

ISSN: 2530-6561
2024ko abendua
Bilbao

hegoak zabalduz

Hegoa, Nazioarteko
Lankidetzeta eta
Garapenari Buruzko
Ikasketa Institutua

Universidad del
País Vasco /
Euskal Herriko
Unibertsitatea
UPV/EHU

Gizarte desberdintasunak osasunean: zer eragin dute Euskadiko herritarrengan?

Amaia Bacigalupe
Erika Valero
Yolanda González-Rábago
Unai Martín

Gizarte desberdintasunak osasunean: zer eragin dute Euskadiko herritarrengan?

Amaia Bacigalupe.

Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea – OPIK.

Erika Valero.

Erizaintza 2 Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea. Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea - OPIK.

Yolanda González-Rábago.

Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea – OPIK.

Unai Martín.

Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea – OPIK.

amaia.bacigalupe@ehu.eus

Aurkibidea

1. Osasuna eta gaixotasuna, gizarte eraikuntzak	8
2. Osasuna eta gaixotasuna definitzeko esparru kontzeptualak eta horien kausak	9
3. Gizarte desberdintasunak osasunean:	11
osasun publikoari dagokion arazoa	
4. Osasun arloko gizarte desberdintasunak Euskadin:	13
generoa, klase soziala eta migrazioa/arraza	
4.1. Generoa eta osasuna	13
4.2. Klase soziala, lanak eta osasuna	17
4.3. Migrazio estatusa/arraza eta osasuna	23
5. Ondorioak	28
6. Bibliografia	29

Erredakzio kontseilua

Zuzendaritza: Iker Etxano
Irati Labaien

Kideak: Eduardo Bidaurratzaga
Xabier Gainza
Amaia García
Itziar Mujika
Unai Villena
Iker Zirion

hegoak zabalduz euskarazko material bildumak ikuspegi zabal batetik garapenarekin lotutako askotariko gaiak jorratzea du helburu. Testuak didaktikoak eta dibulgazio mailakoak dira, eta gaien inguruko sarrera edo ikuspegi orokorra ematen dute.

[Gizarte desberdintasunak osasunean: zer eragin dute Euskadiko herritarrengan?](#)

Egileak: Amaia Bacigalupe, Erika Valero, Yolanda González-Rábago, Unai Martín

hegoak zabalduz - 37. zk. 2024ko abendua

ISSN: 2530-6561



www.hegoa.ehu.eu

UPV/EHU. Zubiria Etxea
Lehendakari Agirre Etorbidea, 81
48015 Bilbao
Tel.: 94 601 70 91
hegoa@ehu.eu

UPV/EHU. Carlos Santamaría Zentroa
Elhuyar Plaza, 2
20018 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 01 74 64
hegoa@ehu.eu

UPV/EHU. Arabako Campuseko Liburutegia
138. posta-kutxa
Nieves Cano, 33
01006 Vitoria-Gasteiz
Tel. 945 01 42 87
hegoa@ehu.eu

Diseinua eta Maketazioa: Marra, s.l.
Itzulpen Zerbitzua: Labayru Fundazioa.

hegoak zabalduz material bilduman argitaratzen diren testu guztiak,
Creative Commons en lizentzia honekin argitaratzen dira:

Aitortu-EzKomertziala-LanEratorririkGabe 3.0 Espainia.



Lizentzia osoa:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.eu>

Finantzatzailea:



Gipuzkoako Foru Aldundia
Kultura, Turismo, Gazteria eta Kirol Departamentua
Departamento de Cultura, Turismo, Juventud y Deportes

Gizarte desberdintasunak osasunean: zer eragin dute Euskadiko herritarrengan?

Laburpena: Osasuna garai historiko bakoitza zeharkatzen duten koordinatu soziokultural, politiko eta geografikoek baldintzatzen dute. Esparru horretan, osasunaren hainbat gizarte-eredu garatu dira azken hamarkadetan. Eredu horien arabera, osasuna eta gaixotasuna osasunaren gizarte-determinatzaile deritzenen ekintzaren emaitza dira; hau da, pertsonak gizartean bizitzeko, lan egiteko, harremanak izateko eta zahartzeko duten moduan eragiten duten baldintzak eta baliabideak. Determinatzaile sozialen banaketa desorekatuak desberdintasun sozialak eragiten ditu osasunean, eta subalternitate- edo mendekotasun-egoeran dauden kolektiboek osasun-egoera okerragoa dute. Euskadin, desberdintasun nabarmenak daude osasunean, generoaren, klase sozialaren edo migrazio-estatusaren arabera: bizi-itxaropena handiagoa da emakumeen artean, baina haien osasun fisikoa eta mentala, oro har, okerragoa da. Klase sozial ahulenek bizi-itxaropen txikiagoa dute, baita osasun-adierazle negatiboagoek ere. Migratzaileen osasun-egoera ere desberdina da Euskadin jatorriaren arabera. Herritarren osasuna hobetzeko politikek haien gizarte-determinatzaileak aldatu beharko dituzte, eta horrek gizarte-talde desberdinen bizi-baldintzak hobetuko lituzke.

Hitz gakoak: Osasuna, gizarte desparekotasunak, generoa, klase soziala, arraza/etnia.

Abstract: Health is shaped by the sociocultural, political, and geographic context of each historical era. Within this framework, numerous social models of health have emerged in recent decades, sharing the premise that health and disease result from the influence of social determinants of health—that is, the conditions and resources that shape how individuals live, work, interact, and age within a society. The unequal distribution of these determinants generates health inequalities, with groups in subordinate or marginalized positions consistently exhibiting poorer health outcomes. In the Basque Country, significant health inequalities exist across gender, social class, and migratory status. While women tend to have a higher life expectancy, their physical and mental health is generally worse. The most disadvantaged social classes exhibit lower life expectancy and poorer health indicators overall. Similarly, the health status of the migrant population varies markedly depending on their country of origin. Policies aimed at improving population health must focus on altering its social determinants, which, in practice, translates into enhancing the living conditions of diverse social groups.

Key words: Health, social inequalities, gender, social class, race/ethnicity.

1. Osasuna eta gaixotasuna, gizarte eraikuntzak

Osasuna da soziologiak "eraikuntza sozial" gisa definitzen dituen kontzeptu horietako bat. Horrek adierazten du osasuna giza esperientziaren dimentsio bat dela, eta, pertsonak egunerokotasunean hautematen dituzten ezaugarri objektiboak baditu ere, garai historikoen koordinatu soziokulturalek, politikoek eta geografikoek baldintzatzen dutela, halako eran non gaur egun osasungarritzat hartzen duguna eta XX. mendean halakotzat hartu dena, adibidez, erabat desberdinak baitira; ondorioz, kontzeptu hori azterketa eremu guztiz emankorra da azterketa soziologikoari dagokionez.

Osasunaren kontzeptua dinamikoa da, historikoa, aldatu egiten da garaiaren, kulturaren eta biztanleriaren bizi baldintzen arabera. Jendeak bere osasunari buruz duen ideia bere esparru sozialak mugatzen du beti (San Martín, 1981).

Aldakorra izateaz gainera, osasunak badu beste ezaugarri aipagarri bat: biziaren ideia beraren berezko esperientzia da eta, beraz, ez da erraza definizio zehatz eta adostuetara mugatzea. 1976an, Medikuen eta Biologo Katalan Hiztunen X. Biltzarrak proposatu zuen "era autonomoan, solidarioan eta pozgarrian bizitzeko modu" gisa definitzea osasuna. Urte batzuk lehenago, René Dubosek esan zuen osasuna "sufrimendurik gabeko egoera fisiko eta mentala" dela, eta "inguruneari egokitutako funtzionamenduari eusten" diola. Osasunaren Mundu Erakundeak, bestalde, bere konstituzioaren hitzaurrean (OME, 1946), honela definitu zuen osasuna: "Erabateko ongizate fisiko, mental eta soziala, eta ez gaitz edo gaixotasunik eza bakarrik". Ikus daitekeenez, muga lausoko definizioak dira guztiak, eta guztiek hartzen dituzte aintzat giza bizipenaren edo esperientziaren garrantziko alderdiak, askotarikoak.

Osasunaren kontzeptu osagarria edo kontrakoa –gaixotasuna– muga zehatzagoek zedarritzen dute, itxuraz; izan ere, diagnostiko esan ohi diogun etiketarekin batera agertu ohi da, eta horrek zehazten ditu gaixotasunaren jatorria, larritasuna eta izan dezakeen pronostikoa. Hala ere, gaixotasunaren kontzeptua ere konplexua da, giza sufrimenduari buruzko hainbat ikusmolde lotuta egon baitaiteke (Hofmann, 2016): ikuspegi sanitariotik, gorputza bere jokabide normaletik urruntzen duen edozein gertaera fisiko, psikologiko, biokimiko edo genetikoa da gaixotasuna. Beraz, giza gorputzaren arazo gisa definitzen da, hau da, behagarria eta neurgarria dena eta zientzia biomedikotik datorren ezagutza kapsulatzen duena, diagnostiko moduan. Ikuspegi subjektiboago batetik, gaixotasuna definitzen da hura kudeatzeko behar den esperientzia emozionalaren bitartez, etiketa diagnostikobaten bitartez baino gehiago, eta baita hark eragiten duen sufrimenduari lotutako eguneroko bizipenen eta pertzepzioen bitartez ere. Ildo horretatik, gerta liteke gaixotasunen bat duten pertsonen "paziente" kategoria hartzea azkenetako, edo inoiz ez hartzea etiketa hori, haien gaixotasunak ez dakarrelako edo ez duelako inolako diagnostiko medikorik. Edozein kasutan, gaixotasunaren bizipena, egoera "normalaren" eten gisa, erabat baldintzatzen dute gizarteak gaixotasunari buruz, eta gaitz edo patologia zehatzei buruz duen ideia orokorraren inguruan eratutako ikusmolde sozialek, arauak eta itxaropenek. Azkenik, ikuspegi kolektibo edo politikotik, esparru politiko eta kultural batean gertatzen den fenomeno gisa ulertu behar da gaixotasuna, eta esparru horrek ere baldintzatzen ditu haren esperientziaren parametroak eta markatzen ditu haren kudeaketaren aukerak. Gaixoei esleitzen dizkiegun rol sozialak (edo *sick role*, Parsons jatorrizko ikuskeran, 1952, 1997an argitaratua) zenbait eskubide eta betebeharretan laburbiltzen ditu gaixotasunen bat duten pertsonetako aukera kolektiboak. Era honetara laburtzen dira aukera horiek: (a) ohiko erantzukizunetatik salbuestea (enplegutik eratorriak bereziki), diagnostikoa aldatzen ez den bitartean; (b) osasun egoera berreskuratzeko borondate irmoa, beharrezko neurri guztiak hartuz, eta (c) osasunaren arloko profesionalen legitimazioa salbuespen horiek (laneko bajak, prestazioak edo bestelako baliabideak) egiaztatze gaitz diren profesional bakar gisa.

Eremu anglosaxoian, gaixotasunaren hiru perspektiba horiek –sanitarioa, subjektiboa eta kolektiboa edo politikoa– bat datoz kasu bakoitzerako espezifikokoak diren hiru termino hauekin (elkarrekiko lotura izan arren): *disease*, *illness* eta *sickness* (Hofmann, 2016).

