,72	5,46
Donostialdea/Eskuinaldea*	3,9	2,74	0,70	4,64	5,34
Aiara	4,5	3,19	1,06	4,18	5,25
Debabarrena	4,8	1,86	0,59	4,57	5,16
Bizkaia-Kosta	4,9	3,12	0,83	4,28	5,11
Tolosa-Goierri	5,2	4,11	1,26	5,96	7,22
Durangaldea	5,3	3,51	0,96	4,54	5,49
Ezkerraldea	8,3	3,25	0,81	5,47	6,28
Bilbo	8,9	5,55	0,96	6,25	7,21
<b>EAE guztira</b>	<b>5,5</b>	<b>3,35</b>	<b>0,82</b>	<b>5,10</b>	<b>5,92</b>

\*Donostialdea eta Eskuinaldea bateratu egin zituen autoreak azterlanerako, pobrezia-tasa berdina agertzeagatik.

Iturria: guk eginikoa, Latorre eta kideak, 2007 oinarri gisa hartuta.

Aurreko taulak agerian uzten du pobrezia-tasa handieneko eskualdeek behar baino lehenagoko jaiotza-kopuru altuagoa agertzen dutela. Zentzu horretan, Bilboko eskualdeko prematuritatea (8,9ko pobrezia-tasa izanda) 6,3 aldiz handiagoa da Debagoienakoa baino (1,1eko pobrezia-tasarekin). Antzeko joera sumatzen da pisu gutxirekin jaiotako artean (1.500 gr eta 2.500 gr artean); izan ere, pobrezia-tasa handieneko

<sup>34</sup> Pobrezia-tasak baliabide ekonomiko nahikorik gabeko egoeran bizi diren pertsonen heldutasunaren gainerako biztanleen multzotik. Baliabide urritasunak galarazi egiten du epe laburrean oinarritzko beharrak estaltzea, bereziki elikadura, etxebizitza, eta jantzi eta oinetakoekin uztartutako gastuak (Latorre eta kideak, 2007, Pobreziari eta Gizarte Desberdintasunei buruzko Inkesta, 2000).

<sup>35</sup> 37 asteko haurdunaldia baino gutxiago izanda jaiotzen diren kopurua, urtebetean bizirik jaiotako guztien gainean (%-tan adierazita).

eskualdean, Bilbon, mota horretako ia %30 jaiotza gehiago dituzte pobrezia-tasa baxueneko eskualdean daudenen aldean, Debagoienakoan aldean hain zuzen.

Amaren adina<sup>36</sup> kontuan izanda egokitzapena egin ondoren, pobrezia-tasak lotura izaten jarraitzen du, bai behar baino lehen jaiotzen direnen kasuekin, bai jaiotzean pisu gutxi izaten dutenekin (Latorre eta kideak, 2007).

Jaiotza-inguruko osasunaren adierazle horiez gain, 2002-2010 Osasun Planak (Departamento de Sanidad, 2002) gizarte desberdintasunak daudela dio, halaber, jaiotzetik minutu baterako Apgar indizearen<sup>37</sup> puntuazioetan, pixka bat handiagoak direlako maila sozioekonomiko altueneko zonaldeetan.

Bestalde, haurren hilkortasuna ere eskualdeko pobrezia-tasarekin uztartzen da. 2000-2004 urteetan, bizitzako lehenengo urtean hiltzeko arrisku handieneko eskualdeetan, Bilbon eta Ezkerraldean hain zuzen, EAEko pobrezia eta ongizate faltaren tasa handieneko batzuk agertu ziren 2004an (Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, 2005). Hurrengo taulan ikus daiteke Bilboko Eskualdean urtebete egin gabe hiltzeko arrisku erlatiboa (RR)<sup>38</sup> 1,29koa dela (%29 altuagoa), EAE osoaren aldean. Ezkerraldearen kasuan, desberdintasuna nabarmenagoa da eta urtebete egin aurretik hiltzeko arriskua 1,41ekoa da (%41 gehiago), EAE osoaren batez bestekoaren aldean.

**6. taula: Haurren hilkortasun tasak\*, osasun eskualdeen arabera. EAE, 2000-2004**

				RR (erreferentzia: EAE)	
	Kasuak	Tasa*	%95eko KT	RR	%95eko KT
Uribe	13	1,35	(0,62 - 2,08)	0,39	(0,22 - 0,68)
Barrualdea	32	2,46	(1,61 - 3,31)	0,71	(0,50 - 1,02)
Araba	34	2,95	(1,97 - 3,96)	0,86	(0,60 - 1,22)
Gipuzkoa Ekialdea	71	3,64	(2,80 - 4,49)	1,06	(0,82 - 1,37)
Gipuzkoa Mendeb.	50	3,90	(2,82 - 4,97)	1,13	(0,84 - 1,52)
Bilbo	62	4,45	(3,35 - 5,55)	1,29	(0,98 - 1,69)
Ezkerraldea	53	4,85	(3,55 - 6,15)	1,41	(1,05 - 1,88)
<b>Guztira EAEn</b>	<b>315</b>	<b>3,45</b>	<b>(3,07 - 3,83)</b>	<b>1,00</b>	<b>--</b>

\*1.000 jaiotzako dagoen hilkortasuna

Iturria: guk eginikoa, 2000 eta 2004 arteko hilkortasunari buruzko txostenak oinarri gisa hartuta. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza (Osasun Saila, 2004b)

### 2.3.2. 4 eta 18 urte arteko biztanleriaren osasun egoera

Hurrengo kapituluak “*Nutrizio Inkesta 2005: 4 urtetik 18 urtera bitarteko euskal biztanleriaren jateko ohiturak eta osasunaren egoera*” txostenean ateratako ondorioak agertzen ditu (Departamento de Sanidad, 2006)<sup>39</sup>, horren bidez posible baita gizarte desberdintasunak aztertzea nerabe euskaldunen osasunean, biztanleria orokorrarekin eta EAEOI’02 inkestatik abiatuz egin den moduan.

<sup>36</sup> Kontuan izan behar da 20 urte azpitiko emakumeek probabilitate handiagoa dutela behar baino lehenagoko erditzea edo pisu gutxiko haurra izateko, eta horien agerpena edo proportzioa homogeneoa ez izatea gerta litekeela eskualde guztietan. Ondorioz, beharrezkoa da amaren adina egokitzea horrek prematuritatearen eta eskualdearen pobrezia-tasaren arteko loturan sorraraz dezakeen nahasmendu efektua deuseztatze aldera.

<sup>37</sup> Jaiobeiriaren baldintza fisikoak ebaluatzeko sistema, minutu bat eta bost minutu jaio ondoren. 10eko gehieneko balioarekin, haren bihotz maiztasuna, arnasa, muskulu tonua, estimuluen aurrean duen erantzuna eta kolorea aztertzen dira.

<sup>38</sup> Arrisku erlatiboa (RR) asoziazio neurria da; horren bidez adierazten da zenbateko maiztasunarekin agertzen den gertaera bat (kasu honetan, haurren hilkortasuna) talde batean (Bilbon), beste talde baten aldean (EAE).

<sup>39</sup> 2005eko Elikadura Inkesta Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak egin zuen. 4 urtetik 18ra bitarteko 1.063 haurrekin eraturako laginari elkarriketa egin zitzaion, EAEOI’02ko lagina erabilita. Landa-lana 2004ko martxotik 2005eko otsailera egin zen. Metodologiaren gaineko xehetasun gehiago nahiz lehenengo emaitzak kontsultatzeko: Osasun Saila, 2006.

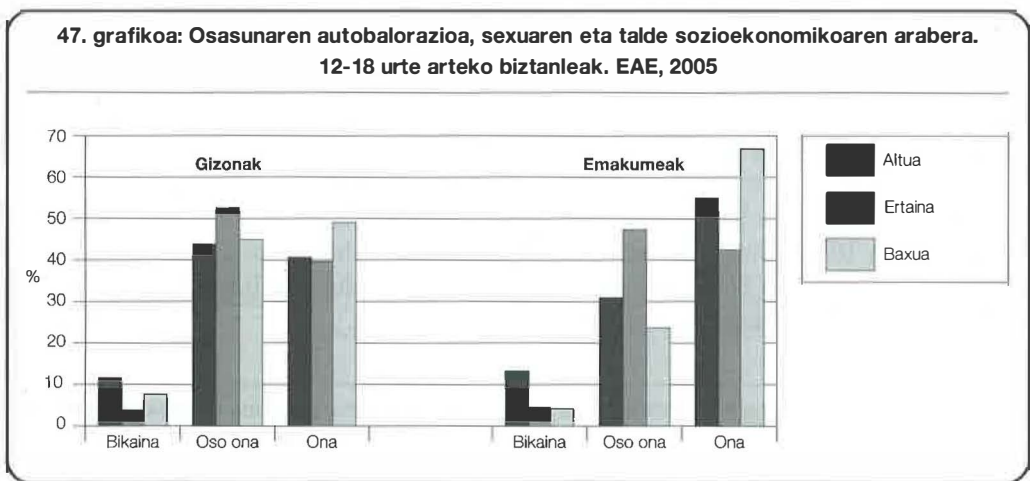


Maila sozioekonomikoa pertsona bakoitzari egokitu zaio etxeko buruaren lanbidetik abiatuz; burua, gehienetan, aita edo ama izaten da. Horren ondotik, haur eta gazte biztanleria “maila altua” (EAEIOI inkestatu I. eta II. talde sozioekonomikoak izango liratekeenak), “maila ertaina” (III. taldea) eta “maila baxua” (IV. eta V. taldeak) multzoetan sailkatu da.

Emaitzek adierazten dute osasun arloko gizarte desberdintasunak oinordetzan hartzen direla; izan ere, helduen biztanle multzoan ikusten zen modu berean, maila sozioekonomiko baxueneko 4tik 18 urtera bitarteko biztanleek emaitza kaskarragoak azaltzen dituzte aztertutako osasun adierazleetan.

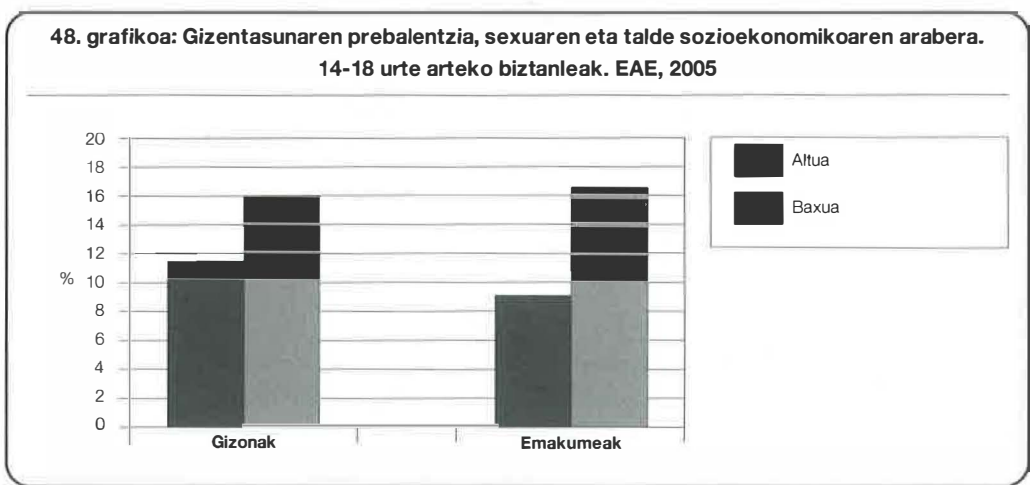
• Emaitzak

Hasteko, hurrengo grafikoei osasunaren autoebaluazioa erakusten dute talde sozioekonomikoen banaketaren arabera eta “bikaina”, “oso ona” eta “ona” multzoetan sailkatuta. Ikus daitekeen moduan, talde sozioekonomiko altueneko gazteek maila baxuagokoek baino gehiagotan diote beren osasuna “bikaina” dela, bai gizonek, bai emakumeek. Aldi berean, beheko klasetako pertsonak ontzat jotzen dute beren osasuna (kategoria baxuenak kasu honetan), klase altuek baino maizago.



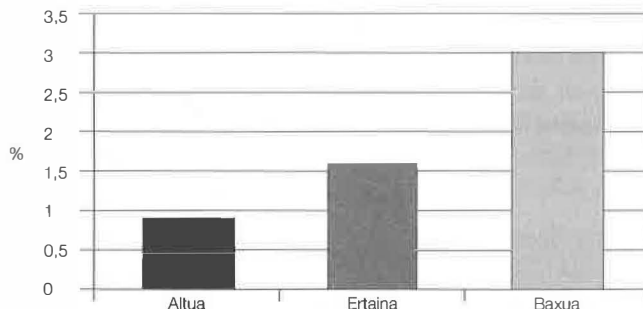
Iturria: Elikadura Inkesta 2005 (Osasun Saila, 2006)

Bestalde, gizentasuna eta hiperkolesterolemia (200 mg/dl-tik gora) ohikoak dira ere talde sozioekonomiko baxuenetan, bai gizonetan, bai emakumeetan.



Iturria: Elikadura Inkesta 2005 (Osasun Saila, 2006)

**49. grafikoa: Hiperkolesterolemiaren prebalentzia, talde sozioekonomikoaren arabera. 7-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005**

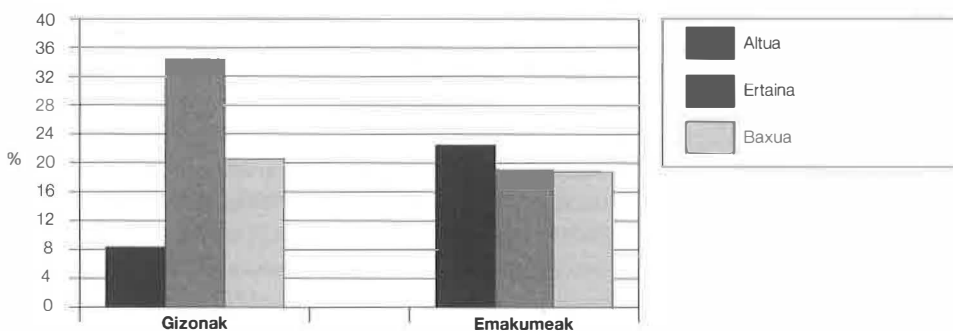


Iturria: Elikadura Inkesta 2005 (Osasun Saila, 2006)

Osasunarekin uztartutako bizi ohitura batzuei dagokienez, alkohol eta tabako kontsumoa edo kirola egitea kasu, azpimarratzekoa da helduen biztanle multzoarekin gertatzen den moduan testuinguru sozioekonomikoa garrantzitsua dela ere gazteen artean.

Tabako kontsumoarekin hasita, hurrengo grafikoak erakusten digu maila sozioekonomiko baxu eta ertaineko 12 eta 18 urte bitarteko mutilek gehiago erretzen dutela goi mailakoek baino. Neskak, berriz, are erretzaileagoak dira talde sozioekonomikoa geroz eta altuagoa izan. Antzeko eredia suma daiteke helduetan ere, 2.1.7.4 atalean aztertu den moduan.

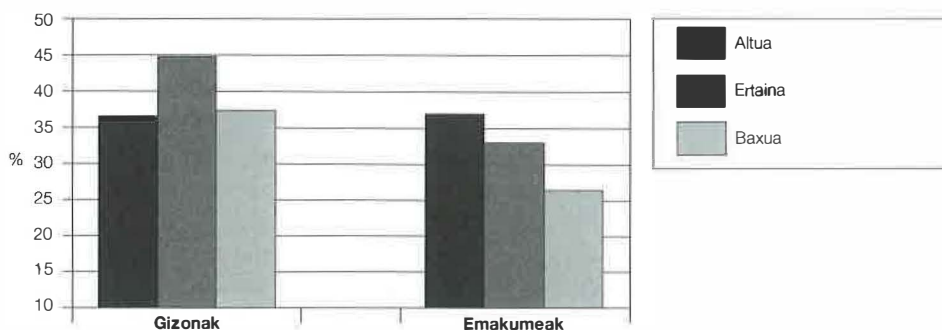
**50. grafikoa: Erretzaileen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 12-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005**



Iturria: Elikadura Inkesta 2005 (Osasun Saila, 2006)

Bigarrenik, eta alkohol kontsumoa aztertuta, badirudi ez dagoela gradiente sozioekonomikorik 15etik 18 urtera bitarteko edaleen artean. Emakumeen kasuan, aldiz, ohiko edaleen proportzioa altuagoa da talde sozioekonomiko altuetan eta alde hori %37koa da maila altuko eta baxuko taldeen artean.

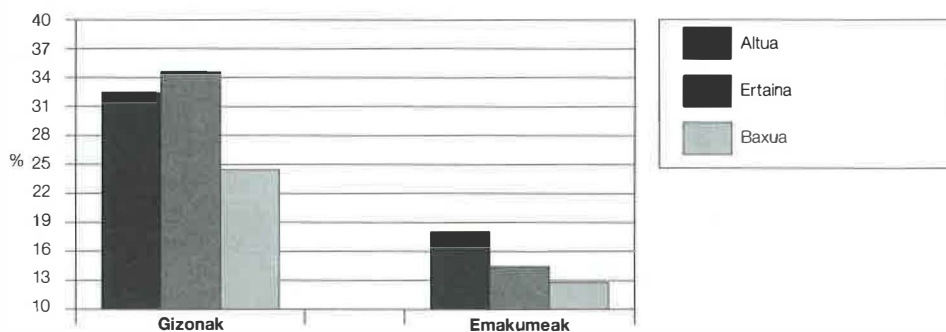
**51. grafikoa: Ohiko edaleen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 15-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005**



Iturria: Elikadura Inkesta 2005 (Osasun Saila, 2006)

Osasunarekin uztartutako bizi ohituren atalarekin amaitzeko, hurrengo grafikoak maila sozioekonomikoaren eta denbora librean kirola egitearen arteko lotura agertzen du. Helduen biztanle multzoarekin gertatzen den bezala, goi mailako talde sozioekonomikokoek kirol gehiago egiten dute, bai gizonek, bai emakumeek, nahiz eta gradiente argiena emakumeen artekoa den. Azken horien kasuan, talde gorenaren eta baxuenaren arteko aldea %38koa da.

**52. grafikoa: Fisikoki aktibo izatearen prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 4-18 urte arteko biztanleak. EAE, 2005**



Iturria: Elikadura Inkesta 2005 (Osasun Saila, 2006)

Dietarekin uztartutako beste gai batzuk ere ohikoagoak dira gizartearen goiko klaseetako gazteen artean, adibidez arrainaren edo gatz iododunaren kontsumoaren garrantziarena (Eusko Jaurlaritzako Departamento de Sanidad, 2006).

### 2.3.3. 16 eta 34 urte arteko seme-alaben osasun egoera

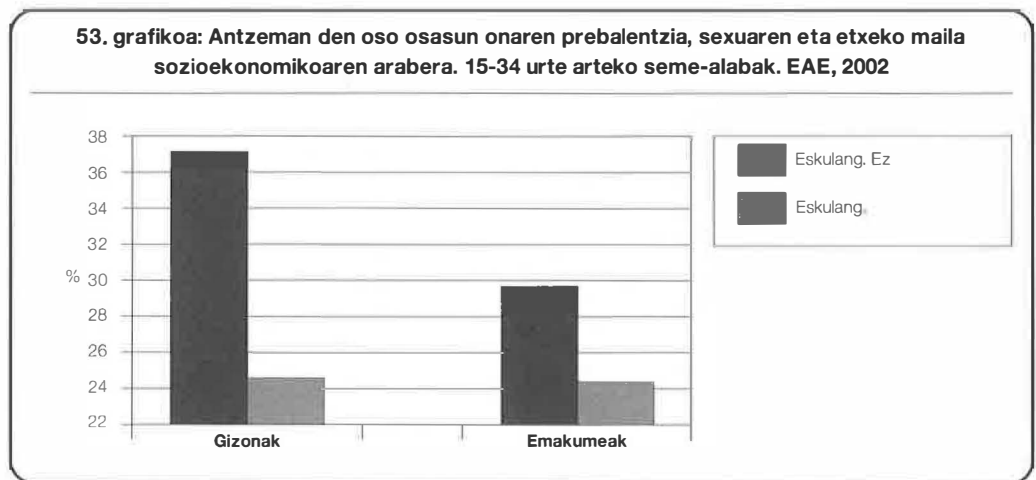
EAEOI'02 inkestak eskaintzen dizkigun datuetara itzulita, atal honetan gurasoen etxean bizi diren 16 eta 34 urte bitarteko seme-alaben osasunaren autoebaluazioa aztertzen da. Desberdintasunak deskribatzeko, gurasoen edota etxean erreferentzia diren pertsonen ezaugarri sozioekonomikoak erabili dira:

- Maila sozioekonomikoa: orain arte erabilitako bost talde sozioekonomikoak “eskulangileak” (IV. eta V. taldeak biltzen ditu) eta “eskulangileak ez direnak” (I., II. eta III. taldeak) taldeetan sailkatu dira.
- Hezkuntza-maila: aitaren eta amaren ikasketa-maila aitortutik abiatuz, bi maila eratu dira: “asko jota lehen mailako ikasketak dituzten gurasoak” eta “bigarren mailako edo maila altuagoko ikasketak dituzten gurasoak”. Aldagai hau bi guraso dituzten pertsoneri egokitu zaie bakarrik.
- Jatorria: gurasoak jaio ziren tokitik abiatuz, bi kategoria sortu dira: “EAEn jaiotako gurasoak” eta “EAetik kanpo jaiotako gurasoak”.

Hirugarren atal honekin EAEn osasun arloko gizarte desberdintasunen oinordetzaren gaineko ikuspegia osatu nahi da, bakoitzaren bizitokiaren gizarte testuingurutik eta 16 eta 34 urte bitarteko seme-alaben osasunaren autobaloraziotik abiatuz. Orokorrean, nahiz eta indar gutxiagorekin, esan daiteke helduen biztanle multzoan sumatutako maila sozioekonomikoaren, ikasketa-mailaren eta jatorriaren arabera desberdintasun ereduak seme-alabetara igarotzen direla.

- Emaitzak

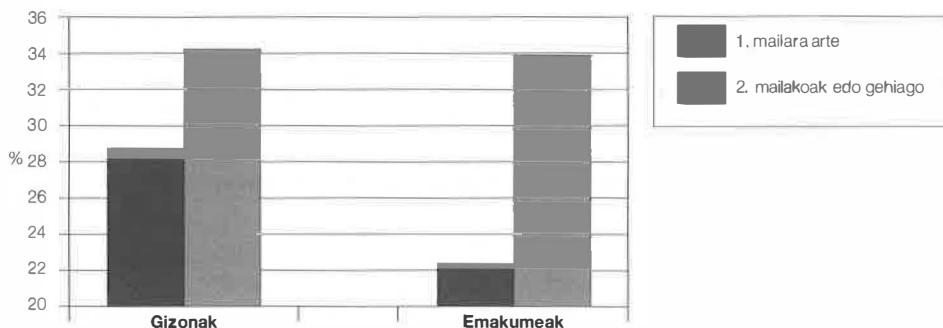
EAEn, biztanle gazte gehienek osasun ona dutela diote, adin horretan espero daitekeen moduan. Aitzitik, eskulangileak ez diren klaseen (aberatsenak) bizitokietako gazteek oso ontzat jotzen dute beren osasuna, eskulangileen klaseen bizitokietan (txiroenak) bizi diren etatik gauza bera adierazten dutenen aldean. Alde horiek, gizonetan nahiz emakumeetan sumatzen direnak izanda, handiagoak dira lehenengoan artean. Horien kasuan eskulangileak ez diren (aberatsak) etxeetan bizitzeak %51ko aldea esan nahi du eskulangileen etxebizitzetan (txiroenak) bizi direnekiko, osasun oso onaren prebalentzian. Alde horiek gizonezkoetan bakarrik dira estatistikoki adierazgarriak.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Gurasoen hezkuntza-mailari dagokionez, hurrengo grafikoa ikus daiteke bigarren mailako ikasketak edo goragokoak dituzten gurasoen seme-alabek gehiagotan adierazten dutela oso osasun ona dutela, ikasketarik ez duten gurasoen seme-alaben aldean, hain zuzen ere, maila sozioekonomikoaren kasuan gertatutako moduan. Erregresio logistikoko ereduak joera baieztatzen dute, nahiz eta estatistikoki adierazgarria ez izan.

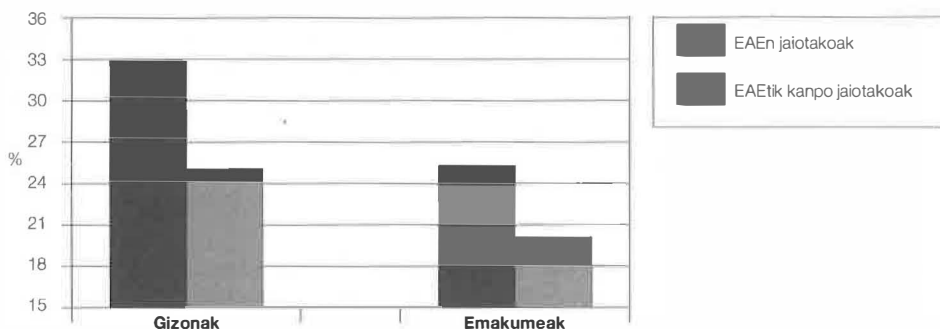
**54. grafikoa: Antzeman den oso osasun onaren prebalentzia, sexuaren eta gurasoen ikasketa-mailaren arabera. 15-34 urte arteko seme-alabak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Gurasoen jatorriari dagokionez, joera maila sozioekonomikoan eta ikasketa-mailan deskribatutako berdina da: osasuna oso ontzat baloratzen duen gazte proportzioa handiagoa da bi gurasoak EAEn jaiotakoan artean, Estatuko gainerako tokietan jaiotakoan artean gauza bera adierazten dutenen aldean. Edonola ere, aldeak ez dira adierazgarriak estatistikoki.

**55. grafikoa: Antzeman den oso osasun onaren prebalentzia, sexuaren eta gurasoen jatorriaren arabera. 20-34 urte arteko seme-alabak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

## 2.4 II. KAPITULUKO EMAITZEN SINTESIA

Osasun sistema unibertatsala eta maila sozioekonomikoaren garapena altua izan arren, EAEn gizarte desberdintasun garrantzitsuak daude osasunean. Ondorioz, kokapen sozioekonomikoak osasun kaskarragoa izatea, gehiagotan gaixotzea eta lehenago hiltzea ekartzen du. Desberdintasun horiek ez dira aberatsen eta txiroen kontua, gizartearen multzo osoari eragiten diotelako. Horrela, kokapen sozioekonomikoa geroz eta okerragoa izan, orduan eta handiagoa izango da osasun txarra izateko, gehiagotan gaixotzeko eta gutxiago bizitzeko arriskua.

### **Gizarte klasea eta hezkuntza-maila EAeko pertsonen osasunaren egoera islatzen duten bi adierazle garbi dira XXI. mende hasieran.**

Gizarte klase txiroenetakoa izateak nahiz ikasketa-maila baxuagoa izateak antzemandako osasuna okerragoa izatea ekartzen du, osasunarekin uztartutako bizi kalitate kaskarragoarekin, arazo kronikoekin, eta osasun arazoengatiko ezintasun iraunkorrekin batera. Desberdintasun horren tamaina antzemandako osasun kaskarragoa izatearen maiztasunean ikus daiteke. Horrela, gizarte klasea txiroenetako gizonen artean osasun txarra %76 handiagoa da aberatsenen aldean. Emakumeen artean, desberdintasun horrek %49 hartzen du.

### **Osasun arloko gizarte desberdintasunak gurasoengandik seme-alabengana igarotzen dira.**

Etheen testuinguru sozioekonomikoak ere EAeko jaioberrien, haurren eta nerabe eta gazteen osasuna baldintzatzen du. Pobrezia-maila altuagoko eskualdean jaiotzeak osasun kaskarragoa izatea esan nahi du jaiotzean, eta bizitzako lehenengo urtean hiltzeko probabilitate gehiago. Gainera, ikasketa-maila baxuagoko gurasoen seme-alaba izatea haurtzaroko, nerabezaroko eta gaztaroko osasun kaskarragoarekin uztartzen da. Desberdintasun horiek oinordetzan hartzeak garrantzi berezia du kontuan izaten bada, gainera, bizitzako lehenengo aldietako osasun egoerak lotura estua duela heldutasuneko osasunarekin. Talde horretako desberdintasunak bereziki bidegabeak dira, sozioekonomikoki ahulagoa den etxe batean jaiotzeak soilik, pertsonen egungo eta etorkizuneko ongizatea baldintzatzen duelako.

EAEn bizi diren 45 urtetik gorako biztanleen artean, Estatuko beste toki batzuetan jaiotako pertsonen osasun kaskarragoa dute EAEn jaiotako biztanleen aldean, haien egungo gizarte klasea zein den alde batera utzita.

Estatuko gainerako tokietan jaiotako 45 urtetik gorako gizon eta emakumeek, joan den mendearen erdialdera EAera iritsi ziren etorkinak gehienak, okerrago baloratzen dute beren osasuna, osasunarekin uztartutako bizi kalitate kaskarragoa dute eta arazo kroniko gehiago dituzte, EAEn jaiotakoen aldean. Horrela, aitortutako osasun txarra %11 eta %15 ohikoagoa da Estatuko gainerako tokietan jaiotako biztanleen artean.

Gainera, desberdintasun hori seme-alabei igarotakoa izan da, haiek osasun kaskarragoa dutelako EAEn jaiotako gurasoen seme-alabek dutenaren aldean. Edonola ere, lotura hori gurasoen kasuan baino ahulagoa da.

### **Erretzea, alkohola edatea edo kirola egitea ez dira banakakoen erabaki soiletatik eratorritako ohiturak; pertsonen testuinguru sozioekonomikoaren baitan hausnartu beharrekoak dira.**

Gizarte-maiak behera egin ahala, gehiegi edateko, denbora librean kirol gutxiago egiteko, gizona izateko eta, gizonetzkoen kasuan, ohiko erretzaile izateko probabilitatea gehitzen du. Horrela, adibidez, gizon eta emakume txiroenak %36 eta %14ko probabilitate altuagoa dute, hurrenez hurren, mugimendu gutxiak izateko, gizartearen goiko klaseetakoen aldean.

### **Heriotza ekidin ezin daitekeen gertaera izanda ere, kokapen sozialak noiz eta zertaz hilko garen baldintzatzen du.**

Maila sozioekonomiko okerragoko auzoan bizitzeak, ikasketa-maila baxuagoa izateak, lan egoera kaskarragoan egoteak, erosotasun gutxiagorekin bizitzeak edota gizartearen beheko klaseetakoa izateak lehenago hiltzeko probabilitate altuagoa, bizi itxaropen motzagoa eta osasun txarrekin bizitzaren proportzio handiagoa igarotzea dakar. Zentzu horretan, adibidez, 1996 eta 2001 artean pertsona guztiak unibertitate mailakoen hilkortasun berdina izan balute, EAEn heriotzen %17 gizonetan eta %14 emakumeetan ekidingo ziren, hau da, 13.000 heriotza inguru.

### III. Kapituluua:

## OSASUN ARLOKO GENERO DESBERDINTASUNAK

*“Ezaugarri biologikoez gizon eta emakumeen patua markatzen dute”; ez dugu horretara itzuli nahi.*

*Pentsamolde horrek neskak eta emakumeak euren ezaugarri fisiko sexualetara mugatu, konfinatu eta txikitu nahi ditu*

**Bella Abzug, 1995**

### 3.1. OSASUN ARLOKO GENERO DESBERDINTASUNEN INGURUKO ZENBAIT GOGOETA ETA HIPOTESI

#### 3.1.1. Sexu-genero binomioa osasunaren ikerketan

Gizonezkoen eta emakumezkoen osasunean *aldeak* eta *desberdintasunak* daude. Bi kontzeptu horien artean lehenengo kapituluan egiten genuen bereizketari erreparatuz, esango genuke osasunean aldeak daudela faktore biologiko batzuk daudelako (genetikoak, herentziazkoak, fisiologikoak eta abar...) eta horiek batzuen eta besteen gorputzen funtzionamendua eta gaixotzeko arriskua baldintzatzen dutelako; eta desberdintasunak daude generoak azaltzen dituen beste gizarte baldintza batzuk daudelako eta horiek ere eragina dutelako, bidegabe, emakumezkoen eta gizonezkoen osasunean (Rohlf eta kideak, 2000).

Baina, zer da *generoa*? Generoaren nozioa, analisi kategorial gisa, XVII. mendean agertu zen eta, horrekin batera, pentsamendu ildo batzuek zioten gizonezkoen eta emakumezkoen gizarte desberdintasuna ez zela alde natural edo biologikoaren ondorioa, baizik eta emakumeen gutxiagotasuna antolaketa sozial eta politikotik zetorrela (Estepan, 2001).

Hala ere, XX. mendearen erdialdean, lehenengo gogoeta feministen itzalpean, generoa analisi kategorial nagusia izatera igaro zen mundu akade-

mikoan. Simone de Beauvoir idazleak bere *Bigarren Sexua* (Beauvoir, 1981) lan klasikoan adierazten duen bezala:

*“Ez da emakume jaiotzen, emakume denborarekin izaten da. Patu biologikoak, psikikoak edo ekonomikoak ez du gizaki emea gizaratean den figura definitzen; zibilizazio osoak lantzen du produktu hori... azkenean emakume gisa kalifikatzen den produktua”*

Horregatik, emakumeei esleitutako rolak eta atributuak ez dira berdinak gizarate batean edo bestean; izan ere, gizarate batzuetan erabat femeninoa dena (zaintzeko gaitasuna, goxotasuna, sentikortasuna...), besteetan gizonetzkoen esleitutako atributuak izan daitezke, edo gerta daiteke, orobat, ez egotea hain banaketa erradikala batzuen eta besteen atributuen artean (Mead, 1973).

Gogoeta horien defentsan oinarritu zen 70eko hamarkadan egindako ahalegina: sexua eta generoa banatzea, batetik, bigarrenaren jatorri soziokulturala nabarmentzeko eta, bestetik, emakumeen gizarate posizioaren naturalizazioaren ondorioz emakumeen gizarate mendekotasuna salatzen saiakera batean. Horrela, sexuak emakumezkoen eta gizonetzkoen alde fisiko, anatomiko eta fisiologikoak adieraziko lituzke eta generoak sexua- ren gizarate eraikuntza adieraziko luke, hau da, feminitatearen eta maskulinitatearen eraikuntza kultural eta sinbolikoa; hor barruan egongo lirake gizarate eremuen eta funtzio sozialen bereizketa asimetrikoa dakarren eta gizonetzkoen eta emakumezkoen lotuta dauden gizarate jokabide, adierazpen eta balio guztiak (Esteban, 2001). Une horretara arte, maskulinitate eta feminitate kontzeptuak pertsonen sexu biologikoen ondoriozko herentzia naturalizat hartzen ziren; horren aurrean, generoaren teoriak diote ezaugarri morfologikoak eta anatomiko dimorfikoak (sexuak) berebizikoak direla gizabanakoa definitzeko, nahiz eta nahikoak ez izan gizabanako horren generoa berresteko, gizaratean duen identitatearen arabera eraikitzen baita (Rohlf eta kideak, 2000). Generoa, gainera, gizarate guztietan dago eta bizitza sozial eta pribatuaren esparru guztietara zabaltzen da (Harding, 1989). Horrenbestez, M.J. Izquierdok (Izquierdo, 1998) adierazten duenez, gizona edo emakumea izatea hurrengo konbinazio honen emaitza izango litzateke:

Emakumea= sexu emea + genero femeninoa

Gizona= sexu arra + genero maskulinoa

*Sexu-genero sistemak* aldakorrak dira gizarate testuinguru bakoitzean eta, beraz, honakoa esan dezakegu sistema horiei buruz: gizarateek sexu desberdintasunetatik abiatuta eraikitzen dituzten gizarate jokabide, sinbolo, errepresentazio, arau eta balioak direla eta, horrez gain, gizon eta emakumeei dagokienez gizarate posizio desberdinduak eta horien arteko harreman desberdinduak zehazten dituztela. Sistema horietan, gehienetan, diskriminazio eta marjinazio egoerak sortu dira emakumeek eremu publikoan duten tokia- ri dagokionez, emakumeak eremu erreproduktibora baztertu direlako, eta eremu hori ekonomikoki ezereza da eta sozialki balio gutxiagokoa.

Tradizionalki egin diren loturetatik dator eremuen segregazio sexuatu hori, hain zuzen, emakumeak naturala denarekin (batez ere, emakumearen ugaltze funtzioaren ondorioz) eta gizonak kulturala denarekin. Botere maskulinoa iraunarazten duen diskurtso “naturalista” horrek, eta egiturazko elementuek (sozialak eta ekonomikoak), emakumeak ugalketa- eta zaintza-eremuetara baztertu izan ditu, orain dela gutxira arte. Horrela, desberdintasun biologikoak desberdinkeria bihurtzen dira, emakumeen diskriminazio egoerak iraunaraziz.

Bereziki osasunaren arloaz ari garenean, sexu terminoak pertsona baten ezaugarri biologikoak eta ge- netikoak adierazten ditu, pertsona hori fisikoki gizona edo emakumea den zehaztu ahal izateko, hau da, kromosomekin, sexu organoekin, hormonekin eta pertsonen bigarren mailako sexu ezaugarriekin zerikusia



duen guztia (WHO, 1998). Bestalde, generoa, analisi kategoriala gisa, hirurogeita hamarreko hamarkadan sartu zen, planteamendu tradizionalenak gainditzeko ahaleginean; izan ere, planteamendu horiek soilik arrazoi biologikoetan oinarritzen ziren, eragile soziokultural guztiak ahaztuta, tipikoki femeninoa den jokabidearen eta emakumezkoen ezaugarrien (emakumeen trebetasunak, adimena eta sexualitatea, batez ere) gaineko ondorioak ateratzeko.

Beraz, osasunari dagokionez, emakumezkoen eta gizonezkoen arteko aldeak azaltzeko bi eredu ditugu (García-Calvente, 2004):

- *Eredu biologiko-genetikoak*: eredu mota honek biologiarri eta herentzia genetikoari ematen dio garrantzia pertsonen gizartean duten jokaeran eta horien gorputzen jokamoldean. Orientazio positibista duen paradigma biomediko klasikoetik abiatuta esaten denez, sexu aldeak berebizikoak dira gizonen eta emakumeen arteko alde genetiko, hormonal eta fisiologikoetan eta faktore horiek, azken finean, gaixotzeko arrisku desberdinak dakartzate. Hala ere, ebidentzia zientifikoak ez du argibide handirik ekarri horren gainean. Gainera, tradizioz, eredu honetatik egindako ikerkuntza biomediko androzentrista izan da eta, horrenbestez, sarritan, ateratako ondorioak ez dute balio izan emakumeentzako, emakumezkoen jokamoldea jakin ahal izateko gizonezkoak ikertzea nahikoa dela pentsatu izan delako. Zehatz esanda, talidomidaren<sup>40</sup> ezbeharraren ostean, emakumeak sistematikoki baztertu ziren proba klinikoen subjektu gisa (horiek medikamentuen eraginkortasuna probatzeko ziren batez ere), bai eta ikerketetako laginen osagai gisa ere; hala ere, ez da inolako arazorik egon ikerketa horien emaitzak herritar guztien gain orokortzeko. Horrelako eredu biologikoetan ezin dugu desberdintasunaz hitz egin, baizik eta gizonen eta emakumeen arteko osasunaren arrisku eta baldintza jakin batzuekiko bulnerabilitate handiago edo txikiago baten arabera aldeak.
- *Eredu soziokulturalak*: eredu honen arabera, generoa ezinbesteko elementua da gizonezkoen eta emakumezkoen osasun desberdintasunak azaltzerakoan. Horregatik, eredu hauek bien arteko desberdintasunen testuinguru soziala nabarmentzen dute; izan ere, perspektiba horretan, sexu bakoitzari esleitutako testuinguru sozioekonomikoak eta politikoak, arauak eta gizarte balioek baldintzatu egiten dituzte pertsonen bizi esperientziak eta, beraz, horien osasuna eta gaixotasuna.

Generoaren gizarte egituraketa nola gertatzen den ulertzeko, sozializazio prozesuak zeregin garrantzitsuak du; izan ere, prozesu horren bitartez, pertsonak bizi duten gizartearen eskakizunetara moldatzen dira, jokabide arau eta balio batzuk ikasiz, sozializazio eragile desberdinekin duten hartu-emanen; eragile horiek dira, esate baterako, eskola, familia, berdinkideak, erakundeak eta komunikabideak. Horrela, pertsonak jaiotzean sexuaren arabera sailkatzen dira eta, horrekin batera, generoaren gizarte identitate bat hartzen da; gero, bizitzan zehar horrek gizonen eta emakumeen eremuak, funtzioak, jarduerak eta rola mugatzen ditu. Ia gizarte guztietan, sozializazio prozesua bat dator lanaren banaketa sexualarekin; horren arabera, gizonen eremu publiko eta ordaindutako lanerako bidea hartzen dute eta, emakumeak, aldiz, gizarte ongizatea mantentzeaz, lan erreproduktiboaz, arduratzen dira nagusiki (hau da, etxean lan egitea, familiako kideen zaintza informalak eta gizarte sareak mantentzea, batez ere). (Beneria, 1981). Sozializazio horren ondorioz (zaintzaile eta ongizatearen hornitzaile rola beteta), emakumeak “osasun eragile” bihurtu dira, gaixotasun arin eta patologia akutu asko euren ardurapean daudelako etxean (Rohlf s eta kideak, 2000). Gure testuinguruan egindako ikerketa batek erakusten duenez, arreta behar duten pertsonen %66k soilik familiako kideen eskutik jasotzen dute arreta hori, gehienbat emakume baten eskutik (García-Calvente eta kideak, 1999). Izan ere, kalkulatu denez,

<sup>40</sup> 1958an, 50 herrialde baino gehiagotan merkaturatu zen talidomida haurdunaldiko lehenengo hilabeteetako goragalean aringarri gisa. Produktua soilik animalietan probatu zen, eta ez toxikozat sailkatu zen, baina malformazioak eragin zituen 20.000 jaioberrirengan.

gaixotasuna zaintzen ematen den denboraren %12 eskaintzen dute osasun zerbitzuek (Durán, 1991); horren ondorioz, zainketa informal horiei “osasun zainketen sistema ikusezina” deitu izan zaie, hau da, urperatuta dagoen eremu handi bat osasunari eskaintzen zaion arretaren benetako icebergean (García-Calvente eta kideak, 1999).

Horregatik, eredu soziokultural horietan oinarritutako ikerkuntzak baldintza material eta kulturekin zerikusia duten aldagaiak erabili izan ditu, batez ere, lan produktibo eta erreproduktiboa, bi horien arteko elkarreragina, famili faktoreak eta beste gizarte faktore batzuk, esate baterako, jokabide ereduak, bizi baldintzak eta bizitzako gertakariak; horiek eragin desberdina izango lukete batzuen eta besteen osasun egoeran.