2. Osasuna eta gaixotasuna definitzeko esparru kontzeptualak eta horien kausak

Osasuna eta gaixotasuna aurrez naturalki definitutako kategoriak ez badira ere, eta, beraz, pertsonaren ezaugarri biologikoetara murriztu ezin badaitezke ere (aitzitik, eraikuntza sozialak dira), *eredu biomedikoa* edo *eredu mediko hegemonikoa* izan da horiek kontzeptualizatu dituen esparru ideologiko nagusia (zientifikoa zein kudeaketa politikoari dagokiona). Merrill Singerrek zioen osasunaren, industria farmazeutikoaren eta komunikabideen esparruko profesionalek osatutako klase baten adostasuna gai izan dela gizartearen bizitza kognitiboa kontrolatzeko, eta, hortaz, osasunaren eta gaixotasunaren kontzeptuak –baita bizitzaren beraren kontzeptuak ere– definitzeko eta ulertzeko abiapuntu den esparrua inposatzeko. Hauek dira eredu biomediko horren ezaugarri nagusiak (Menéndez, 2005):

- a. Osasunaren eta gaixotasunaren arteko aurkakotasuna. Lehenengoa bigarrenaren absentsia gisa definitzen da.
- b. Enfasi biologizista eta indibidualista, ezaugarri soziokulturalak eta politikoak gaixotasunen jatorritik bereizteko.
- c. Historiziterik eza, edo gaixotasunen sintomen eta seinaleen unibertsaltasuna bilatzeko ahalegina.
- d. Izaera merkantilista, osasuna eta gaixotasuna sistema kapitalistaren barruko salerosgaitzat jota.

Horrez gain, eredu biomedikoa beste ezaugarri batzuetan oinarritzen da, eta ezaugarri horiek ere sortzezkoak ditu:

- e. Gorputzaren eta adimenaren arteko ikuskera dualista (kartesiarra), eta ondoriozko hierarkizazioa, gaitz fisikoak buruko gaitzak baino garrantzitsuagotzat hartuz.
- f. “Etiologia bakarraren” doktrina, zeinaren arabera gaixotasun bakoitzak eragile espezifiko eta potentzialki identifikagarri bat duen, hura azaltzen duena.
- g. Giza gorputza “makinatzat” hartzen duen metafora; haren zatiak berariazko jardun bidez konpon daitezke, gainerakoak kontuan hartu gabe.
- h. Pertsonen osasunaren bilakaerari erantzukizun indibiduala egozteak duen garrantzia.
- i. Medikuntza diziplina objektibo, neutro eta zientifikotzat hartzea.

Biomedikuntzaren alorrean izandako aurrerapenek (txertaketa, osasun sistema modernoek sorrera, etab.) herritarren osasuna hobetzen nabarmen lagundu badute ere, gehiegizko garrantzia eman zaie faktore erabakigarri gisa, XX. mendean izandako bizi baldintzen hobekuntzarekin eta baliabideak eskuratzeko aukerak areagotzearekin alderatuta. Hori dela eta, eta esparru biomedikoaren begirada estuari erantzunez, azken hamarkadetan osasunaren hainbat eredu sozial garatu dira. Horiek guztiek osasuna eta gaixotasuna *Osasunaren Gizarte Determinatzaile* deiturikoen emaitzat hartzen dituzte, hau da, pertsonak gizartean bizitzeko, lan egiteko, erlazionatzeko eta zahartzeko moduan eragiten duten baldintzak eta baliabideak. Dahlgrenek eta Whiteheadek (1991) eragin geruzen eredu baten bitartez irudikatu zituzten, 1. irudian adierazten den bezala.



Iturria: Dahlgren eta Whitehead (1991).

Urteen joanean pilatutako ezagutza zientifikoari esker, eta mekanismoak konplexuak diren arren, gaur egun badakigu, adibidez, langabeziak –iraupen luzekoak batez ere–, lan prekaritateak eta etxetik kanpoko lanari etxe barrukoa eta zaintza lana gehitzeak dakarren gainkargak eragin negatiboa dutela pertsonen osasunean. Badakigu, halaber, berdegune ugariko inguruneetan bizitzeak heriotza goiztiarren kopurua murrizten duela eta nabarmen hobetzen duela osasun mentala, eta kapital sozial handia duten komunitateek heriotza tasa txikiagoa dutela. Era berean, badakigu gizarte prestazioei dagokienez ongizate estatu eskuzabalenean osasun desberdintasun txikiagoak sortzeko joera izan dutela.

3. Gizarte desberdintasunak osasunean: osasun publikoari dagokion arazoa

Osasunaren gizarte determinatzaileak ez daude modu homogeneoan banatuta gizarte taldeen artean; aitzitik, modu desberdinean daude biztanlerian banatuta. Era horretara, desabantaila sozial handieneko pertsonak hainbat faktore dituzte. Esaterako, lan prekarioak dituzte edo langabezia daude, ez dute kapital sozialik, baliabide gutxiagoko auzoetan bizi dira eta, oro har, jardun osasungarri gutxiago egiten dituzte. Gizarte determinatzaileen desberdintasun sistematiko horiek, azken batean, desberdintasun sozialak sortzen dituzte osasunaren arloan, klase soziala, sexu/genero edo arraza/etnia berekoak ez diren taldeen artean, besteak beste. Hala, subalternitate edo mendekotasun egoeran dauden kolektiboek osasun egoera kaskarragoa dute. Fenomenoa konplexua bada ere, osasunaren arloko desberdintasun sozialen ezaugarri nagusietako batzuk zehaztu daitezke, Benachen proposamenaren oinarrituta (Benach, 1997):

- Osasunaren arloko desberdintasun sozialak sistematikoak dira, hau da, aztertu diren leku guztietan antzeman dira. Haien garrantzia eta ezaugarri espezifikoak testuinguru sozioekonomikoaren, kulturalaren, politikoaren eta geografikoaren arabera aldatzen badira ere, desabantaila handienak dituzten klaseek abantailatsuenek baino osasun okerragoa dute, sistematikoki; izan ere, desberdintasunean oinarritutako gizarte antolamenduaren eredu batek dirau oraindik ere ardatz eratzaile gisa.
- Osasun arloko desberdintasunek gradiente sozial bat izaten dute normalean, eta horrek esan nahi du ez dietela soilik eragiten hierarkia sozialean abantaila gehien eta gutxien duten pertsonari. Aitzitik, desberdintasun horiek biztanleria osoari eragiten diote, eta, salbuespen gutxirekin, eskala sozialean behera egin ahala, pertsonen osasunak eta ongizateak ere okerrera egiten dute; hortaz, zapalduenei edo baztertuenei eragiten dizkiete osasunaren arloko desberdintasunaren ondorio okerrenek. Horri osasunaren gradiente soziala esaten zaio, eta desberdintasun ardatzen arabera bereizitako atalen adierazle guztietan ikus daiteke gradiente hori.
- Desberdintasun sozialek biztanleen osasunean duten eragina oso handia da, hain zuzen ere, gradiente sozial gisa duten jokabideagatik eta, beraz, biztanleria osoarengan duten eraginagatik. Espainiako azken datuek erakusten dutenez (Trias-Llimós, Bacigalupe eta Martín, 2023), 2016-2021 aldian ikasketa mailaren arabera desberdintasunak 81.518 heriotza eragin zituzten estatu osoan (42.242 gizon eta 39.276 emakume). Hau da, heriotza guztien % 19,1 (220 heriotza egunero) saihestu egingo lirake, baldin eta heriotza tasan ez balego hezkuntza mailaren arabera desberdintasunik. 2001-2006 aldiko Euskadiko datuei begira, kalkulatu zen heriotzen % 16 tabako kontsumoari egotz zekiokela, eta hezkuntza mailako desberdintasunak, berriz, heriotza guztien % 21en kausa zirela. Beste era batera esanda, Euskadiko biztanle guztiek ez-erretzaileen heriotza arrisku bera edukiko balute, heriotzen % 13 saihestuko zatekeen, eta pertsona guztiek goi-mailako hezkuntza duten pertsonen heriotza arrisku bera izan balute, heriotzen % 21 saihestuko zatekeen, hau da, 11 heriotza egunean.
- Osasunaren arloko desberdintasunak heredatu egiten dira: nazioartean egindako ikerketa ugari (Jones et al., 2021) erakutsi dute osasunaren arloan bizitzaren hasieratik beretik egoten direla, eta baita jaio aurretik ere, desberdintasun sozialak. Izan ere, argi dago zenbait arazok, esate baterako erditze goiztiarrak (haurdunaldiko 37. astea baino lehen) edo pisu txikiko jaiotzak, maizago gertatzen direla egoera kaskarrenean bizi diren gizarte taldeetan. Bilboko 2009-2013 aldiko datuen arabera, jaiotza goiztiarren ehunekorik handiena Otxarkoaga (% 9,2) edo Bilbo Zaharra-San Frantzisko eta Ibarrekolanda (% 7,6 batean zein bestean) auzoetan egon ziren; pisu txikiko jaiotzen ehunekoa, berriz, bereziki handia izan da Otxarkoagan eta Bilbo Zaharra-San Frantziskon, eta, kasu horretan, Arangoiti izan da hurrena (% 8,3, % 6,7 eta % 7,4, hurrenez hurren). Bilboko jaiotzen inguruko emaitzarik onenak Indautxu, San Adrian eta Begoña auzoetan izan zituzten (González-Rábago et al, 2019).

- Badaude politika publiko eraginkorrak osasunaren inguruko desberdintasun sozialak murrizteko: ongizate estatu mota, herrialdeetako tradizio politikoa, demokrazia eta globalizazioa hainbat osasun adierazlerekin lotu dira, hala nola ama-haurren osasunarekin, eta adierazgarria da baliabideei eta prestazioei dagokienez eskuzabaltasun handieneko ongizate estatuek ondorio positiboak dituztela biztanleria horren osasun emaitzetan eta heriotza tasan (Barnish et al, 2021). Era berean, erdialde-ekialdeko tradizio politikoa eta demokrazia, oro har, modu positiboan lotzen dira biztanleriaren osasun emaitzekin.

4. Osasun arloko gizarte desberdintasunak Euskadin: generoa, klase soziala eta migrazioa/arraza

4.1. Generoa eta osasuna

Gizartean sexu desberdintasunetatik abiatuta eraikitako jardunek, sinboloek, irudikapenek, arauk eta balioek, zeinak kokatzen baitituzte emakumeak gizonetik mendekotasun material eta sinbolikoko egoeran, genero desberdintasun handiak sortzen dituzte osasunean. Gainera, sistema heteropatriarkalak berak indarra eta ausardia erakusteko eta mina eta kalteberatasuna baztertzeko balioetan oinarrituta definitzen ditu maskulinitasun hegemonikoaren ezaugarriak, eta horrek ere ondorio garrantzitsuak ditu gizonen osasunean, jarraian deskribatuko den moduan.

Illo horretatik, eta nahiko modu sendoan, osasun arloko genero desberdintasun horiek aztertu dituzten azterlanen arabera (Luy y Minagawa, 2014), emakumeek bizi itxaropen handiagoa badute ere, haien osasuna, fisikoa zein mentala, okerragoa da, oro har. Paradoxa horren azalpena guztiz bat dator genero desberdintasunak gizonen eta emakumeen osasunean duen eraginarekin. Hala, maskulinitate hegemonikoaren ezaugarriek, lehen aipatuek, heriotza goiztiarrean eragin handia duten arriskuen eraginpean jarri dituzte gizonak, hala nola trafiko istripuak, beste heriotza kausa batzuk, hala nola suizidioak edo hilketak, lan istripuak eta alkoholaren eta tabakoaren kontsumoa eta halako bizi ohiturak, eta horrek eragin zuzena du haien bizi itxaropen txikiagoan. Bestalde, emakumeek bizi baldintza material okerragoak dituzte, lan merkatuan mendeko posizioan daudelako eta etxeko eta zaintzako lanetan erantzukizun handiagoa dutelako, bai eta indarkeria espezifikoekiko esposizioagatik ere. Indarkeria horiek zuzenean eragiten osasun ona izateko aukeretan. Halaber, genero desberdintasunak subjektibotasunen eraikuntzan eragiten du, eta generoa da psikearen ardatz egituratzaile garrantzitsuenetako bat; beraz, zuzenean baldintzatzen du biztanleriaren osasun mentala.