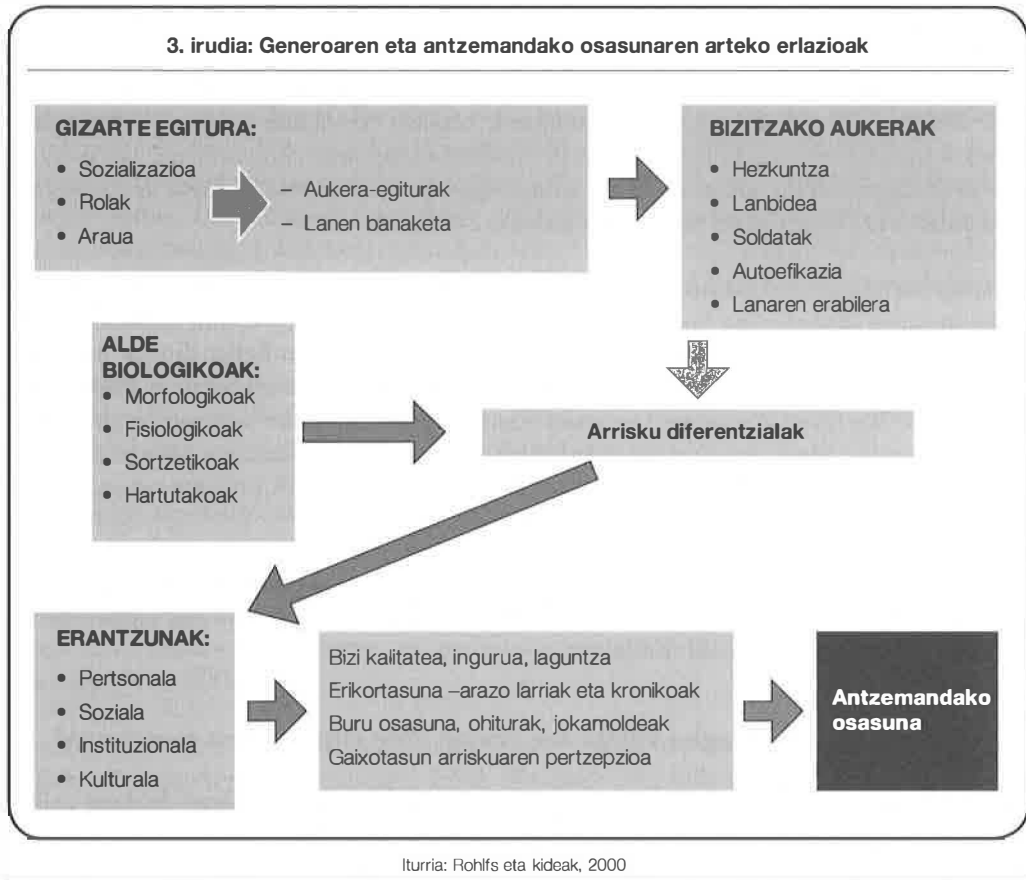
Genero kontzeptua zabaldu izanaren ondorioz, gaur egun, osasunaren gaineko ikerkuntzan terminoen arteko nahasketa sortu da, gizonen eta emakumeen arteko aldeak definitzeko, orain arte nagusia den kategoriarekin, sexuarekin; horrela, azterlan askotan genero kontzeptua erabiltzen da sexuaren ordeztatik politikoki zuzena den sinonimo gisa, baina perspektiba aldatu gabe edo azterlanen planteamendu teoriko edo metodologikoak berriz planteatu gabe (Krieger, 2003; Gómez, 2001; Esteban, 2001). Bestalde, genero terminoa era zuzen batean erabiliz gero, hilkortasun edo erikortasun emaitzak prozesu horien gizarte faktore eta faktore biologiko erabakigarrien arabera interpretatu beharko lirateke eta prozesu horiek bereziak eta desberdinak dira gizonezkoentzako eta emakumezkoentzako (Rohlf, 2003).

Era berean, gizonezkoen eta emakumezkoen osasunari buruzko ikerketan generoari inoiz izan ez duen tokia emateko ardura horrek, batzuetan, zatiketa sinplista eta itsuak eman ditu, hain zuzen ere, ez dutela soilik genero harremanek eragiten ezaugarri biologikoen (osasuna eta gaixotasuna, esate baterako) adierazpenean eta interpretazioan, baizik eta baita sexuarekin zerikusia duten ezaugarriek ere, genero desberdintasunak sor edo areagotu ditzaketela osasunean. Biologikoa, psikologikoa, soziala eta kulturala denaren arteko hartu-emanak, beraz, sexu-genero sisteman karakterizazio estatiko eta aldaezinak saihestuko dituen hurbilketa dinamikoko baten esparruan aztertu behar dira.

Jakinda, beraz, ez dagoela genero desberdintasunen gaineko azalpen bete-beterik eman dezakeen eredurik (ez berak bakarrik behintzat), osasunaren alorrean genero perspektiba bat hartzeak, batetik, bi norabide horiez jabetzea izango litzateke eta, bestetik, gauza izatea biztanleria baten botere banaketa biztanleria horren osasun sistemen (irisgarritasuna eta finantzaketa) profil epidemiologikoekin eta ezaugarriekin lotzeko.

Tradizioz genero ikuspuntuaz ulertu izan denaren aldean, interesa ez litzateke emakumeen egoeraren ikerketan zentratuko. Ikuspuntu horrek harreman izaera bat du eta, beraz, bi sexuen arteko (edo eremu maskulinoaren eta femeninoaren arteko) desberdintasun harremanak nabarmendu egiten ditu, boterearen banaketaren inguruan, bizitzaren arlo desberdinetan ondorio zehatzak izanik. Era berean, genero ikuspuntuak azpimarratzen du saihestu egin behar direla, emakumeen kolektiboen barruan, beste aldagai batzuen gaineko generalizazioak, dauden aldeak ez daitezela ezkutuan geratu, besteak beste, gizarte klasegatik, hezkuntza-mailagatik, bizitokiagatik, etniagatik edo sexu orientazioagatik.

Faktore multzo batek esku hartzen du osasunaren alorrean genero desberdintasunak sortzean, horiek era konplexu batean erlazionatzen dira eta horretarako esparru argitzaile integral bat behar da, abiapuntua desberdintasun biologikoek eta gizarte egiturak, batera, gizarte adierazle jakin batzuen gain duten eragina izanik (Rohlf eta kideak, 2000):



### 3.1.2. Bizi luzeagoa bai, baina osasun kaskarragoa: osasun arloko genero desberdintasunen ikuspegi sinpleegia?

Osasuneko genero desberdintasunei buruz hitz egiten dugunean, sarritan hurrengo gaia azaleratzen da: gizarte gehienetan, emakumeak gizonezkoak baino luzaroago bizi dira eta, hala ere, gaixotasun gehiago izaten dituzte bizitzan zehar. Horri “hilkortasunaren paradoxa” deitzen zio (Danielson eta Lindberg, 2001) eta zehatz-mehatz aztertu beharreko ebidentzia, gogoeta eta errealitate multzo batean oinarritzen da.

Luzaroago bizitze hori faktore genetikoekin lotu izan da partzialki, izan ere, egia da hilkortasun maskulinoak hilkortasun femeninoa gainditzen duela edozein adinetan, baita adin gestazionalan zein jaiotza inguruan ere. Nagusiagotan, gizonezkoen hilkortasun handiago hori azaltzeko, kulturalki gizonezkoen esleitutako arrisku jokamolde batzuk izatea aipatzen da arrazoi gisa: alkohol eta tabako kontsumoa, laneko eta trafikoko istripuak eta abar.

Hala ere, urte gehiago bizitzeak ez du esan nahi osasun hobez bizitzea eta, azterketa batzuek erakusten dutenez, hori izan liteke emakumeen kasua; izan ere, emakumeek gizonezkoek baino sarriago izaten dituzte, bizitzan zehar, gaixotasun akutuak eta arazo kroniko mugatzaileak (ez hilkorrek), eta ezintasun maila handiagoak izaten dituzte bizitzan zehar (Artazcoz eta kideak, 2004c; Gonzalo eta kideak, 2004).

Errealitate hori, hau da, emakumeak luzaroago bizitzea baina erikortasun handiagoa izatea, da genero eta osasunaren gainean egindako ikerkuntzan gehien azaleratu den ondorioa, nahiz eta azken urteetan hainbat azterlanek baieztapen hori zalantzan jarri, beste ikuspuntu bat emanez (Arber eta Cooper,

1999; Macintyre eta kideak, 1996). Macintyre da tesi tradizional horri kontra egiten sutuen aritu izan den autoreetako bat eta, dienez, literatura soziologikoan eta epidemiologikoan orain arte genero eta osasunaren artean ezarri den erlazioa sinplifikatu egin da (Macintyre eta kideak, 1996). Horrela, ahaztu gabe osasun adierazle batzuentzat emakumeek emaitza txarragoak erakusten dituztela, ikuspegi berri honek erakusten du egoera heterogeneoak daudela emakumeen kolektiboan, lan merkatuan eta etxean egoera desberdinak dituztelako, bai eta adin, etnia edo gizarte klaseari dagokionez ere (Verbrugge, 1989; Annandale eta Hunt, 2000; Walters eta kideak, 2002).

Ikuspegi horretan, nahiz eta tradizioz genero femeninoari esleitutako rol sozialak babesleak izan daitezkeen emakumearen osasunerako (gizonezkoei esleitutako rolen aldean), eremu publikoan ordaindutako lana egiten hasten direnean, emakumeek lan zama handiagoak jasan behar dituzte (ordaindutako lana eta etxekoa) eta euren osasunean eragin negatiboa duten eta hain osasuntsuak ez diren jokabideak hartzen dituzte. 1997ko Osasun Inkesta Nazionala oinarri hartuta egindako azterlan batek erakutsi zuenez, adinaren eta gizarte klasearen eragina alde batera utzita, tabakismoaren prebalentzia askoz handiagoa zen landun emakumeengan. Zehatz esanda, landun emakumeen %39k erretzen zuten, emakume langabeen %41ek eta etxekoandreen %20k (Artazcoz eta kideak, 2004c).

Horregatik, osasuneko genero desberdintasunen ikerketa-korrante honen arabera, saihestu egin behar da emakumeen osasunaren gaineko edozein generalizazio, hain zuzen ere, emakumeen rolak gero eta konplexuagoak eta anitzagoak direlako.

### 3.1.3. Familiako eta laneko rolak: zer eragin dute emakumeen osasunean?

Rol okupazionalak (lan produktiboa) eta familiarrek (lan erreproduktiboa) denbora gehien hartzen dute pertsonen bizimoduan; horregatik, osasun arloko gizarte desberdintasunen gaineko ikerkuntzaren ildo garrantzitsu batek horrekiko interesa erakutsi du (hain zuzen ere, bi faktore horiek pertsonen osasunean duten eragina), nahiz eta analisi eskema desberdinak erabili gizonezkoen eta emakumezkoen kasuan. Gizonezkoen kasuan osasuna gizarte klase okupazionalaren (lan produktiboa) esparru batetik abiatuta aztertu da eta, emakumezkoen kasuan, aldiz, analisi esparruak hiru oinarritzko rol hartu ditu kontuan: lan egoera (etxekoandrea edo ordaindutako langilea), egoera zibila edo elkarbizitza-egoera eta amatasuna. Europa hegoaldeko herrialdeen kasuan, ikuspegi paralelo horiek onarpen handia izan dute, banaketa argia dagoelako, generoaren arabera, rolen eta funtzio sozialen (hau da, lan produktiboaren eta erreproduktiboaren) artean.

Ondorioz, genero eta osasunaren gaineko ikerketak hainbat gabezia izan ditu: a) emakumeen osasunean gizarte klaseak duen eraginaren ikerketa; b) gizonezkoen osasunean famili rolek duten eraginaren ikerketa eta; c) osasuneko genero desberdintasunak, gizonen eta emakumeen artean famili ardurak banatzeko eraren ondorioz (Artazcoz, 2004).

Une historiko honetan, hain zuzen ere, emakumeek tradizioz gizonezkoei eman izan zaizkien eremuak eta funtzioak betetzen hasi direnean eta maskulino eta femenino denaren arteko mugak lausotzen ari direnean, ezinbestekoa da ikuspegi paralelo horiek ez errepikatzea. Horregatik, emakumeek betetako rolak gero eta gehiago direnean, horien osasun eta gaixotasun egoeraren nahiz horien artean dauden desberdintasunen gaineko ikerketa hurrengo hipotesietako bat konprobatzean oinarritu da (Waldron eta kideak, 1998; Lahelma eta kideak, 2002):

1. *Rol edo zama anitzen konfliktuaren hipotesia*: hipotesi horren arabera, ordaindutako lan bat izateak (batez ere hori lanaldi osokoa bada) eta, aldi berean, arreta behar duten seme-alabak izateak osasuna kaltetu dezakete, ama rola eta ordaindutako langile rola batera betetzeak sortzen duen estresaren ondorioz. “Rolen gatazka” (Goode, 1960) horren ondorioz, sentsazio bat sortzen da

emakumeengan, hain zuzen ere, ez direla ondo betetzen ari bi betebeharrak, batez ere lan bolumena handiegia delako famila eta lan bizitza uztartzeko. Horregatik, egoera zibila edo elkarbizitza-egoera, lan baldintzak eta lan gaitzari aurre egin ahal izateko baliabide materialak eta pertsonalak faktore garrantzitsuak izango dira eta uztartze horrek osasunaren gain duen eragina alda dezakete. Horrela, dokumentatu denez, etxetik kanpo lan egitearen eragin positiboak seme-alabarik gabeko emakume ezkongabeetara mugatzen dira (Waldron eta kideak, 1998), edo, bestela, lanaldi erdian dabilzanetara (Arber, 1991; Bartley eta kideak, 1992). Era berean, Kanadan egindako ikerketa batek ondorioztatu zuenez, bikotekidearekin bizi ziren emakumeek, baina ordaindutako lanik egiten ez zutenek, landun emakumeek baino estres gutxiago zuten (Canadian Institute for Health Information, 2003).

Rolen gatazkaren hipotesian, ama ezkongabeak interes bereziko arrisku taldea dira, eta are gehiago lan gabe badaude, batez ere, materialki gabezia- eta pobrezia-egoerak arintzeko beste ematen ez duten babes sozialeko sareak dituzten herrialdeetan.

2. *Rola indartzearen hipotesia*: planteamendu horren arabera, rol ugari betetzea (ama, langilea, emaztea...) osasun hobea izaten laguntzen du, gizarte laguntzako sare sendoagoak ezartzen eta baliabide ekonomiko sendoagoak izaten laguntzen duelako. Zentzu horretan, etxetik kanpo ordaindutako lana egitea emakumearen independentziaren mesederako da, indartu egiten du bere erabakitze ahalmena eta, beraz, igo egiten du bere autoestimua eta ongizate pertsonala (Lahelma eta kideak, 2002).

Emakumearen rol desberdinen eta osasun egoeraren erlazioa aztertu duten ikerketa gehienek hipotesi hori baieztatzen dute (Verbrugge, 1983; Macintyre eta kideak, 1996; Fokkema, 2002; Lahelma eta kideak, 2002). Hala ere, horietako askotan, ezin izan dira bereizi osasunaren gainean rolen eragina eta rola betetzearen gainean osasunak duen eragina. Sarritan, rol ugari betetzearen eta osasun egoera onaren artean aurkitu den erlazioan ez da kontrolatu “emakume landun osasuntsuaren alborapena” deritzona, hau da, pertsonen osasun egoerak pertsona horiek gara dezaketen rol sozialen gain eragiteko duen aukera. Zentzu horretan, ordaindutako lanarekin eta amatasunarekin zerikusia duten rola betetzen dituzten emakumeak izango lirateke, hasiera batean, osasun hobea dutenak, eta, beraz, bi funtzio horiek (langilea eta ama) batera egiteko moduan egongo lirateke. Gizonek ez bezala (osasun arazoak izan arren lan merkatua uzteko joera gutxiago dute), ordaindutako lana, emakumezkoen kasuan, rol gehigarri bat da oraindik ere eta, horren ondorioz, emakumeek lan merkatua uztea hobeto ikusita dago osasun txarragatik uzten badute (Fokkema, 2002).

Hala ere, alborapen hori kontrolatzen ahaleginu diren ikerketa batzuek antzeko ondorioak atera dituzte, aztergaitzat soilik osasun egoera oneko edo gaixotasun kronikorik gabeko emakumeak hartuta (Arber, 1991; 1997; Bartley eta kideak, 1992). Gainera, Europa hegoaldearen kasuan, emakumezkoen jarduera-tasa nahikoa txikia da, emakume kopuru handia dagoelako lanaldi osoa etxeko lanetan ematen dutenak, eta “langile osasuntsuaren eragin” hori ez da beste tuinguru batzuetan bezain bistakoa; izan ere, etxekoandrea izatea ez litzateke osasun egoera txar baten ondorioz izango, baizik eta emakumeek lan merkatua bultzatu ez dituen sistema baten emaitza.

Bi hipotesi handi hauen formulazioak ez du emakumeen rol desberdinek osasunean duten eraginaren gaineko konbinazio posibleen espektroa agortzen. Ikerketa-ildo horien gaineko emaitza berriak argitaratu diren heinean, horien gaineko aldaketak ere egin dira, bi planteamenduen elementuak kontuan dituen interpretazioak eginez. Waldron jarraituz (Waldron eta kideak, 1998), rola indartzearen hipotesi horrek *rola osatzearen hipotesia* ekar dezake, rol bat betetzeari lotutako eragin mesedegarriak

handiagoak badira aldi berean beste bat betetzen bada. Horrela, bikotearen baliabide finantzarioak eta psikologikoak nahikoa garrantzitsuak izan daitezke famili ardurak dituzten emakumeentzako; beraz, ezkontza edo bikote bizitza mesedegarriagoa izango litzateke, osasunari dagokionez, seme-alabak dituzten emakumeentzat (Waldron eta kideak, 1998). Era berean, indartzearen hipotesi honek *rolen ordezkatzeko hipotesia* ekarriko luke, antzeko baliabideak eskaintzen dituen bi rol betetzeak ez dakarrenean mesede bikoitza gizabanakoarentzat, baizik eta bigarrenak osasunean duen mesede gehigarria askoz txikiagoa denean. Adibide gisa, autore horrek nabarmentzen duenez, ordaindutako lana eta bikote bizitza edo ezkontza baliabide ekonomikoen eta gizarte laguntzaren iturri dira. Beraz, eta hipotesi horien arabera, lanaren eragina ez litzateke hain positiboa izango emakume ezkonduen osasunean, ezkongabeenean edo dibortziatuenean aldean, ezkonduak baluketelako baliabide finantzario eta sozialen iturri osagarri bat. Zama ugarien hipotesiaren kasuan, Waldronek dioenez, rol desberdinak uztartzeak emakumeen osasunean izan dezakeen eragin negatiboa aldatu egin daiteke lan egindako ordu kopuruaren, seme-alaba kopuruaren, horien adinaren eta lehenengo seme-alaba izatean emakumeak izandako adinaren arabera.

Jatorrizko bi hipotesietatik sortutako konbinazio horiek guztiek adierazten dutenez, rol bakoitza betetzeak eragin mesedegarria zein kaltegarria izan dezake osasunaren gainean, rol horren ezaugarrien, horien konbinazio zehatzaren eta emakumearen testuinguru sozioekonomikoaren arabera (Canadian Institute for Health Information, 2003).

### **3.2. OSASUN ARLOKO GENERO DESBERDINTASUNAK EAEKO BIZTANLERIAN**

Gizonok eta emakumeok era desberdin batean gaxotzen eta hiltzen gara. Era desberdin batean, biologikoki desberdinak garelako, eta gizarte egituraren betetzen dugun tokiak baldintzatu egiten dituelako gure rolak, ohiturak, jokamoldeak eta aukerak, eta horiek guztiek gizarte desberdintasunak sortzen dituzte herritarren osasunean.

Osasunaren alorrean gizonen eta emakumeek dituzten desberdintasunen ikuspuntutik abiatuta, atal honetan EAEko egoera aztertuko da. Osasuneko genero desberdintasunen egoeraren analisi zehatza baino harago, hurrengo lerroen asmoa ondoko bi alderdi hauetan zentratzea da:

- Lehenik eta behin, genero desberdintasunen analisia osasunaren, gaxotasunaren eta hilkortasunaren adierazle garrantzitsu batzuetan; horiek gizonen eta emakumeen bizitzeko, gaxotzeko eta hiltzeko era desberdinaren ikuspuntu orokor bat emango dute.
- Bigarrenez, etxeko lana eta ordaindutako lana uztartzeari buruzko ikerketa, osasuneko genero desberdintasunen sortzaile posible gisa, kontuan izanik, gainera, gizarte klase bakoitzean egon daitezkeen aldeak. Generoaren, gizarte klasearen eta lan moten (etxekoa eta ordaindutakoa) arteko interakzioa kontuan hartzen duen esparru integral batetik abiatuta, honakoa aztertuko da: zamek emakumeen osasunaren gainean duten eraginari buruzko hipotesietatik (3.1.3. atalean adierazitakoak) zein egokitzen zaion hobekien EAEko testuinguruari.

#### **3.2.1. Genero desberdintasunak hilkortasunean, osasun egoeran eta gaxotasunean**

##### *3.2.1.1. Emakumeek bizitza luzeagoa izaten dute: aldatzen ari den fenomeno al da?*

Herrialde garatueta gertatzen den bezala (Gjonça eta kideak, 1999), EAEko emakumeak gizonen baino urte gehiago bizi dira. Hurrengo taulak erakusten duenez, bizi itxaropena handiagoa da jaiotzean

(gizonezkoekiko desberdintasuna 7,1 urtekoa da), bai eta adinez aurrera egin ahala ere. Horren ondorioz, emakumea jaiotzean %9,2 gehiago biziko da gizonaren aldean, eta %28,5 gehiago 80 urterekin<sup>41</sup>.

**7. taula: Adin desberdinetako bizi itzaropena (BI), sexuaren arabera. EAE, 2002-2004**

Adina	Gizonak			Emakumeak			Gizonezkoen eta emakumezkoen arteko aldea	
	EV	IC 95%		EV	IC 95%		Absolutua	%
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

Iturria: guk eginkoa, 2002tik 2004ra arteko hilkortasunari buruzko txostenetako datuak (Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila) eta biztanle datuak (EIN) hartuta.

Bizi itzaropenari dagokionez dauden aldeak emakumeek, adin guztietan, hiltzeko arrisku gutxiago dutelako da. Gizonezko gehienek darabiltzaten bizi ohitura ez hain osasuntsuek eta arrisku handiagoko jokabideak azaltzen dute, hein batean, gizonezkoen hilkortasun handiago hori (Carrión, 2006). Tabako eta alkohol kontsumoa eta kanpoko arrazoiek eragindako heriotzak (batez ere, trafikoko istripuak) gizonezkoengan ohitura ez hain osasuntsuen prebalentzia handiagoaren adibideak dira.

Horri dagokionez, 8. taulan ikus dezakegunez, EAEn tabako kontsumoa handiagoa da gizonezkoengan emakumezkoengan baino, adinaren eta gizarte klasearen arabera doituta ere. Handiagoak dira ohiko edaleen proportzioan dauden aldeak, ia bikoitzak gizonezkoengan emakumezkoengan baino.

**8. taula: Osasunarekin zerikusia duen bizl ohitura jakin batzuen prebalentzia, sexuaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako %-ak. EAE, 2002**

	Gizonak	Emakumezkoak	Esang*	Esang**
Ohiko erretzailea	30,7	21,8	<0,001	<0,001
Ohiko edalea	59,7	31,1	<0,001	<0,001

\* Adierazgarritasuna adinaren arabera doituta dago, erregresio logistikoko<sup>42</sup> ereduaren bitartez

\*\* Adierazgarritasuna adinaren eta gizarte klasearen arabera doituta dago, erregresio logistikoko ereduaren bitartez

Iturria: guk eginkoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

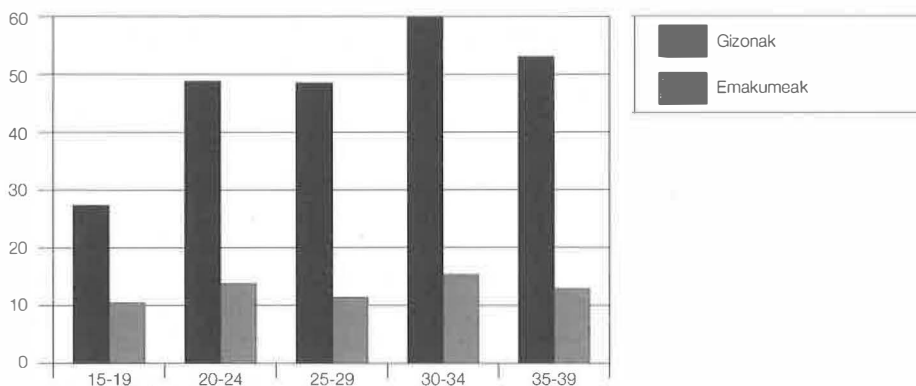
Hurrengo grafikoak erakusten duenez, kanpoko arrazoiek (batez ere, trafikoko istripuek eta homizidioek) eragindako hilkortasuna handiagoa da EAeko gizonezkoengan emakumezkoengan baino, batez ere, gazte-agoengan; izan ere, adin horietan horixe da heriotza-kausa nagusia<sup>43</sup>. Era berean, tabakoaren, alkoholaren edo beste droga batzuen kontsumoarekin lotutako gaixotasunek eragindako hilkortasuna handiagoa da gizonezkoengan emakumezkoengan baino (Departamento de Sanidad, 2004).

<sup>41</sup> Bizi itzaropena edozein adinetarako kalkula daiteke. Bizi itzaropena 80 urterekin zera da, adin horretako pertsona bati bizitzeko geratzen zaion urte kopurua sasoi jakin batean (kasu honetan 2002-2004) biztanleriak orokorrean izan zuen hilkortasuna egongo balitz.

<sup>42</sup> Erregresio logistikokoaren gaineko azalpen bat 13. oharrean eta eranskin metodologikoan kontsulta daiteke.

<sup>43</sup> 15 eta 29 urte bitarteko gizonezkoengan, kanpoko arrazoiek eragindako hilkortasuna 2004an izandako heriotzen %70 izan zen, eta adin horretako emakumeen artean %45 (Osasun Saila, 2004b).

**56. grafikoa: Kanpo arrazoiengatikoa hilkortasun tasak\*, sexuaren eta adinaren arabera. EAE, 2002-2004**



\*Heriotza-kopurua 100.000 biztanleko

Iturria: guk eginikoa, 2002tik 2004ra arteko hilkortasunari buruzko txostenetako datuak hartuta. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila.

Alde horiek, hein handi batean, gizonezkoentzat eta emakumezkoentzat funtzio sozial jakin batzuk dituen genero identitate bat transmititzen duten sozializazio ereduaren ondorioa dira. Horrek azalduko luke tabako eta alkohol kontsumoa eta era arriskutsuan gidatzea tipikoki gizonezkoen jokamoldeak izatea, era arriskutsuan gidatzea gizonezkoen rol sozialaren elementuetako bat baita (Carrión, 2006).

Hala ere, bizi ohiturekin lotutako hilkortasunean dagoen desberdintasuna aldatzen ari da azken urteetan. Emakumeen rol sozialak asko aldatu dira mendebaldeko herrialdeetan; beraz, gizonezkoen eta emakumezkoen hilkortasun ereduak apurka-apurka antza hartuz joan dira. Zentzu horretan, hainbat hipotesi proposatu dira, eta horiek rolen homogeneizazio prozesua eta gizonezkoen eta emakumezkoen arteko hilkortasunaren desberdintasunen gaineko eragina azaltzen ahalegintzen dira (Waldron eta kideak, 2005):

- *Konbergentziaren hipotesia, Emakumearen emantzipazioaren hipotesia* (Waldron, 2000) edo *Babesaren murrizketaren hipotesia* (Pampel, 2001) ere deitua; horren arabera, emakumeak lan merkatuan sartzen diren heinean eta euren rola eta gizonezkoenak antza hartuz doazen heinean, emakumeak arrisku jokamolde gehiago erabiltzen dituzte eta bi sexuen arteko hilkortasunean dauden aldeak leundu egiten dira (Veevers eta Gee, 1986).
- *Doitze instituzionalaren hipotesia*; horren arabera, emakumeak tradizioz gizonezkoenak izan diren jardueretan parte hartzeak emakumeen arrisku jokamoldeak handitzen ditu eta, horren ondorioz, hilkortasuna. Hala ere, emakumeen egoera soziala hobetzen den heinean eta erakundeen aldetik rol berriak betetzeko laguntza jasotzen hasten diren heinean, emakumeak era seguruago batean egiten dituzte jarduera berri horiek, berriro ere hilkortasuna murriztuz gizonezkoen aldean (Pampel, 2001).
- *Genero rolen modernizazioaren hipotesia*; horren arabera, nahiz eta emakumeen rola aldatu diren, horiek soilik hartu dituzte rol femenino tradizionalen arduren funtsezko alderdiekin bateragarriak diren jokamoldeak, esate baterako, seme-alaben zaintza. Zentzu horretan, gidatzea, esate baterako, lagungarria izan daiteke famili zeregin batzuk betetzeko (seme-alabak eskolara eramatea eta eskolatik ekartzea); hala, hipotesi horren arabera, emakume gidari gehiago egongo



da eta, beraz, istripu arrazoiengatik gertatzen den hilkortasunean dauden aldeak gutxitu egingo dira. Gehiegi edatea (tradizioz gizonezkoena izan den beste arrisku jokamolde bat), berriz, oztopo izan daiteke famili inguruko zereginak betetzeko, eta, beraz, ez da espero alkohol kontsumoak eragindako hilkortasunean dauden aldeak murriztea<sup>44</sup> (Waldron, 2000).

Espainian, lehengo mendean, emakumeen bizi itxaropena gizonezkoena baino gehiago hazi zen 90eko hamarkadara arte. Gizonezkoen eta emakumezkoen hilkortasunaren artean irekitako arraila hori nabarmenagoa izan zen 80ko hamarkadan, batez ere, gizonezkoen droga-kontsumoaren eta trafikoko istripuen ondorioz (Gómez Redondo, 1995; Ruiz eta kideak, 1997). Hala ere, belaunaldi gazteenetan gizonezkoen eta emakumezkoen bizimodua homogeneizatuz joan zenez, dirudienek horrek murriztu egin zuen, 90eko hamarkadan, bizi itxaropenean zegoen aldea (Viciano, 2004; Gómez Redondo eta Boe, 2004), eta, lehen-dabizikoz, gizonezkoen bizi itxaropena emakumezkoena baino gehiago hazi zen (Emakumearen Osasun Behatokia, 2006).

EAEn kasuan ere, apurka-apurka, gizonezkoen eta emakumezkoen hilkortasunaren homogeneizazioa ikusten ari gara. Hurrengo taulan ikus daitekeenez, 1991-2003 aldian, hilkortasun tasa estandarizatu gehiago murriztu zen gizonezkoen artean (%21), emakumezkoen artean baino (%5,2) eta, horrekin batera, jaiotzako bizi itxaropena, 40 urterekin eta 65 urterekin, handiagoa izan zen gizonezkoengan emakumezkoengan baino. Horrela, 2003an, gizonezkoek jaiotzean zuten bizi itxaropena 5,5 urte handiagoa zen 1991n zutena baino, eta emakumeena 2,3 urte handiagoa.

**9. taula: Hainbat hilkortasun adierazleren bilakaera, sexuaren arabera. 2003ko aldaketa (%), 1991rekin alderatuta. EAE**

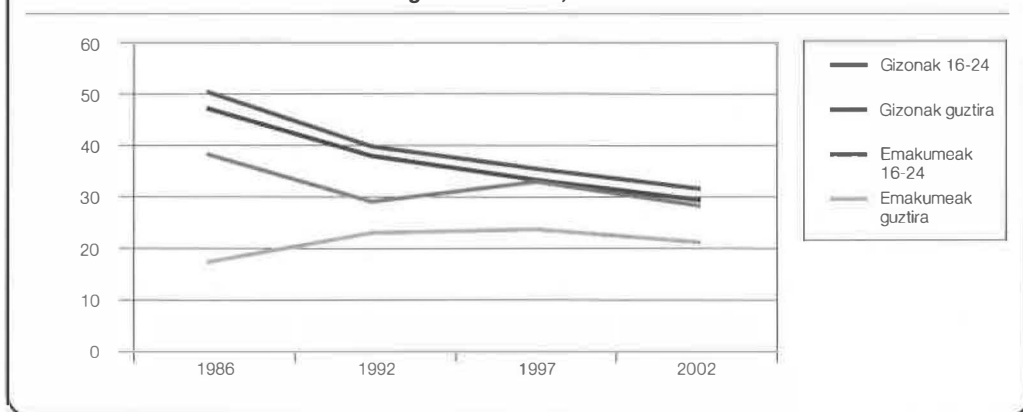
	Gizonak	Emakumezkoak
Heriotzak	+8,4	+23,4
Hilkortasun tasa estandarizatu	-21,7	-5,2
Haurren hilkortasun tasa	-56,9	-44,5
Bizi itxaropena jaiotzean	+5,5	+2,3
Bizi itxaropena 40 urterekin	+6,4	+4,2
Bizi itxaropena 65 urterekin	+12,0	+8,2
Bizi itxaropena 80 urterekin	+7,4	+7,7

Iturria: Arregi eta kideak, 2006

Horrela, osasunarekin lotutako bizi ohituretan dauden genero desberdintasunen bilakaerari erreparatzen badiogu, EAEn gizonezkoen eta emakumezkoen artean homogeneizazio prozesu bat gertatzen ari dela ikusiko dugu. Tabako kontsumoa adibide garbia da; izan ere, 57. grafikoan ikus dezakegunez, ohiko erretzaileen proportzioan dauden aldeak gizonezkoen eta emakumezkoen artean, murriztuz joan dira azken hamarkadetan. Gaur egun, kontsumoa oso antzekoa da gizonen eta emakumeen belaunaldien artean.

<sup>44</sup> Europako herrialde batzuetan alkohol kontsumoan dauden aldeak, emakumezkoen eta gizonezkoen artean, gutxitu egin dira eta horrek zalantzan jar dezake teoria hori gure testuingurura transferitu nte daitekeen (Bloomfield eta kideak, 2003).

**57. grafikoa: Ohiko erretzaileen prebalentzia, sexuaren arabera. 16-24 bitarteko adin taldea eta guztizkoa. EAE, 2002-2004**



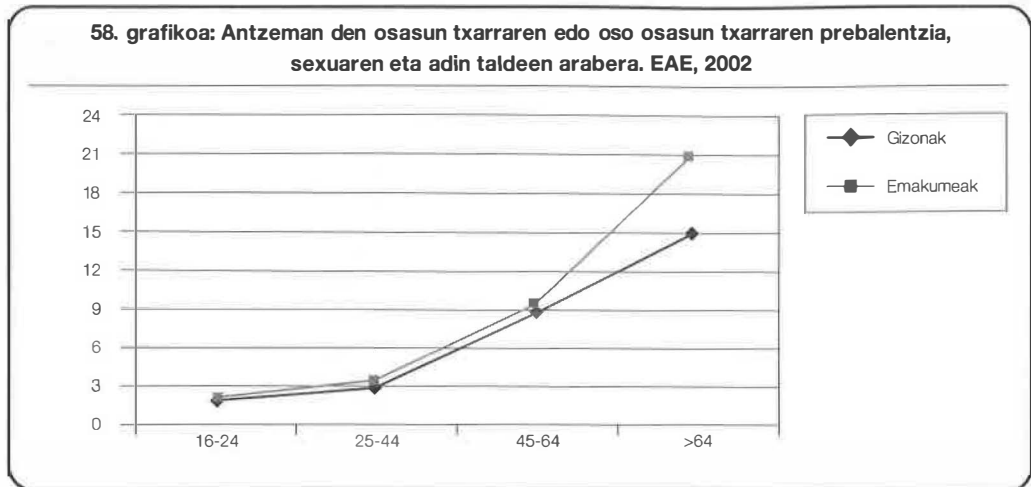
Iturria: guk eginikoa, Osasun Saila, 2004 azterlana oinarri gisa hartuta

### 3.2.1.2. Bizitza luzeagoa bai, baina osasun kaskarra

3.1.2. atalean genioenez, emakumeak luzaroago bizitzeak ez du esan nahi osasun hobea dutenik, ezta gutxiago gaixotzen direnik ere. Kontrakoa, testuinguru desberdinetan egindako ikerketa askok erakutsi duenez, emakumeek era negatiboagoan baloratzen dute euren osasuna (Doyal, 2001; Barreto eta kideak, 2004c; Abellán, 2004; Agència de Salut Pública, 2003; Artazcoz eta kideak, 2004; Rodríguez-Sanz eta kideak, 2006) eta, bestalde, gizonezkoek baino arazo fisiko eta psikiko gehiago jasaten dute (Verbrugge, 1989; Orfila eta kideak, 2006).

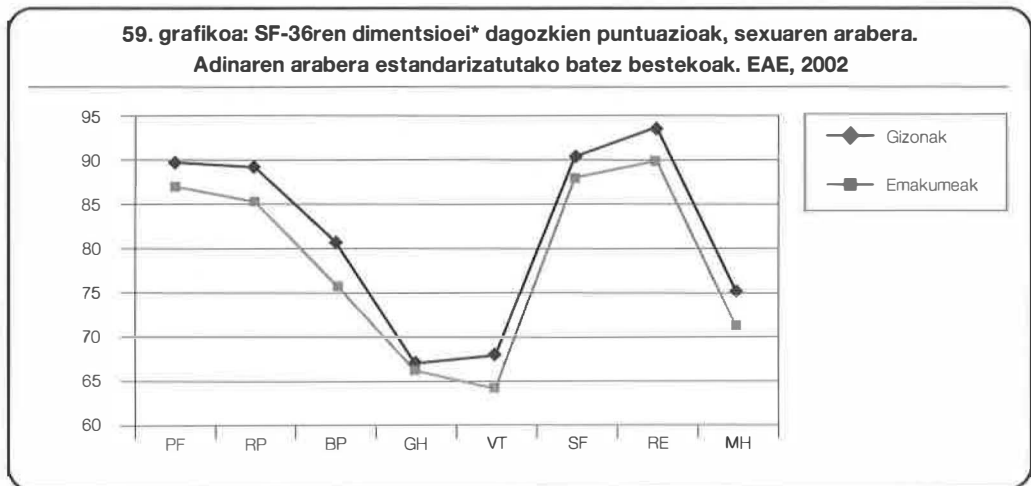
Sarritan, paradoxa hori, hau da, emakumeak luzaroago bizitzea, eta, aldi berean, erikortasun handiagoa izatea, honela azaldu da: gizonezkoen eta emakumezkoen sozializazio desberdinak eragina izan du pertsonen euren sintomak antzemateko eta gaixotze prozesuak interpretatzeko eran; horren ondorioz, emakumeek garrantzi gehiago emango liokete euren erikortasunari, sentiberatasun handiagoa dutelako euren arazoekiko, eta lehenago azaleratzen dituztelako. Gizonezkoak, aldiz, bestelako balioetan hezi dira eta, horien arabera, gutxietsi egiten dute mina, gorputzekoa zein psikikoa; ez lituzkete euren osasun arazoak azaleratuko eta ez lukete osasun zerbitzuetara joko, ez balira osasun arazoak larrituko (Van Wijk eta Kolk, 1997). Hala ere, ikerketa batzuek erakutsi dutenez, azalpen hori ez da egia (Macintyre eta kideak, 1999; Davis, 1981; Marshall, 1982; Macintyre, 1993). Izan litekeen beste azalpen bat gizonezkoek eta emakumezkoek betetzen dituzten rol sozialekin (lana eta familia) lotuta egongo litzateke; horren arabera, emakumeen kasuan famili ardurak betetzea eta arazo kroniko gehiago izatea lotuta egongo lirateke, hain zuzen ere, heriotzarik ez dakarten baina bizitzen ere uzten ez duten arazo kronikoekin (Verbrugge, 1983).

EAEren kasuan, osasunaren autobalorazioaren zein osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatearen (SF-36tik abiatuta neurtuta) emaitzak okerragoak dira emakumezkoen kasuan. Horrela, emakumeen %39,6k diote euren osasuna normala, txarra edo oso txarra dela eta gizonezkoen kasuan, aldiz, proportzio hori %35,4 da. Alde hori mantendu egiten da soilik “osasun txarra” edo “oso txarra” balorazioari erreparatzen diogunean; kasu horretan, emakumeengan azaltzen den prebalentzia % 8,1ekoa da, eta gizonezkoengan azaltzen dena, berriz, %6,6koa. 58. grafikoa erakusten duenez, bi sexuen artean dagoen desberdintasuna hazi egiten da adinarekin eta osasun txarraren proportzioa handiagoa da emakumeengan adin tarte guztietan.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitateari dagokionez, hainbat azterlanek genero desberdintasunak daudela azaldu dute, edozein dela hori neurtzeko erabili duten tresna (Alonso eta kideak, 1990; Emery eta kideak, 2004; Hopman eta kideak, 2000). EAERen kasuan, emakumeek puntuazio txikiagoa erakusten dute SF-36ren dimentsio guztietan. Desberdintasun handienak hauek dira: gorputzeko mina (BP), bizitasuna (VT), buru osasuna (MH) eta rol fisikoa (RP), nahiz eta gainerako aldeak ere estatistikoki adierazagarriak izan, adinaren eta gizarte klasearen arabera doituz.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Jardueraren mugapenaren kasuan, gizonetako eta emakumetako erakusten dituzten ereduak desberdinak dira, aldi baterakoari edo kronikoari dagokionez. Aldi baterakoa bada, emakumeek gizonetako baino %11 gehiago jasaten dute, nahiz eta aldea ez izan oso adierazagarria estatistikoki. Mugapen kronikoa edo ezintasun iraunkorra, berriz, prebalenteagoa da gizonetako kasuan (%9,2) emakumetako kasuan baino (%8,3), ziurrenik, profil maskulinoaren lan jarduera motari lotutako ezintasun fisikoaren ondorioz, arrisku fisiko handiagoak izaten baititu.