4.1.1. Gizonen bizi itxaropen txikiagoa

Euskadiko datuei buruzko 1. taulan ikus daitekeenez, emakumeen bizi itxaropena gizonena baino ia sei urte handiagoa da. Bizitzaren luzeran eragin handiena duten heriotza kausetako batzuk 1. taulan (behean) jasotakoak dira, eta, ikus daitekeenez, ohikoagoak dira gizonengan. Horien artean daude bizi ohitura ez-osungarriekin zuzenean lotutako patologia batzuk (trakeako, bronkioetako eta biriketako minbizia, miokardioko infartu akutua eta gibelego gaixotasun kronikoak, hiru aldiz ohikoagoak gizonen artean); beste batzuek (suizidioak, hilketak, trafiko istripuak edo erorikoak) lotura zuzena dute gizonetzkoen rol hegemonikoarekin, hala nola gizontasuna eta ausardia erakustea, gatazkak modu disruptiboan kudeatzea edo eguneroko portaeran arretoa edo zuhurtasuna gutxiestea.

Aipamen berezia merezi dute suizidioaren ondoriozko heriotza kasuek: emakumeek maizago dituzte bere buruaz beste egiteko ideiak eta saioak, baina gizonen kasuan hilgarritasun tasa handiagoa da, eta, ondorioz, heriotza tasa ere handiagoa dute arrazoi horregatik. Itxurazko paradoxa hori ere genero ikuspegiarekin begiratuta azaltzen da. Alde batetik, gizonek metodo hilgarriagoak erabiltzen dituzte, hala nola urkatzea, objektu zorrotzak erabiltzea eta beren burua leihotik behera botatzea; emakumeen artean, berriz, ohikoagoa da botikak hartzea. Era berean, suizidioaren arrisku faktoreak ere desberdinak dira gizonen eta emakumeen artean: lehenengoan artean, alkoholaren kontsumoa arazoak saihesteko mekanismo gisa, inpultsibotasuna, familia gatazkak eta etxea ekonomikoki mantentzeko diru-sarreraren eskasia deskribatu dira suizidioaren azken eragile gisa. Emakumeen artean, berriz, sexu abusua, genero indarkeria, lanak eragindako estresa, denbora libre gutxi izatea eta bikote batenganako mendekotasun ekonomikoa nabarmentzen dira. Emakumeen artean, babes faktore bat

izaten da laguntza profesionala eskatzeko erraztasun handiagoa dutela, eta, horrekin batera, balio handiagoa ematen diotela hurbileko ingurunea zaintzeari eta gehiago jabetzen direla beren buruaz beste egiteak familia eremuan dituen ondorioez (Barroso, 2019).

1. taula. Herritarren bizi itxaropena eta heriotza kausa nagusietako batzuk, sexuaren/generoaren arabera. Euskadi, 2022			
	Emakumeak	Gizonak	Giz./Emak. ratioa ^a
<i>Bizi itxaropena</i>			
Bizi itxaropena jaiotzean	86,1	80,5	-5,6
Bizi itxaropena 65 urterekin			
<i>Heriotza tasa^b</i>			
Trakea, bronkio eta birrikako minbizia	28,5	75,8	2,7
Miokardio infartu akutua	9,7	24,5	2,5
Zirrosia eta gibealeko gaixotasun kronikoak	4,1	12,1	3,0
Trafiko istripuak	1,2	5,7	4,8
Suizidioak eta beren buruari kalte egitea	4,0	10,8	2,7
Homizidioak	0,2	0,4	2,0
Erorikoak	3,4	9,9	2,9

^a Diferentzia absolutua (bizi itxaropenari dagokionez) eta erlatiboa (heriotza tasari dagokionez) gizonen eta emakumeen artean.

^b 100.000 biztanleko heriotza-tasa; adinaren arabera, 2013ko Europako biztanleria estandarrari egokituta.

Iturria: Osasun Saila, 2023

Esan bezala, aurreko heriotza kausa batzuetan eragina duten arrisku faktore batzuek ere generoaren araberrako patroia dute (2. taula, behean). Osasunerako arriskutsua den tabakoaren eta alkoholaren ohiko kontsumoa % 30 eta % 50 handiagoa da gizonen artean; barazkien eta frutaren kontsumoa, berriz, txikiagoa da, eta haragi gorriarena handiagoa. Jarduera fisikoa ohikoagoa dela azpimarratzen da: genero sozializazioarekin lotzen da hori, eta kasu honetan, gizonei egiten die mesede; izan ere, txiki-txikitatik aintzat hartzen delako kirol lehiakorretan eta indarraren bidezko jardueretan parte hartzea, nesken jarduera pasibo eta sedentarioagoekin alderatuta.

Ohitura horietako batzuetan, ordea, genero eredu hori gazteen artean aldatzen ari da, itxuraz, eta horrek eragina izan dezake gaixotasunen garapenean eta, azken batean, genero arrakalan. Horren erakusgarri da 15 eta 24 urte bitarteko emakume erretzaileen eta alkohol kontsumitzaileen ehuneko handiagoa. Hala ere, jarduera fisiko osasungarri gehitxoago egiten dute oraindik ere gizon gazteek. Hartara, herrialde askotan, genero harremanetan gertatzen ari diren aldaketan eta gizonen eta emakumeen arteko desberdintasun egituren eraldaketaren ondorioz, bizi itxaropenari dagokionez gizonen eta emakumeen artean dagoen aldea nabarmen ari da murrizten, arrisku faktoreak berak ere (bizi ohiturak eta jokabideak) aldatzen ari baitira generoaren arabera. Espainian, Estatistikako Nazio Institutuaren arabera, 2070erako murriztu egingo da biziraupenari dagokionez sexuen arabera tradizioz egon den aldea: gaur egungo 5,6 urteetatik 4 urtera (2. irudia).

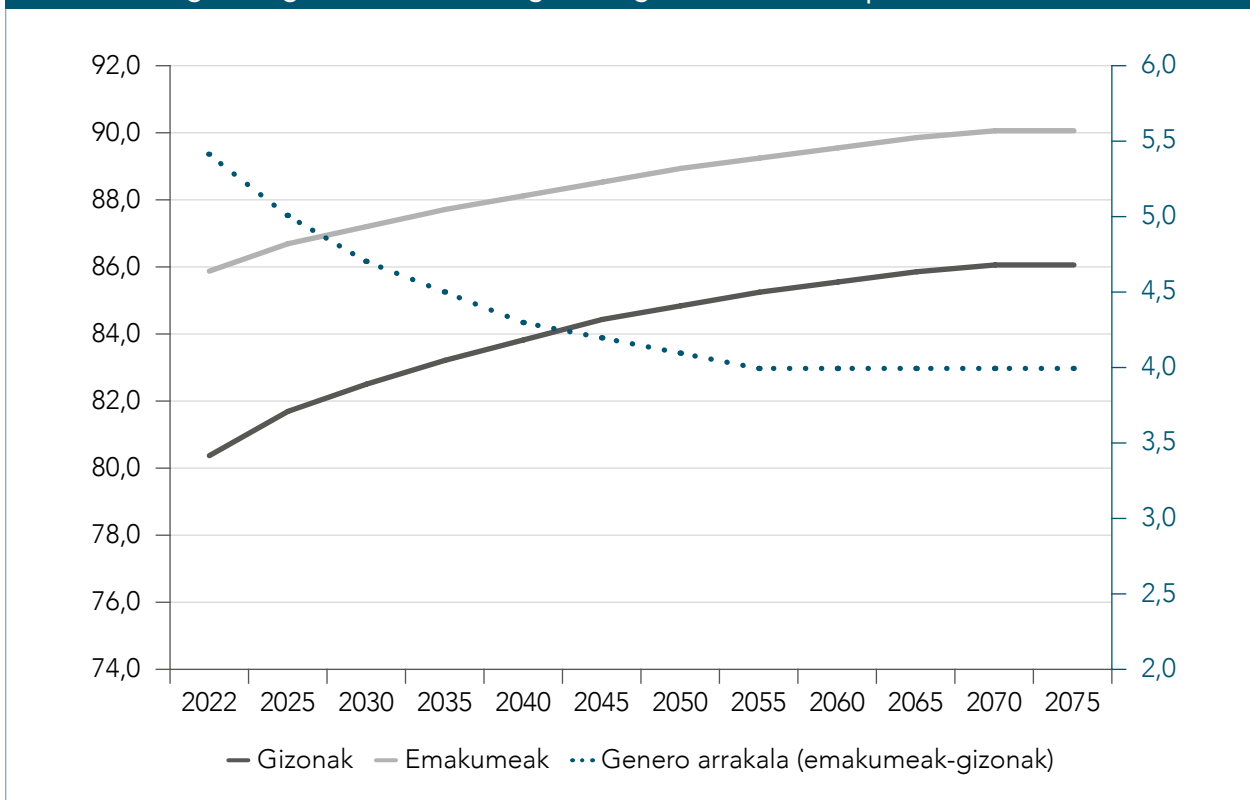
2. taula. Osasunarekin zerikusia duten bizi ohiturak (%) sexuaren/generoaren arabera eta biztanleria orokorraren eta gazteen ratioa. Euskadi, 2023

	Emakumeak	Gizonak	Ratioa ^a
<i>Biztanleria oro har</i>			
Tabakoaren ohiko kontsumoa	% 13,4	% 17,5	1,31
Arrisku handiko alkohol kontsumoa	% 10,9	% 16,8	1,54
Jarduera fisiko osasungarria	% 79,4	% 84,9	1,07
Barazkien kontsumoa	% 90,1	% 85,1	1,06
Frutaren kontsumoa	% 92,8	% 89,6	1,04
Haragi gorriaren kontsumoa	% 73,1	% 82,4	1,13
<i>15 eta 24 urte bitarteko biztanleak</i>			
Tabakoaren ohiko kontsumoa	% 13,0	% 10,6	1,23
Arrisku handiko alkohol kontsumoa	% 14,8	% 10,7	1,38
Jarduera fisiko osasungarria	% 88,9	% 91,3	1,03

^a Alde erlatiboa % handienaren eta % txikiaren zatiketarik abiatuta, kasuz kasu.

Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI) 2023 datuetatik abiatuta.

2. irudia. Jaiotzaren uneko bizi itxaropena erakusten duen proiektzioa, gizonengan eta emakumeengan, eta genero arrakala. Espainia, 2022-2071



Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Estatistikako Nazio Institutuko datuetatik abiatuta.

Bestalde, maskulinitate hegemonikoaren ereduaren eraginez, gizonak gutxiago zaintzen dute beren burua, eta, ondorioz, prebentzioko jardun gutxiago egiten dituzte eta gutxiagotan joaten dira osasun arloko profesionalengana, behar izanez gero; horrek bizi itxaropen txikiagoa edukitzea ekarri du ondorioz. 3. taulan ikusten denez, emakumeek Osakidetzaren kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa programan duten parte hartzea gizonena baino % 7 handiagoa izan da, nahiz eta tumore horren eragina handiagoa den gizonengan. Halaber, Euskadin emakumeek maizago erabili zuten osasun zerbitzuren bat (emakumeek % 82,2 eta gizonak % 74,8) eta lehen mailako arretaren erabilera ere % 16 handiagoa izan zen emakumeen artean.

3. taula. Osasun sistemaren erabilerari buruzko adierazleak (%) sexuaren/generoaren arabera eta ratioa biztanleria orokorrean. Euskadi, 2022-2023			
	Emakumeak	Gizonak	Ratioa E/G ^a
Kolon eta ondesteko minbiziaren bahetzea egiteko programan parte hartzea	74,4	69,4	1,07
Osasun kontsultaren bat egitea azken urtean	82,2	74,8	1,10
Lehen Arretaren erabilera azken bi asteetan	13,6	11,7	1,16

^a Diferentzia erlatiboa, emakumeen % zati gizonen % eginda lortua.

Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI) 2023 datuetatik abiatuta.