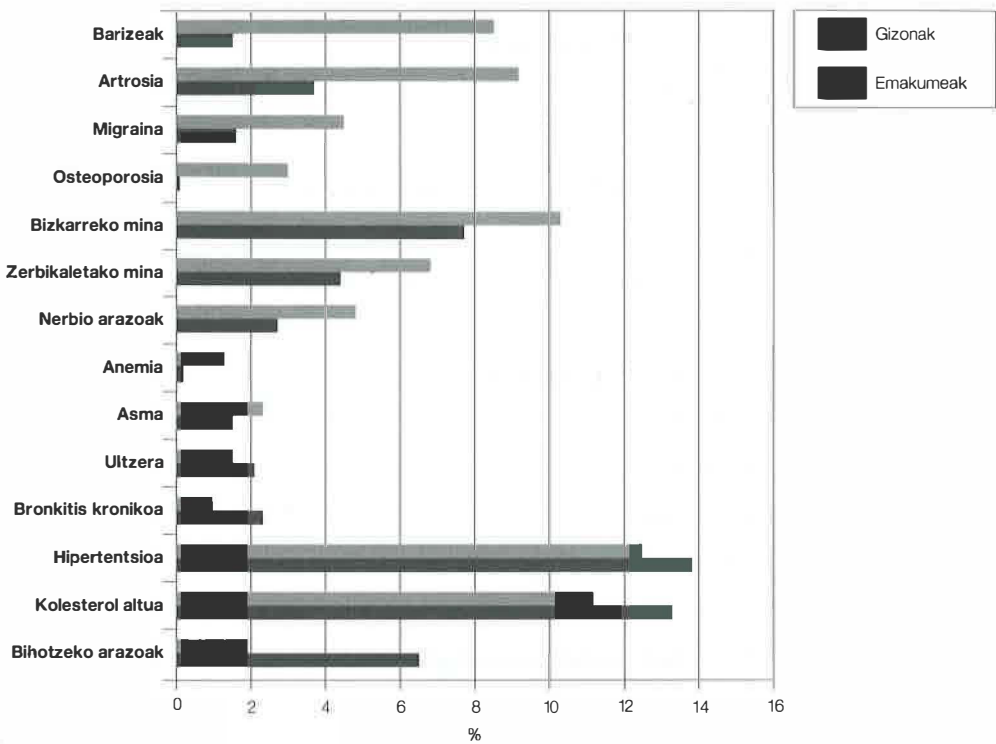
60. grafikoa: Jardueraren aldi baterako mugapenaren eta mugapen kronikoaren prebalentzia, sexuaren arabera. EAE, 2002



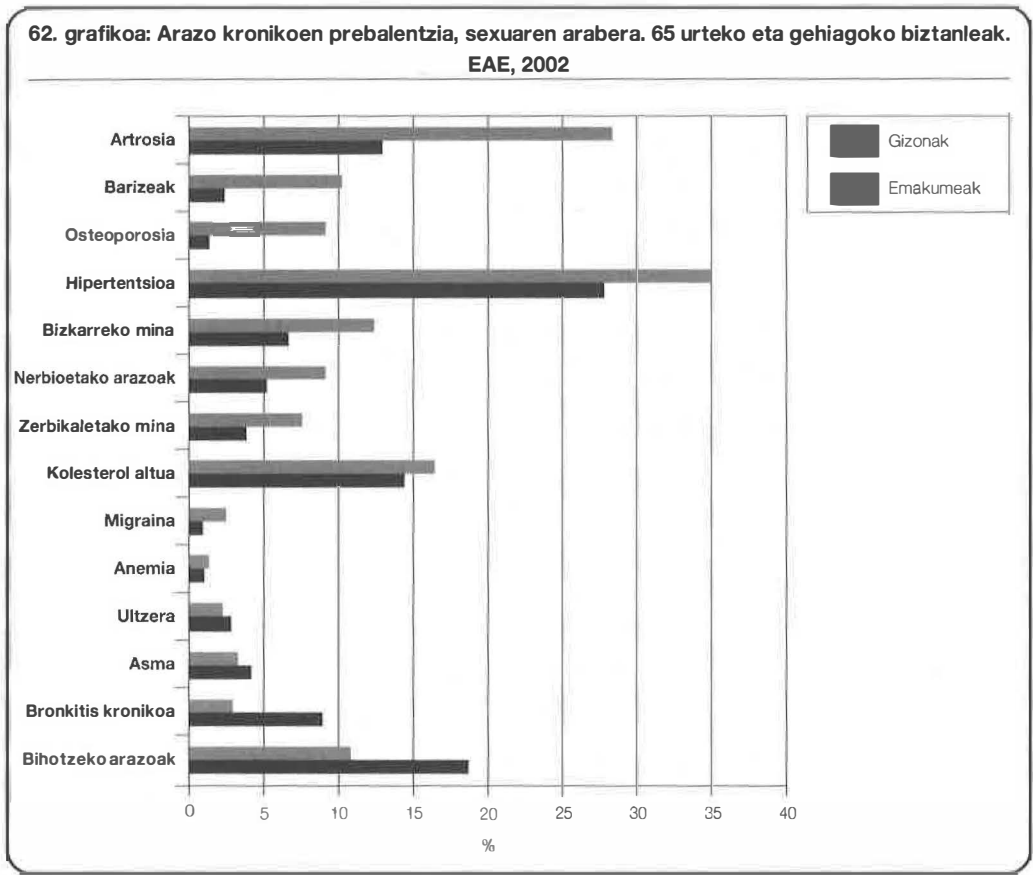
Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Arazo kronikoak izateari dagokionez, prebalentzia handiagoa da, berriro ere, emakumeengan. Gizonezkoen %42,2k gutxienez arazo kroniko bat dutela adierazten dute eta, emakumezkoen kasuan, aldiz, kopuru hori % 46,3koa da. Sexu bakoitzean ohikoenak diren arazo kronikoen ikerketa zehatzagoa egiten badugu, ikus dezakegu gehienak prebalenteagoak direla emakumeengan eta, sexuaren arabera, gaixotze eredu desberdina dagoela. Horrela, beraz, 45 eta 54 urte arteko gizonengan, prebalentzia handiagoa duten arazo kronikoak hipertentsioa, kolesterola, bihotzeko arazoak, ultzerak eta bronkitis kronikoa dira; horiek hain osasuntsua ez den bizi ohitura batzuei lotu ohi zaizkie, esate baterako, alkohol eta tabako kontsumoari eta hain orekatua ez den dietari. Emakumeen kasuan, muskulu eta hezurretako arazoan (bizkarreko mina, artrosia edo zerbikaletako mina) zein arazo psikosomatiko edo buru osasunarekin lotutako arazoan (migra- inak edo nerbioetako arazoak) maiztasuna handiagoa da eta, hein batean, aproposak ez diren eguneroko bizi baldintzekin lotuta daude (etxeko lana, eta hori ordaindutako lanarekin bateratzea). Eredu espezifikoko horiek, gizonezkoengan eta emakumezkoengan, 65 urtetik gorako biztanlerian ere ikusten dira.

**61. grafikoa: Arazo kronikoen prebalentzia, sexuaren arabera. 45 eta 64 urte arteko biztanleak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

Tabako edo alkohol kontsumoa bezalako beste bizi ohitura batzuekin gertatu ez bezala (emakumezkoen kasuan gutxiago izaten dira), sedentarismoak eta gorputzaren pisu txikiagoak emakumeak berriro ere egoera kaltegarriagoan kokatzen ditu.

Ariketa fisikoa egitearekin hasita, argi dago mutilek eta neskek ariketa fisikoa egiteko dituzten aukerak desberdinak direla, kirolaren irudi sozial zabalduena oraindik ere maskulinoa delako. Gainera, indartsuak izatea, sasoi onean egotea, energikoak izatea eta fisikoki aktiboak izatea gizonezkoen rol soziala osatzen duten elementuak dira (Carrión, 2006) eta horrek azalduko luke zergatik ez dagoen emakumeentzako eredu edo erreferenterik, emakumeak kirola egiteko grina barik sentiaraziz. Emakume nagusietan, gainera, batetik, haurtzaroan eta gaztaroan kirola egiteko ohiturarik hartu ez izana, eta, bestetik, astiaren falta (etxean zein kanpoko lanean dituen arduren ondorioz) izango lirateke planifikatutako jarduera fisikoak egiteko joera eskasaren arrazoia (Artazcoz eta kideak, 2001; Jausoro eta kideak, 2006).

Gorputzaren pisuari dagokionez, nahiz eta gizentasunaren prebalentzia handiagoa izan gizonezkoengan emakumezkoengan baino (65 urtetik gorako pertsonengan izan ezik), pisu gutxiegi izatea maizago azaltzen da emakumeengan, batez ere, 16 eta 24 urte bitarteko adin tartean. Talde horretan, hau da, pisu nahikorik ezaren prebalentzia gainerakoan baino handiagoa den taldean, emakumezkoen %29,1ek jasaten dute, eta gizonezkoen kasuan, aldiz, %8,1ek. 25 eta 34 urte bitarteko taldean, desberdintasunak are handiagoak dira, pisu gutxiegi dutenak emakumeen %18,8 direlako eta gizonezkoen kasuan, aldiz, %1,4. Nabarmentzekoa da kasu honetan ere gizarte eredu bat dagoela; izan ere, eskulangileen klaseetako emakumeen (aberatsagoen) artean pisu gutxiko portzentajeak handiagoak dira eskulangileak ez diren

klaseetako emakumeen (txirogoen) artean baino; horren arrazoiak izan litezke, batetik, egoera hobean dauden klaseetako emakumeek kasu gehiago egiten dietela komunikabideetatik emandako mezuei gorputzaren kultuaren kulturari dagokionez, eta, bestetik, gehiegizko argaltasuna bultzatzen duten gaur egungo edertasun kanonak onartzen dituztela. Gizentasunaren kasuan, aldiz, eredia alderantzizkoa da; gizenagoak dira eskulangileen klaseetako emakumeak (txiroagoak) bi adin tartetean.

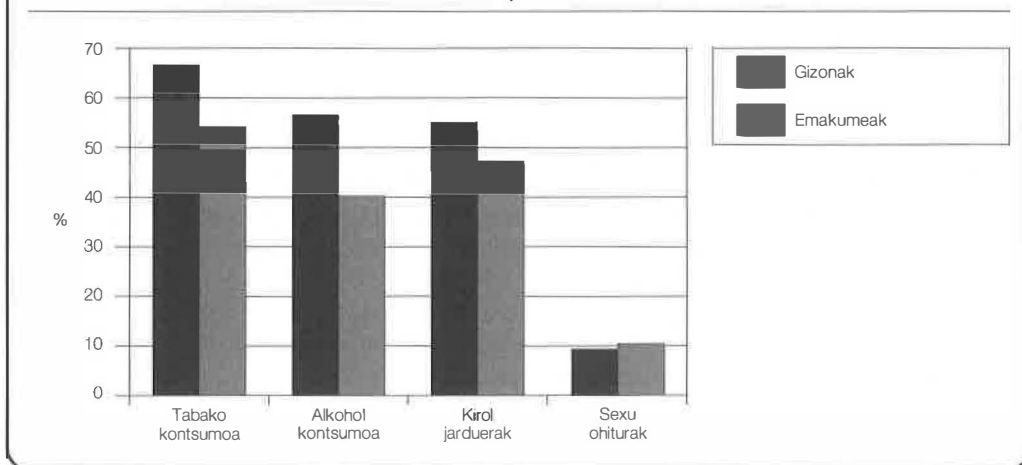
**10. taula: Pisu gutxiegi izatearen eta gizona izatearen prebalentzia 16 eta 34 urte arteko emakumezkoetan, gizarte klasearen arabera. EAE, 2002**

Adina	Gizarte klasea	Pisu gutxiegi	Gizentasuna
16-24	Eskulangileak ez direnak	33,2	1,41
	Eskulangileak	27,2	2,0
25-34	Eskulangileak ez direnak	23,1	2,6
	Eskulangileak	16,4	3,5

Iturria: guk eginikoa, EAEoi 2002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, EAEn, osasun zerbitzuak izan eta erabiltzeari dagokionez ere, genero desberdintasunak azaleratzen dira. Lehen mailako arretaren kasuan, osasunarekin lotutako bizi ohiturak prebenitzeko eta aldatzeko gaitasuna garrantzitsua da (Goldstein eta kideak, 2004), eta, horregatik, interes handikoa da aztertzea genero arrazoiengatik desberdintasunik dagoen lehen mailako kontsultan ematen den prebentziozko aholku medikoan. Hurrengo grafikoan ikus daitekeenez, bizi ohituren gainean gutxiago galdetzen zaie emakumei gizonezkoen baino, sexu ohituretan izan ezik. Alkoholaren kontsumoaren kasu zehatzean, desberdintasuna %40koa da.

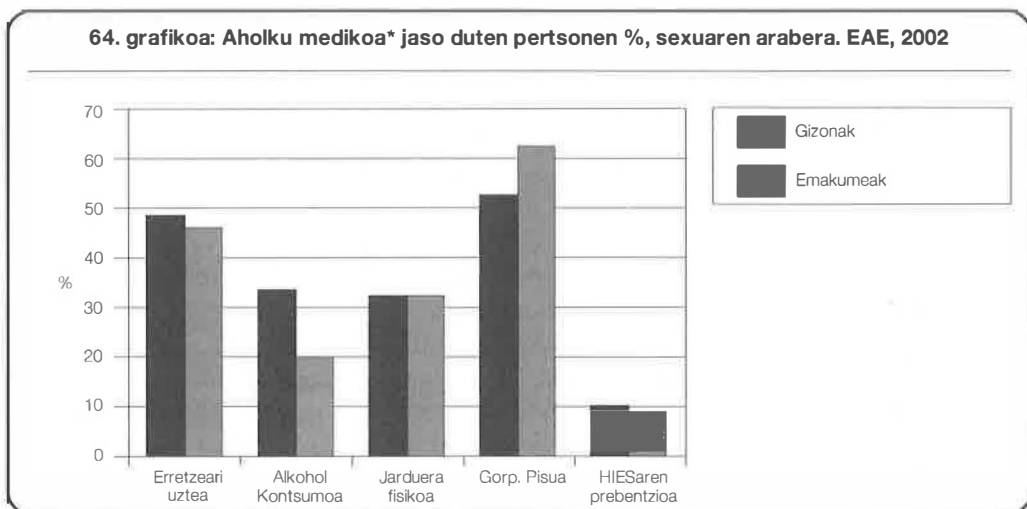
**63. grafikoak: Bizi ohitura jakin batzuen inguruan galde egin zaien pertsonen %, sexuaren arabera. EAE, 2002**



Iturria: Osasun Saila, 2004

Emaitza horien arabera, pentsa daiteke gizonezko gehiago dagoenez tabakoa eta alkohola kontsumitzen dutenak, ziurrenik horregatik galdetzen dietela gehiago osasun langileek, lehen mailako arretan, osasunarekin zerikusia duten bizi ohituren gainean. Nahiz eta ondorio hori ezin zaion ariketa fisikoaren kasuari zabaldu (emakumeek sedentarismorako ohitura handiagoa dutelako eta, era berean, ariketa fisikoaz galdetzen zaion gizon proportzio handiagoa dagoelako), hurrengo grafikoak ikusten badugu, badirudi genero alborapena, osasun langileen prebentziozko aholkuei dagokienez, oraindik ere nabarmenagoa dela.

Ikus daitekeenez, ohiko erretzaileak eta edaleak direnen artean, emakumeek gizonezkoek baino aholku gutxiago hartzen dute erretzeari uzteko edo alkohol kontsumoa gutxitzeko. HIESaren prebentzioari dagokionez, aldeak txikiak dira eta, ariketa fisikoaren kasuan, egon ere ez daude. Azkenik, azpimarratu beharrekoa da, nahiz eta gizentasunari dagokionez prebalentzia handiagoa izan gizonezkoen artean, emakumezkoek aholku gehiago ematen zaiela euren gorputzen pisuari dagokionez; horrek erakutsiko ligukeen, eragina du, osasun zerbitzuetan, emakumei zuzendutako gorputzeko eredu estetikoak eta presio sozial handiagoa egiten du emakumeengan euren gorputzak argalagoak izan daitezen eta gogorrago zigortzen ditu pisu gehiegi edo gizentasuna izanez gero.



\*Proportzio horien izendatzaileak honako hurrengoak dira: erretzeari uztearen kasuan, biztanleriako ohiko erretzaileak; alkohol kontsumoan, biztanleriako ohiko edaleak; kirol jardueran, mugimendu gutxiko biztanleria; eta pisuan, biztanle gizenak.

Iturria: Osasun Saila, 2004

EAEan, osasun zerbitzuez generoaren arabera era desberdin batean baliatzeari dagokionez, aztertutako beste alderdi bat miokardioko infartu akutuen errebaskularizazioaren tratamendua izan da. Emakumeen kasuan, denbora gehiago igarotzen da lehen mailako zainketak jasotzen dituztenerako, ospitalera beranduago joaten direlako; horrez gain, tratamendu hori jasotzeko aukera txikiagoa da emakumeen kasuan gizonezkoen kasuan baino eta hori txikiagoa da adinean helduagoak diren heinean (Aldasoro eta kideak, 2007).

Sexuaren arabera hilkortasunean eta erikortasunean desberdintasunak daudenez gero, bi alderdi horiek adierazle bakar batean sartzen dituzten neurriak analisi tresna oso baliagarriak dira osasuneko genero desberdintasunak era ulergarriagoan deskribatzeko. Osasuneko itxaropenen kasua da eta horien barruan dago osasun oneko bizi itxaropena<sup>45</sup> (OOBI). 11. taulak honako emaitzak erakusten ditu: osasun oneko itxaropena 15 urterekin, EAEko gizonezkoengan eta emakumezkoengan, 2002-2004 sasoian, eta horren konparazioa bizi itxaropenarekin sasoi berbererako.

3.2.1. atalean jasotakoarekin bat etorrita, emakumeek bizi itxaropen handiagoa dute, baina handiagoa da, orobat, osasun txarraz bizitzea espero duten bizitza-proporzioa. Horrela, emakume batek, 15 urterekin, geratzen zaion bizitzaren %22,24 osasun txarrez bizitzea espero du eta, gizon batek, aldiz, portzentajea

<sup>45</sup> Osasun oneko bizi itxaropena pertsona batek osasun onez bizitzea espero duen urte kopurua da, baldin eta sasoi horretan biztanleria osoaren adin tarte desberdinen hilkortasuna eta osasun egoera izango balu (kasu honetan 2002-2004).



bizitzaren %17,69. Alde hori handiago egin da urteek aurrera egin ahala; horrela, 80 urterekin, emakume batek bizitzaren %48,6 osasun txarrez bizitzea espero du eta gizon batek, aldiz, %40,5.

**11. taula: Bizi itxaropena (BI), osasun oneko bizi itxaropena (OOBI) eta osasun txarreko itxaropena adin desberdinetan. Urteak guztira eta Bltik dagozkionak (%-tan). EAE, 2002-2004**

	BI	OOBI			Osasun txarreko itxaropena	
		Urteak	%95eko KT*		Urteak	% (Blren gainean)
<b>Gizonezkoak</b>						
15 urte	62,41	51,36	50,78	51,95	11,04	17,69
40 urte	38,38	28,67	28,15	29,19	9,71	25,31
65 urte	17,14	11,12	10,72	11,53	6,02	35,12
80 urte	7,60	4,52	4,12	4,92	3,08	40,55
<b>Emakumezkoak</b>						
15 urte	69,54	54,08	53,48	54,67	15,47	22,24
40 urte	45,03	31,20	30,69	31,71	13,84	30,73
65 urte	21,85	12,72	12,33	13,11	9,13	41,79
80 urte	9,77	5,02	4,69	5,35	4,75	48,61

\* OOBlren konfiantza-tartea: %95.

Iturria: guk eginikoa

### 3.2.2. Emakumeek bizitza luzea bai baina osasun kaskarragoa izatearen paradoxa erlatibizatzea: familiako eta laneko rolen eginkizuna osasun arloko genero desberdintasunetan

Nahiz eta gizonezkoen hilkortasun handiagoaren baina emakumezkoen erikortasun handiagoaren paradoxa zabal aztertu den 70eko hamarkadatik hona (Nathanson, 1975; Verbrugge, 1976; Waldron, 1983), autore batzuek, oraintsu, fenomeno hori erlatibizatu egin nahi izan dute, esanez, emakumezkoen erikortasuna ez dela unibertetsala (Haavio-Manila, 1986; Kandrack eta kideak, 1991; Hraba eta kideak, 1996). Izan ere, beste aldagai soziodemografiko batzuk kontuan hartzen badira (esate baterako, adina, gizarte klasea edo lan zamak), osasun eta gaixotasuneko genero desberdintasunek ez diote beti eredu berari jarraitzen. Aitzitik, ikusi ahal izan denez, aldakortasun handia dago emakumezkoen osasun egoeran, honako aldagai hauen arabera: lan egoera, gizarte klasea eta kanpoko lana eta famili ardurak betetzeak dakartzan lan zamak (Verbrugge, 1989; Macintyre eta kideak, 1996; Arber eta Cooper, 1999; Annandale eta Hunt, 2000; Walters eta kideak, 2002; Artazcoz eta kideak, 2002).

Bestalde, emakumea, apurka-apurka, lan merkatuan sartu da, baina horrekin batera gizonek ez dute ardura gehiagorik hartu etxeko lanak egiterakoan. Kontuan izanik ordaindutako lana nagusiki lanaldi osokoa dela, biztanleria zaharra haziz doa, eta pertsonen zaintzara bideratutako baliabide komunitarioak mugatuak dira; zentzu horretan, hainbat zalantza azaleratzen da emakumeen osasunean lanbidea eta familiako bizitza bateratzeak ekar dezakeen eraginari dagokionez. EAEn, landun emakumeek langabeek edo etxekoandreek baino osasun hobea al dute? Emakumeek hartzen dituzten lan ardurek eragina al dute landun emakumeen osasunean? Nola eragiten dute, erlazio horietan, gizarte klaseak eta gizarte laguntzak?

Atal honetan, famili eta lan zamek osasunarekin duten erlazioa aztertu da, osasuneko genero desberdintasunen azalpenean zein toki duten azalduz. Horretarako, lehenengo eta behin, EAeko gizonezkoen eta emakumezkoen lan egoeraren eta osasunaren arteko loturaren analisiaren emaitzak azaldu dira, geroago, ordaindutako lana duten emakumeen osasunarekin zer gertatzen den ikusi ahal izateko, etxeko lanak bikoitekidearekin banatzerakoan dagoen ekitate mailaren arabera. Bigarren puntu honen sarrera gisa, EAEn,

ordaindutako lan-zamak, etxeko lanak eta zaintza-lanak banatzerakoan dauden genero desberdintasunen azalpena jaso da, EUSTATEk egindako 2003ko Denbora-Aurrekontuen Inkestatik (DAI'03) abiatuta. Amaitzeko, eta ondorio gisa, fenomeno honen ikuspegi orokor bat eman da eta horren arabera ikusiko da emakumeentzat zein den egoerarik mesedegarriena, lan egoerari eta etxeko lanen banaketari dagokienez.

### 3.2.2.1. *Lan egoera eta osasuna: eredu desberdina gizonen eta emakumeen artean*

Egindako hainbat azterlanek erakutsi dutenez, pertsonen lan egoerak harreman estua du osasunarekin eta ordaindutako lana dutenek ordaindutako lanik ez dutenek baino osasun hobea dute (Jin eta kideak, 1995; Mathers eta Schofield, 1998; Benach eta kideak, 2004; Virtanen eta kideak, 2005). Hainbat arrazoi egon daiteke lanak osasunaren gain duen eragin mesedegarria azaltzeko; hasteko, pertsona gehienentzat lana dela diru iturri nagusia. Gainera hain agerikoak ez diren beste eragin mesedegarri batzuk ere baditu, esate baterako, autoestimuaarekin, estatus sozialarekin, laguntza sozialarekin eta egunero bizitzaren denbora-egiturarekin lotutakoak (Bartley, 1994). Emakumezkoen kasuan, bistakoa da ere ordaindutako lana dutenek osasun hobea dutela etxekoandreak baino eta hori ezin zaio soilik egotzi “emakume landun osasuntsuaren efektuari”<sup>46</sup> (Waldron eta kideak, 1998; Arber, 1997). Hala ere, eragin mesedegarri horiek desagertu egin daitezke lan prekarioak, arriskutsuak edo monotonoak betetzen direnean, edo pertsonen trebetasunak erabiltzen ez direnean edo horien gaineko erabakirik hartu ezin denean (Artazoz eta kideak, 2005). Horregatik, lanaren eta osasunaren arteko erlazioa aztertzerakoan, kontuan izan behar da gizarte klaseak duen eragina, informazio zehatzagoa emango digulako pertsonen egiten duten ordaindutako lan motari buruz.

Bestalde, langabeziak (beste eragile sozioekonomiko batzuekin gertatzen den bezala) estres fisiko, sozial eta psikologikoa dakar eta horiek osasun egoera txarragoarekin lotzen dira (Kagan, 1987). Ebidentzia berrikusteko 1998an plazaratutako argitalpen batek zioenez, harremana dago langabeziaren eta hilkortasunaren, buru osasun txarragoaren, osasunaren autobalorazio txarragoaren eta osasunarekin lotutako hainbat bizi ohituren artean (esate baterako, tabako eta alkohol kontsumo handiagoa eta dieta txarragoa) (Mathers eta Schofield, 1998).

Espanian, langabezia osasun txarragoarekin lotu izan da Bartzelonan, gainera, hori larriagoa zen subsidiarik jasotzen ez zuten biztanle langabetuen kasuan; horietan osasuntsuak ez ziren ohituren (esate baterako, erretzea) prebalentzia handiagoa ikusten zen, bai eta gaixotasun kronikoena eta psikologikoena eta osasun zerbitzuen erabilera handiagoa ere (Rodríguez, 1994). Valentzian ere ikusi zen arazo psikologikoak zortzi aldiz prebalenteagoak zirela azken sei hilabeteetan lan egoera ezegonkorrean edo langabezian zeuden pertsonengan lan egonkorra zuten pertsonengan baino (Garrido eta kideak, 1994).

Analisi esparru hori kontuan izanik, hurrengo atalean 24 eta 65 urte arteko gizonezkoen eta emakumezkoen osasuna aztertu da horien lan egoeraren arabera, hau da, kontuan izanik ordaindutako lana duten, edo, bestela, langabezian dauden<sup>47</sup>. Emakumezkoen kasuan, etxeko lanak egiten dituztenak ere sartu dira konparazioan<sup>48</sup>. Osasun aldagaiei dagokienez, batetik, antzemandako osasun txarraren prebalentzi ratioa (PR)<sup>49</sup> kalkulatu da, adinaren eta gizarte klasearen (eskulangileak eta eskulangileak ez direnak) arabera doituta, eta, bestetik, SF-36ren dimentsioen batez besteko puntuazioak, adinaren arabera doituta.

<sup>46</sup> 3.1.3. atalean azaldu dugunez, emakume landun osasuntsuaren efektuak edo alborapenak honakoa esan nahi du: ordaindutako lanarekin zerikusia duten rolak betetzen dituzten emakumeek, hasiera batean, osasun hobea dute eta, beraz, lan merkatuan aritu daitezke.

<sup>47</sup> Azterketa honetan ez dira kontuan izan etxean seme-alabak direla adierazi dutenak, ezta lehenengo lanaren bila dabilzala adierazi duten langabeak ere.

<sup>48</sup> Gizonezkoen artean maiztasun txikia azaltzen denez erabat etxeko lanetara aritzen direnei dagokienez (EAE01'02), ezin da analisi hori egin gizonezkoen kasuan.

<sup>49</sup> Prebalentzi ratioa (PR) asoziazio neurri bat da eta horrek baldintza jakin bat (esate baterako, osasun txarra) talde jakin batean beste batean (erreferentzi taldea) baino zenbat probabileagoa den adierazten du. Prebalentzi ratioaren (PR) gaineko azalpen zehatzago bat aurki daiteke eranskin metodologikoan.

- Emaitzak

Antzemandako osasun txarrari dagokionez, bigarren taulan<sup>50</sup> ikus daitekeenez, EAeko gizonetako langabeek %42ko probabilitate handiagoa dute euren osasuna txartzat antzemateko ordaindutako lana duten gizonetakoekin baino (PR: 1,42; %95eko KT: 1,04-1,93), berdin dela gizarte klasea (PR: 1,40; %95eko KT: 1,00-1,88). Erlazio hori estuagoa da eskulangileen klaseko gizonengan (txiroagoengan); horietan, osasuna txarra dela adierazteko probabilitatea 1,58 bider handiagoa da (PR: 1,58; %95eko KT: 1,19-2,09) lanik gabe badaude. Aberatsenen artean, aldiz, joera mantendu egiten da, baina erlazioa ez da estatistikoki adierazagarria (PR: 1,39; %95eko KT: 0,77-2,50).

**12. taula: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), lan egoeraren arabera, adina eta gizarte klasea kontuan hartuta doitua. Gizonezkoak. EAE, 2002**

	Gizonak N=1.595			
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lan egoera</b>				
Langabezia	1,42 (1,04-1,93)	0,03	1,40 (1,04-1,88)	0,03
Lanean	1		1	
<b>Gizarte klasea</b>				
Eskulangileak			1,26 (1,09-1,45)	0,00
Eskulangileak ez direnak			1	

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

**13. taula: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), gizarte klasea kontuan hartuta dagoen lan egoeraren arabera. Gizonezkoak. EAE, 2002**

	Eskulangileak N=848		Eskulangileak ez direnak N=752	
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lan egoera</b>				
Langabezia	1,58 (1,19-2,09)	0,00	1,39 (0,77-2,50)	0,27
Lanean	1		1	

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

Emakumezkoen kasuan, lan egoeraren eta osasunaren arteko harremana ez da gizonetakoengan bezain handia. Horri dagokionez, etxeko lanetan aritzen diren emakumeek lan merkatuan lan egiten dutenek (PR: 1,14; %95eko KT: 1,01-1,29) baino txarrago baloratzen dute euren osasuna; gainera, erlazio hori mantendu egiten da gizarte klaseak duen eragina kontuan izanik ere. Are txarragoa da langabezia dauden emakumeek euren osasunaren gainean egiten duten balorazioa; osasuna txartzat kalifikatzeko probabilitatea %30 hazten da ordaindutako lana duten emakumeen alden (PR: 1,30; %95eko KT: 1,00-1,71). Erlazio hori mantendu egiten da gizarte klasearen eragina kenduta ere.

<sup>50</sup> Eranskin metodologikoan aurki daiteke hurrengo taulen interpretazioari buruzko azalpen luze bat.

Analisia gizarte klasearen arabera eginez gero, ikus daiteke ordaindutako lanak osasunaren gain duen eragin mesedegarria argiagoa dela emakume aberatsengan; horientzat etxekoandrea izateak osasun txarra izateko probabilitate handiagoa dakar emakume landunen aldean, hain zuzen ere, %22 (PR: 1,22; %95eko KT: 1,01-1,48).

**14. taula: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), laneko egoeraren arabera, adina eta gizarte klasea kontuan hartuta doituia. Emakumezkoak. EAE, 2002**

	Emakumezkoak N=2.155			
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lan egoera</b>				
Etxeko lanak	1,14 (1,01-1,29)	0,04	1,13 (0,99-1,28)	0,06
Langabezian	1,30 (1,00-1,71)	0,05	1,29 (0,88-1,69)	0,06
Lanean	1		1	
<b>Gizarte klasea</b>				
Eskulangileak			1,13 (1,01-1,27)	0,03
Eskulangileak ez direnak			1	

\*PR: prebalentzi ratioa  
\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta

**15. taula: Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), gizarte klasea kontuan hartuta dagoen laneko egoeraren arabera. Emakumezkoak. EAE, 2002**

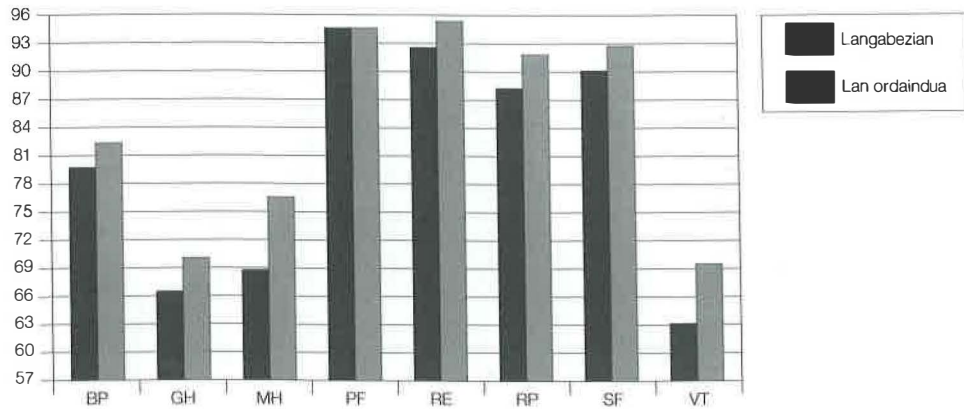
	Eskulangileak N=1.223		Eskulangileak ez direnak N=932	
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lan egoera</b>				
Etxeko lanak	1,14 (0,97-1,34)	0,10	1,22 (1,01-1,48)	0,04
Langabezian	1,13 (0,79-1,62)	0,50	1,39 (0,90-2,14)	0,13
Lanean	1		1	

\*PR: prebalentzi ratioa  
\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta

Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitateari dagokionez (SF-36tik abiatuta neurtua), lan egoeraren arabera aldeak nabariagoak dira gizonezkoen artean; horientzat langabezian egoteak dimentsio guztietan puntuazio txikiagoak lortzea dakar, funtzio fisikoan (PF) izan ezik. SF-36ren gainerako dimentsioetan, ordaindutako lana izatea osasunarekin zerikusia duen bizi kalitate hoberekin lotzen da, estatistikoki adierazagarriak diren aldeekin buru osasunari (MH) eta bizitasunari (VT) dagokienez, gizarte klasearen eragina ere kontuan izanik.

**65. grafikoa: SF-36ren dimentsioei\* dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Gizonezkoak. EAE, 2002**

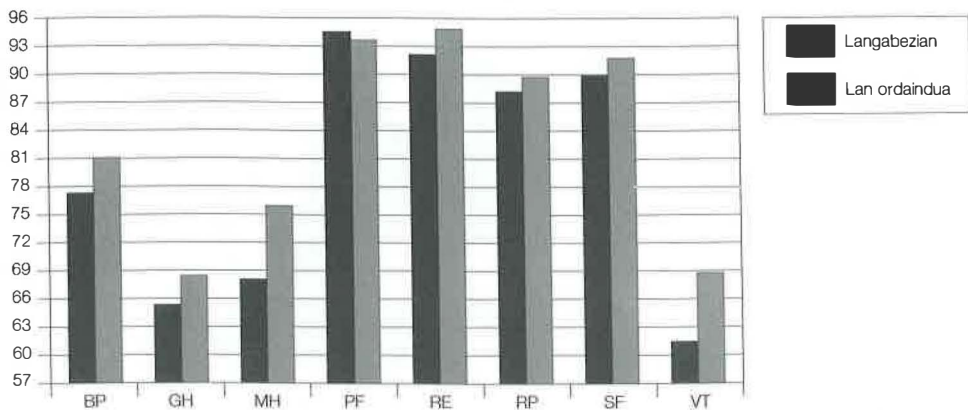


\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

Osasunaren autobalorazioan gertatzen den bezala, ordaindutako lanaren eragin babeslea handiagoa da eskulangileen klaseetan (txiroagoetan); horietan ikusten dira, berriro ere, alderik handienak buru osasunaren (MH) eta bizitasunaren (VT) dimentsioetan.

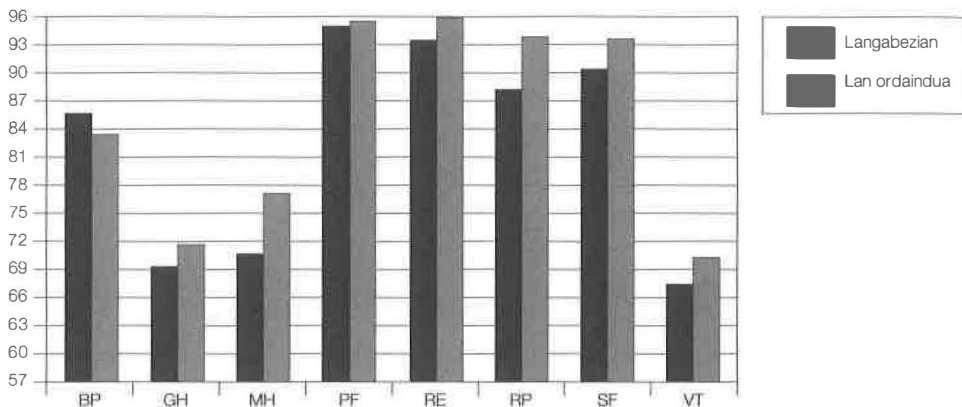
**66. grafikoa: SF-36ren dimentsioei\* dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren araberako estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileen gizarte klaseko gizonezkoak. EAE, 2002**



\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

**67. grafikoa: SF-36ren dimentsioei\* dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileak ez diren gizarte klaseko gizonezkoak. EAE, 2002**

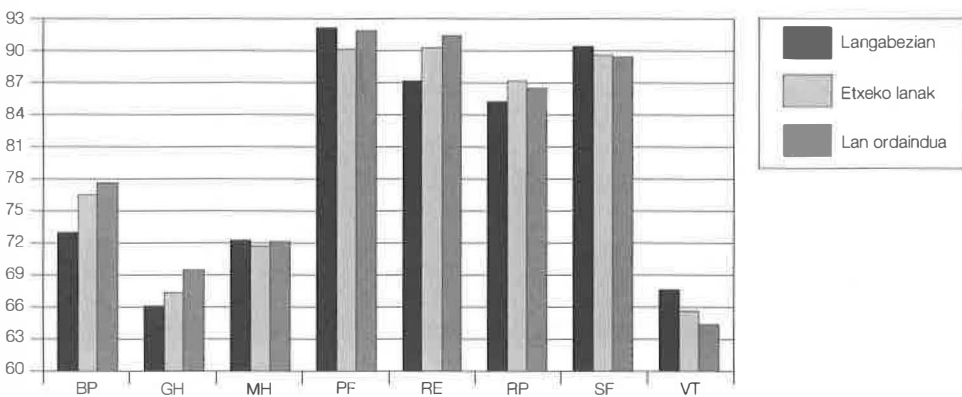


\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Iturria: guk eginikoa, EAE012002 oinarri gisa hartuta

Emakumezkoen kasuan, lan egoera eta osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatearen arteko erlazioa ez da hain argia. Hurrengo grafikoak erakusten duenez, ordaindutako lana duten emakumeek zortzi dimentsioetatik soilik 4 puntuatzen dituzte emakume langabeek eta etxekoandreak baino hobeto: gorputzeko mina (BP), osasuna oro har (GH), rol emozionala (RE) eta buru osasuna (MH). Rol fisikoaren (RP) kasuan, puntuazio handiena arduraldi osoan etxeko lanetan aritzen direnei dagokie; gainerako hiruretan -funtzio fisikoa (PR), funtzio soziala (SF) eta bizitasuna (VT)-, aldiz, emakume langabeek lortzen dituzte puntuaziorik altuenak.

**68. grafikoa: SF-36ren dimentsioei\* dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Emakumezkoak. EAE, 2002**



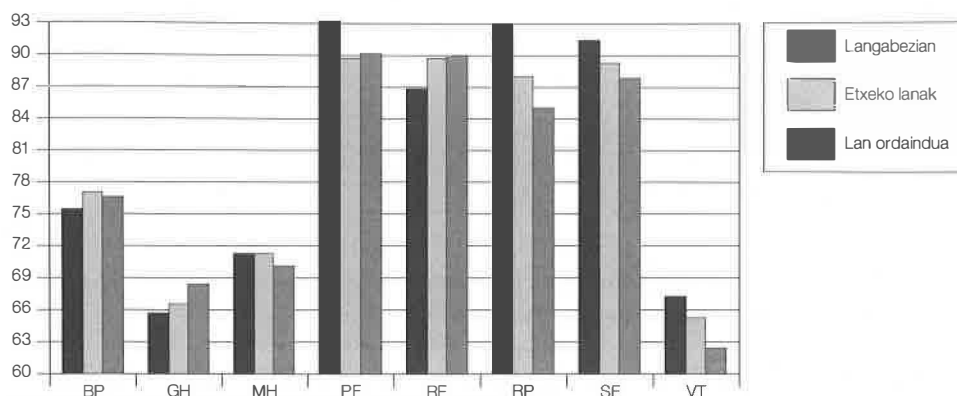
\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta

Osasunaren autobalorazioan gertatzen den bezala, ordaindutako lanaren eragin mesedegarria nabaria goa da eskulangileak ez diren klaseetako emakumeen (aberatsagoen) artean. Bizitasuna (VT) kenduta,

emakume landunen batez besteko puntuazioak altuenak dira; eskulangileen klaseetako emakumezkoen (txiroagoen) kasuan, aldiz, eredia ez da argia eta gainera kontrakoa da; izan ere, dimentsio guztietatik bostetan emakume langabeen puntuazioak altuagoak dira.

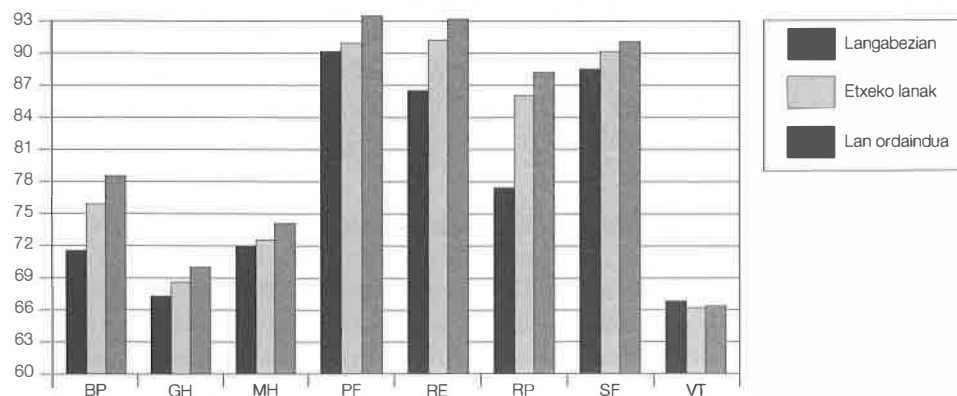
**69. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren araberrako estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileen gizarte klaseko emakumezkoak. EAE, 2002**



\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

**70. grafikoa: SF-36ren dimentsioei dagozkien puntuazioak, lan egoeraren arabera. Adinaren araberrako estandarizatutako batez bestekoak. Eskulangileak ez diren gizarte klaseko emakumezkoak. EAE, 2002**



\*Dimentsio horien definizioa 1. taulan eta terminoen glosarioan bildu da

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

Hori guztia kontuan izanik, esan dezakegu ordaindutako lana gizonen osasuna zaintzen duen elementu babeslea dela, bai osasunaren autobalorazioa kontuan izanik, bai osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea kontuan izanik, eta, gainera, argiagoa da eskulangileen klaseetako (txiroagoen) artean.