4.1.2. Emakumeen osasun kaskarragoa

Paradoxaren beste alderdiari erreparatuz gero, datuek adierazten dute urte gehiagoz bizitzeak ez duela esan nahi osasun hobearrekin bizitzen denik, eta, zenbait azterlanen arabera, hori izan liteke, hain zuzen, emakumeen kasua, maizago izaten baitituzte gaixotasun akutuoak eta nahasmendu kroniko mugatzaileak (ez hilgarriak), baita desgaitasun maila handiagoak eta osasun mentalen adierazle okerragoak ere bizitzaren ziklo osoan. 4. taulako datuen arabera, Euskadin emakumeek gizonak baino okerrago baloratu zuten beren osasuna, eta adierazle subjektibo hori oso garrantzitsua da, etorkizuneko heriotza tasaren adierazle baita, beste arrisku faktore batzuen eragina kontuan hartuta ere, hala nola tabako kontsumoa eta kolesterol maila (Idler eta Benyamini, 1997). Sarritan adierazi izan da emakumeek osasunari buruz egiten duten balorazio txarrago horren arrazoia ondoeza adierazteko joera handiagoa eta gaitz mota guztiei dagokienez beren burua behatzeko gaitasun handiagoa dela, eta horrek ekarriko lituzke hautemandako osasun txarraren tasa handiagoak (erregistratuak). Gutxi badira ere gertaera hori egia den ala ez aztertzen saiatu diren hurbilketa enpirikoak, duela urte batzuk azterlan bat argitaratu zen, Espainiako Osasun Inkesta Nazionalaren datuetan oinarrituta, zeinak erakutsi baitzuen emakumeek beren osasunari buruz duten pertzepzioa gizonak dutena baino txarragoa izatearen arrazoia dela emakumeek arazo kronikoak eta bestelako gaitz batzuk edukitzea (hala nola gihar eta hezurretako arazoak, nahasmendu mingarriak eta osasun mentalekoak). Osasun arazo horiek ohikoagoak dira emakumeen artean, eta horrek azaltzen du zergatik duten emakumeek pertzepzio okerragoa beren osasunari buruz. Ilido horretatik, badakigu pertsona bakoitzak bere osasunari buruz egiten duen balorazioa oso lotuta dagoela bizi kalitatearekin, klinikoki diagnostikatutako gaixotasunak izatearekin eta osasun zerbitzuak erabiltzearekin, azterlan honek azaldu zuen bezala (Malmusi et al, 2011), eta, maila apalagoan, gizonen eta emakumeen artean dagoen adierazkortasunean edo automiaketan dauden desberdintasunekin lotutako beste kontu batzuekin.

4. taulako osasunari buruzko beste adierazle batzuek ere genero desberdintasun argiak uzten dituzte agerian: osasunarekin lotutako bizi kalitatearen batez besteko puntuazioa 9 puntu handiagoa da gizonen artean, osasunaren autoebaluazioaren aurreko adierazlearen ondorioz, ziurrenik. Jardueraren muga kronikoari dagokionez, adierazle horrek neurtzen du pertsonak zer gaitasun duten dagokion

adinean ohiko jarduerak egiteko, eta adierazle hori zertxobait handiagoa da emakumeen artean. Arazo kronikoen maiztasunak, bestalde, genero eredu argiagoa erakusten du; izan ere, helduen artean batez ere (25-44 urte bitartekoetan), nabarmen handiagoa da emakumeen kasuan.

Azkenik, osasun mentalaren eremua bereziki interesgarria da genero ereduari dagokionez. Taulan ikus daitekeenez, depresio edo antsietate sintomen maiztasuna ia 10 puntu portzental handiagoa da emakumeen artean (% 26,5) gizonen artean baino (% 17,7), eta horrek genero desberdintasun handiagoa dutenen artean kokatzen du osasun arazo hori. Ildo beretik, emakumeek gizonak baino psikofarmako gehiago hartzen dituzte, bikoitza ia.

4. taula. Osasun adierazleak sexuaren/generoaren arabera (%) eta ratioa biztanleria orokorrari dagokionez edo adinen arabera. Euskadi, 2023		
	Emakumeak	Gizonak
Osasun kaskarra hautematea	% 22,8	% 17,1
Bizi kalitatea osasunari lotuta 74 urtetik gorakoengan ^a	% 60,8	% 69,3
Jarduera mugatzea modu kronikoan	% 14,0	% 12,5
Arazo kronikoak 25-44 urte	% 30,2	% 25,5
Depresioaren edo antsietatearen sintomak	% 26,5	% 17,7
Psikofarmakoen kontsumoa ^b	% 6,0	% 3,6

^a EVA-EQ batez besteko puntuazioa.

^b Nerbioetarako edo antsietaterako botiken kontsumoa aurreko bi egunetan.

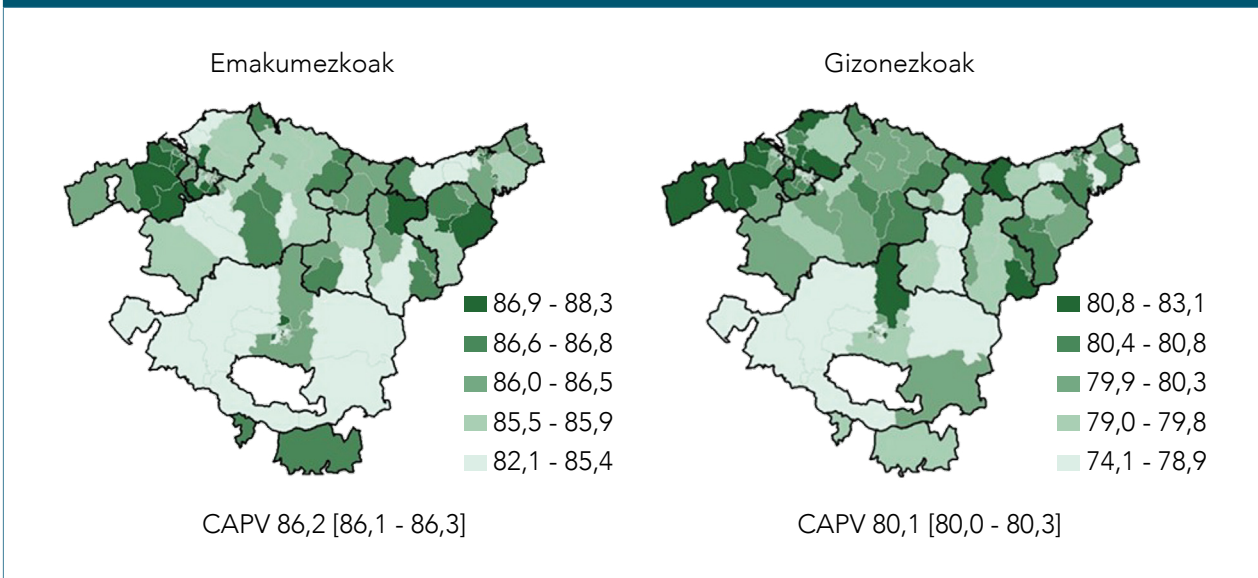
Iturria: Lan honetarako berariaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI) 2023 inkestaren datuetatik abiatuta.

4.2. Klase soziala, lanak eta osasuna

Klase sozialak sortzen dituen osasun arloko desberdintasun sozialak aro modernoaren hasieratik beretik deskribatu dira, industria iraultzan langile klasearen bizi baldintza eskasek haien heriotza tasa altuetan eta gaixotasun eredu espezifikoean eragin baitzuten. Osasun egoera eta immunizazioa (horiek azaltzen zuten gizarte klasearen eta osasunaren/gaixotasunaren arteko harremana une historiko horretan) XX. mendean zehar nabarmen hobetu baziren ere, gizarte klase batekoa edo bestekoa izateak heriotza tasan eta bizi itxaropenean duen eragina ez da desagertu. Izan ere, egoera sozioekonomikoaren eta osasunaren arteko harremana dagoeneko ez da adierazten saneamendu gabeziaren, jende pilaketaren eta elikadura murrizketaren bidez, baizik eta dieta ez-osasungarrien, tabako eta alkohol kontsumoaren eta ariketa fisikorik ezaren bidez, besteak beste. Ezaugarri horiek ohikoak direnez gizarte talde behartsuenetan, gaixotze eta heriotza tasa handiagoak eta, azken finean, bizi itxaropen txikiagoa azaltzen dute.

Gaur egun, heriotza tasari dagozkion desberdintasun sozioekonomikoak agerikoak dira Euskadin, bai hezkuntza mailagatik, bai beste aldagai batzuegatik, hala nola bizilekua. Hurrengo mapetan ikus daitekeenez (3. irudia), gizonen bizi itxaropenak 9 urteko aldea du eta emakumeenak 6 urtekoa osasun eremu batzuetatik besteetara. Osasun eremu horiek administrazio mugak dira, Osakidetzako Osasun Zentroetako kupoak antolatzeke. Bizi itxaropen baxuena duten eremuak egoera sozioekonomiko kaskarragoak dituztenak dira, hain zuzen.

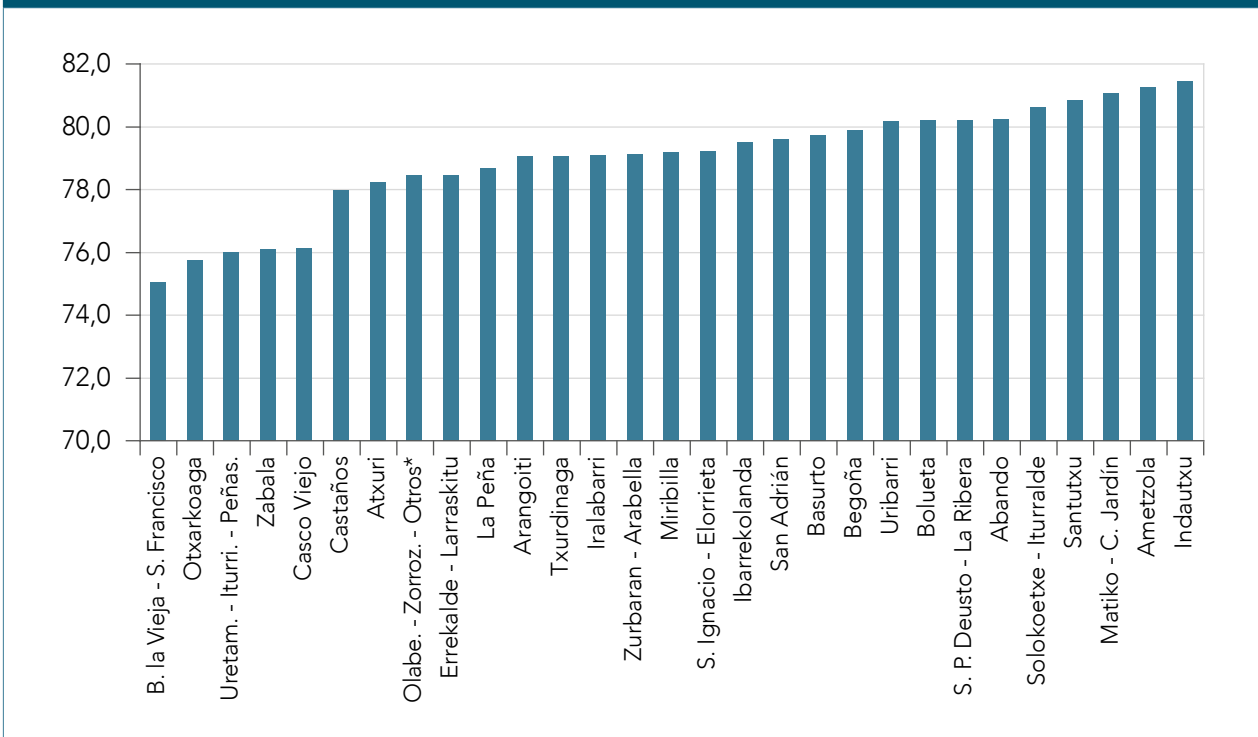
3. irudia. Bizi itxaropena osasun eremuetan, gizonengan eta emakumeengan. Euskadi, 2013-2017



Iturria: Calvo eta Montoya, 2020.

Desberdintasun horiek hiri barruan ere gertatzen dira. Bilboren kasua 4. irudian irudikatzen da: bizi itxaropenari dagokion arrakala, Indautxuren eta Otxarkoagaren artean, 6,4 urtekoa da. Ondoz ondoko auzoetan ere gertatzen dira desberdintasun horiek, esaterako Bilbo Zaharra eta Abandoren artean; kasu horretan 5 urtekoa izatera iristen da aldea.

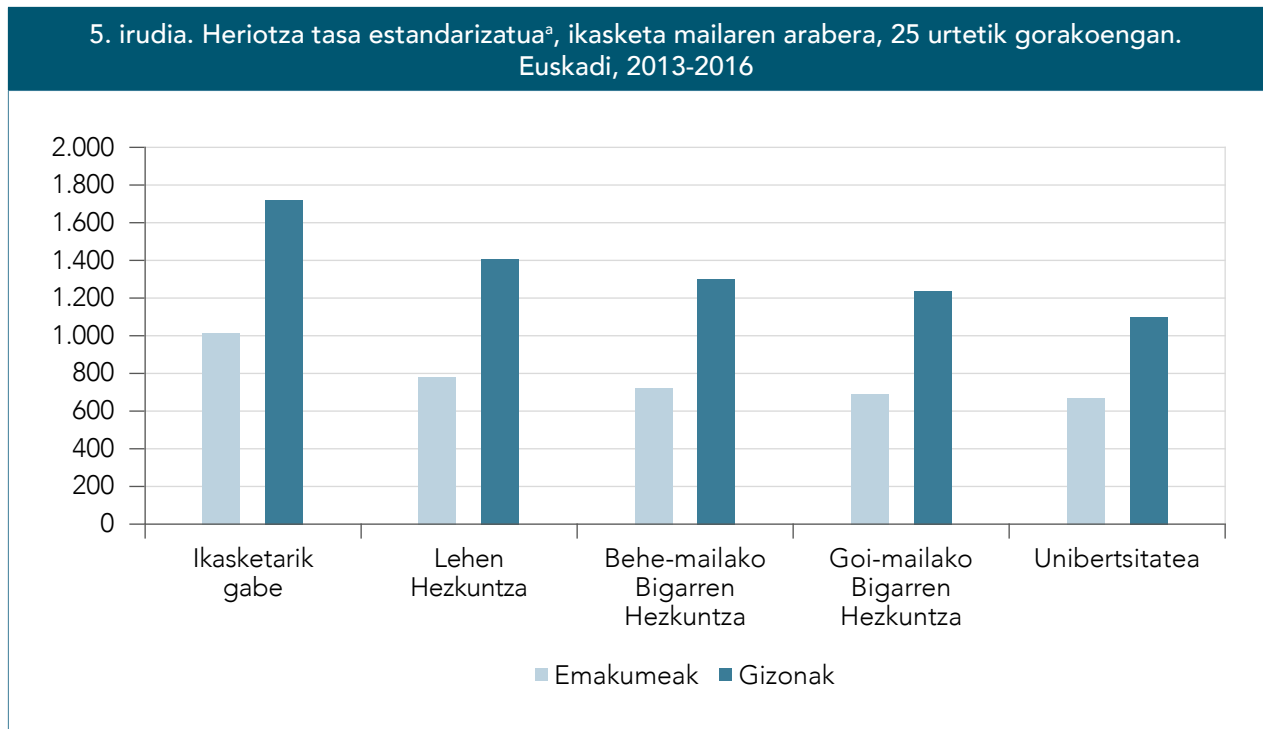
4. irudia. Bizi itxaropena auzoz auzo. Bilbo, 2011-2015



Iturria: Martín eta González-Rábago, 2018: 101.

Ikasketa maileri erreparatuz gero, heriotza tasak ere gizarte eredu garbi bati jarraitzen dio, eta, horren arabera, unibertsitate mailako ikasketak dituztenen heriotza tasa % 52 (emakumeena) eta % 56 (gizonena)

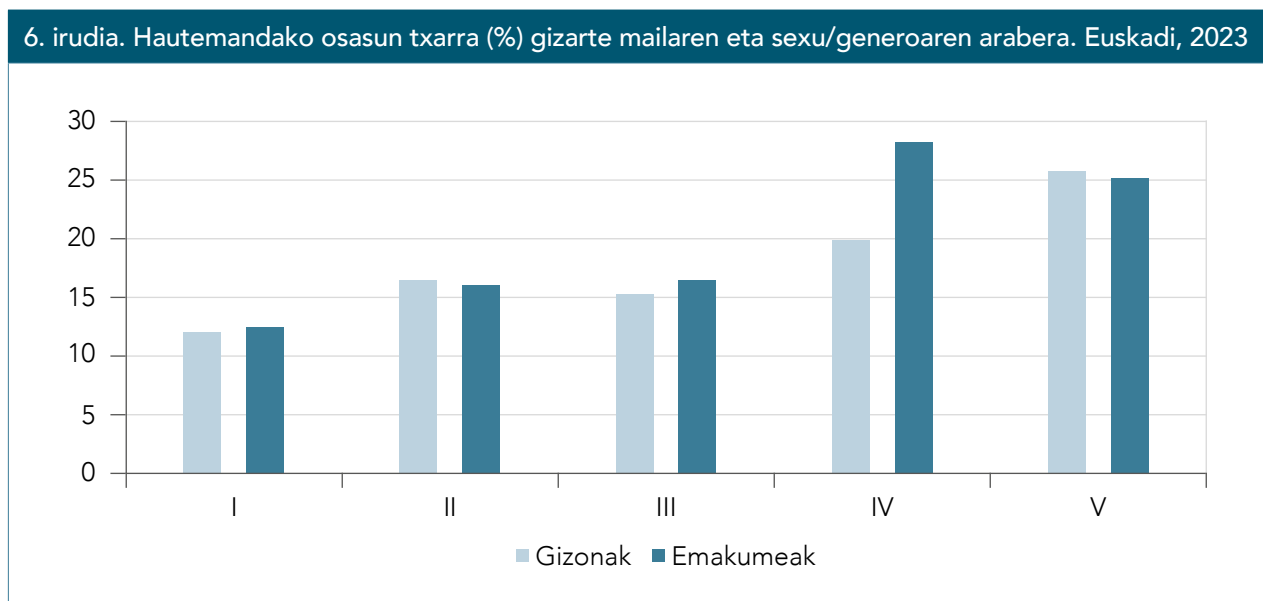
txikiagoa izan zen ikasketarik ez zutenena baino. Desberdintasun horiek, gainera, ez dira muturreko taldeen artean soilik gertatzen, gizarte gradiente osoa zeharkatzen dute, aurretik aipatu bezala. Gizonezkoen heriotza tasa handiagoa izan zen ikasketa maila guztietan, baina unibertsitate mailako ikasketak zituzten emakume eta gizonen artean izan ziren alde horiek txikiak.



^a Heriotzak 1.000 biztanleko.

Iturria: Martín et al, 2020.

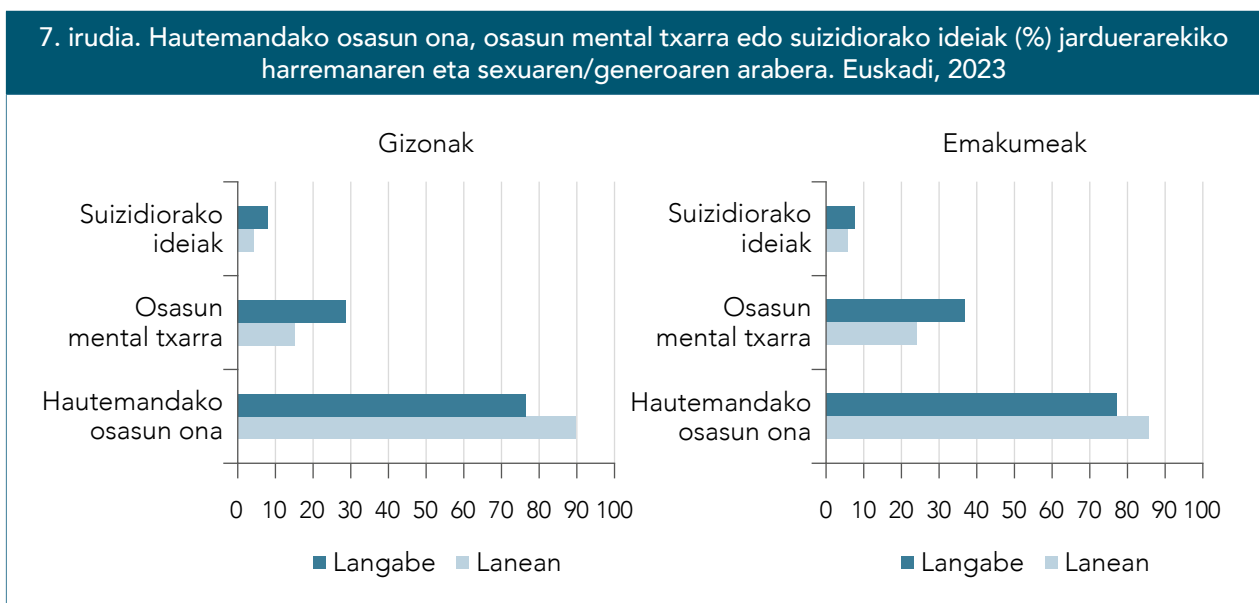
Beste adierazle batzuk ere argi eta garbi markatuta daude gizarte klasearen arabera. Hurrengo irudiak erakusten du hautemandako osasun txarra areagotu egiten dela klase sozialak urrundu ahala, bai gizonen artean, bai emakumeen artean. Azken horien kasuan, muturreko klaseen arteko osasun kaskarraren igoera 10 puntu portzentualekoa da emakumeen artean, eta 8 puntukoa gizonezkoen artean.



Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI) 2023 inkestaren datuetatik abiatuta.

Gizarte klasearen eta osasunaren arteko harremana azaltzen duen faktore nagusietako bat ordaindutako lana da, batez ere biztanle gehienek biziraupenerako bitarteko nagusia delako, eta langile izateari lotuta dagoelako gizarte aitortzearen eta herritartasun eskubideen parte handi bat.

Gauza jakina da, izan ere, ordaindutako lanak ageriko funtzioak –osasuna edukitzeko oinarrizkoak diren ondasun materialak eskuratzeko aukera ematen du– zein ezkutukoak –denboraren egituraketari, gizarte trukeari, autoerrealizaziorako aukerei, identitate garapenera edo gizarte aitortzeari lotuta–betetzen dituela (Jahoda, 1979). Ebidentziak iradokitzen du, oro har, lan arloan aktiboak diren pertsonen aktibo ez direnek eta, batez ere, langabeek baino osasun eta ongizate maila hobekia dituztela. Izan ere, langabezia suizidiorako arrisku faktorea izan liteke, eta hilkortasuna handitzearekin lotu izan da, hainbat arrazoiengatik (Roelfs et al., 2011). Euskadin, 2023ko Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkestaren arabera, beren osasuna modu positiboan ikusten duten pertsonen prebalentzia handiagoa da ordaindutako lana dutenen artean, eta langabeen artean, berriz, handiagoa da osasun mentaleko arazoak edo ideia suizidak dituztenen ehunekoa (ikus 7. irudia).



Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI) 2023 inkestaren datuetatik abiatuta.

Nolanahi ere, enplegu bat izateak ez du automatikoki bermatzen langabeziari lotutako arriskuen aurrean babestuta egotea. Hainbat azterlanek iradokitzen dutenez, kalitate gutxiako enpleguak ere kaltegarriak izan daitezke osasunerako. Izan ere, ez dago hain argi langabezia nahitaez lan prekaritatea bera baino kaltegarriagoa ote den osasunerako. Kimek eta von dem Knesebeckek (2015) egindako berrikuspenaren arabera, langabeziak laneko prekaritateak baino kaltegarriagoa dirudien arren heriotza tasari eta osasun orokorrari dagokienez, enplegu prekarioak gehiago lotzen dira sintoma somatikoen sorrerarekin.