Emakumezkoen kasuan, lan egoeraren eta osasunaren arteko erlazioa ez da gizonekoengan bezain handia. Gizarte klasearen arabera, ordaindutako lanaren eragin mesedegarria argi eta garbi ikusten da

eskulangileak ez diren gizarte klaseetako emakumezkoen (aberatsagoen) artean, baina ez txiroenengan. Horri dagokionez, kontuan izan behar da lan merkatuaren segregazioa, sexuaren arabera; izan ere, horren gorabeheran, emakumeek (batez ere gizartearen beheko klaseetakoek) lan prekarioagoak, prestigio sozial gutxiagoak eta baldintza txarragoak dituzte eta horrek desagerrarazi egin dezake etxetik kanpo lan egiteak duen eragin babeslea, holako lan bat edukitzeak izan dezakeen eragin negatiboagatik.

Gainera, eta hurrengo atalean ikus dezakegunez, etxeko lanen banaketa desorekatuagoa da eskuzko klaseetako emakumeengan (txiroagoengan), eta horrek azal dezake eskulangileen klaseetako emakumeen artean eta eskulangileak ez direnen artean dauden alde batzuk, ordaindutako lanaren eta osasunaren arteko erlazioari dagokionez.

Emaitza horiek bat datoz Espainian egindako beste ikerketa batzuekin eta, azterlan horietan adierazienez, ordaindutako lanaren eragin mesedegarria handiagoa da egoera hobean dauden gizarte klaseetan (Rohlf s eta kideak, 1997; Fernández eta kideak, 2000).

### 3.2.2.2. *Etxeko lana eta lan ordaindua bateratzea: etxeko desberdintasuna eta horren eragina lanean dauden EAEko emakumeen osasunean*

Etxeko lana eta ordaindutako lana uztartzea gainerako ahalegina izan ohi da emakumeentzat egunero-egunero eta eragin negatiboa du emakumearen bizitzaren arlo desberdinetan (Sánchez, 2005; CES, 2003). Osasunari dagokionez, etxeko lana eta etxetik kanpoko lana uztartzea osasun egoera txarragoarekin lotu izan da eta lotura hori are argiagoa da lan zama handiagoa denean eta egoera txarrean dauden klase sozio-ekonomikoetan (Artazcoz eta kideak, 2004b; Fernández eta kideak, 2000; Bartley eta kideak, 1999).

EAEen bizi den egoera zein den jakin ahal izateko, atal honetan bikotekidearekin bizi diren eta ordaindutako lana duten emakumeen osasun egoera aztertu da, bikoteko kideen artean etxeko lanak banatzen diren era kontuan hartuta; horrela, etxeko lanen banaketaren eta ordaindutako lana duten emakumeen osasunaren artean erlazioirik ba ote dagoen jakin ahal izango da.

Sarrera eta analisi horren testuinguru gisa, azalpen orokor bat emango dugu, hain zuzen ere, nola banatzen diren lan eta famili zama EAEen bikotean bizi diren emakume eta gizonen artean; horretarako EUSTATEk 2003an egindako Denbora-Aurrekontuen Inkesta erabiliko dugu.

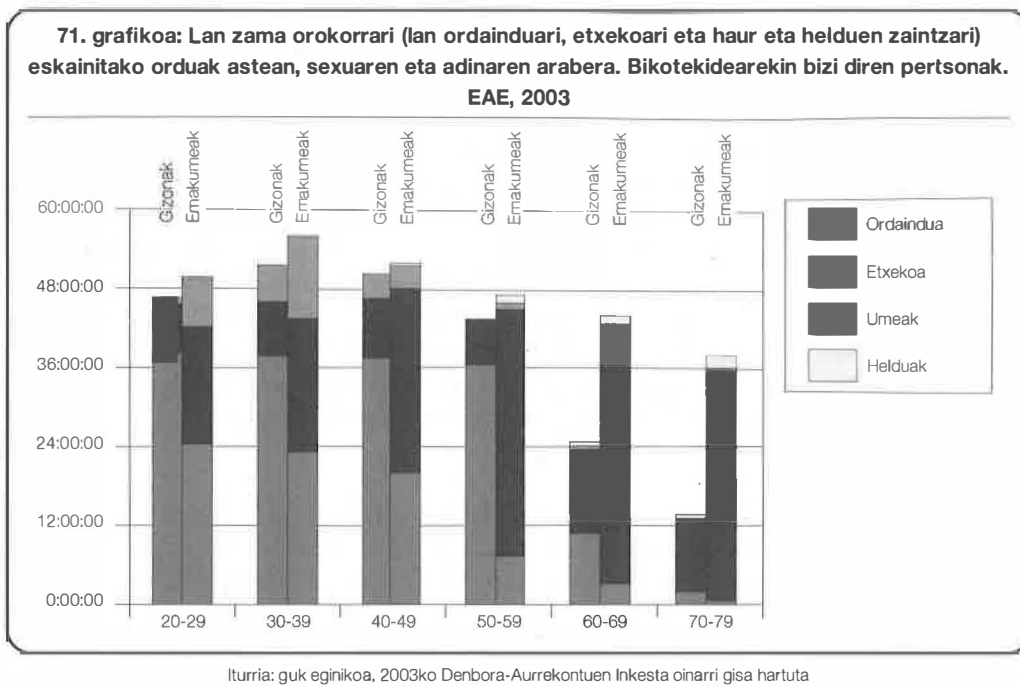
#### 3.2.2.2.1. *Desberdintasunak etxeko lana eta ordaindutako lana banatzerakoan*

Muga metodologiko batzuk izan arren (Carrasco eta kideak, 2004), Denbora-Aurrekontuen Inkestak genero desberdintasunak aztertzeko tresna onak dira (Álvoro, 1996). Azken urteotan, zenbait azterlanek denboren inkesta desberdinak aztertu dituzte Espainiako testuinguruan eta agerian utzi dituzte denboraren erabileran gizonetzkoen eta emakumezkoen artean dauden desberdintasunak (Durán, 1986; Izquierdo eta kideak, 1988; Ramos, 1990; Colectivo IOE, 1996; Carrasco eta kideak, 2004; Larrañaga eta kideak, 2004; EUSTAT, 2006).

EAEren kasuan ere, desberdintasun garrantzitsuak daude, sexuen arabera, jarduera desberdinetan (esate baterako, etxeko lanak, ordaindutako lana eta haurren edo nagusien zaintza) emandako denboran. Hasteko, hurrengo grafikoan ikus dezakegunez, EAEen bikotean bizi diren emakumeek euren gain hartzen duten lan zama orokorra<sup>51</sup> gizonetzkoek hartzen dutena baino handiagoa da adin guztietan.

<sup>51</sup> Lan zama orokorra esaten denean, ordaindutako lana zein ordaindu gabekoa (kasu honetan, etxekoa eta zaintza-lanak) esan nahi da. Lan zama orokorraren barruan sar daiteke ere, erakundeetan borondatez egindako lana, baina gure kasuan lan horietan emaniko denborak gainditu egiten du gure lanaren aztergaia.





Azken hamarkadotan emakumeak rol berriak betetzen ari dira eta gizonezkoen eta emakumezkoen arteko berdintasunaren inguruko balioak aldatuz doaz. Horri dagokionez, adin taldeen arabera ikerketa egiten badugu, gizonezkoen eta emakumezkoen artean denboren banaketa desberdinak izan duen bilakaera jakin ahal izango dugu.

Adin aktiboan<sup>52</sup> (20 urtetik 59ra) dauden pertsonen taldetik hasita, alde argia ezar daiteke 50 eta 59 urte bitarteko taldearekin eta adin txikiagoko gainerako taldeen artean. Lehenengo kasuan, denboraren banaketan dauden desberdintasunak argiak dira; izan ere, gizonezkoek askoz denbora gehiago ematen dute ordaindutako lanean etxeoetan eta zaintza-lanetan baino, eta emakumeekin, aldiz, kontrakoa gertatzen da. Gainera, emakumeek denbora gehiago ematen dute etxeko lanetan gizonezkoek ordaindutako lanean baino, eta horrek lan zama orokor handiagoa dakar emakumeentzat.

Talde gazteagoetan, ordaindutako lanean emandako denboraren aldeak txikiagoak dira, apurka-apurka emakumeak lan merkatuan sartzen ari direlako. Txikiagoak dira, orobat, etxeko lanean emandako denboraren aldeak, emakume gazteek belaunaldi nagusiagoek baino denbora gutxiago ematen dutelako eta gizonek konstante mantendu dutelako, gutxi gorabehera, horretan duten parte-hartzea. Emakume gazte horiek ordaindutako lanean emandako denboraren gorakada etxeko lanetan emandako denboraren beherakada baino handiagoa izan denez, lan zama orokorrean dauden desberdintasunak, gizonen eta emakumeen artean, handiagoak dira bikote gazteagoetan 50-59 urtekoen artean baino. Adibide gisa, ikus daiteke 30-39 adin taldean, emakumeek gizonezkoek baino 7 ordu gehiago ematen dutela, astero, lan orokorrean; 50-59 urteko emakumeen artean, aldiz, tarte hori 2 ordukoa da.

Gainera, pentsa daiteke 50 urtetik beherako bikoteek 50 urtetik gorakoek baino denbora laburragoan egiten dituztela etxea mantentzeko behar diren lanak<sup>53</sup>; horrek hipotesi bat planteatzen du, hain zuzen ere,

<sup>52</sup> Jarduerarekiko erlazioak alde handiak ezartzen ditu pertsonen denboraren eguneroko banaketan (EUSTAT, 2006); beraz, adin aktiboko taldeak eta adin ez aktiboko (nagusiagoko) taldeak bananduta aztertzea komeni da.

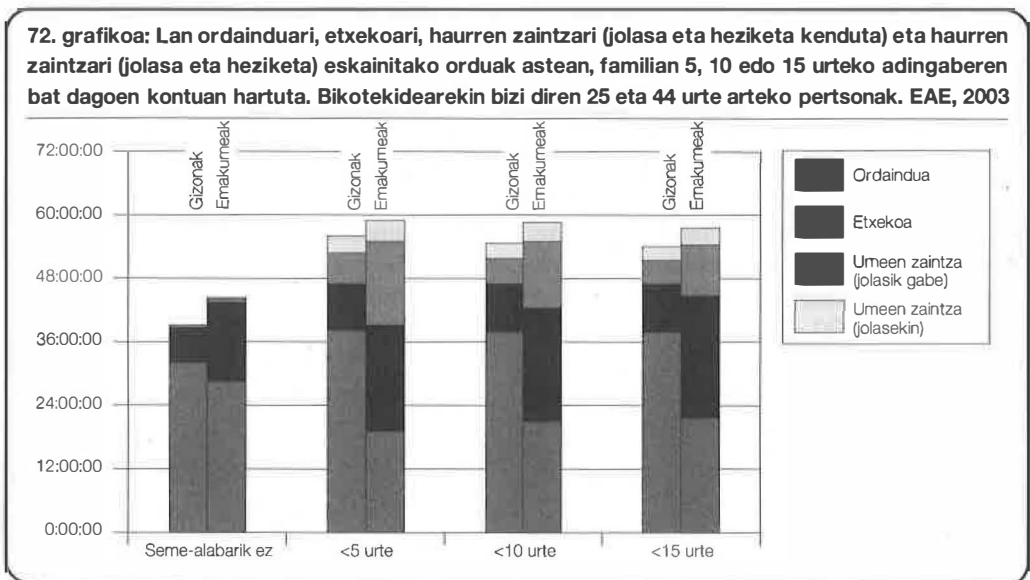
<sup>53</sup> Kontuan izan behar da 50-59 urtekoen taldean, bikoteak 45 ordu ematen dituela astean etxeko lanak egiten eta 30-39 urtekoen artean, aldiz, 29 ordu.

ordaindutako lana eta etxeko lanak uztartu behar dituzten emakume gazteek denbora laburragoan egin behar dituztela etxeko lanak eta horrek, ziurrenik, gainzama eta estres maila handiagoak dakartza klaserik txiroe-neko emakumeen artean, etxeko lanak egiteko kanpoko laguntza kontratatzeko aukera gutxiago baitute.

60 urtetik gorako biztanleriari dagokionez (gehienbat inaktiboa), lan merkatua uzteak aldaketa garrantzitsua dakar denboraren erabileran eta eguneroko bizimoduaren antolaketan. EAEn, gizonetzkoen kasuan lan denbora orokorra murriztu egiten da argi eta garbi, baina emakumezkoen kasuan ez dago hain argi. Horrela, gizonetzkoen dagokionez, 50 eta 59 urte bitartekoek lan osoari (ordaindutakoa, etxekoa eta familiarakoa) eskaintzen dioten denboraren ia erdia eskaintzen diote 60 eta 69 urte bitartekoek; 60 eta 69 urte bitarteko emakumeek, aldiz, 50 eta 59 urte bitartekoek baino %10 gutxiago baino ez diote eskaintzen. Horrenbestez, esan daiteke, erretiratu ostean, areagotu egiten direla gizonetzkoek eta emakumezkoek lan orokorrari eskaintzen dioten denboran dauden desberdintasunak eta, gizonetzkoen aldean, emakumeek ia denbora bikoitza eskaintzen diotela lan orokorrari, emakumeek ez dutelako ia batere murrizten etxeko lanetan ematen duten denbora.

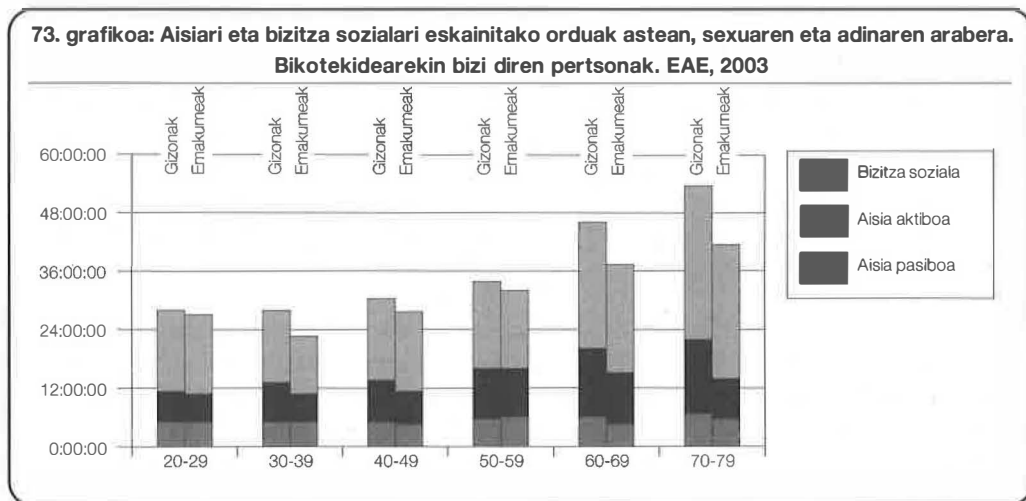
Denboraren banaketan sexuaren arabera egindako analisisian kontuan izan beharreko beste elementu garrantzitsu bat seme-alabak izatearena da, aldaketa garrantzitsuak dakartzalako eguneroko denboraren antolaketan, ezaugarri desberdinak izanik gizonetzkoen eta emakumezkoen kasuan. 72. grafikoa ikus daitekeenez, seme-alabak izatean gizonetzkoek ordaindutako lanean ematen duten denborak gora egiten du eta, emakumezkoen kasuan, aldiz, murriztu egiten da, bereziki haurra txikia denean. Etxeko lanari dagokionez, neurri handiagoan hazten da emakumezkoen kasuan gizonetzkoen kasuan baino, eta azken horietan, egonkor mantentzen da, haurraren adina edozein dela ere.

Pertsonen zainketan emandako denborari dagokionez, gorakada batez ere emakumeen kasuan nabaritzen da seme-alaba bat jaiotzean; horrela, emandako denbora gizonetzkoak emandako denboraren halako bi da haurrak 5 urte baino gutxiago baditu. Beraz, gizonetzkoek denbora gutxiago ematen dute haurraren zainketan eta, horrez gain, sexuen arteko desberdintasuna areagotu egiten da ez badira haurren joko eta heziketarekin zerikusia duten zainketak kontuan hartzen, gizonetzkoen parte-hartzea eta emakumezkoena ia berdina baita.



Iturria: guk eginikoa, 2003ko Denbora-Aurrekontuen Inkesta oinarri gisa hartuta

Lan denboren banaketa desberdin honen ondorioz, aisialdiarekin eta bizitza sozialarekin zerikusia duten jarduerak egin ahal izateko duten astia ere ez da berdina emakumezkoen eta gizonzkoen kasuan. 73. grafikoak erakusten duenez, emakumeek denbora gutxiago eskaintzen diote aisialdiari eta bizitza sozialari adin guztietan; baina desberdintasunak handiagoak dira adin tarte nagusiagoetan, lan zama orokorrari dagokionez, adin tarte horietan gizonzkoen eta emakumezkoen artean dagoen desberdintasun handiagorekin bat etorritik.



Iturria: guk eginikoa, 2003ko Denbora-Aurrekontuen Inkesta oinarri gisa hartuta

### 3.2.2.2. Landun emakumeen osasunaren gainera eragina

Hurrengo atalean etxeko lanen banaketan dauden desberdintasunek emakume landunen osasunean duten eragina aztertuko da. Horretarako, EAEOI'02ko datuetan oinarrituta, hauek hartu dira emaitza-aldagai gisa: osasunaren autobalorazioa, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea, arazo kronikoren baten, eta, zehazki, bi arazoren -zerbikaletako mina eta nerbioetako arazoak- prebalentzia, ohiko erretzaileen prebalentzia, sedentarismoaren prebalentzia eta zazpi ordu baino gutxiago lo egitearen prebalentzia. Batetik, denbora libre gehiago edo gutxiago izatearekin duten harremanagatik aukeratu dira guztiak, eta, bestetik, gehiegizko lan zamen ondoriozkoak izan daitezkeelako.

Aldagai independente nagusi gisa, bikotean etxeko lanak banatzeko era hartu da; horretarako, EAEOIen jasotako galdera hartu da, hain zuzen ere, bikotekideek etxeko lanak zein maiztasunez egiten dituzten (“beti egiten dira”, “asteburuetan ia beti”, “ia inoiz ere ez” eta “inoiz ere ez”). Banakako galdesorta erantzun zuen eta bikotekidearekin bizi zen pertsona bakoitzaren kasuan, bikotekideak galdera berari emandako erantzuna berreskuratu zen. Bi erantzunak alderatuta, hurrengo hiru kategoria hauek sortu dira:

- Lanen banaketa orekatua edo emakumeentzako faboragarria: bikoteko bi kideak bat datoz etxeko lanak egiteko maiztasunari buruz esandakoan edo gizonak dio etxeko lanak emakumeak baino maiztasun handiagoz egiten dituela<sup>54</sup>.
- Lanaren banaketa oso desorekatua: emakumeak lanak honako maiztasunarekin egiten dituela adierazten du: “beti egiten dira”, eta gizonak: “inoiz ere ez”.

<sup>54</sup> Oso kasu gutxitan gertatu da gizonak adieraztea emakumeak baino maiztasun handiagoz egiten dituela etxeko lanak eta, horregatik, ezin izan da rolen banaketa desberdin honek emakumeen osasunean izan dezakeen eragina zenbatetsi; kasu horiek “banaketa orekatua” atalean sartu dira.

- Lanen banaketa desorekatua: banaketa ez da berdintasunezkoa, baina oso desorekatua ere ez. “Baztertze” kategoria bat denez, emaitzak kontu handiz interpretatu behar dira.

Gainera, beste faktore hauek ere aintzat hartu dira: familiaren gizarte klasea (eskulangileak eta eskulangileak ez direnak<sup>55</sup>), emakumeek duten laguntza afektiboa (Duke eskalatik abiatuta) eta etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorakorik bizi ote den. Denak dira kontuan izan beharreko aldagai garrantzitsuak famili arduraren eta emakumeen osasunaren erlazioan, horiek biak uztartzeko erraztasunak edo zailtasunak eman ditzaketelako. Kontuan izan behar dira laguntza ekonomikoa, praktikoa eta emozionala eman dezaketen elementuak, lan zamaren zati bat euren gainean hartuz, eta bestela, emakumeak bere gain hartu beharko lukeena. Horri dagokionez, pentsa daiteke eskulangileak ez diren klaseetako emakumeek (aberatsagoek) hobe jasan dezaketela lanaldi bikoitza, famili zama horien zati bat (seme-alaben eta inoren laguntza behar duten pertsonen zainketa) beste baten esku uzteko beste baliabide ekonomiko dutelako. Bestalde, eskulangileen klaseetako emakumeek (txiroagoek), ordainsari txikiagoak dituztenez, hurbileko gizarte laguntzako sareetara joko lukete, bereziki, familiako kideengana edota lagunengana.

2002an argitaratutako azterlan batek (Artazcoz eta kideak, 2002) aztertu zuen, lehenengoz, lanbidea eta famili bizitza bateratzeak bikotean bizi ziren 25 eta 64 urte bitarteko euskal biztanleetan antzemandako osasun egoeran zuen eragina; azterlan horrek Andaluzia, Katalunia eta EAEdo datuak alderatzen zituen, azken horri buruzkoak EAEOI'97tik aterata. Etxeko lan zama hiru aldagai hauen arabera neurtu zen: etxean bizi zen pertsona-kopurua (bi, hiru edo gehiago), etxean 15 urtetik beherakoak bizitzea eta etxean 65 urtetik gorakoak bizitzea. Ondorioen artean, hauxe nabari zen: etxeko lan zama osasun egoera txarrarekin lotzen zen soilik emakumeak eskulangileak (txiroagoak) zirenean; gizartearen goiko klaseetako emakumeen kasuan, aldiz, ez zegoen erlazorik famili exijentzien eta osasun egoeraren artean.

Hurrengo taula eta grafikoetan, etxeko lanen banaketa-motaren eta osasun aldagaien arteko erlazioa jakiteko prebalentzi ratioak (PR)<sup>56</sup> eta batez besteko puntuazioak jaso dira. Aurkeztutako emaitza guztiak adinaren arabera doitu daude.

#### 4. Emaitzak

Osasunaren autobalorazioari dagokionez, 16. taulak erakusten du etxeko lanen banaketa-motak eragin garrantzitsua duela ordaindutako lana egiten duten emakumeen osasunean. Horrela, etxeko lan guztiak egiten dituzten landun emakumeek euren osasuna txartzat jotzeko %56ko probabilitate handiagoa dute, etxeko lanak berdintasunez banatzen dituzten emakumeek baino. Emaitza hori mantendu egiten da aldagai hauek kenduta ere: gizarte klasea, gizarte laguntza edo inoren laguntza behar ez duen 65 urtetik gorako pertsona bat bizitzea etxean.

<sup>55</sup> Eskulangileak ez diren klaseak I., II. eta III. talde sozioekonomikoekin (aberatsenak) bat datoz eta eskulangileak direnak, aldiz, IV. eta V. taldeekin (txiroenak)

<sup>56</sup> Prebalentzi ratioa (PR) asoziazio neurri bat da eta horrek baldintza jakin bat (esate baterako, osasun txarra) talde jakin batean beste batean (erreferentzia taldea) baino zenbat probableagoa den adierazten du. Prebalentzi ratioaren (PR) gaineko azalpen zehatzago bat eranskin metodologikoan aurki daiteke.

**16. taula: Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Ordaindutako lana duten emakumeak N=733							
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>								
Oso desorekatua	1,56 (1,18-2,05)	0,002	1,50 (1,14-1,98)	0,004	1,49 (1,13-1,97)	0,005	1,61 (1,22-2,13)	0,001
Desorekatua	1,00 (0,78-1,28)	0,985	0,96 (0,74-1,23)	0,733	0,98 (0,77-1,26)	0,895	0,98 (0,76-1,26)	0,871
Orekatua	1		1		1		1	
<b>Gizarte klasea</b>								
Eskulangileak			1,18 (0,94-1,47)	0,151				
Eskulangileak ez direnak			1					
<b>Laguntzarik eza</b>								
Bai					1,50 (1,11-2,02)	0,008		
Ez					1			
<b>&gt; 65 etxean bizi</b>								
Ez							1,50 (0,73-3,08)	0,273
Bai							1	

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

Gizarte klase bakoitzean gertatzen dena aztertzen badugu, hau da, gizarte klasearen arabera estratifikatutako (eskulangileak eta eskulangileak ez direnak) azterketa egiten badugu, ikus dezakegu lanen banaketaren eta antzemandako osasun txarraren arteko erlazioa estuagoa dela ez eskulangileen klaseetako emakumeen (aberatsagoen) artean. (Eskulangileak: PR: 1,34; %95eko KT: 0,94-1,9; Eskulangileak ez direnak: PR: 1,51; %95eko KT: 0,99-2,31).

**17. taula: Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Eskulangileak N=351		Eskulangileak ez direnak N=376	
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>				
Oso desorekatua	1,34 (0,94-1,90)	0,107	1,51 (0,99-2,31)	0,057
Desorekatua	0,77 (0,55-1,09)	0,135	1,19 (0,83-1,70)	0,338
Orekatua	1		1	

\*PR: prebalentzi ratioa

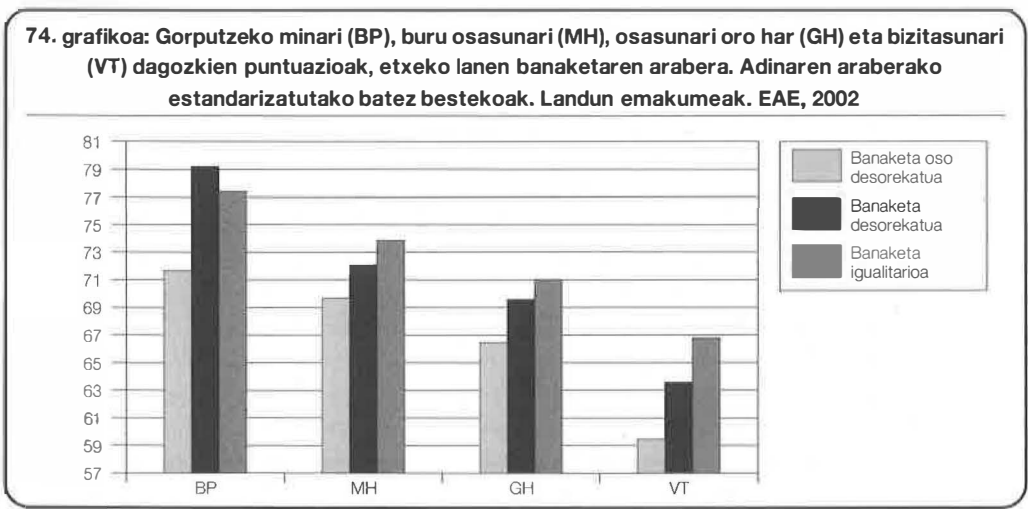
\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

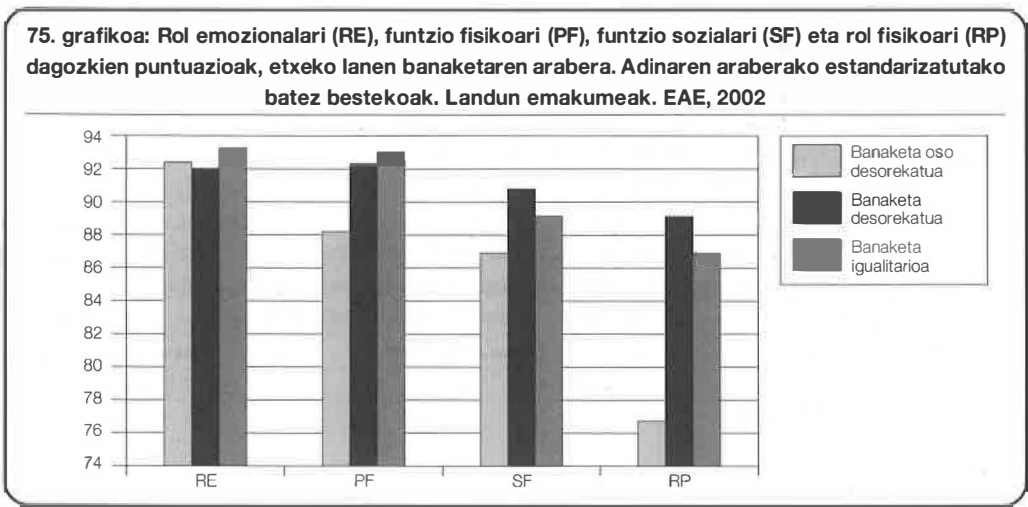
Osasunarekin zerikusia duen bizi kalitateari dagokionez (OZBK), hurrengo bi grafikoek erakusten dutenez, eredu argia dago dimentsio gehienetan eta, horren arabera, etxeko lan guztiak egiten dituzten emakume

landunek dituzte puntuaziorik txarrenak. Funtzio fisikoa (PF), rol fisikoa (RP), osasuna oro har (GH) eta bizitasuna (VT) bezalako dimentsioetan ikusitako aldeak estatistikoki adierazagarriak dira, gizarte klaseak duen eragina ere kontuan hartuta.

Ikus daitekeenez, “banaketa desorekatua” kategoriak joera aldakorra erakusten du; batetik, dimentsio erdietan tarteko balioak hartzen ditu muturreko kategorien artean eta, bestetik, balioak “berdintasunezkoak” baino handiagoak edo “oso desorekatuak” baino txikiagoak dira. Hori, ziurrenik, oso egoera anitzak hartzen dituen kategoria delako da.



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta

Dimentsio bakoitzean, gizarte klasearen arabera estratifikatutako azterketa egiten badugu, rol emozionala (RE) eta funtzio soziala (SF) kenduta, beste dimentsio guztiek bi ezaugarri berdinak dituztela ikusiko dugu:

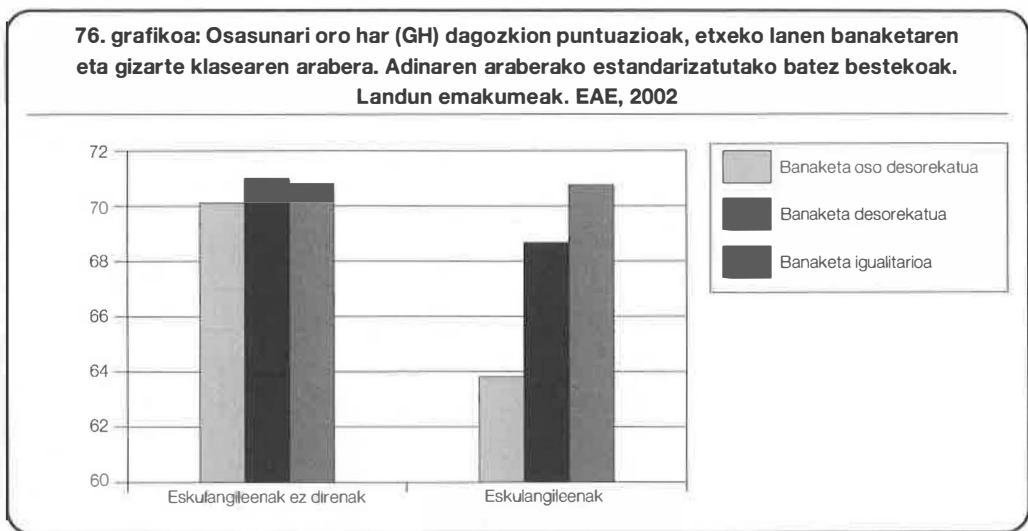
- Lanen banaketa oso desorekatua duten emakume landunen puntuazioak txikiagoak dira lanak bikotekidearekin berdintasunez banatzen dituzten emakumeenak baino, berdin eskulangileen klasetan zein eskulangileak ez direnetan.

- Eskulangileen klaseetako emakumeen (txiroagoen) puntuazioak txikiagoak dira eskulangileak ez diren klaseetakoak (aberatsagoak) baino, etxeko lanen banaketaren kategoria guztietan.

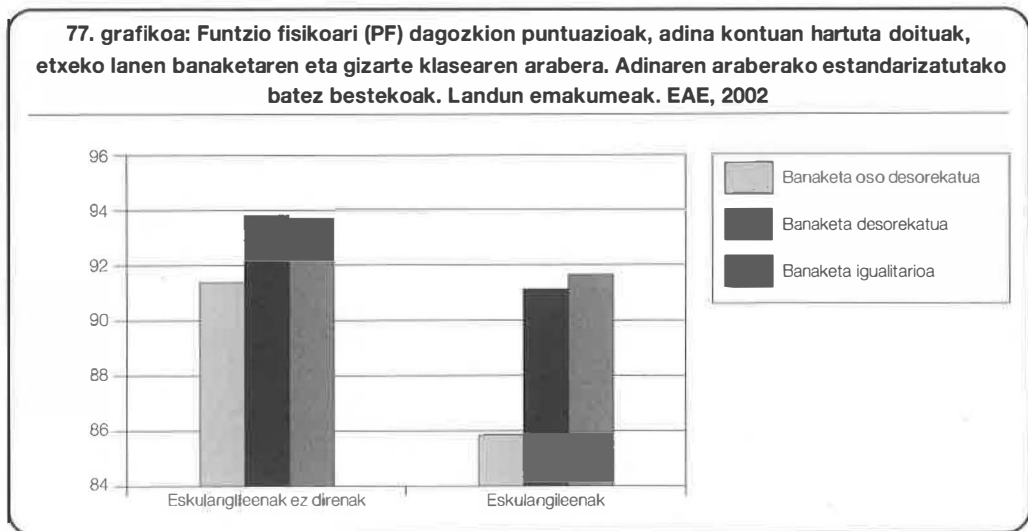
Dimentsio horietan, hirutan (osasuna oro har (GH), funtzio fisikoa (PF) eta rol fisikoa (RP)), etxeko lanen banaketa-motak desberdintasun handiagoa ezartzen du emakume txiroagoen artean. Gainerako dimentsioetan, etxeko lanen banaketa-motaren eragina handiagoa da eskulangileak ez diren klaseetako emakumeen (aberatsagoen) artean, batez ere, buru osasunean (MH) eta bizitasunean (VT) eta, neurri txikiago batean, gorputzeko minean (BP).

Gainerako bi dimentsioetan (rol emozional –RE– eta funtzio soziala –SF–), eskulangileen gizarte klaseko emakumeak (txiroagoak) ez dira azaldutako eredura doitzen, aurreko dimentsioetan denetan agertu arren (puntuazio handiagoak ezartzen ditu lanen banaketa orekatua duten emakumeengan).

Hurrengo grafikoetan (76 eta 83 bitartekoak) aipatutako joerak ikus daitezke.

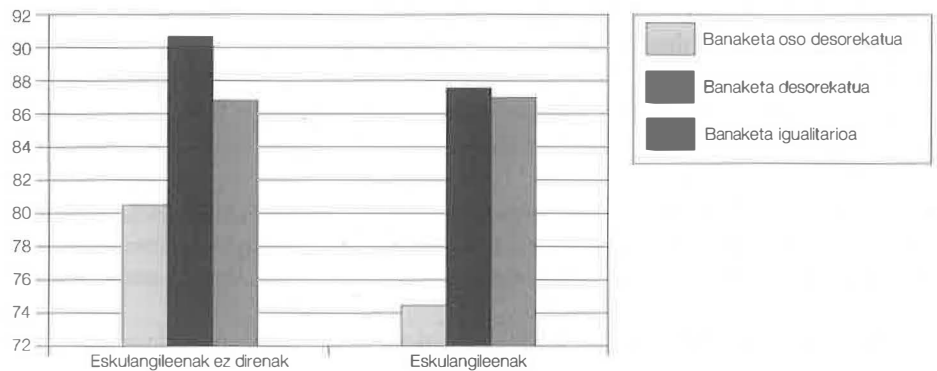


Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta



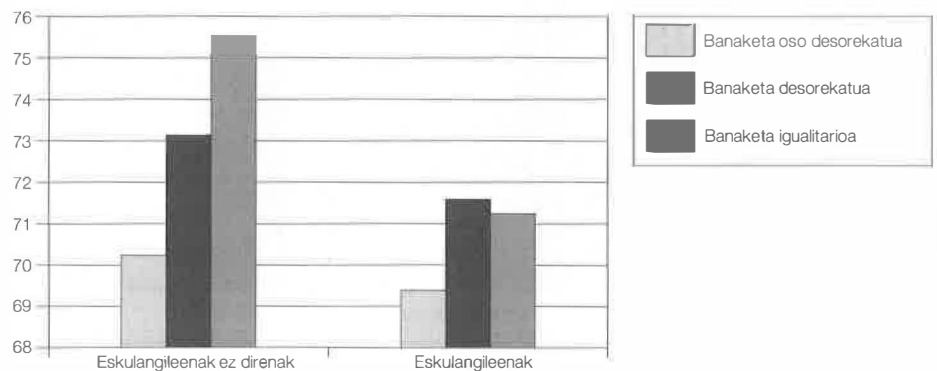
Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta

**78. grafikoa: Rol fisikoari (RP) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002**



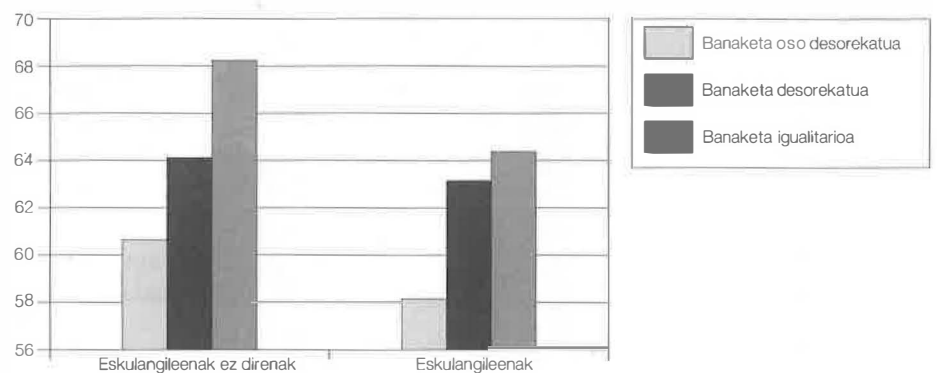
Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta

**79. grafikoa: Buru osasunari (MH) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta

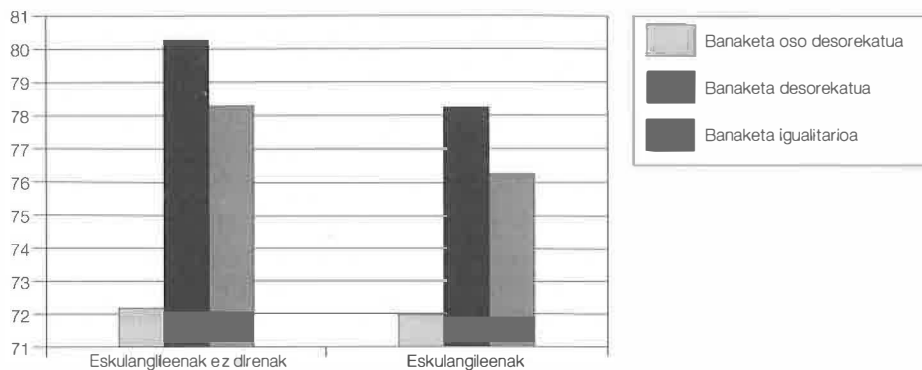
**80. grafikoa: Bizitasunari (VT) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta

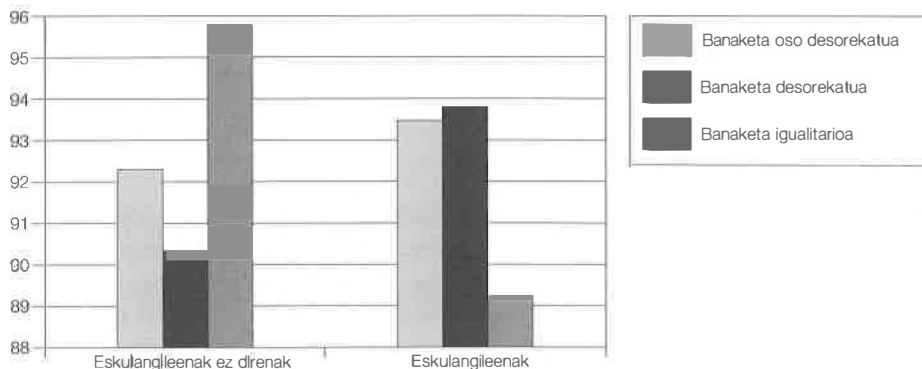


**81. grafikoa: Gorputzeko minari (BP) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002**



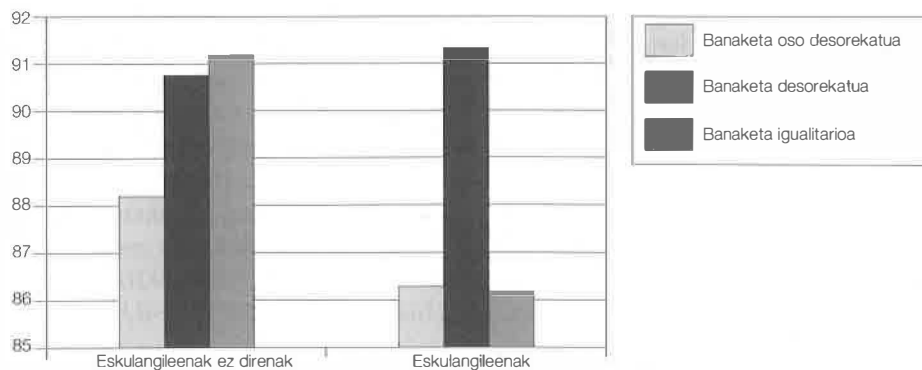
Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta

**82. grafikoa: Rol emozionalari (RE) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta

**83. grafikoa: Funtzio sozialari (SF) dagozkion puntuazioak, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Landun emakumeak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta

Azterketako beste aldagai bati dagokionez, arazo kronikoen prebalentzia, badirudi ez dagoela alde adierazagarriak emakume landunen artean etxeko lanen banaketa-motaren arabera. Hurrengo taulak erakusten duenez, nahiz eta arazo kronikoren bat izateko probabilitatea pixka bat handiagoa izan lanen banaketa “desorekatua” edo “oso desorekatua” duten emakumeen artean (bikotekidearekin lanak era orekatuan banatzen dituzten emakumeen aldean), aldeak ez dira estatistikoki oso adierazgarriak. Gizarte klasearen arabera, ez da inolako erlaziorik ikusten (datuak ez dira erakutsi).

Denborarik ezarekin, estresarekin edo gehiegizko lan zamak hartzearekin lotuta egon daitezkeen nerbio-etako arazoen eta zerbikaletako minaren analisi zehatzak ere ez du erakusten inolako erlaziorik dagoenik etxeko lanen banaketa-motarekin.