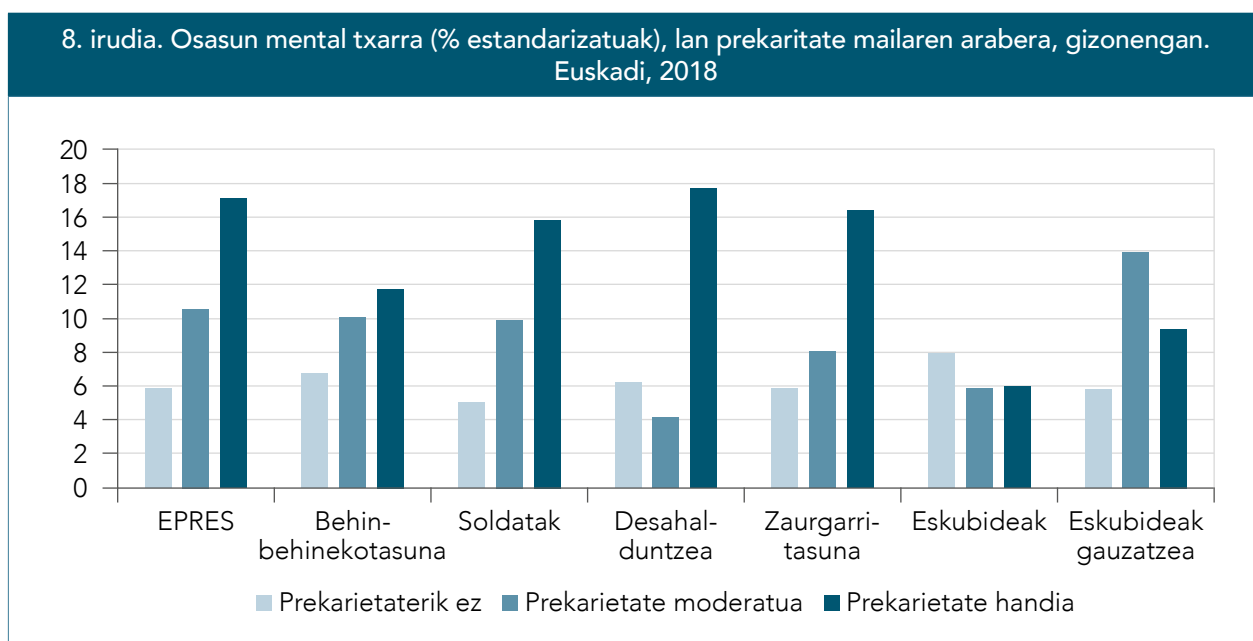
Lan prekaritateari dagokionez, gero eta azterlan gehiagok aztertzen dute zer lotura dagoen haren eta osasunaren artean, nahiz eta ez dagoen fenomenoaren kontzepzioari buruzko adostasunik, ez eta hura ziurtasunez neurtzeko modurik ere. Epidemiologia sozialaren arloan, ohikoa izan da dimentsio bakarreko adierazleetatik abiatuta aztertzea: hautemandako lan segurtasunik eza, kontratu mota... Era horretara, jakin badakigu aldi baterako enplegua duten pertsonen erikortasun psikiatriko handiagoa dutela enplegu mugagabeak dituztenek baino, baita laneko istripu arrisku handiagoa ere (Benavides et al, 2006). Euskadin, adibidez, lan istripuen intzidentzia tasa handiagoa izan zen 2022an alde baterako kontratuak zituztenen artean kontratu iraunkorrak zituztenen artean baino. Zehazki, istripu tasa erlatibo handiena, bi sexuetan, lanaldi osoko aldi baterako kontratuak zituztenen edo aldizkako kontratu mugagabe finkoak zituztenen artean izan zen. Lan istripu bat izateko arrisku handiago horren arrazoiak honako hauek dira, besteak beste: lanpostuan esperientzia txikiagoa izatea, lan baldintza kaskarren aurrean esposizio

handiagoa izatea, segurtasunari buruzko prestakuntza edukitzeko aukera gutxiago izatea eta lanean arriskuak hartzeko joera handiagoa izatea, enplegua galtzeko beldurrak bultzatuta (5. taula).

5. taula. Lanaldian gertatzen diren lan istripuen intzidentzia (kasuak mila langileko), sexuaren/generoaren arabera. Euskadi, 2022		
	Gizonak	Emakumeak
Langile autonomoak	23,39	9,24
Lanaldi osoko mugagabeak	56,07	21,07
Lanaldi partzialeko mugagabeak	28,58	13,65
Aldizkako mugagabe finkoak	63,15	25,74
Aldi baterakoak, lanaldi osoan	78,33	23,65
Aldi baterakoak, lanaldi partzian	25,54	16,39

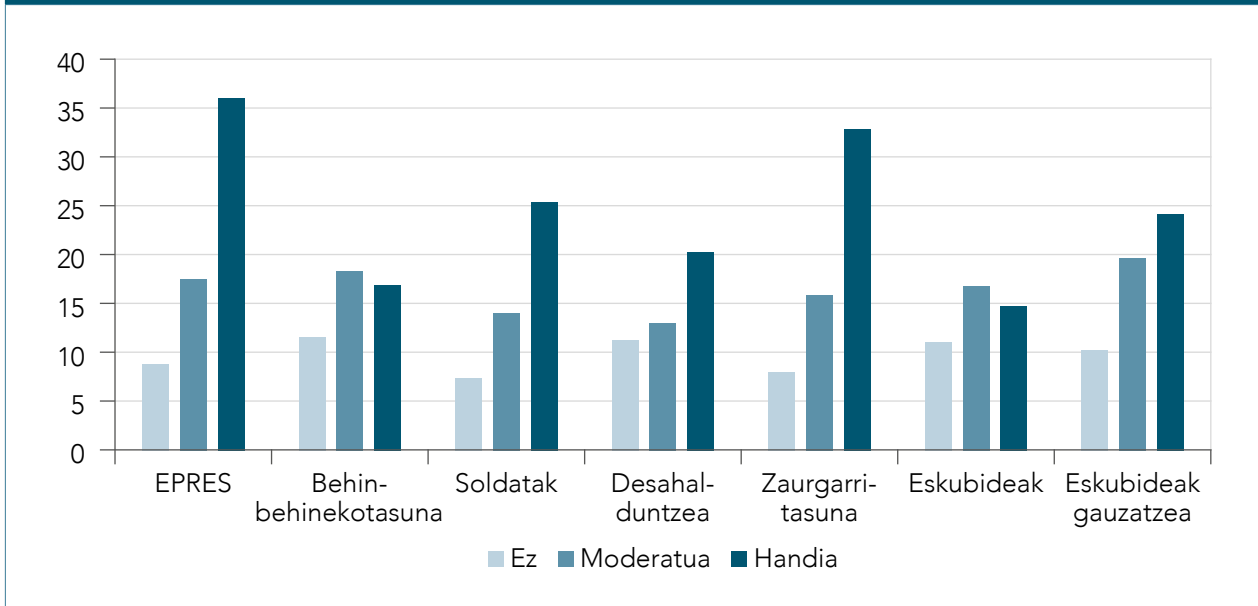
Iturria: lan honetarako berriaz egina, Riveraren (2022) datuak abiapuntu hartuta.

Edonola ere, lan prekaritateari dimentsio bakarreko ikuspegitik begiratzea erredukzionista da guztiz, eta langileen osasuna ulertzeko garrantziko beste dimentsio batzuk ezkututzen ditu. Horregatik, azken urteotan, arlo horretako azterlan gehienek lan prekaritatearen dimentsio anitzeko ikuspegiari jarraitu diote. Nazioarteko ikerketa zientifikoetan gehien onartzen eta erabiltzen den proposamenetako bat *Employment Precariousness Scale* (EPRES) eskala da. Tresna hori hainbat testuingurutan baliozkotu eta egokitu da, eta 6 dimentsio ditu, hala nola behin-behinekotasuna, soldatak eta desahalduntzea. Ebidentziak argi erakusten du dimentsio anitzeko indize horren bidez neurtutako lan prekaritateak eragin negatiboa duela osasunean (Padrosa et al., 2022). Halaber, Euskadin, oro har eta dimentsio bakoitza bereizirik aztertuta, lan prekaritatea gizonen eta emakumeen osasun mental okerragoarekin lotzen da (8. eta 9. irudiak). Gainera, lan prekaritatearen eta osasunaren arteko erlazioak ere gradiente bat du, halako eran non zenbat eta gehiago egon lan baldintza prekarioen eraginpean, orduan eta eragin handiagoa izango du osasunean. Beste alde batetik, eta osasunarekin duten harremanaz haratago, frogatu da lan prekaritatea ez dela homogeenoki banatzen: gehiago eragiten die emakumeei, gazteei, migratzaileei eta egoera sozioekonomiko kaskarragoa dutenei (Padrosa et al., 2022).



Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEIOI) 2018 inkestaren datuen arabera.

9. irudia. Osasun mental txarra (% estandarizatuak), lan prekarietate mailaren arabera emakumeengan. Euskadi, 2018



Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI) 2018 inkestaren datuen arabera.

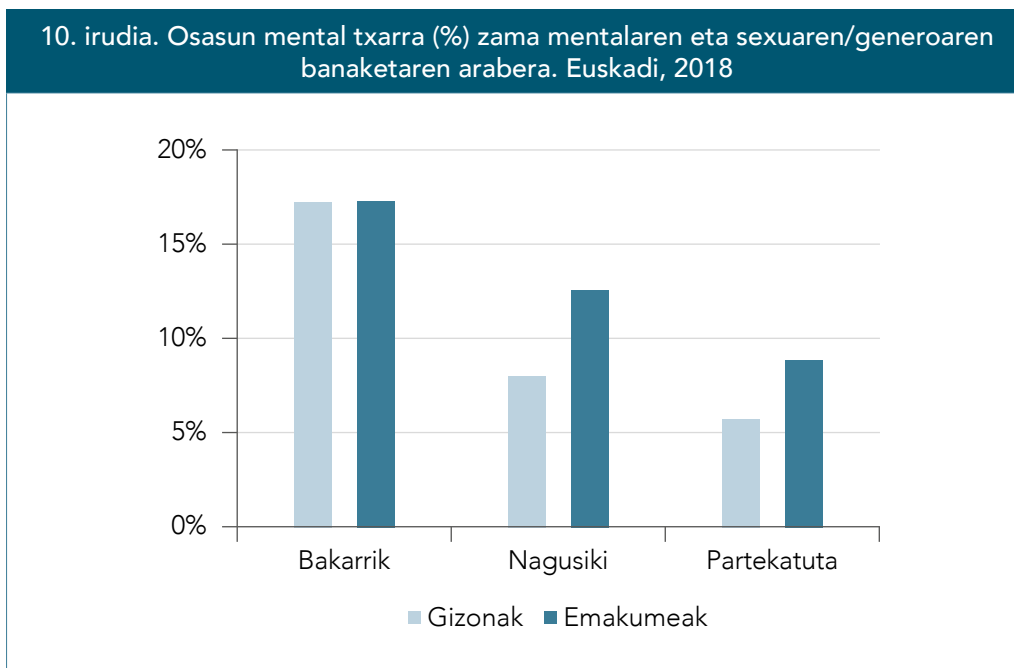
Ekoizpen esparrua albo batera utzita, etxeko lanak eta zaintza lanak interes handiko eremua dira osasunean dituen ondorioengatik, ordaindutako lanarekin duen loturagatik eta azken egoera horrek osasunean duen eraginagatik. Generoaren ikuspegitik, gizonek lan erreproduktiboan gero eta parte hartze handiagoa badute ere, emakumeek beren gain hartzen dute oraindik ere zama horren zatirik handiena, eta desberdintasun horrek ondorioak ditu, bai haien osasunean, bai ongizatean.

Lehenik eta behin, dirudienetz etxean soil-soilik lan egiten duten emakumeen osasuna emakume landunena baino okerragoa da, batez ere lehenengoen, *Jahodaren ezkutuko gabeziaren teoriaren* arabera (1979), ez dituztelako enpleguaren ondoriozko sariak jasotzen (gaitasun ekonomikoa, aintzatespena, etab.). Gainera, eremu erreproduktiboko zeregin guztien zainketa lana kontuan hartuta, ebidentziak iradokitzen du beste pertsona batzuk zaintzeak, adinekoak batez ere, arriskuak dakartzala osasunerako. Zaintzaile ez direnen aldean, adinekoak zaintzen dituztenek osasun mental, emozional eta fisiko okerragoa dute. Era berean, Euskadin egindako azterketa batek (Larrañaga et al., 2009) erakutsi zuen kolektibo horren osasuna kaskarragoa dela aztertutako ia adierazle guztietan: sedentarisismoa, lorik eza, osasun mental txarra...

Adingabeen zaintzari dagokionez, emaitzak ez dira hain argiak. Haurren zaintza nekearekin lotu ohi den arren, lan horren ondoriozko sentimendu positiboak ere identifikatu dira, hala nola hazkunde pertsonala, betetasun sentipena eta zainduarenganako maitasuna. Hala eta guztiz ere, aitasun-amatasunaren eta osasunaren arteko harremana ez da agerikoa, eta hainbat faktoreren mende dago, hala nola zenbat denbora ematen den zaintzen, laguntza sareak eta etxeko egoera sozioekonomikoa, besteak beste.

Lan erreproduktiboaren beste dimentsio bat, orain arte gutxi aztertua, buru karga da, hau da, etxeko premien aurrerapenarekin, identifikazioarekin, plangintzarekin eta ebaluazioarekin lotutako jarduera ikusezin oro. Karga hori emakumeen gain egoten da, neurritz kanpo, batez ere etxearen zaintza, elikadura eta garbiketari dagokionez, eta neurri txikiagoan, ibilgailuaren mantentzeari, etxeko obrei edo finantzei dagokienez (Reich-Stiebert et al., 2023). Lan erreproduktiboaren dimentsio horren ondorioei dagokienez, eskura dagoen ebidentzia urriak iradokitzen du, adibidez, seme-alaben premiak bakarka kudeatzeak eragin negatiboa duela bizitzaren eta ezkon bizitzaren alorreko gogobetetzean (Reich-Stiebert et al., 2023). Euskadin, ikusten denez, emakumeek askoz gehiago

hartzen dute beren gain zama hori (erakutsi gabeko datuak), eta zama hori bakarka hartzeak edo zamaren parte handia hartzeak modu negatiboan eragiten dio osasun mentalarari, sexu batari zein besteari (10. irudia).



Iturria: Lan honetarako berriaz egina, Euskadiko Osasun Inkesta (EAEOI) 2018 inkestaren datuetatik abiatuta.

Azkenik, etxeko eskakizunak betetzeko premiak eragina du produkzio lanaren merkatuan parte hartzeko moduan: emakume batzuek zuzenean uko egiten diote ordaindutako jarduera bat egiteari, beste batzuek kontziliazio aukera handiagoa ematen dizkieten lanak aukeratzen dituzte –enplegu partzialak eta kalitate kaskarragokoak, sarritan–, eta, azkenik, batzuek beren ibilbide profesionalari uko egitea saihesten dute, eta, hala, lanaldi bakoitzak dakarren gaitzaren ondoriozko arriskuen eraginpean jartzen dira.

Osasunari dagokionez, karga bikoitza da, beharbada, lan erreproduktiboari lotutako baldintza aztertuenetako bat. Kasu honetan, datuak nahiko sendoak dira, eta lanaldi bikoitz horren ondorioz osasun mentaleko arazoak izateko arriskua iradokitzen dute (Ervin et al., 2022). Gainera, aurreko egoeretan bezala, zenbait faktorek, hala nola gizarte laguntzaren mailak, posizio sozioekonomikoak, zereginen banaketa mailak eta enplegu baldintzek, osasunaren gaineko ondorioak arindu edo areagotu ditzakete.

4.3. Migrazio estatusa/arraza eta osasuna

Hierarkia sozialaren barruan posizio ezberdintasunak ezartzen dituzten beste kategoria sozial batzuen antzera, desberdintasun ardatz bat dira migrazio estatusa eta/edo arraza/etnia, migratutako eta/edo arrazializatutako pertsonak osasun egoera desorekatuetan jartzen baitituzte, bai biztanleria autoktonoarekin eta/edo zuriarekin alderatuta, bai talde migratzaile eta/edo arrazializatuen beren artean.

Abiapuntu gisa, garrantzitsua da aipatzea Europaren testuinguruan pertsona arrazializatuen osasun desberdintasunetarako eta osasun arretarako hurbilketa bertako biztanleriaren eta biztanleria migratzailearen arteko desberdintasunen inguruan egin dela funtsean, migrazio estatusa erreferentziazat hartuta, ez daudelako arraza edo jatorri etnikoa kategoriak (Bousmah et al., 2019). Euskal testuinguruan ere, hainbat azterlanek jatorri migratzailea duten pertsonen osasun arloko desberdintasunak aztertu

dituzte, eta arraza diskriminazioa funtsezko elementutzat hartu dute desberdintasun horiek ulertzeko (Rodríguez-Álvarez et al., 2017). Egoera hori, hein handi batean, Europa kontinentaleko estatistika sisteman arraza/etnia kategoriarik ez egotearen ondorio da, nahiz eta ez dagoen zalantzarik estratifikazio sozialari dagokion kategoría bat dela. Horregatik, migrazio estatusetik eratorritako osasun arloko desberdintasunak ere landuko dira artikulu honetan, hargatik eragotzi gabe osasunean eragin handia duten migrazio prozesutik haratagoko arrazializazio prozesuak daudela, literatura anglosaxoian agertu bezala (Devakumar et al., 2022).

Hala, biztanleria migratzailearen kasuan, biztanleriaren osasuna baldintzatzen duten ohiko elementuez gain (hala nola hezkuntza maila, generoa edo herritarren baldintza materialak edo lanekoak), egoera eta prozesu sozial espezifikoek ere baldintzatzen dute osasuna, hala nola arraza diskriminazioko esperientziak eta administrazio egoera kaltegarriak, eragin handia baitute bizitzako hainbat eremutan eta, beraz, osasunean.

Hala ere, hainbat testuinguru geografikotan egindako ikerketa ugari erakutsi dute migratzaileen osasuna bertako biztanleriarena baino hobea izan ohi dela migrazio prozesuaren lehen etapetan, eta helmugako herrialdearen antzeko osasun egoerara edo okerrera egiten duela denborarekin; *Etorkin Osasuntsuaren Efectua* esaten zaio horri (Gotsens et al., 2015). Efectu hori azaltzen da, itxuraz, alde batetik, osasun bereziki ona duten pertsonak hautatzen direlako migratzen dutenak. Gerora osasunak okerrera egiteak zerikusia izango luke helmugako gizarteetako migratzaileen bizi baldintza txarrekin, arrisku handiagoen eta osasunarekin lotutako jokabide okerragoen eraginpean jartzen direlako horrela.

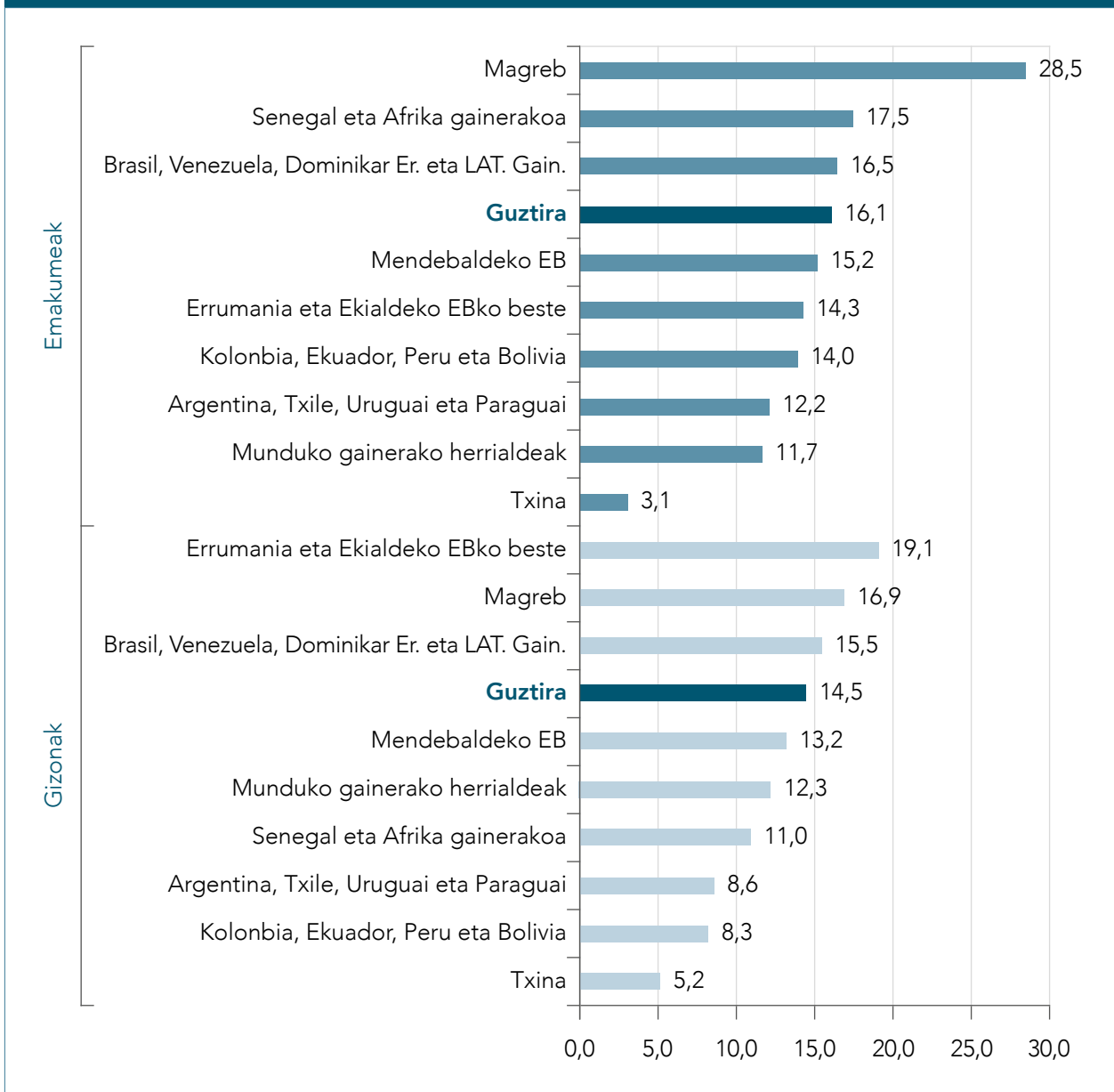
4.3.1. Osasun desberdintasunak migratzaile taldeen artean

Biztanleria migratzailea talde homogeneotzat hartzen da askotan, nahiz eta migrazio ibilbide desberdinak eduki eta jatorriaren eta beste ezaugarri soziodemografiko batzuen arabera bizi baldintza eta migrazio prozesu desberdinei aurre egin behar izan. Horrek esan nahi du jatorrizko talde batzuei beste batzuekin alderatuta eragiten dieten osasun arloko desberdintasun handienak ikusezin bihurtzen direla, bai eta ikuspegi intersektionaletik ere, generoak edo maila sozioekonomikoak eragin biderkatzailea izan baitezakete biztanleria migratzailearen osasunean.

Illo horretatik, Euskadiko datuek adierazten dute biztanleria migratzailearen osasun egoera aldatu egiten dela jatorriaren arabera (11. irudia). Hala, emakumeen artean, Afrikatik etorriak dira osasun egoera txarrena dutenak, Magrebekoak bereziki, % 28,5ek osasun txarra edo oso txarra baitu. Emakumeen prebalentzia orokorraren gaineratik daude Brasil, Venezuela eta Dominikar Errepublikakoak ere (% 16,5). Gizonen kasuan, Errumaniatik eta Europa Ekialdeko beste herrialde batzuetatik etorriak dira osasun egoera txarrenekoak (% 19,1), eta horien atzetik Magrebetik eta Latinoamerikatik etorriak (Brasil, Venezuela eta Dominikar Errepublika, besteak beste). Beste muturrean, aipatzekoa da txinatarren artean oso ehuneko txikia dela osasun txarra dutenena, bai gizonen (% 5,2), bai emakumeen (% 3,1) artean.