**18. taula: arazo kronikoen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta ditua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Ordaindutako lana duten emakumeak N=733							
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>								
Oso desorekatua	1,06 (0,8-1,41)	0,676	1,06 (0,80-1,41)	0,69	1,07 (0,81-1,43)	0,618	1,06 (0,80-1,42)	0,682
Desorekatua	1,15 (0,94-1,40)	0,162	1,15 (0,94-1,40)	0,174	1,17 (0,96-1,43)	0,117	1,14 (0,93-1,39)	0,211
Orekatua	1		1		1		1	
<b>Gizarte klasea</b>								
Eskulangileak			1,01 (0,83-1,21)	0,95				
Eskulangileak ez direnak			1					
<b>Laguntzarik eza</b>								
Bai					1,23 (0,91-1,67)	0,187		
Ez					1			
<b>&gt; 65 etxean bizitzea</b>								
Ez							1,02 (0,58-1,77)	0,949
Bai							1	

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Bere aldetik, eta astialdian ariketa fisikoa egiteari dagokionez, honakoa ikus dezakegu: rolen banaketa oso desorekatua den etxe batean bizitzea emakume landunek ariketa fisikoa egiteko probabilitate txikiagoarekin lotzen da (PR: 0,48; %95eko KT: 0,29-0,80). Gauza bera gertatzen da, baina probabilitate txikiagoarekin, etxeko lanen banaketa desorekatua duten emakumeen artean (PR: 0,76; %95eko KT: 0,58-0,98). Kontuan izanda gainerako aldagai bakoitzak duen eragina, ikus dezakegu probabilitateak ia doi-doi mantentzen direla; horrela, esan dezakegu etxeko lanen banaketa-motak erlazio adierazgarria duela ariketa fisikoa egitearekin, berdin izanik hurrengo aldagai hauen eragina: gizarte klasea (PR: 0,49; %95eko KT: 0,29-0,81), gizarte laguntza (PR: 0,49; %95eko KT: 0,29-0,81) eta etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorako pertsona bat bizitzea (PR: 0,52; 0,31-0,86).

**19. taula: Aktibo izatearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Ordaindutako lana duten emakumeak N=733							
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>								
Oso desorekatua	0,48 (0,29-0,80)	0,005	0,49 (0,29-0,81)	0,005	0,49 (0,29-0,81)	0,005	0,52 (0,31-0,86)	0,011
Desorekatua	0,76 (0,58-0,98)	0,035	0,75 (0,58-0,98)	0,035	0,77 (0,59-0,99)	0,044	0,77 (0,60-1,01)	0,055
Orekatua	1		1		1		1	
<b>Gizarte klasea</b>								
Eskulangileak			0,88 (0,69-1,13)	0,322				
Eskulangileak ez direnak			1					
<b>Laguntzarik eza</b>								
Bai					0,94 (0,57-1,54)	0,799		
Ez					1			
<b>&gt; 65 etxean bizitzea</b>								
Ez							2,09 (0,58-7,48)	
Bai							1	0,257

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

Aldagai honetan, gizarte klasearen arabera estratifikatutako ikerketak erakusten duenez, etxeko lanen banaketa-motaren eta ariketa fisikoaren arteko erlazioa bi klaseetan mantentzen da, nahiz eta funtsezko desberdintasunak egon: eskulangileak ez diren klaseetako emakumeen (aberatsenen) kasuan erlazioa argiago da (PR: 0,28; %95eko KT: 0,10-0,75) eta, eskulangileen klaseetako emakumeen artean, aldiz, erlazioa ahuldu egiten da, eta adierazgarritasun estatistikoa galtzen du (PR: 0,69; %95eko KT: 0,37-1,26).

**20. taula: Aktibo izatearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Eskulangileak N=351		Eskulangileak ez direnak N=378	
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>				
Oso desorekatua	0,69 (0,37-1,26)	0,226	0,28 (0,10-0,75)	0,011
Desorekatua	0,77 (0,52-1,13)	0,185	0,81 (0,57-1,15)	0,234
Orekatua	1		1	

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

Tabako kontsumoari dagokionez, azterlan batzuek ohitura hori egunez egun biziako estres egoerekin lotu dute (Green eta Johnson, 1990; Steptoe eta kideak, 1996); beraz, interesgarritzat jo zen aztertzea ordaindutako lana eta etxeko lana uztartzeak eraginik ba ote duen emakume landunen erretzeko ohituretan.

21. taulan ikus dezakegunez, etxeko lanen banaketa-motak eragina du ordaindutako lana duten emakumeengan tabakoa erretzeko ohiturari dagokionez; izan ere, etxeko lanen banaketa oso desorekatua duten emakumeek %41eko (PR: 1,41; %95eko KT: 1,02-1,96) probabilitate handiago dute ohiko erretzaile izateko, etxeko lanen banaketa orekatua duten emakumeek baino. Erlazioa antzera mantentzen da hurrengo aldagai hauen eragina kenduta ere: gizarte klasea (PR: 1,39; %95eko KT: 1-1,94), gizarte laguntza (PR: 1,44; %95eko KT: 1,04-1,99) eta etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorako pertsona bat bizitzea (PR: 1,43; %95eko KT: 1,02-1,99). Era berean, ohiko erretzailea izateko probabilitatea handiagoa da lanen banaketa desorekatua duten emakumeengan, lanen banaketa orekatua dutenen aldean, aurreko aldagai bakoitzaren arabera doituta.

**21. taula: ohiko erretzaile izatearen prebalentzi ratioa (PR), lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Ordaindutako lana duten emakumeak N=733							
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>								
Oso desorekatua	1,41 (1,02-1,96)	0,039	1,39 (1,00-1,94)	0,049	1,44 (1,04-1,99)	0,029	1,43 (1,02-1,99)	0,036
Desorekatua	1,36 (1,08-1,71)	0,009	1,33 (1,05-1,68)	0,018	1,37 (1,09-1,72)	0,007	1,36 (1,08-1,71)	0,009
Orekatua	1		1		1		1	
<b>Gizarte klasea</b>								
Eskulangileak			1,05 (0,84-1,31)	0,651				
Eskulangileak ez direnak			1					
<b>Laguntzarik eza</b>								
Bai					0,66 (0,38-1,16)	0,148		
Ez					1			
<b>&gt; 65 etxean bizitzea</b>								
Ez							1,13 (0,53-2,40)	
Bai							1	0,751

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Azterketa gizarte klasearen arabera estratifikatzen badugu, ikus dezakegu erlazioa berdin mantentzen dela eskulangileen klaseetako emakumeen (txiroagoen) artean; horien kasuan, ohiko erretzailea izateko probabilitatea 1,42 bider handiagoa da etxeko lanen banaketa oso desorekatua bada, lanen banaketa orekatua duten emakumei dagokionez (PR: 1,42; %95eko KT: 0,95-2,12). Eskulangileak ez diren klaseetako emakumeen (aberatsagoen) kasuan, aldea ez da adierazagarria, baina mantendu egiten da lanen banaketa desorekatuari dagokiona, lanen banaketa orekatuaren aldean (PR: 1,56; %95eko KT: 1,13-2,15).

**22. taula: Ohiko erretzaile izatearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Eskulangileak N=351		Eskulangileak ez direnak N=378	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
<b>Lanen banaketa</b>				
Oso desorekatua	1,42 (0,95-2,12)	0,087	1,22 (0,69-2,17)	0,49
Desorekatua	1,03 (0,74-1,43)	0,848	1,56 (1,13-2,15)	0,007
Orekatua	1		1	

\*PR: prebalentzi ratioa  
\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAE012002 oinarri gisa hartuta.

Azkenik, eta egunean 7 ordu baino gutxiago lo egiteari dagokionez, berriro ere etxeko lan guztiak egin behar dituzten emakume landunek probabilitate handiagoa dute emaitza ez hain osasuntsuak izateko. Kasu honetan, egunean 7 ordu baino gutxiago lo egiteko probabilitatea %81 handiagoa da, lanak era orekatuan banatzen dituzten emakumeen aldean (PR: 1,81; %95eko KT: 1,14-2,87). Erlazioaren magnitudea mantendu egiten da hurrengo aldagai hauen arabera doituta: gizarte klasea (PR: 1,86; %95eko KT: 1,17-2,95), gizarte laguntza (PR: 1,73; %95eko KT: 1,10-2,71) eta etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorako pertsona bat bizitzea (PR: 1,83; %95eko KT: 1,14-2,92).

**23. taula: Egunean 7 ordu lo egitearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta doitua. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	Ordaindutako lana duten emakumeak N=733							
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>								
Oso desorekatua	1,81 (1,14-2,87)	0,012	1,86 (1,17-2,95)	0,009	1,73 (1,10-2,71)	0,018	1,83 (1,14-2,92)	0,012
Desorekatua	0,99 (0,65-1,49)	0,946	1,01 (0,66-1,52)	0,979	0,95 (0,63-1,43)	0,818	0,99 (0,65-1,49)	0,956
Orekatua	1		1		1		1	
<b>Gizarte klasea</b>								
Eskulangileak			0,93 (0,65-1,33)	0,698				
Eskulangileak ez direnak			1					
<b>Laguntzarik eza</b>								
Bai					2,20 (1,40-3,44)	0,001		
Ez					1			
<b>&gt; 65 etxean bizitzea</b>								
Ez							1,11 (0,43-2,86)	0,831
Bai							1	

\*PR: prebalentzi ratioa  
\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAE012002 oinarri gisa hartuta.

Azterketa gizarte klasearen arabera egiten badugu, ikus dezakegu etxeko lanen banaketa oso desorekatua erlazionatuta dagoela, bi klaseetan, egunean gutxienez 7 ordu lo egiteko probabilitate txikiagoarekin, nahiz eta indar handiagoz azaldu eskuzko klaseko emakumeen (txiroagoen) artean: azken horien kasuan, probabilitatea bikoiztu egiten da etxeko lanen banaketa orekatua duten emakume landunen aldean (PR: 2,19; %95eko KT:

1,1-4,39). Emakume landun aberatsenen kasuan ere, probabilitatea handiagoa da etxeko lanen banaketa desorekatua dutenentzat, nahiz eta estatistikoki adierazagarria ez izan (PR: 1,78; %95eko KT: 0,95-3,34).

**24. taula: Egunean 7 ordu lo egitearen prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitu. Landun emakumeak. EAE, 2002**

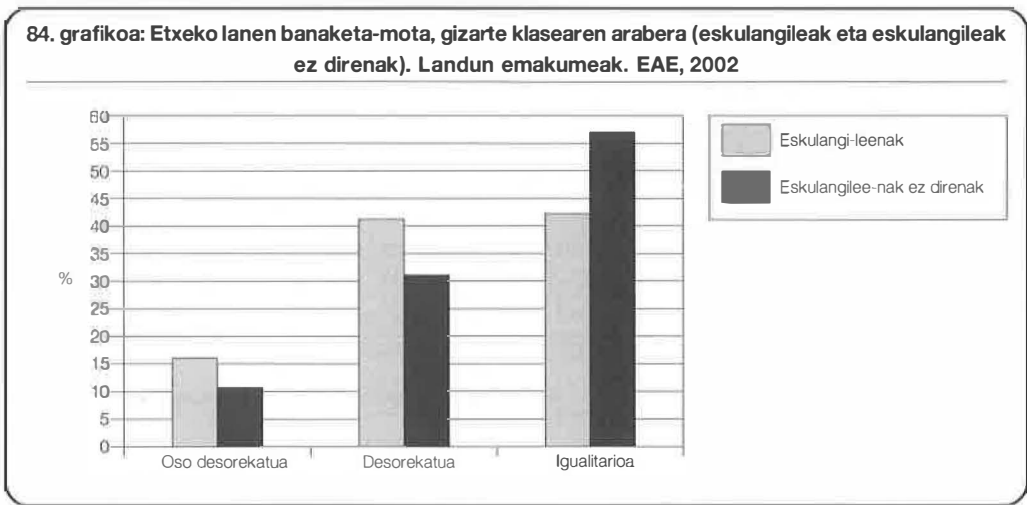
	Eskulangileak N=351		Eskulangileak ez direnak N=378	
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>				
Oso desorekatua	2,19 (1,10-4,39)	0,027	1,78 (0,95-3,34)	0,071
Desorekatua	1,27 (0,68-2,36)	0,457	0,85 (0,47-1,53)	0,589
Orekatua	1		1	

\*PR: prebalentzi ratioa  
 \*\* Konfiantza-tarte: %95

Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

Ondorio gisa, agerian geratu da emakume landunen osasuna erlaxionatuta dagoela emakumeek bizitza pribatuan euren gain duten lan zamarekin. Osasunarengainean aztertutako aldagai gehienetan (osasunaren autobalorazioa, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea eta osasunarekin lotutako bizi ohitura batzuk, esate baterako, astialdian ariketa fisikoa egitea, tabakoa erretzea eta egunean 7 ordu baino gutxiago lo egitea), etxeko lanen ardura osoa hartu behar duten emakumeek emaitza txarragoak azaltzen dituzte lanen banaketa orekatua dutenek baino.

Bestalde, ez dirudi eredu argirik dagoenik gizarte klasearen arabera; izan ere, eskulangileak diren zein eskulangileak ez diren klaseetako emakume landunengan, etxeko egoeraren asimetria egoera txarrago batekin lotzen da, nabariagoa kasu batean bestean baino, kontuan hartutako aldagaiaren arabera. Gainera, eskulangileen klaseetako emakumeek (txiroagoek) probabilitate handiagoa dutenez lanen banaketa desorekatua dagoen etxe batean bizitzeko (ikus 84. grafikoa), emakumeek proportzio handiagoan jasaten dituzte etxeko zamen banaketa desorekatu batek osasunaren gain dakartzan eragin negatiboak.



Iturria: guk eginikoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

3.2.2.3. *Ikuspegi osoa: emakumeen lan egoeraren eta osasunaren arteko erlazioa berriro interpretatzea etxeko desberdintasunetik abiatuta*

3.2.2.1. atalean lan egoeraren eta gizon eta emakumeen osasunaren arteko loturaren gainean egindako azterketak erakusten zuenez, ordaindutako lana ez da argi eta garbi mesedegarria emakumezkoen osasunerako, gizonetzkoen aldean, bai osasunaren autobalorazioari dagokionez, bai SF-36ren puntuazioei dagokienez. Hurrengo atalean, emakume landunen errealitatea oso anitza dela erakutsi da, lan jardueraz gain etxean euren gain hartu behar duten lan zamaren arabera. Horri dagokionez, ordaindutako lanaz gain, emakumeok etxeko lanaren ardura gehiena edo osoa hartu behar badute, euren osasuna txarragoa da, argi eta garbi, lanak bikotekidearekin berdintasunez banatzen dituzten emakume landunen aldean.

Horregatik, azken atal honetan, ondorio gisa, fenomeno osotara hartuta azalduko da; bikotean bizi diren emakumeen osasunaren autobalorazioan eta osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatean dauden aldeak aztertuko ditugu, kontuan izanik etxekoandreak diren edo ordaindutako lana duten. Azken horiei dagokienez, bi aukera aintzat hartuko ditugu: etxeko lanen banaketa orekatua edo oso desorekatua duten. Horrela, jakingo da emakume landuna izatea, batzuetan, etxekoandrea izatea baino kaltegarriagoa ote den osasunerako. Horrek behar bat azaleratzen du, hain zuzen ere, osasun arloko genero desberdintasunen ikerketak bizitza publiko eta pribatuan lan zamek duten eragina kontuan hartzen duen eredu kontzeptual eta analisi batetik abiatu behar duela.

5. Emaitzak

25. taula: Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), lan egoeraren eta etxeko lanen banaketaren arabera, hainbat aldagai kontuan hartuta ditua. Emakumezkoak. EAE, 2002

	Emakumezkoak N=1.783							
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>								
Etxekoandrea	1,31 (1,08-1,58)	0,006	1,27 (1,05-1,53)	0,015	1,26 (1,04-1,52)	0,018	1,29 (1,07-1,56)	0,009
Landuna, banaketa oso desorekatua	1,54 (1,18-2,02)	0,002	1,50 (1,15-1,97)	0,003	1,47 (1,13-1,92)	0,005	1,56 (1,19-2,05)	0,001
Landuna, banaketa desorekatua	0,99 (0,77-1,27)	0,942	0,96 (0,75-1,24)	0,766	0,99 (0,77-1,27)	0,927	0,97 (0,75-1,25)	0,824
Landuna, banaketa orekatua	1		1		1		1	
<b>Gizarte klasea</b>								
Eskulangileak			1,10 (0,97-1,25)	0,136				
Eskulangileak ez direnak			1					
<b>Laguntzarik eza</b>								
Bai					1,60 (1,39-1,85)	0,001		
Ez					1			
<b>&gt; 65 etxean bizitzea</b>								
Ez							1,09 (0,83-1,43)	0,522
Bai							1	

\*PR: prebalentzi ratioa

\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Osasunaren autobalorazioari buruz 25. taulan ikus dezakegunez, etxeko lanen ardura osoa duten emakume landunak %54ko probabilitate handiagoa dute euren osasuna txartzat baloratzeko erreferentzi taldeari, hau da, etxeko lanen banaketa orekatua duten emakume landunei, dagokionez (PR: 1,54; %95eko KT: 1,18-2,02). Etxekoandreek ere euren osasuna negatiboki baloratzeko probabilitate handiagoa erakusten dute erreferentzi taldeari dagokionez, baina etxeko lanen banaketa oso desorekatua duten emakume landunek baino txikiagoa (PR: 1,31; %95eko KT: 1,08-1,58). Eredua gizarte klasearen, gizarte laguntzaren edo etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorako pertsona bat bizitzearen arabera doituta, etxeko lanen banaketa oso desorekatua duten emakume landunek euren osasuna txartzat baloratzeko probabilitate handiagoa dute, eta horien atzetik etxekoandreek.

Gizarte klasearen arabera estratifikatutako azterketak erakusten duenez, ordaindutako lanaren eragin mesedegarria argiagoa da eskulangileen klaseetako emakumeen (aberatsagoen) artean eta, horietan, etxeko lanen banaketa oso desorekatua dutenek %55eko probabilitate handiagoa dute euren osasuna txarra dela esateko, lan banaketa orekatua duten emakume landunek baino (PR: 1,55; %95eko KT: 1,03-2,34). Gainerako kategorietan, aldeak ez dira estatistikoki adierazgarriak.

**26. taula: Antzemandako osasunaren txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), lan egoeraren, etxeko lanen banaketaren eta gizarte klasearen arabera, adina kontuan hartuta doitua. Emakumezkoak. EAE, 2002**

	Eskulangileak N=1.000		Eskulangileak ez direnak N=783	
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
<b>Lanen banaketa</b>				
Etxekoandrea	1,19 (0,92-1,54)	0,183	1,28 (0,97-1,70)	0,083
Landuna, banaketa oso desorekatua	1,34 (0,94-1,92)	0,104	1,55 (1,03-2,34)	0,036
Landuna, banaketa desorekatua	0,79 (0,56-1,12)	0,183	1,20 (0,84-1,71)	0,321
Landuna, banaketa orekatua	1		1	

\*PR: prebalentzi ratioa  
\*\* Konfiantza-tartea: %95

Iturria: guk eginkoa, EAE01 2002 oinarri gisa hartuta.

Osasunarekin lotuta dagoen bizi kalitateari dagokionez (SF-36tik neurtuta), hurrengo bi grafikoek aztertutako talde bakoitzaren batez bestekoak erakusten dizkigute. Horrela, ikus daitekeenez, rol emozionala (RE) kenduta, puntuaziorik txarrenak etxeko lanen banaketa oso desorekatua duten emakume landunenak dira. Desberdintasun horiek adierazgarriak dira estatistikoki, etxeko lanen banaketa orekatua duten emakume landunei dagokionez, hurrengo dimentsio hauetan: osasuna oro har (GH), funtzio fisikoa (PF), rol fisikoa (RP) eta bizitasuna (VT).

Era berean, zortzi dimentsioetatik bostetan –osasuna oro har (GH), buru osasuna (MH), funtzio fisikoa (PF), bizitasuna (VT) eta rol emozionala (RE)–, etxeko lanak bikotekidearekin berdintasunez banatzen dituzten emakume landunek puntuaziorik onenak dituzte.

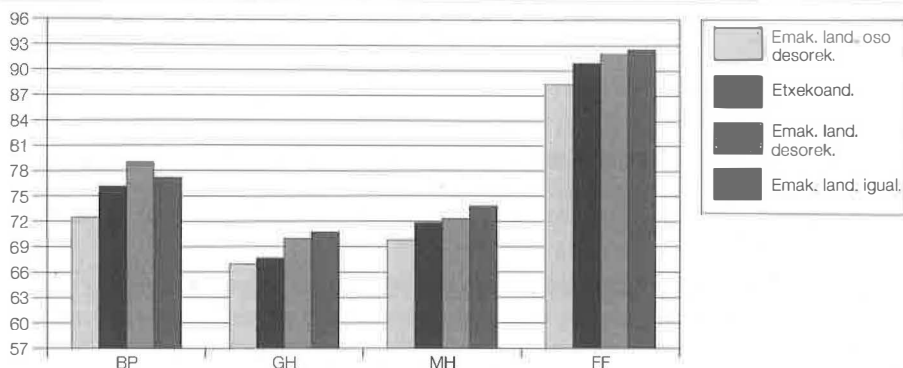
Bere aldetik, dimentsio guztietan, rol emozionala kenduta (RE), etxekoandreen puntuazioak rolen banaketa oso desorekatua duten eta ordaindutako lana egiten duten emakumeenak baino hobeak dira. Hala ere, horien puntuazioak emakume landun orekatuenak baino txikiagoak dira, rol fisikoa (RP) eta funtzio soziala (SF) kenduta.

Gizarte klasearen arabera segmentatutako azterketa egitean (datuok ez dira erakutsi), aldeak daude eskulangileen klaseetako eta eskulangileak ez diren klaseetako emakumeen artean. Horrela, ordaindutako



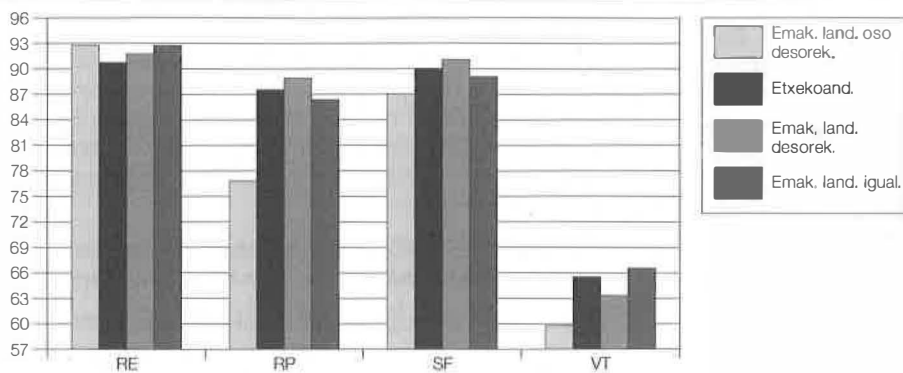
lanaren eragin babeslea handiagoa da eskulangileak ez diren klaseetako emakumeen (aberatsenen) artean; horietan, rolen banaketa orekatua duten emakume landunek puntuazio hobea dituzte dimentsio guztietan, etxekoandreak eta etxeko lanen banaketa oso desorekatua duten emakume landunen aldean.

**85. grafikoa: Gorputzeko minari (BP), osasunari oro har (GH), buru osasunari (MH) eta funtzio fisikoari (PF) dagozkien puntuazioak, lan egoeraren eta etxeko lanen banaketaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Emakumezkoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

**86. grafikoa: Rol emozionalari (RE), funtzio fisikoari (PF), funtzio sozialari (SF) eta rol fisikoari (RP) dagozkien puntuazioak, lan egoeraren eta etxeko lanen banaketaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako batez bestekoak. Emakumezkoak. EAE, 2002**



Iturria: guk eginikoa, EAEI 2002 oinarri gisa hartuta.

Ondorioz, esan daiteke azterlan batzuek ordaindutako lanari buruz esandakoa, hain zuzen ere, eragin mesedegarria duela emakumeen osasunaren gain (Arber, 1997; Bartley eta kideak, 1999; Annendale eta Hunt, 2000), etxeko lanen banaketaren arabera dela. Horrela, ordaindutako lana izatea eta etxeko lanak bikotekidearekin era orekatuan banatzea da egoerarik onena, ordaindutako lan horrek emakumeen osasunaren gain duen eragina mesedegarria izan dadin. Hala ere, emakume landuna izatea ez da etxekoandrea izatea bezain mesedegarria, etxeko lanen banaketa, bikotekidearekin, oso desorekatua denean, hau da, emakumeak hartu behar duenean etxeko lanen ardura gehiena edo osoa. Kasu horretan, azaldutako emaitzek erakusten dutenez, etxekoandreak positiboago baloratzen dute euren osasuna, eta osasunarekin zerikusia duen bizi kalitate hobea dute.

### 3.3 III. KAPITULUKO EMAITZEN SINTESIA

Gizonezkoen eta emakumezkoen osasunean aldeak eta desberdintasunak daude. Aldeak daude ezaugarri biologiko genetiko eta fisiologikoen arrisku desberdinak dakartzatela pertsonen sexuaren arabera. Desberdintasunak daude, aldiz, gizarteak rol eta eremu sozial desberdinak egokitzen dizkietelako gizonezkoen eta emakumezkoen, eta horiek eragina dutelako bien bizi aukeretan eta esperientzietan eta, beraz, osasun eta gaixotasun prozesuetan.

#### **EAEn, emakumeak luzaroago bizi dira baina osasun txarragoaz.**

Emakumezkoen bizi itxaropena gizonezkoena baino handiagoa da adin guztietan. Luzaroago bizi dira, hein batean, bizimodu osasuntsuagoa daramatelako (alkohol eta tabako kontsumo txikiagoa), eta haien jokamoldeak gizonezkoenak bezain arriskutsuak ez direlako. Hala ere, emakumeen rol sozial tradizionala aldatuz doa eta horrek ohiturak ere aldatu egiten ditu; horrela, bizi itxaropenean dauden aldeak leuntzen ari dira gizonezkoen dagokienez.

Hala ere, luzaroago bizitzeak ez du esan nahi osasun hobez bizitzea. Bestela, EAEn, eta beste leku askotan, emakumeek antzemandako osasun txarragoa, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea txarragoa, jardueraren aldi baterako mugapen handiagoa eta, azkenik, arazo kroniko gehiago dute. Horien artean, muskulu eta hezurretako arazoak (bizkarreko mina, artrosia edo zerbikaletako mina) eta arazo psikosomatikoak edo buru osasunarekin lotutako arazoak (migrainak edo nerbioetako arazoak) nabarmentzen dira eta horiek, hein batean, aproposak ez diren rol sozial batzuekin lotuta daude (etxeko lana, eta hori ordaindutako lanarekin bateratzea). Ondorioz, emakumeek bizi itxaropen handiagoa dute, baina gizonezkoek baino osasun txarragoaz bizi dira.

#### **Genero desberdintasunek, EAeko etxeetan, osasun txarragoa dakarkie ordaindutako lana egiten duten emakumei.**

Ordaindutako lana eta etxeko lana uztartzeak, lan horiek ez direnean berdintasunez banatzen, eragin negatiboa du emakumeen osasunean. Bikotekidearekin bizi diren, ordaindutako lana duten eta etxeko lanen ardurak gehiena hartzen duten emakumeek antzemandako osasun txarragoa dute, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitate txarragoa, sedentarioagoak dira, lo gutxiago egiten dute eta erretzaileagoak dira etxeko lanak bikotekidearekin berdintasunez banatzen dituzten emakumeen aldean. Erlazio hori eskulangileak ez diren gizarte klaseetako emakumeengan (aberatsagoengan) zein eskulangileen klaseetakoetan (txiroagoengan) azaltzen da, nahiz eta azken horiengan etxeko desoreka maizago azaldu eta, horren ondorioz, arazoak neurri handiagoan eragin.

#### **Gizonen kasuan, ordaindutako lana positiboki erlazionatzen da osasunarekin; emakumeen kasuan, aldiz, eragina positiboa da soilik etxeko lanak bikotekidearekin batera egiten direnean.**

Gizonen kasuan, ordaindutako lana izatea antzemandako osasun hobe batekin erlazionatzen da, bai eta osasunarekin zerikusia duen bizi kalitate hobearrekin ere lanik gabe daudenen aldean. Hala ere, emakumezkoen kasuan, erlazio hori ez da hain argia, eta kontuan izan behar da etxeko lanen banaketa. Emakumezkoek ordaindutako lana eta etxeko lan gehienak uztartu behar dituztenean, ordaindutako lanaren eragin positiboa galdu egiten da eta emakumeak osasunaren eta osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatearen gain egiten duen balorazioa etxekoandreena baino txarragoa da. Hala ere, etxeko rolen banaketa orekatuagoa denean, etxetik kanpo lan egiteak eragin positiboa dakar emakumeen osasunarako, etxekoandreenen aldean.

#### **Etxeko desberdintasuna ez da desagertzen ari bikote gazteagoengan, beraz, aurreikusten da desberdintasun horrek iraunarazi egingo dituela gizonezkoen eta emakumezkoen osasunean dauden desberdintasunak.**

Emakumeak lan merkatuan sartu arren, gizonezkoak ez dira proportzio berean inplikatu etxeko lanen banaketan; beraz, gizonezkoek eta emakumezkoek egindako lan denbora osoan dauden desberdintasunak handiagoak dira, gaur egun, 30 eta 39 urte bitarteko bikoteengan, 50 eta 59 urte bitartekoengan baino.

## IV. Kapituluak:

### ONDORIOAK ETA PROPOSAMENAK

Osasun arloko gizarte desberdintasunei buruz hitz egiterakoan, gizarte klasea, ikasketa-maila, talde etnikoa edo bizilekua bezalako faktoreek biztanleen osasunaren gain duten eraginaz ari gara. 80ko hamarkadatik aurrera, ikerketa askok agerian utzi dute errealitate hori existitzen dela.

Azterlan honetan ikusi ahal izan denez, EAEn desberdintasun handiak daude osasunean, pertsonen testuinguru sozioekonomikoaren arabera, eta batzuen eta besteen osasunari arrisku gehiago edo gutxiago dakarkie testuinguru horrek, osasun sistema publikoaz baliatzeko eskubide unibertuala albo batera utzita. Horri dagokionez, osasunaren autobalorazioa zein osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea, arazo kronikoen prebalentzia, jardueraren mugapen kronikoa edo aldi baterako mugapena eta bizi ohiturak (esate baterako, alkohol eta tabako kontsumoa, ariketa fisikoa egitea eta dieta), estu lotuta daude, EAEn, pertsonen gizarte klasearekin eta ikasketa-mailarekin.

Pertsonen jatorriak ere erlazio argia du osasunarekin. Horrela, EAEn bizi diren baina Estatuko beste leku batzuetatik etorritako 45 urtetik gorako pertsonak EAEn jaiotakoek baino txarrago baloratzen duten euren osasuna, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitate txarragoa dute eta arazo kroniko gehiago, gizarte klasea edozein dela ere. Horrek pentsarazten digu XX. mendearen erdialdetik aurrera EAEn emigratu zuten pertsonak itxuraz integratuta dauden arren, gaur egun ere zuzendu beharreko desberdintasun handiak daudela bi kolektiboen artean. Hala ere, ez dago kategoriatan honen kontzientzia kolektibo bat gizarte desberdintasunen ardatz gisa. Horregatik, ez gaitu harritu

behar kolektibo hori EAeko biztanleriaren %50 izan arren azterlan gutxi aztertu izana euren egoera eta Administrazioak neurriak hartu ez izana egoera desabantailatsu hori desagerrarazteko.

Azkenik, ikusi ahal izan denez, osasunarekin eta gaixotasunarekin gertatzen den bezala, hilkortasuna ere pertsonen maila sozialarekin eta bizitokiaren ezaugarriekin erlazionatuta dago. Horri dagokionez, nahiz eta heriotza saihestezina izan, noiz eta zeren ondorioz hiltzen garen ez da berdin baldintza sozial batzuen arabera, esate baterako, gizarte klasea, auzoaren maila sozioekonomikoa, ikasketa-maila, lan egoera eta etxebizitzaren erosotasuna.

Onartu behar da osasun ona izateko aukera ez dela era ekitatibo batean banatzen gizartean eta, horrez gain, arazoak larritasun handiagoa hartzen du kontuan hartzen bada desberdintasun hori heredatu egiten dela belaunaldi batetik bestera. Horrela, ikasketa-maila txikiko edo egoera txarrean dagoen gizarte klase bateko gurasoen seme-alabek osasun txarragoa dute haurtzaroan, nerabezaroan eta gaztaroan, eta horrek zerikusia du helduaroan izango duten osasunarekin.

Horri dagokionez, osasun sistematik eta Ongizate Estatuaren gainerako gizarte politiketatik, desberdintasun horiek heredatzea ekidindo duten jarduerak gauzatu behar dira; beraz, ekidin egin behar da haurtzarotik bizi aukera desberdinak bidegabe dakartzan sistema.

Maila sozialarekin zerikusia duten desberdintasun ardatz horiez gain, ikerketak erakutsi duenez, genero desberdintasunek ere bidegabeko aldeak dakartzate gizonezkoen eta emakumezkoen osasunean. Nahiz eta bizi itxaropena handiagoa izan emakumeen kasuan, emakumeok osasun adierazle txarragoak erakusten dituzte, esate baterako dimentsio hauei dagokienez: antzemandako osasun txarragoa, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitate txarragoa, jardueraren aldi baterako mugapen handiagoa eta gizonezkoek baino arazo kroniko gehiago, batez ere, muskulu eta hezurretako arazoak eta psikosomatikoak (buru osasuna); horiek, hein batean, zerikusia dute betetako rol sozialekin, lanekoekin eta familiakoekin, kaltegarriagoak baitira emakumeen kasuan. Zehatz esanda, bikotean bizi diren emakumeen kasuan, etxeko lana eta ordaindutako lana uztartzea osasun txarragoarekin lotzen da, emakumeok etxeko lan guztiak egin behar badituzte. Etxeko arduren desorekak dakarren eragin kaltegarriari dagokionez, gizonezkoentzat ordaindutako lana osasun hobearekin erlazionatzen da langabezia dauden gizonezkoen aldean; emakumezkoen kasuan aldiz, eragin mesedegarria ez da hain nabaria eta zerikusi handia du etxeko lanen banaketak, bai klase aberatsagoko emakumeen artean, bai txiroagoen artean.

Laburbilduz, nabaria da gizarte eta genero desberdintasunek eragin handia dutela osasunean, EAEn, eta horrek eragina du ere, hein handi batean, Giza Eskubideen Adierazpen Unibertsalean eta herrialde demokratikoen konstituzio gehienetan jasotako osasun eskubidean, biztanleriaren zati handi bati dagokionez. Gainera, lanbidea eta familiako bizitza bateratzen ahalegintzen diren emakume landunen kasuan, osasun eta famili eskubideez baliatzea are zailagoa da eta horrek eragina du ongizatean.

80ko hamarkadan hasi zen osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketa, Erresuma Batuan Black txostena argitaratu zenean. Azken hogeitau urte hauetan hori nabaria izan den arren, ez da desberdintasun horiek desagerrarazteko politika publikorik garatu. Duela urteak, hainbat taldek, hitzaldik eta kongresuk desberdintasunak desagerrarazteko politika eraginkorrak lehenetsi behar zirela adostu zuten, baina, hala ere, gobernu gutxi hartu dituzte beharrezko neurriak eta bideratu dute behar beste aurrekontu arazoa desagerrarazi ahal izateko. Horrelako esperientziak gutxi izan dira, eta gutxi ebaluatu dira.

Lehenengo kapituluan aurkeztutako osasun arloko gizarte desberdintasunei buruzko eskema argitzaileek planteatu dutenaren ildo berean, desberdintasunak desagerrarazteko, lehenengo eta behin, Ongizate Estatu sendotu behar da, eta alderdi makroekonomikoen gain esku hartu behar da, esate baterako, errentan dauden desberdintasunak desagerraraztea eta zerga-sistema progresiboak aplikatzea, bai eta langabezia murriztea eta gizarte segurantzaren edo hezkuntza bezalako zerbitzuetan inbertitzea ere. Bigarrenez, lan eta

etxebizitza baldintzak hobetu beharko lirateke, eta, hirugarrenez, osasunarekin lotutako arrisku faktoreetan edo bizi ohituretan (esate baterako, tabako edo alkohol kontsumoa, ariketa fisikoa, edo dieta egokia izatea) dauden desberdintasunak zuzendu beharko lirateke. Eta, azkenik, osasun sistemarekin lotutako jarduerak planteatuko lirateke, batez ere, osasun sistemaz baliatzeko eskubide unibertsala eta osasun azpiegituren hobekuntza bermatzen dutenak.

Espainiari dagokionez, oraintsuago ere, hainbat autonomi erkidegotako osasun planek ez dute kontuan izan gizarte desberdintasunek eragindako osasun desberdintasunak desagerraraztera bideratutako helburu berezirik eta, gaur egun ere, erkidego askotan ez dago horrelakorik.

EAEren kasuan, egun indarrean den 2002-2010 Osasun Planaren helburu nagusietako bat egoera txarrean dauden pertsonen osasuna hobetzea eta osasuneko gizarte desberdintasunak benetan desagerraraztea da. Horretarako, zenbait jarduera gauzatzen ari dira, helburu hauek lortzeko\*:

1. Osasun arloko desberdintasunak monotorizatzea. Honela egin da: a) osasunari buruzko informazio-sistemak egokitu eta garatu dira (eremuko adierazle sozioekonomikoak sortu, biztanleen helbideak geokodifikatu, erregistroak bizitokiaren eremuko adierazle sozioekonomikoekin lotu, erregistroak norbanakoen datu sozioekonomikoekin lotu), b) sexuaren, maila sozioekonomikoaren eta bizilekuaren arabera osasun-adierazleak argitaratu dira eskuarki, eta c) berariazko ikerketak egin dira hilkortasunean, norberak sumatutako osasunean, bizimoduetan eta miokardio infartu larrian dauden desberdintasun sozioekonomikoez.
2. Osasun arlokoak ez diren jarduerak osasunean duten eraginaren ebaluazioa (OEE) garatzea, osasuna osasunezkoak ez diren politiken agendan kokatu eta osasun arloko gizarte desberdintasunei aurre egiteko tresna gisa. Proba moduan, OEE bat garatu da Bilbon, eta lanean ari dira euskal autonomia administrazioaren sektoreko jardueretan edo osasunez kanpokoetan zein aldaketa egin behar diren jakiteko.
3. Praktika klinikoaren gidetan generoaren ikuspegia sartzea.
4. Osasun-laguntzan ekitatea garatzea, kontratu-programetan berariazko prozesuetan ekitatea ebaluatzeko konpromisoa erantsiz.

Maila sozialaren arabera osasuneko desberdintasunekin gertatzen den bezala, Espainian, hainbat autonomi erkidegoren osasun planek ez dute kontuan izan genero arrazoiengatik osasunean dauden desberdintasunak murriztera bideratutako esku-hartzeak bultzatzeko garrantzia. Eta, berriro ere, EAE da osasuneko genero desberdintasunak onartzearen alde sentikortasun handiena erakusten duten erkidegoetako bat, eta, lehen adierazi dugunez, hainbat jarduera burutu dira desberdintasuna horiek desagerrarazteko.

Hala ere, osasun arloko gizarte desberdintasunak EAEen garrantzitsuak direnez gero, ildo horretan lanean jarraitu beharra dago.

Lehenik eta behin, osasun arloko gizarte eta genero desberdintasunak ikertzearen aldeko gaur egungo apustuan aurrera egin. Horretarako, Osasun arloko Gizarte eta Genero Desberdintasunen Behatoki bat sustatzea lagungarria izan liteke osasun arloko desberdintasunen egoerari eta bilakaerari buruz aldizka informazioa sortzeko, baita gai horren gaineko datu eta ikerketa guztiak sistematizatu eta kudeatzeko ere, gaur egun EAEko erakunde eta ikerketa talde desberdinetan sakabanatuta baitaude. Diziplina anitzeko

\* Osasun Sailaren Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzenlaritzarekin zuzenean hitz eginda lortutako informazioa.

eta sektore arteko ikuspegitik begiratuta, EAEn osasun arloan dauden gizarte eta genero desberdintasunak eta horiek murrizteko bideak ezagutzeko erreferente bihur liteke.

Ezagutza sortzeaz gain, oso interesgarria da osasun arloko gizarte eta genero desberdintasunak murrizteko politikak eta ekintzak sortzen aurrera egitea. Horrela, arlo sanitariotik sustatzen diren ekintzez gain, kontuan hartu behar dira biztanleen osasuna hobetzen eta gizarte eta genero desberdintasunak murrizten eragina izan dezaketen politika publiko guztiak. Osasun Sailak berriki bultzatu duen Osasunaren gaineko Eraginaren Ebaluazioa (OEE) bezalako lan-ildoak hastapen egokiak dira osasun arloko desberdintasunak osorik eta modu eraginkorrean kudeatzeko eta, horiek benetan murriztu nahi badira, gizarte-ingurua aldatu beharra dagoela nabarmentzeko. Horrelako proposamenak garatzen baditugu, aurrera jarraitu ahal izango dugu gizarte zuzenago eta berdinago baterantz; beraz, kohesio handiagoko gizarte osasuntsuago baterantz.

Maila sozialarekin zerikusia duten desberdintasunekin gertatzen den bezala, gaur egun osasunaren alorrean dauden desberdintasunak desagerrarazteko, gizonezkoen eta emakumezkoen benetako berdintasuna lortzera zuzendutako planteamendu estrukturalak egin behar dira. Gaur egun lanbidea eta familiako bizitza bateratzeko dauden ereduak baino harago (horiek, frogatu denez, eraginkorrak dira emakumearen osasunaren kaltetan), ardurak banatzeko politikak bultzatu behar dira, etxeko lanei eta famili zamei dagokienez, rolak eta funtzio sozialak ez daitezen generoaren arabera banatu, gertatu ohi den legez.

## ERANSKIN METODOLOGIKOA

Eranskin metodologikoan azterlan honetan erabilitako metodologia zehaztu da. Azterlaneko ataletan hainbat diseinu eta analisi metodo erabili denez, metodologiaren azalpena atalen arabera ordenatu da.

Bigarren zatian, beste kontzeptu metodologiko eta estatistiko batzuk azaldu dira, analisi hauekin ohituta ez dauden pertsonen lortutako emaitzak hobeto irakurri, interpretatu eta baloratu ahal izateko.

Hirugarrenez, EAEOI'02ren ezaugarri metodologikoak zehaztu dira eta, azkenik, ikerketa honek izan dituen mugak.

### 1. IKERKETAREN METODOLOGIA

- **2.1.atalaren metodologia. EAĒko biztanleria guztiaren gizarte desberdintasunak osasunean eta gaixotasunean: EAEOI'02ko analisiaren emaitzak.**

*1. Aztergai izan den biztanleria, datuen diseinua eta iturria:*

Osasun aldagai desberdinen (osasunaren autobalorazioa, mugapen kronikoa eta aldi baterako mugapena, osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea (SF-36), arazo kronikoak, gizarte laguntza (DUKE), tabako kontsumoa, alkohol kontsumoa eta ariketa fisikoa egitea) arteko lotura aztertu zen eta, horrez gain, aldagai soziodemografikoak (gizarte klasea, hauetan oinarrituta: lana, ikasketa-maila eta jatorria –EAE edo Espainiaren gainerakoa–).

16 urtetik gorako pertsona guztiak analizatu ziren, jaiolekuaren analisisa izan ezik; hori soilik 45 urtetik gorakoentzat egin zen.

2002ko Euskal AĒko Osasun Inkestaren (EAEOI'02) datuak erabili ziren.

*2. Datuen analisisa:*

Mendeko aldagai kualitatibo bakoitzaren kasuan, talde bakoitzean (gizarte klasea, ikasketa-maila eta jatorria) adinaren arabera estandarizatutako prebalentzia kalkulatu zen eta, aldagai jarraituen kasuan, adinaren arabera estandarizatutako batez besteko puntuazioak. Adinaren araberako estandarizazioa metodo zuzenaren bidez egin zen, erreferentziatzat EAEOI'02ko biztanleria harturik. Analisisak sexuaren arabera segmentaturik egin ziren eta, jatorriaren kasuan, gizarte klasearen arabera segmentaturik (hiru kategoria), jatorriaren eta gizarte klasearen artean lotura zegoela egiaztatu zelako.

Osasun aldagaien eta aldagai soziodemografikoen arteko loturaren adierazgarritasun estatistikoa jakin ahal izateko, aldagai kualitatiboetan odds ratioak (OR) erabili ziren, erregresio logistikoko eruedetatik abiatuta kalkulatu. Aldagai kuantitatiboen kasuan, kobariantzaren analisisak erabili ziren. Bi eruedetan, adina edo gizarte klasea bezalako doitze aldagaiak izan ziren kontuan jatorriaren analisiaren kasuan,

betiere, aurretiko analisi estratifikatuak horretarako aukera eman zuenean. Adierazgarritasun bateratua lortu zen, bai eta egoera onenean dagoen taldearen (1. taldea, unibertsitateko ikasketak eta EAEn jaiotakoak) eta gainerako kategorien arteko aldearen adierazgarritasuna ere.

Erregresio logistikoko ereduetan zein kobariantzaren analisisian, EAE01'02ko lagin diseinuaren<sup>57</sup> eragina izan zen kontuan.

### • 2.3. atalaren metodologia. Osasun arloko gizarte desberdintasunak EAEko jaioberri, nerabe eta gazteen artean: desberdintasunak ondorengoei uztea.

#### 1. Aztergai izan den biztanleria, datuen diseinua eta iturria:

2.3.1 atalean, jaiotza-inguruko osasunean eta haurren hilkortasunean dauden desberdintasunak aztertu ziren. Argitaratutako hainbat azterlanek emandako datuez gain, haurren hilkortasuna osasun eskualdeen arabera kalkulatu zen, 2000 eta 2004 arteko hilkortasunari buruzko txostenetako datuetatik abiatuta (Departamento de Sanidad, 2004b).

2.3.2. atalean 4 eta 18 urte bitarteko biztanleriaren desberdintasunak aurkeztu ziren eta soilik argitaratutako datuak erabili ziren (Departamento de Sanidad, 2006).

2.3.3. atalean gurasoekin bizi zen 16 eta 34 urte bitarteko biztanleria nerabe eta helduaren osasun desberdintasunak aztertu ziren, EAE01'02ko analititik abiatuta. Emaidza-aldagai gisa, osasunaren autobalorazioa erabili zen, gurasoen ezaugarri soziodemografikoen arabera aztertuta: eskulangile den edo eskulangile ez den gizarte klasea; lehen mailako ikasketak, bigarren mailakoak edo gehiago; EAEn jaiotakoak eta Estatuaren gainerakoan jaiotakoak.

#### 2. Datuen analisia:

2.3.1. atalean, osasun eskualde bakoitzean bizitzako lehenengo urtean dauden hiltzeko arrisku erlatiboak (RR) kalkulatu ziren, erreferentziatzat EAE osoa hartuta.

2.3.3. atalean, datuen analisiak aurretiaz 2.1. atalerako azaldutako pausuei jarraitu ziren.

### • 3.2.1. atalaren metodologia. Genero desberdintasunak hilkortasunean, osasun egoeran eta gaixotasunean

#### 1. Aztergai izan den biztanleria, datuen diseinua eta iturria:

Gizonen eta emakumeen bizi itxaropena eta osasun oneko bizi itxaropena aztertu ziren. Era berean, osasun aldagai desberdinen (osasunaren autobalorazioa, mugapen kronikoa eta aldi baterako mugapena, SF-36, arazo kronikoak, tabako kontsumoa, alkohol kontsumoa, ariketa fisikoa egitea eta gorputzeko pisua) eta sexuaren arteko lotura aztertu zen 16 urtetik gorako pertsona guztientzat.

Datu hauek erabili ziren: EAE01'02, EINen biztanleriari buruzko datuak eta 2000 eta 2004 urte bitarteko hilkortasunari buruzko txostenetan (Departamento de Sanidad, 2004b) jasotako hilkortasun datuak.

<sup>57</sup> EAE01'02ko lagin diseinuak konglomeratuen araberako hautespena erabiltzen du etapetako batean. Horrelako laginetan, ziurragoa da konglomeratu bateko bi gizabanakok biztanleriaren artean ausaz aukeratutako bi gizabanakok baino antz handiagoa izatea. Gertaera hori ohikoa da laginketa bidezko inkestetan eta, horren ondorioz, bariantza erreala ausazko laginketa soil batek sortutakoa baino handiagoa izan daiteke eta, beraz, eragin hori ez bada kontuan hartzen, gerta daiteke estimatzaileen bariantzak infrabalaratuta egotea.



## 2. Datuen analisia:

Gizonezkoen eta emakumezkoen osasun arloko desberdintasunak aztertzerakoan, 2.1. atalerako (EAeko biztanleria guztiaren gizarte desberdintasunak) azaldutako metodologia erabili zen. Bizi itxaropenak aztertzerakoan (BI), Chiang (Chiang, 1984) metodoaren arabera laburtutako taula erabili zen. Bizitako urteen ponderazioa egiteko eta osasun oneko bizi itxaropena (OOBI) kalkulatzeko, Sullivan (Sullivan, 1971) metodoa erabili zen, baina aldatua, hau da tarte bakoitzean bizitako urteak osasun neurri batekin ponderatuta. Estimazio zehatzak kalkulatu ziren BI eta KABIrako zenbait adinetan, bai eta konfiantza-tarteak ere bizi itxaropenetan, Chiang metodoa jarraituta, eta OOBIetan, Mathersek proposatutako metodoa erabilita (Mathers, 1999). Azken kasu horretan, kontuan izan zen EAEOI'02ren laginketa-diseinuaren eragina.

### • 3.2.2. atalaren metodologia. Emakumeek bizitza luzea bai baina osasun kaskarragoa izatearen paradoxa erlatibizatzea.

#### 1. Aztergai izan den biztanleria, datuen diseinua eta iturria:

3.2.2.1. atalean (Lan eta osasun egoera: eredu desberdina gizonen eta emakumeen artean), 25 eta 64 urte bitarteko gizonen eta emakumeen lan egoeraren eta osasun adierazleen (osasunaren autobalorazioa eta osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea) arteko lotura aztertu zen, EAEOI'02ko datuetatik abiatuta.

3.2.2.2. atalean (Etxeko lana eta lan ordaindua bateratzea: etxeko desberdintasuna eta horren eragina lanean dauden emakumeen osasunean), EAEn bikotean bizi diren gizonezkoen eta emakumezkoen artean denboraren erabileran dauden desberdintasunak aztertu ziren batetik, EUSTATen 2002ko Denbora-Aurrekontuen Inkesta erabilita<sup>58</sup>. Bestetik, lan ordaindua zuten eta bikotean bizi ziren 25 eta 63 urte bitarteko emakumeen etxeko rolen banaketaren eta osasunaren (osasunaren autobalorazioa, arazo kronikoak, esate baterako, zerbikaletako mina eta nerbioak, tabako kontsumoa, SF-36 eta lo orduak) arteko lotura aztertu zen.

Azkenik, 3.2.2.3. atalean (Ikuspegi osoa: emakumeen lan egoeraren eta osasunaren arteko erlazioa berriro interpretatzea), bikotean bizi ziren 25 eta 64 urte bitarteko emakumeen lan egoeraren (lan ordaindua duten emakumeak, rolen banaketa kontuan izanik, eta etxekoandreak) eta osasunaren (osasunaren autobalorazioa, arazo kronikoak, esate baterako, zerbikaletako mina eta nerbioak, tabako kontsumoa, SF-36 eta lo orduak) arteko lotura aztertu zen.

## 2. Datuen analisia:

Osasun aldagai kualitatiboan eta lan egoeraren (3.2.2.1. eta 3.2.2.3 atalak) arteko loturaren azterketan, prebalentzi ratioak (PR) aztertu ziren, erregresio eredu log-binomialetatik abiatuta, adinaren eta beste aldagai batzuen arabera doitu, esate baterako, gizarte klasea, laguntza afektiboa eta etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorako pertsona bat bizitzea. Osasun kuantitatiboan aldagaien kasuan, kobariantzaren analisia erabili zen; horren bidez, batez besteko puntuazioak lortu ziren adinaren eta beste aldagai batzuen arabera doitu, esate baterako, gizarte klasea, laguntza afektiboa eta etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorako pertsona bat bizitzea. Bi kasuetan, gizarte klasearen (eskulangileen klasea eta eskulangileena ez dena) arabera segmentatutako analisiak erabili ziren.

<sup>58</sup> EUSTATEk 1993an egin zuen Denbora-Aurrekontuen Inkesta. Harrezkero, bost urtetik behin egiten da eta 2003koa hirugarrena da. Laginketa trietapiko baten bitartez 5.000 pertsonako laginketa bati egunkari pertsonal bidez egindako inkesta da. Hurrengo web helbide honetan kontsulta daiteke DAI'03ren metodologia eta emaitzak: [www.eustat.es/estad/temalista.asp?tema=77&idioma=c&opt=1](http://www.eustat.es/estad/temalista.asp?tema=77&idioma=c&opt=1)

Denboraren erabileran zeuden aldeak aztertzerakoan, asteko batez besteko denborak kalkulatu ziren jarduera bakoitzeko, emakumeen eta gizonen arabera, adin tarte bakoitzean.

## 2. IRAKURKETARAKO GIDA: KONTZEPTUEN AZALPENA

### 2.1. Zuzeneko estandarizazioa: zergatik da beharrezkoa estandarizatzea?

Bi aldagaien arteko erlazioa aztertzen dugunean, kontuan izan behar da hirugarren aldagai batek erlazio horretan izan dezakeen eragina. Esate baterako (Lazarsfeld, 1955), demagun hiri jakin bateko suhiltzaileen zerbitzuaren eraginkortasunaren gaineko ebaluazioa egin behar dugula. Horri dagokionez, kontuan izan beharreko faktore bat sute batek kalteak eragitea ekiditeko duten gaitasuna izan liteke. Hori egiaztatze-ko, azterlan bat diseinatu genezake eta sute bakoitzean bi datu jaso genitzake: suteari buruzko datuak eurotan baloratuta eta sutea amatatzera joandako suhiltzaile kopurua.

Bi aldagai horien arteko erlazioa aztertzen badugu, erlazio hori estua izango da eta, gainera, zuzena, hau da, zenbat eta suhiltzaile gehiago egon inplikaturata sutearekin erlazioatutako kalte gehiago. Logikoki, erlazio hori neurtzerakoan, akats larria egin dugu eta gezurra den ondorio bat atera dezakegu: sute bat badago, hobe da suhiltzailerik ez joatea. Akatsa bi aldagaien artean dagoen hirugarren bat kontuan ez hartzea izan da: sutearen larritasuna. Eragina argia da; izan ere, sutea larriagoa bada, kalte gehiago eragiten du eta, aldi berean, suhiltzaile gehiago behar dira.

Osasunaren alorrean, adina da horrelako arazoak sor ditzakeen aldagaia. Gaixotzeko larritasunak eta erak, eta hiltzeko probabilitateak zerikusi zuzena du adinarekin. Horregatik, adina kontuan ez hartzeak aldagaien arteko erlazio faltsuak, ezkutuan dauden baina benetakoak diren erlazioak ez azalerratea edo erlazioa bat oker deskribatzea ekar dezake.

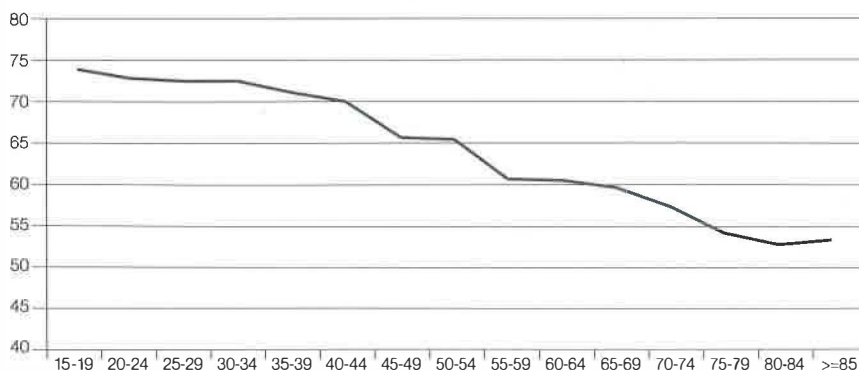
Horregatik, aldagai bat adin egitura desberdinak dituen bi biztanle taldeetan konparatzen badugu, kontuan izan behar dugu adinak horien gain duen eragina. Estandarizazioa da hori egiteko era bat.

*Nola estandarizatzen da?*

Hainbat era dago adina bezalako hirugarren aldagai baten eragina kontrolatzeko. Ikerketa honetan erabili den estandarizazio zuzena horietako bat da. Honetan datza estandarizazio zuzenaren logika: zehaztu egin behar da zein izango litzatekeen osasun egoeraren prebalentzia edo aldagai baten batez bestekoa, biztanleriak biztanleria estandar baten adin egiturak balitu. Horrela, eragiketa hori eginda bi biztanle multzoren kasuan, neurri bat aterako dugu biezat eta horri esker konparatu ahal izango ditugu, adinak konparazio horretan esku hartu gabe.

Esate baterako, SF-36ren osasuna oro har deituriko dimentsioan bi taldek duten batez besteko puntuazioa konparatu nahi badugu, kontuan izan behar dira horien adin egiturak; izan ere, grafikoak erakusten duenez, adinaren eta puntuazioaren arteko erlazioa argia da, hain zuzen ere, adinak gora egiten duen heinean puntuazioak behera egiten du.

1. grafikoa (adibidea): "Osasuna oro har" dimentsioaren batez besteko puntuazioa adin taldearen arabera. EAE, 2002



Iturria: guk eginikoa, EAEOI 2002 oinarri gisa hartuta.

Gizonezkoen eta emakumezkoen biztanleriak konparatzen badira, emakumeak luzaroago bizi direnez batez besteko adina pixka bat altuagoa da EAEOI'02ren arabera: 46,3 gizonezkoek eta 49,3 emakumezkoek. Horren ondorioz, estandarizatu gabeko batez besteko puntuazioetan dauden desberdintasunetan (67,5 eta 65,6 gizonezkoen eta emakumezkoen kasuan, hurrenez hurren), eragina du gizonezkoen eta emakumezkoen biztanlerien adin desberdintasunak. Gizonezkoek puntuazio handiagoa dute osasuna oro har delako alderdian, baina zera galdetu behar genioke geureburuari: nolakoak izango lirateke puntuazioak adinaren eragina kenduko bagenu, hau da, adinaren banaketa, bi biztanlerietan, berdina balitz?

Hori kalkulatzeko, lehenengo eta behin, adin talde desberdinetan gizonezkoek eta emakumezkoek (adibide gisa emandako 1. taulako 2. eta 3. zutabeak) dituzten batez besteko puntuazioak zehaztu behar dira. Biztanleria estandarra aukeratuta (kasu honetan, EAEOI'02), honaxe kalkulatu da gizonezkoen eta emakumezkoen batez bestekoa EAEOI'02ko biztanleria orokorraren adin egiturak balituzte: adin taldearen (adibide gisa emandako 1. taulako 2. eta 3. zutabeak) batez besteko balioa ponderatu behar da talde bakoitzak EAEOI'02n duen pisuaren arabera (adibide gisa emandako 1. taulako 4. zutabea). Ponderazio hori egiteko, adin taldearen batez besteko balio bakoitza eta horrek duen pisua biderkatu behar da. Behin hori eginda, estandarizatutako batez besteko puntuazioa ponderatutako batez bestekoen batura da (adibide gisa emandako 1. taulako 5. eta 6. zutabeak).

**1. taula (adibidea): "Osasuna oro har" dimentsioaren (SF-36) batez besteko zuzeneko estandarizazioa gizonei eta emakumei dagokienez. EAE, 2002**

1. Adina	2. Gizonezkoak	3. Emakumezkoak	4. Pisuak, EAEIO2	5. Balio ponderatuak (gizonak)	6. Balio ponderatuak (emak.)
15-19	75,94	71,77	0,05	3,61	3,41
20-24	73,76	71,89	0,09	6,91	6,74
25-29	72,91	72,33	0,11	8,32	8,25
30-34	71,49	73,82	0,08	5,85	6,04
35-39	70,93	70,83	0,08	5,86	5,85
40-44	70,43	69,44	0,10	6,98	6,88
45-49	66,21	65,63	0,08	5,18	5,13
50-54	65,32	66,24	0,08	5,23	5,30
55-59	61,95	60,38	0,08	4,65	4,53
60-64	61,16	60,59	0,05	3,14	3,11
65-69	60,33	59,61	0,06	3,83	3,79
70-74	57,93	57,17	0,05	3,18	3,14
75-79	56,31	53,01	0,04	2,14	2,01
80 eta gehiago	54,03	52,22	0,04	2,16	2,09
<b>Batura</b>			<b>1,00</b>	<b>67,04</b>	<b>66,28</b>
<b>Estandarizatu gabeko batez bestekoa</b>	<b>67,50</b>	<b>65,60</b>			
<b>Estandarizatutako batez bestekoa</b>				<b>67,04</b>	<b>66,28</b>

Horrela, gizonezkoen estandarizatutako batez besteko balioa txikiagoa da bere batez besteko balio garbiari dagokionez, eta emakumezkoen kasuan, aldiz, handiagoa. Emaidza logikoa da; izan ere, estandarizazioak desagerrarazi egiten ditu adinak sortzen dituen aldeak eta, horren arabera, emakumeek, nagusiagoak izanik, puntuazio txikiagoa zuten EAEIO2ren adin egiturak balituzkete baino. Gizonezkoen kasuan, kontrakoa gertatzen da.

Kontuan izan behar da estandarizazioaren helburua konparazioa hobeto egin ahal izatea dela, eta ez biztanleriaren balio erreala eskaintzea. Estandarizatutako puntuazioaren balioa ez da biztanleriaren balio erreala, baizik eta balio hipotetiko bat, hain zuzen ere, biztanleria horrek edukiko lukeena aukeratutako erreferentzia biztanleriaren adin egiturak balitu. Beraz, balio estandarizatuaren eragin handia izango du aukeratutako erreferentzia biztanleriak, eta, horregatik, bi biztanleriaren balio estandarizatuak baino ezingo dira konparatu, baldin eta estandarizazio metodoa eta aukeratutako biztanleria berbera izan bada bi kasuetan.

## 2.2. Nola interpretatu prebalentzi ratioen (PR) taula bat?

Atal honetan 12 eta 16 arteko taulen edukia interpretatzeko era erakutsiko da (horietan, osasun aldagai desberdinen prebalentzia arrazoiak -PR- azaltzen dira). Agertzen diren kontzeptuak azalduko dira eta, horretarako, hurrengo taularen adibidea erabilia:

**2. taula (adibidea): Antzemandako osasun txarraren (normala, txarra, oso txarra) prebalentzi ratioa (PR), etxeko lanen banaketaren arabera, adina eta hainbat aldagai kontuan hartuta doituia. Landun emakumeak. EAE, 2002**

	A Doitu gabeko eredua		B Gizarte klasearen arabera doitutako eredua		C Gizarte laguntzaren arabera doitutako eredua		D 65etik gorakoaren arabera doitutako eredua	
	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p	PR* (KT**)	p
Ordaindutako lana duten emakumeak N=733								
<b>Lanen banaketa</b>								
Oso desorekatua	1,56 (1,18-2,05)	0,002	1,50 (1,14-1,98)	0,004	1,49 (1,13-1,97)	0,005	1,61 (1,22-2,13)	0,001
Desorekatua	1,00 (0,78-1,28)	0,985	0,98 (0,74-1,23)		0,98 (0,77-1,26)	0,895	0,98 (0,76-1,26)	0,871
Orekatua	1		1	0,733	1			
<b>Gizarte klasea</b>								
Eskulangileak			1,18 (0,94-1,47)	0,151				
Eskulangileak ez direnak			1					
<b>Laguntzarik eza</b>								
Bai					1,50 (1,11-2,02)			
Ez					1			
<b>&gt; 65 etxean bizitzea</b>								
Ez							1,50 (0,73-3,08)	0,273
Bai								

**\*\*Erreferentzi kategoriak**

**Gizarte klasearen arabera doitutako eredua**

*Antzemandako osasun txarra izateko probabilitatea 1,50 bider hazten da (%50 hazten da) etxeko lanen banaketa desorekatua duten emakumeen kasuan, lanen banaketa orekatua duten aldean (erreferentzi kategoria), behin adinaren eta gizarte klasearen enjundatuta (kenduta). Erlazio hori estatistikoki adierazgarria da %5ean, harri lotutako p balioa (0,004) 0,05 baino txikiagorik delako.*

**Zer dira prebalentzi ratioak (PR)?**

Prebalentzi ratioak asoziazio neurriak dira eta baldintza jakin bat (esate baterako, osasun txarra) talde jakin batean beste batean (erreferentzi taldea) baino zenbat probableagoa den adierazten dute. Taulako kasuan, lanen banaketa oso desorekatua duten emakumeen prebalentzi ratioa 1,56koa da. Datu horrek erakusten digunez, osasun txarra izateko probabilitatea 1,56 bider handiagoa da lanen banaketa desorekatua duten emakumeen kasuan, lanen banaketa orekatua duten emakumeei dagokionez (erreferentzi kategoria\*\*). Hau da, lanen banaketa oso desorekatua duten emakume landunek %56ko probabilitate handiagoa dute osasun txarra izateko lanen banaketa orekatua duten emakume landunek baino.

**Adierazgarritasun estatistikoa**

Prebalentzi ratioa (PR) interpretatzerakoan, kontuan izan behar da, beti, konfiantza-tartea eta lotutako p balioa.

Konfiantza-tarteari dagokionez, prebalentzi ratioaren (PR) balioaren azpitik dago zutabe bakoitzean; lanen banaketa oso desorekatua duten emakume landunen kasuan, hori 1,18-2,05 da (A zutabea). Tarte horrek honakoa adierazten digu:

- Gure laginketako datuetatik abiatuta, biztanleriaren benetako balioa 1,18 eta 2,05 artean egongo da, konfiantza-tartea %95ekoa izanik.
- Tartekak 1 balioa badu bere heinean, ezin dugu esan alderik dagoenik talde horretan eta erreferentzi taldearen artean, edozein izanik prebalentzi ratioaren (PR) balioa. Hala ere, gure tartekak ez badu 1 balioa –kasu honetan gertatzen den bezala (1,18-2,05)–, esan dezakegu, %95eko konfiantzarekin, alde adierazagarria dagoela horien eta erreferentzi taldearen artean (kasu honetan, lanen banaketa orekatua duten emakumeak).

Aldeen adierazgarritasun estatistikoa p-value (p taulan) baliotik ere etor daiteke; horrek, gure laginketako datuen arabera, biztanleriaren balioa 1 izateko (hau da, erlaziorik eza, ikusi denez) probabilitatea adierazten du. Probabilitatea oso txikia bada (konbentzioz, %5 baino txikiagoa (0,05) edo %1 (0,01), gure laginketan ikusten dugun erlazioa, dirudienez, ez da ausazkoa eta, beraz, biztanleria osoari estrapolatu ahal izango litzaioke.

Hala ere, erlazio bat estatistikoki adierazagarria izatearen arrazoia erlazioaren indarra edo garrantzia barik, laginketaren tamaina izan daiteke. Horregatik, estatistikoki adierazagarriak ez diren erlazioak ez dira automatikoki baztertu behar, baizik eta horiek azaleratzen duten joera izan behar da kontuan. Era berean, erlazio bat estatistikoki adierazagarria bada, hausnartu egin behar da erlazio horren benetako interesaz, zentzuaz eta garrantziaz.

*Zer esan nahi du zutabe bakoitzak? Zer alde dago horien artean?*

Taulan hainbat zutabe dago: A, B, C eta D. Batzuen eta besteen arteko desberdintasuna rolen banaketaren (horixe da intereseko aldagaia eta horregatik sartzen da lau zutabeetan) eta osasun egoeraren arteko erlazioa aztertzerakoan kontuan izan diren aldagaietan dago. Lehenengo ereduan, adina baino ez da kontrolatu (ez da erakutsi), eta, bigarren ereduan, aldiz, adinaz gain, gizarte klasea sartu da; beraz, esan genezake, rolen banaketa oso desorekatua izateak %50 gehitzen duela osasun txarra izateko probabilitatea (PR: 1,50), erlazio horretan adinak eta gizarte klaseak duten eragina isolatuta<sup>59</sup>. Gainera, zutabe horri esker, jakin dezakegu eskulangileen klase batekoa izateak %18 (PR: 1,18) gehitzen duela osasun txarra izateko probabilitatea, adinaren eta rola banatzeko eraren eragina kontrolatuta (kenduta).

Beraz, lau zutabe edo eredu horiek aurkeztearen helburua rolen banaketaren eta osasun egoeraren arteko lotura aztertzea da, jakinik, erlazio hori mantentzen ote den beste aldagai batzuen (gizarte klase jakin batekoa izatea, gizarte laguntza izatea edo etxean inoren laguntzarik behar ez duen 65 urtetik gorako bat bizitzea) eragina kontrolatuta.

### 3. EUSKAL AEKO OSASUN INKESTA 2002 (EAEOI'02)

EAEOI'02ren analisiak duen zentralitatearen ondorioz, ikerketa honetan komenigarria iritzi zaio egite-rakoan erabili den metodologia zehatzago azaltzeari<sup>60</sup>.

Osasun Sailak 1986an egin zuen lehenengo Osasun Inkesta eta 2002koa laugarren inkesta da. Inkesta mota hori bost urterik behin egiten da 1992tik. EAEOI'02k bi galdesorta izan zituen, bata banaka egi-

<sup>59</sup> Ikusi aurreko estandarizazio atala, hain zuzen ere, bi fenomenoen arteko erlazioa aztertzerakoan hirugarren aldagaia kontuan izan beharri buruzkoa.

<sup>60</sup> EAEOI'02ren metodologiari buruzko zehaztasun gehiago nahi izanez gero, argitalpen hori kontsulta daiteke (Osasun Saila, 2004) eta baita Esnaola eta kideak (2007) ere, horiek izan baitira hemen aurkeztu den deskripzioa egiteko iturriak.

tekoa eta bestea familiarra; horrela, osasun egoeraren alderdi nagusiak bete ziren eta, horrekin batera, faktore erabakigarriak (ohiturak, prebentzio jarduna eta ingurua), eta horien ondorioak (osasun zerbitzuen erabilera, medikamentuen kontsumoa eta familiarren osasun gastua) (Departamento de Sanidad, 2004)

Laginketa polietapiko batean oinarritu zen. Laginak honako ezaugarriak eta tamaina izan zituen:

**1. etapa:** konglomeratuen arabera ausazko laginketa, errolda-sekzioa lehenengo laginketa-unitatea izanik. Etapa honen barruan, bi etapatan estratifikatutako azpilaginketa bat gin zen:

- 1.1 *Estratifikazio geografikoa:* hiru estratu mugatu ziren, bana osasun eremuko eta esleipena eskubidedun biztanleriaren arabera estratu bakoitzaren tamainaren erro karratuarekiko proportzionala izan zen.
- 1.2 *Estratifikazio sozioekonomikoa:* estratu bakoitzean, errolda-sekzio estratifikatuak proportzionalki zozketatu ziren osasun eskualdeen eta alde zurretik eraikitako hamar tipologia soziodemografikoen arabera. 650 errolda-sekzio aukeratu ziren.

**2. etapa:** ausazko laginketa sistematiko uniformea. Errolda-sekzio bakoitzean zortzi aukeratu ziren okupatutako etxebizitza guztien artean, laginketa sistematiko zirkular bidez. Horrela, 5.200 etxebizitza aukeratu ziren.

**I. taula. Osasun eremu eta eskualdearen arabera hautatutako sekzioak eta etxebizitzak. EAEOI 2002**

Osasun eremua	Eskubidedun biztanleria	Laginketa-sekzioak	Osasun eskualdea	Laginketa-sekzioak	Etxebizitzak
Araba	267.854	140	Álava	140	1.120
Bizkaia	1.134.202	286	Bilbao	90	720
			Interior	69	552
			Uribe-Kosta	49	392
			Ezkerraldea-Enkarterri	78	624
Gipuzkoa	695.999	224	Gipuzkoa Oeste	93	744
			Gipuzkoa Este	131	1.048
<b>EAE</b>	<b>2.098.055</b>	<b>650</b>		<b>650</b>	<b>5.200</b>

Iturria: Esnaola eta kideak, 2007

**3. etapa:** ausazko laginketa bakuna. Aurreko etapan aukeratutako 5.200 etxebizitzetako bakoitzean bizi ziren guztiek bete zuten famili galdesorta. Banakako galdesortaren kasuan, etxebizitza bakoitzean bizi ziren 14 urte eta hortik gorako pertsonetatik bi aukeratu ziren ausazko laginketa bakunaren bidez. Horrela, 5.200 etxebizitza aukeratu ziren, famili galdesorta 14.787 pertsonen erantzun zuten eta horietatik 8.398 pertsonen banakako galdesorta bete zuten. 2002ko argitalpenerako, erantzun tasa %85,5ekoa izan zen famili galdesortan eta %93koa banakakoan. Famili galdesortaren kasuan, aukera zitezkeen 6.098 etxebizitzetatik, 570 kasutan ez zen kontaktatu, batzuk ez zeudelako (%9,3) eta beste batzuek nahi izan ez zutelako (%5,2), eta, azkenean, guztira 5.212 familia inkestatu ziren. Horietatik, aukeratutako pertsonen %7,05ek ez zuen banakako galdesorta erantzun (II. taula).

**II. taula. Famili galdesortak eta banakakoak izandako erantzun tasa eta horiei ez erantzun izanaren egitura. EAEOI 2002**

Famili galdesorta	N	%	Banakakoa	N	%
<b>Aukera zitezkeenak guztira</b>	<b>6.098</b>	100			
Ezezkoa	316	5,2			
Ez egon izana	570	9,3			
<b>Inkestatutako etxebizitzak</b>	<b>5.212</b>	<b>85,5</b>			
			<b>Aukera zitezkeenak</b>	<b>9.035</b>	100
			Ezezkoak	534	5,91
			Luzaroan ez egon izana	55	0,61
			Ezintasuna	30	0,33
			Beste batzuk	18	0,20
			<b>Inkestatutako pertsonak</b>	<b>8.398</b>	<b>92,95</b>

Iturria: Esnaola eta kideak, 2007

#### 4. IKERKETAREN MUGAK

Azterlan honek hainbat muga izan ditu, ondoren zehazten denez:

- **Datuen iturriak**

- *Euskal AEko Osasun-Inkestaren zeharkako diseinua:* zeharkako azterlan deskriptiboa da, EAEOI'02ko datuetatik abiatuta eta, beraz, ezin da erlazio kausalik ezarri aztertutako fenomenoaren artean. Hala ere, zenbait alderditan (esate baterako, jatorriaren eta osasunaren arteko erlazioan, edo etxeko rolen banaketaren eta osasunaren artekoan) sinesgaitza da bi fenomenoaren arteko erlazioa aipatutakoa barik beste bat izan daitekeenik.
- *Laginketa bidezko inkesta:* Euskal AEko Osasun-Inkestak, beste inkesta guztiek bezala, neurketa-akatsak izan ditzake eta horiek eragina izan dezakete lortutako emaitzetan. Lehenengo eta behin, laginketa-akatsak daude eta horiek biztanleria osoaren ezaugarriak zenbatesteko laginketa bat erabiltzen delako gertatzen dira. Hala ere, EAEOIen kasuan, erabilitako laginaren tamaina handiak eta bere laginketa-diseinu konplexuak<sup>61</sup> akats mota hori txikitzen dute. Gainera, laginketa-akats honen magnitudea metodo estatistikoen bitartez zenbatets daiteke; horrela, erlazioen adierazgarritasun estatistikoaren kalkuluan jada sartuta dago akats mota hori. Kasu honetan, gainera, kontuan izan da, akatsen kalkuluan, laginketaren “diseinu eragina” eta, horri esker, estimazio doituago bat eskaini ahal izan da.

Laginketa bidezko inkestekin zerikusia duen beste akats multzo bat azterlana egiten ari den prozesuan (galdesorta diseinatzen denetik behin betiko emaitzak lortu arte) gertatutakoa da. Laginketa-markotik, galdesortaren diseinutik, ez erantzuteagatik edo grabazio akatsetatik etorritako akatsak dira. EAEOIen kasu zehatzean, laginketa-markoa biztanle- eta etxebizitza-erregistroa izan zen eta horrek korrespondentzia oso altua bermatzen du aztergai den biztanleriaren eta laginketarako aukera daitekeen biztanleriaren artean. Hala ere, arriskuan dauden zenbait talde laginketa-markotik kanpo geratzen dira, esate baterako, biztanleria instituzionalizatua edo erroldatu gabeko kolektibo jakin batzuk, eta hori muga garrantzitsua da osasun arloko gizarte desberdintasunak aztertu ahal izateko (Borrell,

<sup>61</sup> EAEOI'02ren laginketa-diseinuaren azalpen zehatzago bat kontsulta daiteke aurreko atalean, hain zuzen ere, EAEOI'02ren ezaugarriak azaltzen dituen atalean.



1996). Bestalde, erantzun eza %14,5ekoa izan zen EAEOI'02n, tasa nahikoa txikia Europa mailako (Eurostat, 2003) edo nazioarteko osasun inkestekin alderatzen badugu; izan ere, horietan erantzun eza %20-40 artean ibili ohi da (Martikainen eta kideak, 2007). Gainera, Helsinkiko Udaleko langileen artean egindako azterlan batek erakutsi zuenez, galdesortari ez erantzuteak (kasu horretan, %33) ez zekarren alborapenik osasun arloko gizarte desberdintasunen ikerketan (Martikainen eta kideak, 2007). Azkenik, eta azterlanean erabilitako aldagaiei dagokienez (gizarte klasea, ikasketa-maila, osasunaren autobalorazioa...), erantzun ezaren tasa ez zen batean ere altua izan.

- Azterketa aldagaiak: EAEOIen jasotako aldagaiak inkestatuek aitortutako informazioan oinarritzen dira eta, horrek, batzuetan, alborapenak ekar ditzake osasun egoera eta gaixotasuna era desberdinean antzeman eta adieraz daitekeelako, gizarte taldearen arabera. Hala ere, aldagai subjektibo asko balidatu egin dira, aldagai objektiboekin (esate baterako, antzemandako osasun txarraren eta hilkortasunaren arteko erlazioa) duten lotura egiaztatu delako (Idler eta Benyamini, 1997).

Era berean, aldagai jakin batzuk neurtzeko erak alborapenak ekar ditzake datuen analisisan. Gizarte klasearen kasua adibide garbia da, alderdi ugari kontzeptua delako, zail egiten delako inkesta baten bidez jasotzea eta neurketa-akats larriak dituelako, bereziki nabarmenak emakumeen kolektiboaren kasuan (Borrell eta kideak, 2004b). EAEOIen kasuan, lanbidean oinarritutako gizarte klasea erabiltzen da, Epidemiologiako Espainiako Elkarteak egindako sailkapenetik abiatuta (Grupo de Trabajo de la SEE, 2000); hori zabal erabiltzen da eta balidatuta dago Espainiako testuinguruan. Gainera, gizarte desberdintasunen deskripzioan neurri alternatibo bat lortzearren, ikasketa-maila ere erabili da.

Etxeke rolen banaketa jasotzeko erabilitako aldagaiak ere muga batzuk dakartza; izan ere, EAEOIeko galdera batetik abiatuta eraikitako aldagai bat da, hain zuzen ere, bikoteko kide bakoitzak etxeke lanak zein maitasunez egiten dituen. Hala ere, erabili baino lehen bere konstruktua baliagarritasuna konprobatu da, ikasketa-maila, sexua edo adina bezalako aldagaietatik abiatuta.

#### • Datuen analisisa

- *Erregresio eredu log-binomialak*: prebalentzia arrazoiak kalkulatzeko eredu log-binomialak erabiltzeak zenbatespen akastunak ekarri zituen koefizienteen batura 0 baino handiagoa zenerako. Horregatik, ezin izan ziren doitu aurkeztutako ereduak kobariabile guztien arabera. Hala ere, aldagaiek, banaka, ez zuten zela garrantzitsua. Hori erregresio logistikoko ereduak erabilia konprobatu zen, eta horri esker odds ratioak kalkulatu ahal izan ziren, aldagai guztien arabera doitu eta doitu gabe.

*JM*

## **BIBLIOGRAFIA**

(Ikus gaztelaniazko bertsioan, 155-186. orrialdeetan)

*JR*

**TERMINOEN GLOSARIOA**

- BBM:** Biztanleriaren Berezko Mugimendua
- BGBK:** biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa
- BOLN:** biztanleriaren osasunari buruzko laburpen neurriak
- BP:** gorputzeko mina (azalpena, 55. or.)
- CSIC:** Ikerketa Zientifikoaren Kontseilu Gorena
- DAI:** Denbora Aurrekontuen Inkesta
- EAE:** Euskal Autonomia Erkidegoa
- EAOI:** Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta
- EGAB:** Ekonomia eta Gizarte Arazoetarako Batzordea
- EGBI:** ezgaitasunik gabeko bizi itxaropena
- EOS:** Estatuko Osasun Sistema
- EUSTAT:** Euskal Estatistika Erakundea
- GH:** osasuna oro har (azalpena, 55. or.)
- GMI:** gorputz masaren indizea
- KABI:** kalitatearen araberrako bizi itxaropena (azalpena 86. orrialdean)
- KT:** konfiantza-tartea (azalpena 74. orrialdean)
- MCS:** buru osagaien laburpena
- MH:** buru osasuna (azalpena, 55. or.)
- OEE:** osasunaren gaineko eraginaren ebaluazioa
- OME:** Osasunaren Mundu Erakundea
- OOBI:** osasun oneko bizi itxaropena
- OR:** odds ratio (azalpena 74. orrialdean)
- OZBK:** osasunarekin zerikusia duen bizi kalitatea
- PADI:** haurren hortzak zaintzeko programa
- PCS:** osagai fisikoen laburpena
- PF:** funtzio fisikoa (azalpena, 55. or.)
- RE:** rol emozionala (azalpena, 55. or.)
- RF:** rol fisikoa (azalpena, 55. or.)
- RP:** prebalentzi ratioa (azalpena eranskin metodologikoan)
- RR:** arrisku erlatiboa (azalpena 88. orrialdean)
- SESPAS:** Osasun Publikoaren eta Osasun Administrazioaren Espainiako Elkartea.
- SF:** funtzio soziala (azalpena, 55. or.)
- VT:** bizitasuna (azalpena, 55. or.)





**BIBLIOGRAFÍA**

- ABÁSOLO I. (1998) *La Economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria (1989-1993)* [Tesis Doctoral], Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud.
- ABÁSOLO I. (1998b) "Equidad horizontal en la distribución del gasto público en sanidad por grupos socioeconómicos en Canarias. Un estudio comparado con el conjunto español". *Hacienda Pública Española*, 147: 3-28.
- ABÁSOLO I. MANNING R. JONES A. (2001) "Equity in the utilisation of and access to public-sector GPs in Spain". *Applied Economics*, 33(3): 349-364.
- ABELLÁN A. (2004) *Las personas mayores en España*. Madrid: CSIC.
- ACHESON D. (1998) *Independent inquiry into inequalities in health*. London: Stationery Office.
- AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA (2003) *Diferències i desigualtats de gènere en salut*. Estudis/Monografies 2. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- AIZPURU F. ANITUA C. SANZO JM. (1999) "1986-1997: Reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios dentales en la Comunidad Autónoma del País Vasco". *Gaceta Sanitaria*, 13(90): 9089.
- ALBERT C. DAVIA M. (2004) "Salud, salarios y educación". *Hacienda Pública Española*, 169: 11-34.
- ALDASORO E. CALVO M. ESNAOLA S. HURTADO DE SARACHO I. ALONSO E. AUDICANA C. ARÓSF. LEKUONA I. ARTEAGOITIA JM. BASTERRETxea M. MARRUGAT J. En nombre del grupo IBERICA-País Vasco (2007) "Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio". *Medicina Clínica*, 128(3): 81-85.
- ALMAGRO D. BENÍTEZ JA. GARCÍA MA. LÓPEZ MT. (2001) "Incremento del índice de dientes permanentes cariados, perdidos por caries y obturados, entre escolares de Loja, España". *Salud Pública de México*, 43(3): 192-8.
- ALONSO J. ANTÓ JM. (1988) "Desigualdades de salud en Barcelona". *Gaceta Sanitaria*, 2: 4-12.
- ALONSO J. ANTÓ JM. MORENO C. (1990) "Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity". *American Journal of Public Health*, 80(6): 704-708.
- ALONSO J. MURILLO C. ANTÓ JM. (1990b) "Estudio de las desigualdades de salud en Barcelona. Marco teórico y evidencia empírica". En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria.
- ALONSO J. PÉREZ P. SÁEZ M. MURILLO C. (1997) "Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General". *Gaceta Sanitaria*, 11: 205-213.
- ALONSO J. (2000) "La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica". *Gaceta Sanitaria*, 12:163-167.
- ALONSO JC. CUETO A. MARTÍN MD. SUÁREZ P. (2003) "Validez del boletín estadístico de defunción para identificar desigualdades en mortalidad según la ocupación". *Gaceta Sanitaria*, 17(sup. 1): 11-12.



- ALVARADO BE. ZUNZUNEGUI MV. DEL SER T. BELAND F. (2002) "Cognitive decline is related to education and occupation in a Spanish elderly cohort". *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(2):132-142.
- ÁLVAREZ-DARDET C. ALONSO J. DOMINGO A. REGIDOR E. (1995) *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.
- ÁLVAREZ-DARDET C. MONTAHUD C. RUIZ MT. (2001) "The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain". *European Journal of Public Health*, 11(2): 225-226.
- ÁLVARO M. (1996) *Los usos del tiempo como indicadores de la discriminación entre géneros*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- ANITUA C. ESNAOLA S. (1991) "Análisis de las desigualdades sociales en la accesibilidad a los servicios médicos ambulatorios". En: *X Reunión de la Sociedad española de epidemiología*. Madrid.
- ANITUA C. AIZPURU F. SANZO JM. GONZÁLEZ-PINTO A. (1999) "Evolución de la población sospechosa de padecer anorexia nerviosa. País Vasco 1992-1997". *Gaceta Sanitaria*, 13(90): 9056.
- ANITUA C. ESNAOLA S. (2000) "Changes in social inequalities in health in the Basque Country". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6):437-443.
- ANNANDALE E. HUNT K. (2000) "Gender inequalities in health: Research and crossroads". En ANNANDALE E. HUNT K. Editores. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.
- ARANCETA J. PÉREZ-RODRIGO C. SERRA-MAJEM L. RIBAS L. QUILES-IZQUIERDO J. VIOQUE J. FOZ M. (2001) "Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study". *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(6):430-435.
- ARBER S. (1991) "Class, paid employment and family roles, making sense of structural disadvantage, gender and health status". *Social Science and Medicine*, 32(4): 425-436.
- ARBER S. (1997) "Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s". *Social Science and Medicine*, 44(6): 773-787.
- ARBER S. COOPER H. (1999) "Gender differences in health in later life: the new paradox?". *Social Science and Medicine*, 48(1): 61-76.
- ARIAS LC. REBAGLIATO M. PALUMBO MA. BELLVER R. ASHTON J. COLOMER C. (1993) "Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 100: 281-287.
- ARIAS LC. BORRELL C. (1998) "Desigualdades en la mortalidad según la educación en la ciudad de Barcelona y Valencia". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 110:161-166.
- ARMERO MJ. FRAU MJ. COLOMER C. (1991) "Indicadores de salud en el medio urbano. Variación en función de la coherencia social de las áreas geográficas utilizadas". *Gaceta Sanitaria*, 5: 17-20.
- ARREGI B. LARRAÑAGA I. MARTÍN U. (2006) "Demografía" En: EUSTAT. *Informe socioeconómico de la C.A. de Euskadi 2006*. Vitoria-Gasteiz: EUSTAT.
- ARTAZCOZ L. MONCADA S. (1993) "Trabajo, estilos de vida y percepción de la salud". En: *V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Granada.
- ARTAZCOZ L. BORRELL C. BENACH J. (2001) "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 639-647.
- ARTAZCOZ L. BORRELL C. MERINO J. GARCÍA MM. SÁNCHEZ JJ. DAPONTE A. CABRERA A. ESNAOLA S. RAMOS JL. ANITUA C. ROHLFS I. (2002) "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar". En: CABASÉS J, VILLALBÍ JR. AIBAR C. Coor-

- dinadores. *Informe SESPAS 2002. La salud y el sistema sanitario en España. Invertir en salud. Prioridades para la salud pública en España*. Valencia: Consellería de Sanitat.
- ARTAZCOZ L. (2004) *Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social y treball* [tesis doctoral]. [acceso 25 de marzo de 2006] Disponible en: [http://www.tdx.cesca.es/TESIS\\_UPF/AVAILABLE/TDX-0207105-135430/tlal1de1.pdf](http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UPF/AVAILABLE/TDX-0207105-135430/tlal1de1.pdf)
- ARTAZCOZ L. BENACH J. BORRELL C. CORTÈS I. (2004) "Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class". *American Journal of public health*, 94(1): 82-88.
- ARTAZCOZ L. BORRELL C. BENACH J. CORTÈS I. ROHLFS I. (2004b) "Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position". *Social Science and Medicine*, 59(2): 263-274.
- ARTAZCOZ L. MOYA C. VANACLOCHA H. PONT P. (2004c) "La salud de las personas adultas". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 56-68.
- ARTAZCOZ L. CORTÈS I. BENACH J. (2005) "Les desigualtats en la salut laboral". En: BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- ARTELLS JJ. BARÓ E. MURILLO C. (1985) "Equidad territorial: el empleo del análisis multivariante en la asignación de recursos entre áreas geográficas". En: *IV Jornadas de Economía de la Salud*. Sevilla.
- AVELLA A. BRINES R. OBRADOR A. BENITO E. MULLETT M. (1988) "Variables socioeconómicas y cáncer colo-rectal en Palma de Mallorca". *Gaceta Sanitaria*, 2: 230-234.
- AVENDANO M. ARO AR. MACKENBACH JP. (2005) "Socioeconomic disparities in physical health in 10 European countries". En: BOERSCH-SUPAN A. BRUGIAVINI A. JUERGES H. MACKENBACH J. SIEGRIST J. WEBER G. *Health, ageing and retirement in Europa*. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing.
- BAJEKAL M. (2005) "Healthy life expectancy by area deprivation: magnitude and trends in England 1994-1999". *Health Statistics Quarterly*, 25: 18-27.
- BARKER DJ. CLARK PM. (1997) "Fetal undernutrition and disease in later life". *Reviews of Reproduction*, 2(2): 105-112.
- BARRETO SM. GIATTI L. KALACHE A. (2004) "Gender inequalities in health among older Brazilian adults". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2): 110-118.
- BARTLEY M. POPAY J. PLEWIS I. (1992) "Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health". *Sociology of health and illness*, 14(3): 313-343.
- BARTLEY M. PLEWIS I. (1997) "Does health-selective mobility account for socioeconomic differences in health? Evidence from England and Wales, 1971 to 1991". *Journal of Health and Social Behaviour*, 38: 376-386.
- BARTLEY M. SACKER A. FIRTH D. FITZPATRICK R. (1999) "Social position, social roles and women's health in England: Changing relationships 1984-1993". *Social Science and Medicine*, 48(1): 99-115.
- BAUZA MLI. ESTEVA M. MIRALLES J. AIMA V. (1991) "Desigualdades en salud en la ciudad de Palma". En: *IV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Valencia.
- BEAUVOIR S. (1981) *El segundo sexo*. Madrid: Aguilar.

- BELLO LM. SUÁREZ JB. RIVERO JB. PRIETO F. SERRA L. (1999) "Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del estado de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias)". *Atención Primaria*, 24(9):533-536.
- BELLO LM. (2000) "Desigualdad socioeconómica y mortalidad en las Islas Canarias". En: *XVIII Jornadas de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- BENACH J. (1995) "Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España (1980-1994)". *Gaceta Sanitaria*, 9(49): 251-164.
- BENACH J. (1997) "La desigualdad social perjudica seriamente la salud". *Gaceta Sanitaria*, 11(6): 255-257.
- BENACH J. BORRELL C. GARCÍA MD. CHAMIZO H. (1998) "Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España". En CATALÁ FJ. DE MANUEL E. Editores. *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- BENACH J. YASUI Y. (1999) "Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:423-31.
- BENACH J. AMABLE M. MUNTANER C. BENAVIDES FG. (2002) "The consequences of work flexibilisation for health: are we looking at the right place?" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:405-406.
- BENACH J. MARTÍNEZ JM. BORRELL C. PASARÍN MI. YASUI Y. (2003) "Desigualtats geogràfiques en àrees petites". En BORRELL, C BENACH J. Coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BENACH J. YASUI Y. BORRELL C. PASARÍN MI. MARTÍNEZ JM. DAPONTE A. (2003b) "The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain". *Preventive Medicine*, 36(3):300-308.
- BENACH J. GIMENO D. BENAVIDES F. MARTÍNEZ JM. TORNÉ MM. (2004) "Types of employment and health in the European Union. Changes from 1995 to 2000". *European Journal of Public Health*, 14(3):314-321.
- BENERÍA L. (1981) "Reproducción, producción, y división sexual del trabajo". *Mientras Tanto*, 6: 47-84.
- BENZEVAL M. JUDGE K. WHITEHEAD M. Editores. (1995) *Tackling inequalities in health: an Agenda for action*. London: King's Fund.
- BERKMAN LF. SYME SL. (1979) "Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents". *American Journal of Epidemiology*, 109(2):186-204.
- BLACK D. (1993) "Deprivation and health". *British Medical Journal*, 307(6919):1630-1631.
- BLANE D. (1985) "An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities". *Sociology of Health and Illness*, 7: 423-445.
- BLANE D. BARTLEY M. SMITH GD. FILAKTI H. BETHUNE A. HARDING S. (1994) "Social patterning of medical mortality in youth and early adulthood". *Social Science and Medicine*, 39(3): 361-366.
- BLAXTER M. (1997) "Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities". *Social Science and Medicine*, 44(6): 747-756.
- BLOOMFIELD K. GMEL G. NEVE R. MUSTONEN H. (2003) "Investigating gender conversion [convergence] in alcohol consumption in Finland, Germany, the Netherlands and Switzerland". En: BLOOMFIELD K. Coordinador. *Gender and Alcohol A Multinational Study*. [acceso 2 febrero 2007] Disponible en: [www.medizin.fu-berlin.de/statistik/Gender&Alcohol/download/chapter5-V.pdf](http://www.medizin.fu-berlin.de/statistik/Gender&Alcohol/download/chapter5-V.pdf)

- BORRAS JM. FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. BORRELL C. LA VECCHIA C. (2000) "Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992". *American Journal of Public Health*, 90:1459-1462.
- BORRELL C. PLASÈNCIA A. PAÑELLA G. (1991) "Excés de mortalitat en una àrea urbana cèntrica: el cas de Ciutat Vella a Barcelona". *Gaceta Sanitaria*. 5: 243-253.
- BORRELL C. (1992) *Epidemiologia de les desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona* [trabajo de investigación de tercer ciclo]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- BORRELL C. ARIAS A. TRISTÁN-POLO M. (1992) *Mortalitat agregada a la ciutat de Barcelona (1983-1989). Anàlisi per barris municipals*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- BORRELL C. ARIAS A. (1993) "Desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona". *Gaceta Sanitaria*, 7: 205-220.
- BORRELL, C. (1995) *Evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- BORRELL C. ARIAS A. (1995) "Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona (Spain)". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 460-465.
- BORRELL C. (1996) *Les desigualtats socials en la salut*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.
- BORRELL C. PLASÈNCIA A. PASARÍN MI. ORTÚN V. (1997) "Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a Southern European city". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 659-667.
- BORRELL C. PASARÍN MI. (1999) "The study of social inequalities in health in Spain: where are we?". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:338-9.
- BORRELL C. FERNÁNDEZ E. (1999) "Desigualdades de utilización. Estado de la cuestión y estrategias de futuro". En: *XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud.
- BORRELL C. MOMPART A. BRUGAL MT. ROHLFS I. PÉREZ G. (1999) "La salut". En: FUNDACIÓ JAUME BOFILL. *Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, economia, politica, cultura*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BORRELL C. REGIDOR E. ARIAS LC. NAVARRO P. PUIGPINOS R. DOMÍNGUEZ V. PLASÈNCIA A. (1999b) "Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities". *International Journal of Epidemiology*, 28:58-63.
- BORRELL C. ROHLFS I. FERRANDO J. PASARÍN MI. DOMÍNGUEZ-BERJÓN F. PLASÈNCIA A. (1999c) "Social inequalities in perceived health and utilization of health services in a south European urban area". *International Journal of Health Services*, 29 (4): 743-764.
- BORRELL C. DOMÍNGUEZ-BERJÓN F. PASARÍN MI. FERRANDO J. ROHLFS I. NEBOT M. (2000) "Social inequalities in health related behaviours in Barcelona". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(1):24-30.
- BORRELL C. RUE M. PASARÍN I. ROHLFS I. FERRANDO J. FERNÁNDEZ E. (2000b) "Trends in Social Class Inequalities in Health Status, Health-Related Behaviours, and Health Services Utilization in a Southern European Urban Area (1983-1994)". *Preventive Medicine*, 31: 691-701.
- BORRELL C. FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. BENACH J. RAJMIL L. VILLALBÍ JR. SEGURA A. (2001) "Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia (Spain): what is the influence of supplemental private health insurance". *International Journal for Quality in Health Care*, 13(2): 117-25.

- BORRELL C. RODRÍGUEZ M. FERRANDO J. BRUGAL MT. PASARÍN MI. PLASÈNCIA A. (2002) "The role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis". *Injury Prevention*, 8: 297-302.
- BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BORRELL C. CIRERA E. RICART M. PASARÍN MI. SALVADOR J. (2003) "Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city". *European Journal of Epidemiology*, 18(1): 5-13.
- BORRELL C. GARCÍA-CALVENTE MM. MARTÍ-BOSCA JV. Editores. (2004) "Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1).
- BORRELL C. ROHLFS I. ARTAZCOZ L. MUNTANER C. (2004b) "Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?" *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 2): 75-82.
- BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. (2005) *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BORRELL C. PEIRÓ R. RAMÓN N. PASARÍN MI. COLOMER C. ZAFRA E. ÁLVAREZ-DARDET C. (2005) "Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las Comunidades Autónomas del Estado español". *Gaceta Sanitaria*, 19(4): 277-284.
- BOSSUYT N. GADEYNE S. DEBOOSERE P. VAN OYEN H. (2004) "Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium". *Public Health*, 118(1): 3-10.
- BRAY FA. (1987) "Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence and risks". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499: 14-28.
- BROESE VAN GROENOU MI. DEEG DJ. PENNINX BW. (2003) "Income differentials in functional disability in old age: relative risks of onset, recovery, decline, attrition and mortality". *Aging clinical and experimental research*, 15(2):174-183.
- BRONNUM-HANSEN H. ANDERSEN O. KJOLLER M. RASMUSSEN N. (2004) "Social gradient in life expectancy and health expectancy in Denmark". *Sozial und präventivmedizin*, 49(1): 36-41.
- BRUGAL MT. BORRELL C. AZ-QUIJANO E. PASARÍN MI. GARCÍA DE OLAYA P. VILLALBI JR. (2003) "Deprivation and AIDS in a southern European city: different patterns across transmission group". *European Journal of Public Health*, 13(3):259-261.
- BUENO FJ. (1999) "Introducción". *Revista valenciana d'estudis autonòmics*, 28:3-6.
- CABEDO VR. ORTELLS E. BAQUERO L. BOSCH N. MONTERO A. NACHER A. SÁNCHEZ-PERAL B. TAMBORERO MA. (2000) "Cómo son y de qué padecen los gitanos". *Atención Primaria*, 26:21-5.
- CABASÉS J. VILLALBÍ. AIBAR C. Editores. (2002) *Informe SESPAS 2002: La salud y el sistema sanitario en España: Invertir en salud. Prioridades para la salud pública en España*. Valencia: Consellería de Sanitat.
- CABETAS C. GAVILANES EC. (1982) "Impacto de la redistribución de la renta vía gastos sanitarios. Economía de la Política Sanitaria" En: *II Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria: Asociación de Economía de la Salud.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (2003) *Women's health surveillance report. A multi-dimensional look at the health of Canadian women*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

- CANO-SERRAL G. RODRÍGUEZ-SANZ M. BORRELL C. PÉREZ MDEL M. SALVADOR J. (2006) "Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo" *Gaceta Sanitaria*, 20(1): 25-30.
- CARRASCO C. MAYORDOMO M. DOMÍNGUEZ M. ALABART A. (2004) *Trabajo con mirada de mujer: Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- CARRIÓN JR. (2006) "La salud de los hombres: ¿sexo fuerte, género débil?". *Socialdigital* [revista electrónica] [acceso 3 de enero de 2007] Disponible en: <http://www.socialdigital.org/textos/lasa-luddelhombre.pdf>.
- CASI-CASANELLAS A. MORENO-IRIBAS C. (1992). "Desigualdad ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años". *Atención Primaria*, 10:543-8.
- CASSWELLS. PLEDGER M. HOOPER R. (2003) "Socioeconomic status and drinking patterns in young adults". *Addiction* 98(5): 601-610.
- CAVELAARS A. KUNST AE. GEURTS JJM. CRIALESI R. GRÖTVEDT L. HELMERT U. LAHELMA E. LUNDBERG O. MATHENSON J. MIELCK A. RASMUSSEN NK. REGIDOR E. ROSÁRIO-GIRALDES M. SPUHLER TH. MACKENBACH JP. (2000) "Educational differences in smoking: International comparisons". *British Medical Journal*, 320: 1102-1107.
- CEAS (1979) *Necesidades sanitarias y recursos asistenciales*. Madrid: INSALUD.
- CEINOS ME. (1996) *Lactancia materna en Galicia y alimentación en el primer año de vida: influencia de los factores medio-ambientales y socio-culturales*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio científico.
- CERDÀ I. (1968) *Teoría general de la urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*. Vol. II. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- CES (2003) *Segundo Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- CHAMIZO J. (2002) "El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes". En: *I Jornada de Coordinación de Atención Sanitaria a Inmigrantes en Andalucía*. [conferencia inaugural] Sevilla: Fundación Progreso y Salud.
- CHIANG CL. (1984) *The life table and its applications*. Florida: Robert E. Krieger Publ. Co.
- CILLA G. PÉREZ-TRALLERO E. MARIMON JM. ERDOZAIN S. GUTIÉRREZ C. (1995) "Prevalence of hepatitis A antibody among disadvantaged gipsy children in northern Spain". *Epidemiology and Infection*, 115(1): 157-61.
- CILLA G. PÉREZ-TRALLERO E. GARCI-BENGOECHEA M. MARIMON JM. ARENAS JL. (1997) "Helicobacter pylori infection: a seroepidemiological study in Gipuzkoa, Basque Country, Spain". *European Journal of Epidemiology*, 13(8):945-949.
- CLARKE P. SMITH L. JENKINSON C. (2002) "Comparing health inequalities among men aged 18-65 years in Australia and England using the SF-36". *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(2):136-143.
- COLECTIVO IOE (1996) *Tiempo social contra reloj: las mujeres y la transformación en los usos del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- COMA A. MARTÍ M. FERNÁNDEZ E. (2003) "Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud". *Atención Primaria*, 32(4): 208-215.

- COSTA J. (1989) *Desigualtats en la mortalitat als barris de Barcelona: la seva relació amb l'atur, l'analfabetisme i la categoria professional* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- CROFT M. (2004) "North-south divide in social inequalities in Great Britain Self perceived health is affected by anxiety and self esteem". *British Medical Journal*, 329(7456): 52.
- CRUZ C. ALMISAS M. (1990) "Relación de la clase social con la cobertura vacunal contra tétanos y poliomielitis en una población infantil". *Pediatrka*, 10:240-245.
- CUERVO J. COMPANY A. ANTÓ JM. CASAS M. (1985) "Cobertura sanitaria y utilización de los servicios sanitarios públicos en la ciudad de Barcelona". En: *IV Jornadas de Economía de la salud*. Sevilla.
- CURHAN GC. WILLET WC. RIMM EB. SPIELGELMAN D. ASCHERIO AL. STAMPFER MJ. (1996) "Birth weight and adult hypertension, diabetes mellitus, and obesity in US men". *Circulation*, 94: 3246-50.
- DAHLGREN G. WHITEHEAD M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies.
- DAHLGREN G. WHITEHEAD M. (1993) *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. London: King's Fund.
- DANIELSON M. LINDBERG G. (2001) "Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox". En ÖSTUM P. DANIELSON M. DIDERICHTSEN F. HARENSTEM A. LINDBERG G. Editores. *Gender inequalities in health: A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health.
- DAVIS MA. (1981) "Sex differences in reporting osteoarthritis symptoms: a sociomedical approach". *Journal of Health and Social Behaviour*, 22(3): 298-310.
- DE ANDRÉS J. BARRUTI M. BORRELL C. CALAFELL J. PASARÍN MI. PUIGPINOS R. JANSÀ JM. (2002) "Salud y marginación social". *Documentación Social*, 127: 97-124.
- DE BEAUVOIR S. (1981) *El segundo sexo*. Madrid: Aguilar.
- DE MIGUEL J. (1985) *La salud pública del futuro*. Barcelona: Ariel Sociológica.
- DEL LLANO J. (1991) *Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en la población en edad de trabajar en el municipio de Madrid* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- DEL LLANO J. ARACIL E. DEL LLANO M. GONZÁLEZ JL. FERNÁNDEZ F. ROMAN B. ESQUIVIAS M. (1996) "A sickness called unemployment: a long-term unemployment. Association of Community Development (ACD)". *Gaceta Sanitaria*, 10(53): 73-80.
- DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2005) Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2004. Informe General. [acceso 24 de marzo de 2007]. Disponible en: [http://www.juslan.ejgv.euskadi.net/r45-476/es/contenidos/informacion/5873/es\\_2266/adjuntos/EPDS%202004/FICHEROS/INFORME%20EPDS%202004\\_Datos%20Generales.pdf](http://www.juslan.ejgv.euskadi.net/r45-476/es/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/EPDS%202004/FICHEROS/INFORME%20EPDS%202004_Datos%20Generales.pdf)
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (1987) *Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (1996) *Encuesta de salud 1992. Metodología y resultados*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (1997) *Encuesta de salud 1997. Mejorando la salud*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.

- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2002) Euskadirako osasun politikak: 2002-2010 osasun plana. Políticas de salud para Euskadi: plan de salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2004) *Euskal AE-ko osasun inkesta 2002. Encuesta de salud de la C.A. del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2004b) *Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2004*. [acceso 01 de diciembre de 2006]. Disponible en: [http://www.osanet.euskadi.net/r8513714/es/contenidos/informacion/estado\\_salud/es\\_5463/adjuntos/Informe%20Mortalidad%202004.pdf](http://www.osanet.euskadi.net/r8513714/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20Mortalidad%202004.pdf).
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2005) *Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO SANIDAD (2006) *Encuesta de nutrición 2005: hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años: primeros resultados*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEVER G. (1976) "An epidemical model for health policy analysis". *Social Indicators Resesarch*, 2: 453-466.
- DÍAZ E. (2004) *Does social class explain health inequalities? A study of Great Britain and Spain* [tesis doctoral]. Madrid: Fundación Joan March.
- DÍAZ DE QUIJANO E. BRUGAL T. PASARÍN MI. GALDOS-TANGÜÍS H. CAYLÀ J. BORRELL C. (2001) "Influencia de las desigualdades sociales, la conflictividad social y la pobreza extrema sobre la morbilidad por tuberculosis en la ciudad de Barcelona". *Revista Española de Salud Pública*, 75(6): 517-528.
- DÍEZ E. VILLALBÍ JR. (1993) "Evolución de las diferencias en mortalidad infantil entre el distrito de Ciutat Vella y el resto de la ciudad". En: *V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Granada.
- DÍEZ E. PEIRÓ R. (2004) "Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud". *Gaceta Sanitaria*, 18(Sup.1): 158-167.
- DOMINGO A. (1980) *Nèixer a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- DOMINGO A. MARCOS J. (1989) "Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación". *Gaceta Sanitaria*, 3: 320-326.
- DOMÍNGUEZ-BERJÓN MF. BENACH J. GARCÍA-ARCAL D. BORRELL C. (1999) "Infant and perinatal mortality in Spain 1981-1991: interprovincial variations in Autonomous Communities with extreme economic levels". *European Journal of Epidemiology*, 15(8): 723-29.
- DOMÍNGUEZ-BERJÓN MF. BORRELL C. (2005) "Mortality and socioeconomic deprivation in the census tracts and districts of Barcelona". *Gaceta Sanitaria*, 19(5):363-369.
- DORRONSORO M. MENDAZONA JL. BERRAONDO I. RODRÍGUEZ JJ. (1991) "Análisis de la capacidad para la actividad de la vida diaria (ADL) en la población anciana de San Sebastián y su relación con factores socio-económicos. Epidemiología, Comunidad y Desigualdad". En: *X Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- DOYAL L. (2001) "Sex, gender, and health: the need for a new approach". *British Medical Journal*, 323:1061-1063.
- DROOMERS M. SCHRIJVERS C. CASSWELL S. MACKENBACH JP. (2005) "Fathers' occupational group and daily smoking during adolescence: patterns and predictors". *American Journal of Public Health*, 95(4):681-688.



- DURÁN MA. Editora. (1980) *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condiciones socioeconómicas*. Madrid: Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social.
- DURÁN MA. (1982) “Notas sobre equidad y salud”. En: *II Jornadas de Economía de la Salud*. Bilbao.
- DURÁN MA. (1983) *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos.
- DURÁN MA. (1983b) “Desigualdad social y salud”. *Sociología*, 1: 19-23.
- DURÁN MA. (1998). *De puertas adentro*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- DURÁN MA. (1991) “El tiempo y la economía española”. *Información Comercial Española: Revista de Economía*, 695:9-48.
- DURKHEIM E. (1928) *El suicidio: estudio de sociología*. Madrid: Reus.
- EIDE M. OYEN N. SKJAERVEN R. NILSEN ST. BJERKEDAL T. TELL GS. (2005) “Size at birth and gestational age as predictors of adult height and weight”. *Epidemiology*, 16(2): 175-181.
- ELIZONDO-ARMENDÁRIZ JJ. AGUINAGA I. GILLÉN F. (2004) “Physical activity and sedentary lifestyles and its relation with socioeconomic status and lifestyles in Pamplona (Spain)”. En: *12<sup>th</sup> Annual EUPHA Conference*. Oslo.
- ELIZONDO-ARMENDÁRIZ JJ. GUILLÉN F. AGUINAGA I. (2005) “Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona”. *Revista Española de Salud Pública*, 79:559-567.
- EMAKUNDE (1993) *Mujeres y salud en la CAE*. Vitoria-Gasteiz: Emakunde.
- EMERY CF. FRID DJ. ENGBRETSON TO. ALONZO AA. FISH A. FERKETICH AK. REYNOLDS NR. DUJARDIN JP. HOMAN JE. STERN SL. (2004) “Gender differences in quality of life among cardiac patients”. *Psychosomatic Medicine*, 66(2): 190-197.
- ENGELS F. (1844) “Report of Inquiry into the State of Large towns and Populous Districts, First Report”. En DAVEY B. GRAY A. SEALE C. Editores. (2002) *Health and disease. A reader*. Philadelphia: Open University Press.
- ESCRIBÁ-AGÜIR V. CLEMENTE I. SAUREL-CUBIZOLLES MJ. (2001) “Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. Resultados del proyecto EUROPOP en el Estado español”. *Gaceta Sanitaria*, 15(1): 6-13.
- ESNAOLA S. ERREZOLA M. BERECIARTUA JM. (1991) “La evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1975-1988. Epidemiología, Comunidad y Desigualdad”. En: *X Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- ESNAOLA S. RAMOS JL. (2000) *Equidad y Plan de Salud 21. Desigualdades socioeconómicas en salud y equidad en la provisión de servicios de salud*. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.
- ESNAOLA S. AYESTARAN M. ANITUA C. ALDASORO E. (2000) “Análisis geográfico de las desigualdades sociales en la mortalidad”. En: *XVIII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- ESNAOLA S. ALDASORO E. RUIZ R. AUDICANA C. PÉREZ Y. CALVO M. (2003) “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco”. *Gaceta Sanitaria*, 17(supl 2):129-130.
- ESNAOLA S. ALDASORO E. RUIZ R. AUDICANA C. PÉREZ Y. CALVO M. (2006) “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco”. *Gaceta Sanitaria*, 20(1):16-24.

- ESNAOLA S. MARTÍN U. PÉREZ Y. RUIZ R. ALDASORO E. CALVO M. (2007) “Magnitud y desigualdades en la esperanza de vida ajustada por calidad en la CAPV”. O+Berri-Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. [acceso 3 junio 2007]. Disponible en: [http://www.osanet.euskadi.net/r8513714/es/contenidos/informacion/estado\\_salud/es\\_5463/adjuntos/informe%20EVAC%2020061212.pdf](http://www.osanet.euskadi.net/r8513714/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/informe%20EVAC%2020061212.pdf).
- ESPING-ANDERSEN G. (2002) *Why we need a new welfare state?*. New York: Oxford University Press.
- ESTEBAN ML. (2001) “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones en salud”. En MIQUEO C. TOMÁS C. TEJERO C. BARRAL MJ. FERNÁNDEZ T. YAGO T. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva.
- ETXENIKE, M. (1994). “Inégalités sociales en matière de santé dans l’aire sanitaire numero un de la Communauté de Madrid” [Trabajo de investigación de tercer ciclo]. Bruxelles: Ecole de Santé Publique de l’Universeté Libre de Bruxelles.
- EUROSTAT (2003) *Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Countries.
- EUSTAT (2006) *Denbora-aurrekontuen inkesta. 2003. Encuesta de presupuestos de Tiempo 2003*. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Estadística-Eustat.
- EVANS RG. (1996) “Introducción” En: EVANS RG. BARER ML. MARMOR T. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*. Madrid: Díaz de Santos.
- FEACHEM R. (2000) “Poverty and inequity: a proper focus for the new century”. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1): 1-2.
- FERNÁNDEZ MC. VÉREZ L. GUDE F. (1996) “Morbilidad crónica y autopercepción de salud en los ancianos de una comunidad rural”. *Atención Primaria*, 10:108-112.
- FERNÁNDEZ E. BORRELL C. (1999) “Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona”. *British Journal of Cancer*, 79: 684-9.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. MARTÍ M. (2000) “Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa”. *Gaceta Sanitaria*, 14(4): 287-290.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. RAJMIL L. BORRELL C. GARCÍA M. SEGURA A. (2000b) “Desigualdades en salud según la clase social en Catalunya. 1994”. *Atención Primaria*, 25: 560-562.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. (2003) “Les desigualtats en l’estat de salut i la malaltia”. En BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. GARCÍA M. (2005) “Les desigualtats en l’estat de salut i la malaltia”. En BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- FERNÁNDEZ-MARTÍN JI. FERNÁNDEZ DE LA HOZ K. CATALAN S. ALONSO M. (2000) “Transmisión de la tuberculosis en las prisiones de Madrid”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 115: 246-250.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS G. RODRÍGUEZ V. ROJO F. (2000) “Health services accessibility among Spanish elderly”. *Social Science and Medicine*, 50: 17-26.
- FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. (1993) *Desigualdades en salud en España* [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- FERNÁNDEZ DE LA HOZ K. LEON D. (1996) “Self-perceived health status inequalities in use of health services in Spain”. *International Journal of Epidemiology*, 25: 593-693.

- FERRER F. (2003) "El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía". *Gaceta Sanitaria*, 17(supl 3): 2-8.
- FERRIE JE. SHIPLEY MJ. SMITH GD. STANSFELD SA. MARMOT MG. (2002) "Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(12): 922-926.
- FIELD AE. COAKLEY EH. MUST A. SPADANO JL. LAIRD N. DIETZ WH. (2001) "Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period". *Archives of Internal Medicine*, 161:1581-1586.
- FOESSA (1966) *Informe sociológico sobre la situación social de España*. Madrid: Euramerica.
- FOESSA (1970) *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970*. Madrid: Euramerica.
- FOESSA (1975) *Informe sociológico sobre la situación social de España 1975*. Madrid: Euramerica.
- FOESSA (1983) *Informe sociológico sobre el cambio social de España 1975-1983*. Madrid: Euramérica.
- FOESSA (1994): *Informe sociológico sobre la situación social en España. Vol 1*. Madrid: Fundación FOESSA.
- FOKKEMA T. (2002) "Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands?". *Social Science and Medicine*, 54(5): 741-752.
- FORSDAHL A. (2002) "Observations throwing light on the high mortality in the county of Finmark. Is the high mortality today a late effect of very poor living conditions in childhood and adolescence?". *International Journal of Epidemiology*, 31:302-8.
- FOX AJ. GOLDBLATT PO. ADELSTEIN AM. (1982) "Selection and mortality differentials". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36:69-79.
- FREIRE JM. (1993) "Cobertura sanitaria y equidad en España. Las desigualdades ante la salud". En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria.
- FREIRE JM. (2003) "El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas". *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 26(3): 423-428.
- FRIES JF. (2003) "Measuring and monitoring success in compressing morbidity". *Annals of Internal Medicine*, 139:455-9.
- GAKIDOU EE, MURRAY CJ. FRENK J. (2000) "Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy". *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1): 42-54.
- GALÁN I. (2002) "Desigualdades sociales en hábitos de salud en la Comunidad Autónoma de Madrid". En REGIDOR E. Coordinador. *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.
- GARCÍA S. LEKUBE K. ANDIKOETXEA A. SOLAR M. OLASKOAGA A. (1997) "Características socio-económicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios". *Atención Primaria*, 20(5):230-236.
- GARCÍA-CALVENTE MM. (1997) *El sistema informal de atención a la salud durante la infancia* [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada.
- GARCÍA-CALVENTE MM. MATEO I. GUTIÉRREZ P. (1999) *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GARCÍA-CALVENTE MM. (2004) "Género y salud: un marco de análisis e intervención". *Diálogo Filosófico*, 59: 212-228.

- GARCÍA P. LÓPEZ A. (2006) "The evolution of inequality in the access to health care in Spain: 1987-2001", Working Paper 756. Departament d'economia i empresa. Universitat Pompeu Fabra. [acceso 1 de enero 2007]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/756.pdf>
- GARCÍA DE OLAYA P. LAI A. JANSÁ JM. BADA JL. CAYLÀ (2000) "Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros". *Gaceta Sanitaria*, 14(3):189-94.
- GARRIDO P. CASTILLO I. BENAVIDES F. RUIZ-PÉREZ I. (1994) "Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal". *Gaceta Sanitaria*, 8: 128-132.
- GINER S. LAMO DE ESPINOSA E. TORRES C. (1998) *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza editorial.
- GINESTAL J. (1985) "Las desigualdades en salud como elección racional". En: *IV Jornadas de Economía de la Salud*. Sevilla.
- GISKES K. KUNST AE. BENACH J. BORRELL C. COSTA G. DAHLE. DALSTRA JA. FEDERICO B. HELMERT U. JUDGE K. LAHELMA E. MOUSSA K. OSTERGREN PO. PLATT S. PRATTALAR R. RASMUSSEN NK. MACKENBACH JP. (2005) "Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 395-401.
- GJONÇA A. TOMASSINI C. VAUPEL JW. (1999) *Men-female differences in mortality in the developed world*. Max Planck Institute for Demographic Research. [consultado 09 diciembre 2006]. Disponible en: <http://www.demogr.mpg.de/Papers/Working/WP-1999-009.pdf>
- GOLDSTEIN MG. WHITLOCK EP. DEPUE J. (2004) "Multiple behavioural risk factor interventions in Primary Care: Summary of Research Evidence". *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2): 61-79.
- GOLDTHORPE JH. (1980) *Social mobility and Class Structure*. Oxford: Clarendon Press.
- GÓMEZ R. (1995) "Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida en la población española. 1970-1990". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71: 79-108.
- GÓMEZ E. (2001) "Equidad, género y salud". En: *Taller internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género*. Santiago de Chile: OMS-OPS.
- GÓMEZ R. BOE C. (2005) "Decomposition Analysis of the Spanish Life Expectancy at Birth", *Demographic Research*, 13-20: 521-546.
- GONZÁLEZ J. REGIDOR E. (1988) "Desigualdad en el uso de los servicios sanitarios. Salud y Equidad". En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria. Madrid.
- GONZÁLEZ B. URBANOS RM. ORTEGA P. (2004) "Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 82-89.
- GONZÁLEZ LI. ÁLVAREZ-DARDET C. NOLASCO A. PINA JA. MEDRANO MJ. (2006) "El hambre en la Guerra Civil española y la mortalidad por cardiopatía isquémica: una perspectiva desde la hipótesis de Barker". *Gaceta Sanitaria*, 20(5): 360-370.
- GONZALO E. PASARÍN MI. (2004) "La salud de las personas mayores". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 69-80.
- GOODE W. (1960) "A theory of role strain". *American Sociological Review*, 25(4): 483-496.
- GORROÑO GOITIA A. IBAÑEZ F. OLASKOAGA A. (1992) "Autopercepción de la salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud". *Atención Primaria*, 10: 771-776.

- GRAHAM H. (1996) "Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990". *Social Science and Medicine*, 43(2): 243-254.
- GREEN KI. JOHNSON JV. (1990) "The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees". *American Journal of Public Health*, 80(11):1368-1371.
- GRUENBERG EM. (1977) "The failures of success". *The Milbank Quarterly*, 83(4):779-800.
- GRUFFERMAN S. (1982) "Hodgkin's disease". En SCHOTTENFELD D. FRAUMENI JF. Editores. *Cancer epidemiology and prevention*. Philadelphia: WB Saunders.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SEE (1995) *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SEE Y DE LA SEMFyC (2000) "Una propuesta de medida de la clase social". *Atención Primaria*, 25(5): 350-362.
- GUALLAR-CASTILLÓN P. LÓPEZ E. LOZANO L. GUTIÉRREZ-FISAC JL. BANEGAS JR. LAFUENTE PJ. RODRÍGUEZ F. (2002) "The relationship of overweight and obesity with subjective health and use of health-care services among Spanish women". *International Journal of Obesity*, 26(2):247-52.
- GUILLÉN MF (1990) *Estructura social y salud: análisis del acceso a la asistencia sanitaria y los niveles de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud. Estudios y Encuestas n° 22*. Madrid: CIS.
- GUILLÉN MF. (1991) "Salud, estructura familiar y pautas de desigualdad: El caso de las consultas privadas de salud dental". *REIS*, 53: 53-74.
- GUTIÉRREZ MD. MÁRQUEZ S. COLOMER C. (1994) "Desigualdades sociales y alimentación: estudio ecológico de las ventas de alimentos de una cadena de supermercados". *Gaceta Sanitaria*. 8:304-309.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. REGIDOR E. RODRÍGUEZ C. (1995) "Economic and social factor associated with body mass index and obesity in the Spanish population aged 20-64 years". *European Journal of Public Health*, 5:193-198.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1998) "Obesidad y nivel socioeconómico". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 110(9): 347-449.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. GISPERT R. SOLA J. (2000) "Factors explaining the geographical differences in disability free life expectancy in Spain". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6):451-455.
- GUTIERREZ-FISAC JL. BANEGAS JR. ARTALEJO FR. REGIDOR E. (2000b) "Increasing prevalence of overweight and obesity among Spanish adults. 1987-1997". *International journal of obesity and related metabolic disorders*. 24(12):1677-1682.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. (2002) "Desigualdades sociales en la salud subjetiva y en varios trastornos crónicos de salud en España". En REGIDOR E. Coordinador. *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. REGIDOR E. BANEGAS B. RODRÍGUEZ F. (2002) "The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987 and 1995/97". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(6):457-460.
- HAAN M. KAPLAN GA. CAMACHO T. (1987) "Poverty and health. Prospective evidence from the Alameda County Study". *American Journal of Epidemiology*, 125(6):989-98.

- HAAVIO-MANNILA E. (1986) "Inequalities in health and gender". *Social Science and Medicine*, 22:141-149.
- HARDING S. (1989) "Is there a feminist method?". En TUANA N. Editor. *Feminism and Science*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- HERNÁNDEZ M. (2001) "Estructura social y desigualdades sociales en salud". *Revista Española de Sociología*, 2: 97-113.
- HINOJAL A. (1977) *Sociología de la medicina. Aspectos teóricos y empíricos*. Madrid: Tecnos.
- HOLY WE. REES M. KILE E. MATHEWS JD. WANG ZQ. (1999) "A new dimension to the Barker hypothesis: Low birthweight and susceptibility to renal disease". *Kidney International*, 56: 1072-1077.
- HOPMAN WM. TOWHEED T. ANASTASSIADES T. TENENHOUSE A. POLIQUIN S. BERGER C. JOSEPH L. BROWN J. MURRAY TM. ADACHI JD. HANLEY DA. (2000) "Canadian normative data for the SF-36 health survey". *Canadian Medical Association Journal*, 163(3): 265-271.
- HRABA J. LORENZ F. LEE G. PECHACOVA Z. (1996) "Gender differences in health: evidence from the Czech Republic". *Social Science and Medicine*, 43:1443-51.
- HUERTAS, M. (2002) "Memoria de la atención a inmigrantes en el Hospital del Poniente en el año 2001". En: *I Jornada de Coordinación de Atención Sanitaria a Inmigrantes en Andalucía*. Sevilla: Fundación Progreso y Salud.
- HYYPPÄÄ MT. MÄKI J. (2001) "Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community". *Preventive medicine*, 32(2): 148-155.
- IDLER EL. BENYAMINI Y. (1997) "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *Journal of Health and Social Behaviour*, 38:21-37.
- IZQUIERDO J. DEL RIO O. RODRIGUEZ A. (1988) *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- IZQUIERDO MJ. (1998) *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.
- JANO M. NEBOT M. BADÍ M. BERJANO B. MUÑOZ M. RODRÍGUEZ MC. QUEROL A. CABERO L. (2000) "Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114(4):132-135.
- JAUSORO N. DAVILA A. ARRIETA E. (2006) *Mujeres y salud en el medio rural de la CAE*. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- JEFFERIS BJ. POWER C. GRAHAM H. MANOR O. (2004) "Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort". *Journal of Public Health*. 26(1):13-8.
- JIMENEZ R. TAPIAS-LEDESMA MA. GALLARDO-PINO C. CARRASCO P. DE MIGUEL AG. (2004) "Influence of sociodemographic variables on use of dental services, oral health and oral hygiene among Spanish children". *International Dental Journal*, 54(4):187-192.
- JIMENO V. (1982) "Desigualdades en las atenciones sanitarias de España". *Revista Internacional de Sociología*, 42: 183-206.
- JIN RL. SHAH CP. SVOBODA TJ. (1995) "The impact of unemployment on health: a review of the evidence". *Canadian Medical Association Journal*, 153(5): 529-540.
- JOHNELL K. MERLO J. LYNCH J. BLENNOW G. (2004) "Neighbourhood social participation and women's use of anxiolytic-hypnotic drugs: a multilevel analysis" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(1): 59-64.

- JOVELL A. (1994) "Desigualdades en el nivel de salud". En FOESSA *Informe sociológico sobre la situación social en España*. Vol. 1. Madrid: Fundación FOESSA.
- KAGAN AR. (1987) "Unemployment causes ill health: the wrong track". *Social science and Medicine*, 25(2):217-218.
- KANDRACK MA. GRANT KR. SEGALL A. (1991) "Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions". *Social Science and Medicine*, 32:579-90.
- KARLAMANGLA A. ZHOU K. REUBEN D. GREENDALE G. MOORE A. (2006) "Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America". *Addiction* 101(1): 91-99.
- KAWACHI I. COLDITZ GA. ASCHERIO A. RIMM EB. GIOVANNUCCI E. STAMPFER MJ. WILLET WC. (1996) "A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50:245-251.
- KAWACHI I. KENNEDY BP. LOCHNER K. PROTHROW-STITH D (1997) "Social capital, income equality and mortality". *American Journal of Public Health*, 87(9): 1491-1499.
- KAWACHI I. KENNEDY BP. (1999) "Income inequality and health: Pathways and Mechanisms". *Health services research*, 34(1):215-227.
- KAWACHI I. SUBRAMANIAN SV. ALMEIDA-FILHO N. (2002) "A glossary for health inequalities". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 647-652.
- KAWACHI I. KIM D. COUTTS A. SUBRAMANIAN SV. (2004) "Commentary: Reconciling the three accounts of social capital". *International Journal of Epidemiology*, 33:682-690.
- KELSEY JL. HORN-ROSS PL. (1993) "Breast cancer: magnitude of the problem and descriptive epidemiology". *Epidemiologic Reviews*, 15: 7-16.
- KITAGAWA E. HAUSER PM. (1973) *Differential mortality in the United States: A study in socio-economic epidemiology*. Cambridge: Harvard University Press.
- KRIEGER N. (2003) "Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?". *International Journal of Epidemiology*, 32(4): 652-657.
- KRIEGER N. CHEN JT. WATERMAN PD. REHKOPF DH. SUBRAMANIAN SV. (2003) "Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: a comparison of area-based socioeconomic measures. The Public Health Disparities Geocoding Project". *American Journal of Public Health*, 93: 1655-1671.
- KOIVUSILTA LK. RIMPELÄ AH. KAUTIAINEN SM. (2006) "Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position?" *BMC Public Health*, 6(110): 1-13.
- KUNST AE. BOS V. LAHELMA E. BARTLEY M. LISSAU I. REGIDOR E. MIELCK A. CARDANO M. DALSTRA JA. GEURTS JJ. HELMERT U. LENNARTSSON C. RAMM J. SPADEA T. STRO-NEGGER WJ. MACKENBACH JP. (2005) "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries". *International Journal of Epidemiology*, 34(2):295-305.
- LA PARRA D. (2002) *La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias*. Alicante: Universidad de Alicante.
- LAHELMA E. ARBER S. KIVELA K. ROOS E. (2002) "Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances". *Social Science and Medicine*, 54(5): 727-740.

- LAHELMA E. MARTIKAINEN P. RAHKONEN O. ROSS E. SAASTAMOINEN P. (2005) "Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki Health Study". *European journal of public health*, 15(5):504-510.
- LALONDE M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- LANTZ PM. HOUSE JS. LEPKOWSKI JM. WILLIAMS DR. MERO RP. CHEN J. (1998) "Socioeconomic factors, health behaviours, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults". *JAMA*, 279(21):1703-1708.
- LANTZ PM. LYNCH JW. HOUSE JS. LEPKOWSKI JM. MERO RP. MUSICK MA. WILLIAMS DR. (2001) "Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviours". *Social Science and Medicine*, 53(1):29-40.
- LARDELLI P. MASA J. MADERUELO A. DELGADO M. GÁLVEZ M. (1991) "Infant, neonatal, post-neonatal and perinatal mortality in Spain, 1975-1984. Interregional and interannual differences". *Social Science and Medicine*, 33: 613-20.
- LARIZGOITIA I. (1996) *Evolution of Primary Health Care in Spain: Assessment of access and quality of care of two public delivery models*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- LARRAÑAGA I. FERNÁNDEZ I. ZUAZAGOITIA J. RODRÍGUEZ JL. ESNAOLA S. (2000) "Lesiones accidentales en la infancia y su relación con el estatus socioeconómico familiar". En: *XVIII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- LARRAÑAGA I. ARREGI B. ARPAL J. (2004) "El trabajo reproductivo o doméstico". *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl 1): 36-41.
- LARRAÑAGA I. ARTEAGOITIA JM. RODRÍGUEZ JL. GONZÁLEZ F. ESNAOLA S. PINIÉS JA. (2005) "Socio-economic inequalities in the prevalence of Type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country, Spain". *Diabetic Medicine*, 22:1047:1053.
- LASHERAS C. PATTERSON AM. CASADO C. FERNÁNDEZ S. (2001) "Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population". *Experimental Aging Research*, 27(3):257-270.
- LATORRE PM. AIZPURU F. DE CARLOS Y. ECHEVARRIA J. FERNÁNDEZ-RUANOVA B. LETE MARTINEZ-ASTORQUIZA T. MARTINEZ C. PÁRAMO S. VALLS I SOLER A. (2007) *Desigualdades Sociales en la Salud Perinatal en la CAPV*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.
- LATOUR J. ROMERO FA. ÁLVAREZ-DARDET C. ET ALTER. (1987) "Mortalidad en cuidados intensivos: importancia de los factores de riesgo sociales". *Medicina Clínica*, 89: 763-767.
- LATOUR J. ÁLVAREZ-DARDET C. (1989) "La medición del nivel socioeconómico". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 92: 470-474.
- LAZARSFELD PF. (1955) "Interpretation of statistical relations as a research operation" En: LAZARSFELD PF. ROSENBERG *The language of social research*. Glencoe: Free Press.
- LEMKOW L. (1986) "Socio-economic status differences in health". *Social Science and Medicine*, 22(11):1256-1262.
- LEON D. WALT G. GILSON L. (2005) "International perspectives on health inequalities and policy". *British Medical Journal*, 322: 591-594.
- LEVIN BW. BROWNER CH. (2005) "The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological and cultural anthropology". *Social Science and Medicine*, 61(4):745-750.





- LIBERATOS P. LINK BG. KELSEY JL. (1988) "The measurement of social class in epidemiology". *Epidemiologic Reviews*, 10:87-121.
- LLÁCER A. DEL AMO J. CASTILLO S. BELZA MJ. (2001) "Salud e inmigración, a propósito del sida". *Gaceta Sanitaria*, 15(3):197-199.
- LÓPEZ JM. (1978) "Contrastes entre Madrid y sus provincias limítrofes". *Agricultura y Sociedad*, 8: 61-127.
- LÓPEZ AD. COLLISHAW NE. PIHA T. (1994) "A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries". *Tobacco Control*, 3: 242-247.
- LOSTAO L. JOINER TE. PETTIT JW. CHOROT P. SANDIN B. (2001) "Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance". *European Journal of Public Health*, 11(3):274-279.
- LOSTAO L. REGIDOR E. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2001b) "Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/1997". *Revista Española de Salud Pública*, 75: 115-128.
- LOSTAO L. REGIDOR E. AIACH O. DOMÍNGUEZ V. (2001c) "Social inequalities in ischaemic heart and cerebrovascular disease mortality in men: Spain and France, 1980-1982 and 1988-1990". *Social Science and Medicine*, 52(12): 1879-1887.
- LUENGO S. LAZARO P. MADERO R. ALVIRA F. FITCH K. AZCONA B. PÉREZ JM. CABALLERO P. (1996) "Equity in the access to mammography in Spain". *Social Science and Medicine*, 43(8):1263-1271.
- LYNCH JW. SMITH GD. KAPLAN GA. HOUSE JS. (2000) "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions". *British Medical Journal*, 320: 1200-1204.
- MACINTYRE S. (1993) "Gender differences in the perceptions of common cold symptoms". *Social Science and Medicine*, 36(1): 15-20.
- MACINTYRE S. HUNT K. SWEETING H. (1996) "Gender differences in health: are things really as simple as they seem?". *Social Science and Medicine*, 42(4): 617-624.
- MACINTYRE S. (1997) "The Black report and beyond: what are the issues?". *Social Science and Medicine*, 44:723-745.
- MACINTYRE S. FORD G. HUNT K. (1999) "Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness". *Social Science and Medicine*, 48:89-98.
- MACINTYRE S. MCKAY L. ELLAWAY A. (2005) "Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health". *Social Science and Medicine*, 60: 313-317.
- MACK TM. (1982) "Pancreas". En SCHOTTENFELD D. FRAUMENI JF. Editores. *Cancer epidemiology and prevention*. Philadelphia: WB Saunders.
- MACKENBACH JP. (2000) "The Widening Gap: Health inequalities and policy in Britain (Book review)". *British Medical Journal*, 320: 1151.
- MACKENBACH JP. (2002) "Socioeconomic inequalities in health in developed countries: the facts and the options". En DETELS R. MCEWEN J. BEAGLEHOLE R. TANAKA H. Editores. *Oxford textbook of public health*, vol. 3, 4ª edición. Oxford: Oxford University Press.

- MACKENBACH JP. BAKKER J. KUNST A. DIDERICHSEN F. (2002) "Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview". En MACKENBACH JP. BAKKER J. Editores. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- MACKENBACH JP. BAKKER J. (2003) "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences". *The Lancet*, 362: 1409-1414.
- MACKENBACH JP. (2006) *Health inequalities: Europe in Profile*. Informe realizado por la presidencia británica de la UE. [acceso 08 febrero 2007] Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf>
- MARCH, JC. (1989) *Granada en sus barrios. Descripción de sus desigualdades en salud* [tesis doctoral]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- MARMOT M. ROSE G. SHIPLEY M. HAMILTON PJ. (1978) "Employment grade and coronary heart disease in British civil servants". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32:244-249.
- MARMOT M. SMITH GD. STANSFELD S. PATEL C. NORTH F. HEAD J. WHITE I. BRUNNER E. FEENEY A. (1991) "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *Lancet*, 337:1387-1393.
- MARMOT M. BOBAK M. SMITH GD. (1995) "Explanations for social inequalities in health". En AMICK B. LEVINE S. TARLOV AR. WALSH DC. Editores. *Society and Health*. New York: Oxford University Press.
- MARMOT M. WILKINSON G. (2001) "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al.". *British Medical Journal*, 322(7296):1233-1236.
- MARSHALL JR. GREGORIO DI. WALSH D. (1982) "Sex differences in illness behaviour: care-seeking among cancer patients". *Journal of Health and Social Behaviour*, 23:197-204.
- MARTIKAINEN P. STANSFELD S. HEMINGWAY H. MARMOT M. (1999) "Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning". *Social Science and Medicine*, 49(4):499-507.
- MARTIKAINEN P. LAAKSONEN M. PIHA K. LALLUKKA T. (2007) "Does survey non-response bias the association between occupational social class and health?". *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2):212-215
- MARTÍN FJ. MARCH JC. (1993) "Desigualdades sociales en salud en las ciudades de Granada y Málaga". En: *V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Granada.
- MARTÍN MIS. MARTÍNEZ MA. DE IRALA J. GIBNEY J. KEARNEY J. MARTÍNEZ JA. (1999) "Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud". *Atención Primaria*, 24(9): 514-522.
- MARTÍN U. ESNAOLA S. PÉREZ Y. RUIZ R. ALDASORO E. CALVO M. (2006) "Desigualdades sociales en la esperanza de vida y esperanza de vida ajustada por calidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 1999-2003". En: *XXIV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Logroño.
- MARTÍN-GARCÍA M. SÁNCHEZ-BAYLE M. (2004) "Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades". *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1): 96-101.
- MARTÍN-SANTOS FJ. MARCH-CERDÁ JC. (1992) "Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga". *Gaceta Sanitaria*, 6:198-206.
- MARTÍNEZ-CAMPILLO F. MAURA DE FONSECA A. SANTIAGO J. VERDÚ M. SERRAMIA DEL PRISCO A. IBAÑEZ M. MARTÍNEZ P. RIGO MV. (2003) "Estudio de la cobertura vacunal e in-



tervención con agentes de salud comunitarios en población infantil marginal gitana en Alicante”. *Atención Primaria*, 31(4): 234-8.

MARTÍNEZ-SÁNCHEZ E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. GISPERT R. REGIDOR E. (2001) “Educational differences in health expectancy in Madrid and Barcelona”. *Health Policy*, 55(3):227-231.

MATHERS CD. SCHOFIELD DJ. (1998) “The health consequences of unemployment: the evidence”. *The Medical Journal of Australia*, 168:178-182.

MATHERS C. VOS T. STEVENSON C. (1999) *The burden of disease and injury in Australia*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

MAYOR F. (1977) *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*. Madrid: Instituto Nacional de Provisión.

McKEOWN T. (1976) *The modern rise of population*. New York: Academic Press.

McKEOWN T. (1979) *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Oxford: Basil Blackwell.

MEAD M. (1973) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia.

MELÉNDEZ M. MONTERO R. JIMENEZ C. BLANCO LE. (2001) “Autopercepción de la salud en ancianos no institucionalizados.”. *Atención Primaria*, 28(2):91-96.

MIELCK A. GRAHAM H. BREMBERG S. (2002) “Children, an important target group for the reduction of socioeconomic inequalities in health”. En MACKENBACH J. BAKKER M. Editores. *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge.

MIGUEL JM. (1976) “Sociología y Medicina”. *Papers* [Número monográfico 5].

MIGUEL JM (1977) “Los pobres mueren antes: Para un análisis sociológico de las desigualdades en el sector sanitario”. *Doctor: Política Profesional*,: 54-60.

MIGUEL JM. (1985) *La salud pública del futuro*. Barcelona: Ariel.

MIGUEL JM. (1988) “De Madrid al cielo: la importancia de enfermar y morir en Madrid”. *REIS*, 44: 95-111.

MINGOT M. BORRÁS JM. (1992) “Mortalidad diferencial según el sexo en Cataluña”. *Gaceta Sanitaria*, 28:8-12.

MITSUF MJ. MARTÍNEZ J. MUÑOZ M. FERNÁNDEZ MJ. LORA N. DUEÑAS RM. (1997) “Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo”. *Atención Primaria*, 19:188-94.

MOORE AA. GOULD R. REUBEN DB. GREENDALE GA, CARTER MK, ZHOU K, KARLAMANGLA A. (2005) “Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States”. *American Journal of Public Health* 95(3): 458-464.

MORENO JM. DALMAU J. (2001) “Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo: ¿algo más que una hipótesis?” *Acta Pediátrica Española*, 59 (10):573-581.

MORENOFF JD. (2003) “Neighbourhood mechanisms and the spatial dynamics of birth weight”. *American Journal of Sociology*, 108(5): 976-1017.

MUNTANER C. BORRELL C. BENACH J. PASARÍN MI. FERNÁNDEZ E. (2003) “The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population”. *International Journal of Epidemiology*, 32:950-958.

MUNTANER C. (2004) “Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology”. *International Journal of Epidemiology*, 33: 1-7.

- MUÑOZ M. VAZQUEZ C. CRUZADO JA. (1995) *Personas sin hogar en Madrid. Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Consejería de integración social.
- MURRAY CJ. MICHAUD CM. McKENNA MT. MARKS JS. (1998) *US patterns of mortality by county and race: 1965-94*. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies.
- MURRAY CJ. GAKIDOU E. FRENK J. (1999) "Health inequalities and social group differences: what should we measure?". *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7): 537-543.
- MURRAY CJ. SALOMON JA. MATHERS AD. LÓPEZ AD. Editores (2002). *Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurements and applications*. Geneva: World Health Organization.
- NATHANSON C. (1975) "Illness and the feminine role: a theoretical review". *Social Science and Medicine*, 9: 57-62.
- NATIONAL TASK FORCE ON THE PREVENTION AND TREATMENT OF OBESITY (2000) "Overweight, obesity and health risk". *Archives of internal medicine*, 160:898-904.
- NAVARRO MD. (1994) *Encuestas de Salud, Cuadernos Metodológicos del CIS, nº 11*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- NAVARRO C. CABASÉS JM. TORMO MJ. Editores. (1995) *Informe SESPAS 1995: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Editores.
- NAVARRO V. BENACH J. y la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España (1996) *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU).
- NAVARRO V. BENACH J. (1996b) "Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España". *Revista española de Salud Pública*, 70:503-504.
- NAVARRO V. (1997) "Topic for our times: The "Black Report" of Spain The Commission on Social Inequalities in Health". *American Journal of Public Health*, 87(3): 334-335.
- NAVARRO V. (1997b) "Concepto actual de la salud pública". En MARTÍNEZ NAVARRO F. ANTÓ JM, CASTELLANOS PL. GILI M. MARSET P. NAVARRO V. Editores. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- NAVARRO V. (2004) *The political and social contexts of health*. New York: Baywood Publishing Company.
- NAVARRO V. MUNTANER C. Editores. (2004) *Political and Economic determinants of population health and well-being: controversies and developments*. New York: Baywood Publishing Company.
- NAVARRO V. MUNTANER C. BORRELL C. BENACH J. QUIROGA A. RODRÍGUEZ-SANZ M. VERGÉS N. PASARÍN MI. (2006) "Politics and health outcomes". *Lancet*, 368(9540):1033-1037
- NAVARRO-RUBIO MD. JOVELL AJ. SCHOR EL. (1995) "Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain". *American Journal of Preventive Medicine*, 11(4):256-262.
- NAVAS JL. FERNÁNDEZ-CREHUET R. NAVAJAS R. DE IRALA J. SERRANO A. PELAYO, A. (1997) "Mortalidad por suicidio en España: factores socioeconómicos y ambientales asociados". *Atención Primaria*, 19(2):250-256.
- NEBOT M. TOMAS Z. LÓPEZ MJ. ARIZA C. DIEZ E. BORRELL C. VILLALBI JR. (2004) "Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000". *Atención Primaria*, 34(9):457-462.
- NOLASCO JA. ORTS R. PÉREZ S. GARCÍA-BENAVIDES F. GODOY C. LIBRERO C. (1992) *Análisis geográfico de la mortalidad en la Comunidad Valenciana (1981-1984)*. Valencia: Generalitat Valenciana.

- NOLASCO A. MELCHOR I. MONCHO J. GARCÍA C. VERDÚ J. CABALLERO P. VALERO S. MARTÍNEZ P. PÉREZ MJ. (2004) "Análisis de la mortalidad en ciudades: resultados en Valencia y Alicante". *Gaceta Sanitaria*, 18(1):7-15.
- OBSERVATORIO DE LA SALUD DE LA MUJER (2006) *Informe salud y Género 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [acceso 02 febrero 2007] Disponible en: [www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf)
- OECD (2000) *Human and social capital and sustained growth and development: reconciling new economies and societies: the role of human and social capital*. Paris: Directorate for Education, Employment and Labour and Social Affairs.
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS (1986) *Occupational mortality 1970-1972*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- OMS (2006) *Tabaco: Mortífero en todas sus formas. Día mundial contra el tabaco*. [acceso 27 de noviembre de 2006]. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translati-ns/Brochure\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translati-ns/Brochure_Spanish.pdf)
- ORFILA F. FERRER M. LAMARCA R. TEBE C. DOMINGO-SALVANY A. ALONSO J. (2006) "Gender differences in health related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions". *Social Science and Medicine*, 63(9): 2367-2380.
- ORTÚN V. MENEU R. PEIRÒ S. (2004) "El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud" *Economics working paper 752. Working paper n° 37. Research Centre on Health and Economics (CRES)*, Universitat Pompeu Fabra. [acceso 11 de agosto de 2005]. Disponible en: <http://www.econ.upf.es/docs/papers/downloads/752.pdf>
- OTERINO DE LA FUENTE D. GALZÓN FRECHOSO. (1989) "Desigualdades sociosanitarias de Asturias. Distribución de Pediatría en Centros de Salud y ambulatorios". En: *IX Simposio español de pediatría social*. Madrid.
- PALANCA I. (2002) "Desigualdades en salud y exclusión social". *Gitanos, Pensamiento, Cultura*, 15:44-48.
- PAMPEL FC. (2001) "Gender inequality and the sex differential in mortality from accidents in high income nations". *Population Research and Policy Review*, 20: 397-421.
- PANTZER K. RAJMIL L. TEBE C. CODINA F. SERRA-SUTTON V. FERRER M. RAVENS-SIEBERER U. SIMEONI MC. ALONSO J. (2006) "Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8): 694-698.
- PASARÍN I. BORRELL C. PLASÈNCIA A. (1999) "¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona?". *Gaceta Sanitaria*, 13(6): 431-440.
- PASARÍN I. FERNÁNDEZ E. (2002) "Els desigualtats en els estils de vida". En BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- PASARÍN MI. FERNÁNDEZ E. RODRÍGUEZ-SANZ M. NEBOT M. (2005) "Les desigualtats en els estils de vida" En: BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- PASCUAL C. REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. MARTÍNEZ D. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. (2005) "Bienestar material de la provincia de residencia e inactividad física". *Gaceta Sanitaria*, 19(6): 424-432.
- PATE RR. PRATT M. BLAIR SN. HASKELL WL. MACERA CA. BOUCHARD C. BUCHNER D. ETTINGER W. HEATH GW. KING AC. (1995) "Physical activity and public health: A recom-

mentation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine". *JAMA*, 273:402-407.

- PATRICK DL. BERGNER M. (1990) "Measurement of health status in the 1990's". *Annual Review of Public Health*, 11:165-183.
- PEREIRO I. CHOVER JL. SALAZAR A. ROIG J. GIL J. CORDERO I. GUERRERO C. PÉREZ M. HUERTAS I. (1999) "Fracaso escolar en una cohorte de adolescentes". *Atención Primaria*, 23(5): 289-295.
- PÉREZ S. MUÑOZ N. ROBLEDO A. SÁNCHEZ Y. PALLAS CR. DE LA CRUZ J. (2004) "Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos". *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 60(1):3-8.
- PÉREZ R. (2005) *Desigualdades en salud por clase social y política sanitaria. Las encuestas de salud en Cataluña (1994-2002)* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- PÉREZ-DOMÍNGUEZ FJ. GALLARDO V. GARCÍA M. (1993) "Análisis de la mortalidad en el sector 7 de la Comunidad de Madrid durante 1987". *Atención Primaria*, 12: 38-46.
- PÉRULA DE TORRES LA. MARTÍNEZ J. ESPEJO J. RUBIO V. ENCISO I. FONSECA DEL POZO FJ. ARANDA JM. (1997) "Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO)". *Atención Primaria*, 20(8):425-434.
- PHELAN JC. LINK BG. DIEZ-ROUX A. KAWACHI I. LEVIN B. (2004) "Fundamental causes of social inequalities in mortality: A test of a theory". *Journal of Health and Social Behaviour*, 45: 265-285.
- POPAY J. BENNETT S. THOMAS C. WILLIAMS G. GATRELL A. BOSTOCK L. (2003) "Beyond beer, fags, egg and chips? Exploring lay understandings of social inequalities in health". *Sociology of Health and Illness*, 25(1): 1-23.
- PORTELLA E. BOLIVAR B. FERRUS L. (1990) "Desigualdades en la frecuentación de los servicios de asistencia primaria". En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria.
- PORTERO M. UTRILLA MJ. (2002) "Personas sin hogar y salud". *Documentación social*, 127: 227-246.
- RAJMIL L. ROSET M. SEGURA A. (1996) "Salut mental a Catalunya". En *Enquesta de salut de Catalunya 1994*. Barcelona: Institut Universitari de Salut Publica de Catalunya.
- RAJMIL L. STARFIELD B. PLASÉNCIA A. SEGURA A. (1998) "The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia". *International Journal of Health Services*, 28(4):777-791.
- RAJMIL L. BORRELL C. STARFIELD B. FÉRNANDEZ E. SERRA V. SCHIAFFINO A. SEGURA A. (2000) "The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain)". *Archives of Disease in Childhood*, 83(3): 211-214.
- RAMIS-JUAN O. (1984) "Desigualtats, pobresa, atur i les seves implicacions en la salut: evidències i problemes metodològics a Catalunya". En INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT. Editor. *Atur i Salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- RAMIS-JUAN O. (1985) "El coste social en salud de la crisis económica: el desempleo". En: *Jornadas sobre Salud Laboral, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Madrid.
- RAMOS R. (1990) *Cronos dividido: uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- REBATO E. ROSIQUE J. VINAGRE A. SALCES I. SAN MARTÍN L. SUSANNE C. (2001) "Nutritional status by socioeconomic level in an urban sample from Bilbao (Basque Country)". *American Journal of Human Biology*, 13(5):668-678.
- REBATO E. MUÑOZ-CACHÓN M. SALCES I. ROSIQUE J. (2007) "Nivel socioeconómico y variables de adiposidad en adultos de la CAPV". *Inguruak* [en prensa]
- REGIDOR E. GONZÁLEZ J. (1989) "Desigualdad social y mortalidad en España". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*; 63: 107-116.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. RODRÍGUEZ C. (1994) *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. RODRÍGUEZ C. DE MATEO S. ALONSO I. (1995) "Las desigualdades sociales y la salud en España". En: NAVARRO C. CABASÉS JM. TORMO MJ. Editores. *Informe SESPAS 1995: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Editores.
- REGIDOR E. DE MATEO S. GUTIÉRREZ-FISAC JL. FERNÁNDEZ DE LA HOZ K. RODRÍGUEZ C. (1996) "Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 107(8): 285-288.
- REGIDOR E. DE MATEO S. GUTIÉRREZ-FISAC JL. RODRÍGUEZ C. (1996b) "Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 106(8): 285-289.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1999) *Indicadores de Salud. Cuarta Evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- REGIDOR E. BARRIO G. DE LA FUENTE L. DOMINGO A. RODRÍGUEZ C. ALONSO J. (1999) "Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 75-82.
- REGIDOR E. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. NAVARRO P. (2001) "Mortalidad según características sociales y económicas: estudio de mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 116: 726-731.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2001b) "Trends in cigarette smoking in Spain by social class". *Preventive Medicine*, 33(4): 241-248.
- REGIDOR, E. Coordinador. (2002) *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. DOMÍNGUEZ V. CALLE ME. NAVARRO P. (2002) "Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/1997". *Social Science and Medicine*, 54(9): 1323-1332
- REGIDOR E. DE MATEO S. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. (2002b) "Educational level and mortality from infectious diseases". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9):682-683.
- REGIDOR E. PASCUAL C. CALLE ME. MARTÍNEZ D. DOMÍNGUEZ V. (2003) "Incremento de la diferencia en la supervivencia según la renta per cápita en España en los últimos años del siglo XX". *Gaceta Sanitaria*, 17(5):404-408.
- REGIDOR E. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2003b) "Trends in the association between average income, poverty and income inequality and life expectancy in Spain". *Social Science and Medicine*, 56(5):961-971.
- REGIDOR E. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2003c) "The size of educational differences in mortality from specific cause of death in men and women". *European Journal of Epidemiology*, 18(5):395-400.

- REGIDOR E. BANEGAS JR. GUTIÉRREZ-FISAC JL. DOMÍNGUEZ V. RODRÍGUEZ-ARTELEJO F. (2004) "Socioeconomic position in childhood and cardiovascular risk factors in older Spanish people". *International journal of epidemiology*, 33(4): 723-730
- REGIDOR E. RONDA E. MARTÍNEZ D. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2005) "Occupational social class and mortality in a population of men economically active: the contribution of education and employment situation". *European Journal of Epidemiology*, 20(6):501-8.
- REGIDOR E. MARTÍNEZ D. ASTASIO P. ORTEGA P. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. (2006) "Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España". *Gaceta Sanitaria*, 20(3):1-5.
- REHN N. ROOM R. EDWARDS G. (2001) *Alcohol in the European Region Consumption, harm and policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- RICO A. (2002) "Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa". *Documentación social*, 127:15-44.
- RIES AL. KAPLAN RM. LIMBREG TM. PREWITT LM. (1995) "Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Annals of Internal Medicine*, 122: 823-832.
- ROBINE JM. JAGGER C. MATHERS CD. CRIMMINS EM. SUZMAN RM. (2002) *Determining health expectancies*. Wiley: West Sussex..
- RODRÍGUEZ M. LÓPEZ V. LATOUR J. (1987) *El proyecto MUNS: Un estudio sobre las desigualdades en salud en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Conselleria de Sanitat.
- RODRÍGUEZ JA. LEMKOW L. (1990) "Health and social inequalities in Spain". *Social Science and Medicine*, 31: 351-358.
- RODRÍGUEZ M. CALONGE S. REÑÉ J. (1993) "Equity in the finance and delivery of health care in Spain". En VAN DOORSLAER E. WAGSTAFF A. RUTTEN F. Editores. *Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- RODRÍGUEZ E. (1994) "Health consequences of unemployment in Barcelona". *European Journal of Public Health*, 4(4): 245-251.
- RODRÍGUEZ C. REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1995) "Low birth weight in Spain associated with sociodemographic factors". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49:38-42.
- RODRÍGUEZ A. GONZÁLEZ E. HERRERO M. (1999) "Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 113: 556-557.
- RODRÍGUEZ-SANZ M. BORRELL C. URBANOS R. PASARÍN MI. RICO A. FRAILE M. RAMOS X. NAVARRO V. (2003) "Power relations and premature mortality in Spain's autonomous communities". *International Journal of Health Services*, 33(4): 687-722.
- RODRÍGUEZ-SANZ M. CARRILLO P. BORRELL C. (2006) *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA, 1993-2003*. Observatorio de la mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [acceso 17 diciembre 2006]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades\\_sociales\\_salud\\_y\\_SS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf)
- ROGERS E. (1962) *Diffusion of Innovations*. London: Collier Macmillan.
- ROLHFS I. DE ANDRÉS J. ARTAZCOZ L. RIBALTA M. BORRELL C. (1997) "Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 108: 566-571.



- ROHLFS I. (1998) *Diferencias y Desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- ROHLFS I. BORRELL C. PLASÈNCIA A. FERRANDO J. PASARÍN MI. (1998) "Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona (Spain)". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:205-206.
- ROHLFS I. BORRELL C. PASARÍN MI. PLASÈNCIA A. (1999) "The role of sociodemographic factors in preventive practices: the case of cervical and breast cancer". *European Journal of Public Health*, 9(4):278-284.
- ROHLFS I. BORRELL C. FONSECA MC. (2000) "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos". *Gaceta Sanitaria*, 14(supl 3): 60-71.
- ROHLFS I. BORRELL C. ANITUA C. ARTAZCOZ L. COLOMER C. ESCRIBÁ V. GARCÍA-CALVENTE MM. YACER A. MAZARRASA L. PASARÍN MI. PEIRÓ R. VALLS-LLOBET C. (2000b) "La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud". *Gaceta Sanitaria*, 14(2): 146-155.
- ROHLFS I. (2003) "Género y salud: diferencias y desigualdades", *Quark*, 27:36-40.
- RUIGÓMEZ A. ALONSO J. ANTÓ JM. (1989) "Necesidades sanitarias no cubiertas en la población anciana: diferencias por clase social". En: *III Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Bilbao.
- RUIZ M. BLANES A. VICIANA F. (1997) "La mortalidad en jóvenes y su impacto sobre la evolución de la esperanza de vida. Andalucía. 1980-1992". *Revista Española de Salud Pública*, 71(2): 139-148.
- RUIZ I. MARCH JC. (1998) "Desigualdades en salud en municipios periféricos de la aglomeración urbana de Granada". *Atención Primaria*, 22(5): 269-278.
- RUIZ R. ESNAOLA S. PÉREZ Y. (2005) "Desigualdades socioeconómicas en la esperanza de salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco". En: *XXIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Las Palmas de Gran Canaria.
- RUIZ-CANTERO MT. VERDÚ-DELGADO M. (2004) "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1):118-25
- RUIZ-RAMOS M. VICIANA-FERNÁNDEZ F. (2004) "Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España". *Gaceta Sanitaria*, 18(4): 260-267.
- RUIZ-RAMOS M. SÁNCHEZ J. GARRUCHO G. VICIANA F. (2004) "Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla". *Gaceta Sanitaria*, 18(1):16-23.
- SÁEZ M. (2003) "Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas". *Gaceta Sanitaria*, 17(05): 412-419.
- SAMSHA (2003) *Overview of findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health*. Rockville MD: Office of Applied Studies. [acceso 03 de mayo de 2007]. Disponible en: [www.oas.samhsa.gov/NHSDA/2k2NSDUH/Overview/2k2Overview.htm](http://www.oas.samhsa.gov/NHSDA/2k2NSDUH/Overview/2k2Overview.htm)
- SÁNCHEZ C. (2005) "El repartiment del treball domèstic i familiar" En: SÁNCHEZ C. LLÀCER H. *Estructura social i desigualtats a Catalunya. Volum I. Classes socials, educació, treball i usos del temps*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- SANZO JM. MUNIOZGUREN M. MUÑIZ J. UNZUETA L. GOIRI MD. SAROBE T. (1991) "Análisis de la mortalidad. Bizkaia. 1986-1989". En: *IV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Valencia.

- SARLIO-LÄHTEENKORVA S. SILVENTOINEN K. LAHTI-KOSKI M. LATIKAINEN T. JOUSILAHTI P. (2006) "Socio-economic status and abdominal obesity among Finnish adults from 1992 to 2002". *International Journal of Obesity (London)*, 30(11): 1653-60.
- SCHIAFFINO A. FERNÁNDEZ E. BORRELL C. SALTO E. GARCÍA M. BORRAS JM. (2003) "Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992". *European Journal of Public Health*, 13(1):56-60.
- SCHNEIDER MC. CASTILLO-SALGADO C. BACALLAO J. LOYOLA E. MUJICA OJ. VIDAURRE M. ROCA A. (2004) "Métodos de medición de las desigualdades en salud (Parte I)" *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, 25(4).
- SERRA LL. RIBAS L. PÉREZ C. ROMAN B. ARANCETA J. (2003) "Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas". *Medicina clínica (Barcelona)*, 121(4):126-131.
- SESSO HD. PAFFENBARGER RS. HA T. LEE IM. (1999) "Physical activity and cardiovascular disease risk in middle-aged and older women". *American Journal of Epidemiology*, 150(4): 408-416.
- SHAW M. DORLING D. GORDON D. DAVEY SMITH G. (1999) *The widening gap: Health inequalities and policy in Britain*. Bristol: The Policy Press.
- SHAW M. DAVEY SMITH GD. DORLING D. (2005) "Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress". *British Medical Journal*, 330: 1016-1021.
- SINGH-MANOUX A. (2005) "Commentary: Modelling multiple pathways to explain social inequalities in health and mortality". *International Journal of Epidemiology*, 34:638-639.
- SIU AL REUBEN DB. OUSLANDER JB. OSTERWEIL D. (1993) "Using multidimensional health measures in older persons to identify the risk of hospitalization and skilled nursing placement". *Quality of Life Research*, 2(4): 253-261.
- SMITH G. SHIPLEY MJ. ROSE G. (1990) "Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44: 265-270.
- SOBREMONTA ME. (2006) *Desigualdades sociales en salud: el caso de la Comunidad Autónoma de Euskadi*. [tesis doctoral]. Bilbao: Universidad de Deusto.
- SOLAS O. (1988) *Equidad geográfica: desigualdades sociales en salud en las provincias españolas* [tesis doctoral]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SORIGUER F. ROJO-MARTÍNEZ G. DE ANTONIO IE. RUIZ DE ADANA MS. CATALÁ M. MERELO MJ. BELTRÁN M. TINAHONES FJ. (2004) "Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors". *European Journal of Epidemiology*, 19(1):33-40.
- STANSFELD SA. (1999) "Social support and social cohesion" En: MARMOT M. WILKINSON RG. Editores. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- STEPTOE A. WARDLE J. POLLARD TM. CANAAN L. JILL DAVIES GJ. (1996) "Stress, social support and health-related behaviour: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise". *Journal of Psychosomatic Research*, 41(2): 171-180.
- STOYANOVA A. (2004) *Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- STRONKS K. VAN DE MHEEN HD. LOOMAN CWN. MACKENBACH JP. (1996) "Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis". *Sociology of Health & Illness*, 18(5):653-674.

- SUÁREZ C. MALLUGUIZA JR. BARTHE P. (1984) "Climatic and racial factors related to the aetiology of secretory otitis media". *ORL, Journal of Oto-rhino-laryngology and its related specialties*, 46(6): 318-26.
- SULLIVAN DF. (1971) "A single index of mortality and morbidity". *HSMHA Health Reports*, 86:347-354.
- SZKLO M. NIETO J. (2003) *Epidemiología intermedia. Conceptos y Aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos.
- TANAKA S. ITOH Y. HATTORI K. (2002) "Relationship of body composition to body-fatness estimation in Japanese university students". *Obesity Research*, 10(7): 590-596.
- TEROL E. (1991) *Desigualdades de salud. Análisis de la asociación entre clases socioeconómicas e indicadores de mortalidad en el municipio de Madrid*. [trabajo de tercer ciclo] Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- TORRES C. FERNÁNDEZ E. ZULUAGA A. GÁLVEZ L. DEL RIO S. (1984) "An epidemiological study of renal lithiasis in gypsies and others in Spain". *Journal of Urology*, 131(5): 853-6.
- TOWNSEND P. DAVISON N. Editores. (1982) *Inequalities in health: the Black Report*. Harmondsworth: Pelican.
- TOWNSEND J. RODERICK P. COOPER J. (1994) "Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income and health publicity". *British Medical Journal*, 309: 923-927.
- TROIANO RR. FRONGILLO EA JR. SOBAL J. LEVITSKY DA. (1996) "The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies". *International Journal of obesity and related metabolic disorders*, 20:63-75.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2004) *Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta GA: Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Promotion.
- URBANOS, R. (1999) *Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español para el período 1987-1995*. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- URBANOS R. (1999b) *Una revisión de las investigaciones sobre la equidad horizontal en la prestación sanitaria: principales resultados de los estudios españoles*. Documentos de Trabajo Departamento de Economía Aplicada VI. (9913): 30 P. Universidad Complutense de Madrid.
- URBANOS R. (2000) "La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987-1995". *Hacienda pública española*, 153:139-160.
- URBANOS R. RODRÍGUEZ M. BORRELL C. PASARÍN ML. RICO A. FRAILE M. RAMOS X. NAVARRO V. (2003) "El impacto del entorno social y económico sobre la mortalidad prematura en España". En: *XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud*. Cádiz.
- VAN DE MHEEN H. STRONKS K. LOOMAN C. MACKENBACH JP. (1998) "Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:15-19.
- VAN ROSSUM CTM. SHIPLEY MJ. VAN DE MHEEN H. GROBBEE DE. MARMOT MG. (2000) "Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 178-184.
- VAN WIJK CM. KOLK AM. (1997) "Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory". *Social Science and Medicine*, 45(2): 231-246.

- VARO JJ. MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ JA. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA. (2003) "Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 121:665-72.
- VAZQUEZ J. (2002) "Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación)". *Cuadernos de Gestión*, 8: 54-60.
- VÁZQUEZ-VIZOSO F. CASTILLA J. POLLÁN M. LÓPEZ-ABENTE G. (1993) "Assessment of trends in geographical inequalities in infant mortality". *Social Science and Medicine*, 37(3):413-7.
- VEENSTRA G. LUGINAAH I. WAKEFIELD S. BIRCH S. EYLES J. ELLIOTT S. (2005) "Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health". *Social Science and Medicine*, 60(12): 2799-2818.
- VEEVERS JE. GEE EM. (1986) "Playing it safe: Accident mortality and gender roles". *Sociological Focus*, 19, 4: 349-360.
- VERBRUGGE L. (1976) "Females and illness: recent trends in sex differences in the United States". *Journal of Health and Social Behaviour*, 17: 387-403.
- VERBRUGGE LM. (1983) "Multiple roles and physical health of women and men". *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 16-30.
- VERBRUGGE LM. (1985) "Gender and health: an update on hypothesis and evidence". *Journal of Health and Social Behaviour*, 26(3):156-182.
- VERBRUGGE LM. (1989) "The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality". *Journal of Health and Social Behaviour*, 30(3):282-304.
- VICIANA F. (2004) "Mortalidad". En ARROYO A. Coordinador. *Tendencias demográficas en el siglo XX en España*. Madrid: INE.
- VILAGUT G. FERRER M. RAJMIL L. REBOLLO P. PERMANYER-MIRALDA G. QUINTANA JM. SANTED R. VALDERAS JM. RIBERA A. DOMINGO-SALVANY A. ALONSO J. (2005) "El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos". *Gaceta Sanitaria*, 19(2): 135-150.
- VILLALBÍ JR. BORRELL C. (2003) "Desigualdades sociales y salud". *Formación Médica Continuada*, 10(2): 89-96.
- VILLENEUVE PJ. MORRISON HI. CRAIG CL. SCHAUBEL DE. (1998) "Physical activity, physical fitness, and risk of dying". *Epidemiology*, 9(6); 626-631.
- VIRTANEN M. KIVIMÄKI M. JOENSUU M. VIRTANEN P. ELOVAINIO M. VAHTERA J. (2005) "Temporary employment and health: a review". *International Journal of Epidemiology*, 34(3): 610-622.
- VITORIA M. (1978) *Los hospitales mineros de Triano*. Bilbao: La Gran Enciclopedia Vasca.
- WAGSTAFF A. (2002) "Poverty and health sector inequalities". *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2):97-105.
- WALDRON I. (1983) "Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence". *Social Science and Medicine*, 17(16): 1107-1123.
- WALDRON I. WEISS CC. HUGHES ME. (1998) "Interacting effects of multiple roles on women's health". *Journal of Health and Social Behaviour*, 39(3): 216-236.
- WALDRON I. (2000) "Trends in gender differences in mortality: Relationships to changing gender differences in behaviour and other causal factors." En: ANNANDALE E. HUNT K. Editores. *Gender Inequalities in Health*. Buckingham: Open University Press.

- WALDRON I. McCLOSKEY C. EARLE I. (2005) "Trends in gender differences in accidents mortality: Relationships to changing gender roles and other societal trends". *Demographic research*, 13: 415-453.
- WALTERS V. McDONOUGH P. STROHSCHNEIN L. (2002) "The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey". *Social Science and Medicine*, 54(5): 677-692.
- WARE JE. KOSISNSKI M. KELLER SD. (1994) *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual*. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- WATERSTON T. ALPERSTEIN G. STEWART BROWN S. (2004) "Social capital: a key factor in child health inequalities". *Archives of disease in childhood*, 89: 456-459.
- WEST P. SWEETING H. (2004) "Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland". *Social Science and Medicine*, 59(1):13-27.
- WHITEHEAD M. (1988) "The Health Divide" En: TOWNSEND P. DAVISON N. WHITEHEAD M. *Inequalities in health: The Black report and The Health Divide*. London: Penguin Books.
- WHITEHEAD M. (1990) *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WHITEHEAD M. EVANDROU M. HAGLUND B. DIDERICHSEN F. (1997) "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?". *British Medical Journal*, 315:1006-1009.
- WILKINS R. ADAMS OB. (1983) "Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions". *American Journal of Public Health*, 73(9): 1073-1080.
- WILKINSON RG. (1997) "Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards?". *British Medical Journal*, 314: 591-595.
- WHO (1946) *Constitution of the World Health Organization*. New York. [acceso 21 de febrero de 2007] Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1625885&blobtype=pdf>.
- WHO (1998) *Gender, and Health*. Geneva: WHO [acceso 05 diciembre 2006]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHD\\_98\\_16\\_gender\\_and\\_health\\_technical\\_paper/WHD\\_98\\_16\\_table\\_of\\_contents\\_en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHD_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHD_98_16_table_of_contents_en.html)
- WHO (1998b) *Family and Reproductive Health, Women's Health and Development. Gender and Health*. Geneva: WHO.
- WHO (2002) *World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO. [acceso 01 de diciembre de 2006]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_WHR\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf)
- WHO (2004) *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO.
- WHO (2006) *The world health report 2006: working together for health*. Geneva: WHO.