Edonola ere, emakumeek jatorrizko talde bereko gizonek baino osasun egoera okerragoa dute, oro har, baina badaude salbuespen batzuk, hala nola Ekialdeko Europako eta Txinako emakumeen kasuan, gizonek baino osasun hobea baitute.

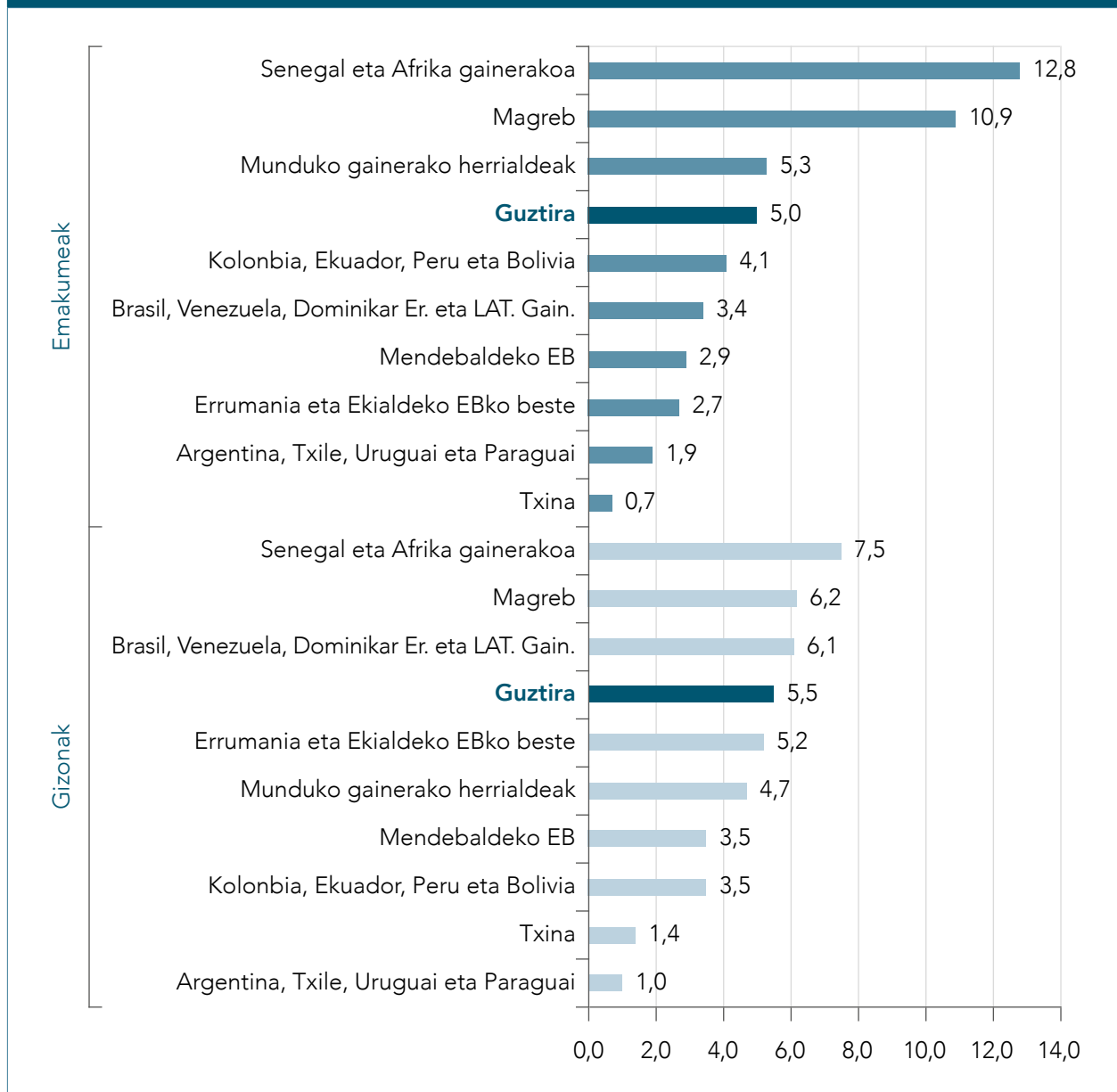
11. irudia. Hautemandako osasun txarra (%), jatorri taldeen eta sexuaren/generoaren arabera. Euskadi, 2018



Iturria: lan honetarako berriaz egina, Atzerritar Jatorriko Biztanleriaren Estatistika (EPOE) 2018 datuetatik abiatuta.

Ildo beretik, jardueraren mugatze kronikoari dagokionez, alde handiak daude jatorriaren arabera (12. irudia). Senegaldik, Saharaz hegoaldeko beste herrialde batzuetatik etorriek eta Magrebetik etorriek, emakumeek batez ere, prebalentzia handiagoa dute jardueraren mugatzeari dagokionez (% 12,8 eta % 10,9, hurrenez hurren). Hala ere, Latinoamerikako hegoaldeko konotik eta Txinatik etorritako pertsonak dira mugatze kroniko txikiena dutenak (bi sexuetan), % 2tik beherako ehunekoekin.

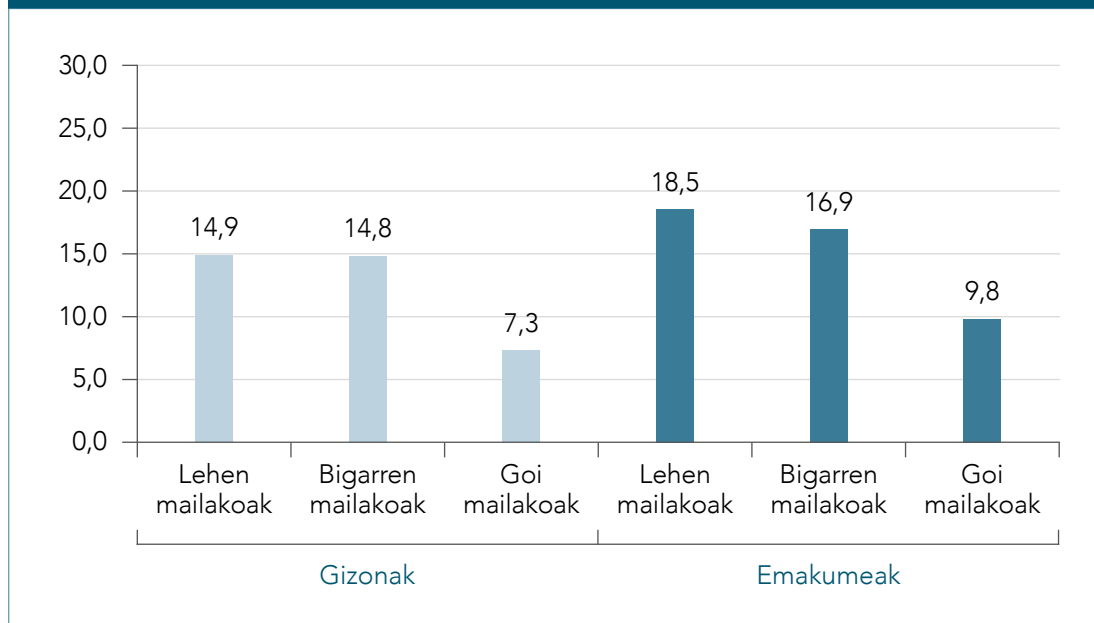
12. irudia. Jardueraren mugatze kronikoa (%), jatorri taldeen eta sexuaren/generoaren arabera. Euskadi, 2018



Iturria: lan honetarako berriaz egina, Atzerritar Jatorriko Biztanleriaren Estatistika (EPOE) 2018 datuetatik abiatuta.

Jatorrizko taldetik haratago, herritar migratzaileak, biztanleria orokorrak bezala, osasun maila desberdina du egoera sozioekonomikoaren arabera. Hurrengo grafikoetan gradiente soziala ikus daiteke, posizio sozialaren bi adierazle kontuan hartuta. Lehenengoan ikus daitekeenez, hezkuntza mailak gora egin ahala txikiagoa da osasun egoera txarra edo oso txarra duten biztanleen ehunekoa, bai gizonen artean, bai emakumeen artean (baina azken horietan nabarmenago). Hala, lehen edo bigarren mailako ikasketak dituzten gizonen ia % 15ek osasun txarra dute, eta goi mailako ikasketak dituztenen artean, berriz, % 7,3k. Emakumeen kasuan, lehen mailako ikasketak dituztenen % 18,5ek eta bigarren mailako ikasketak dituztenen % 16,9k uste du osasun txarra edo oso txarra duela, eta unibertsitate mailako ikasketak dituztenen kasuan, berriz, % 9,8k uste dute hala dela.

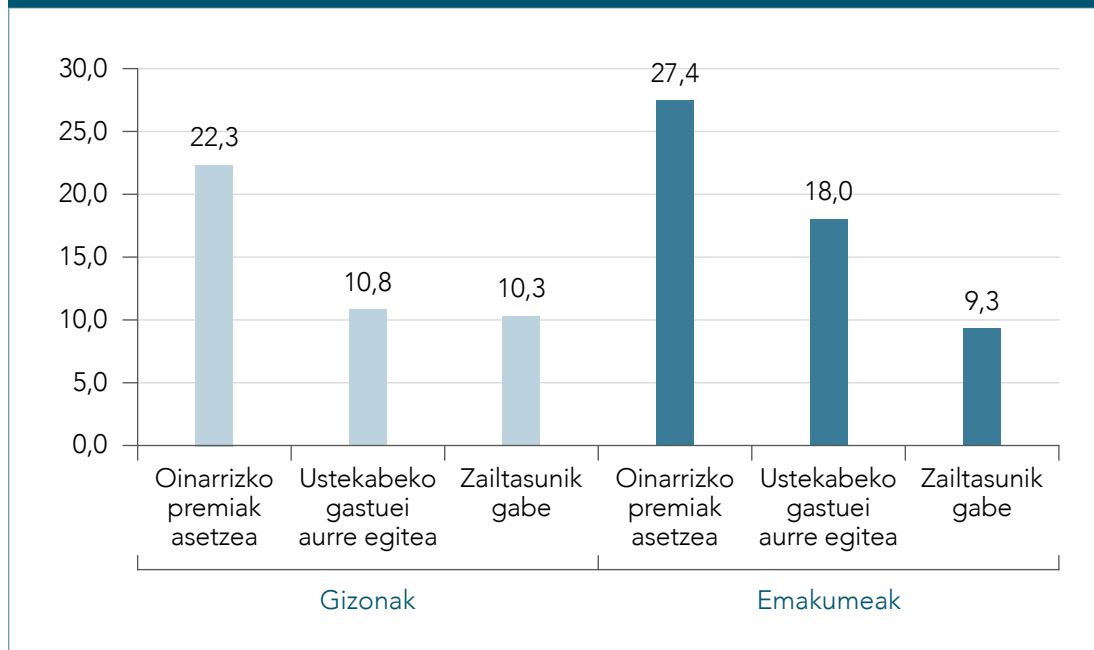
13. irudia. Hautemandako osasun txarra (%), ikasketa mailaren eta sexuaren/generoaren arabera. Euskadi, 2018



Iturria: lan honetarako berriaz egina, Atzeritar Jatorriko Biztanleriaren Estatistika (EPOE) 2018 datuetatik abiatuta.

Zailtasun ekonomikoek dagokienez ere, elikaduraren, jantzien, oinetakoen edo etxebizitzaren oinarritzko premiak asetzeko arazoak dituzten pertsonak dira osasun egoera okerrenekoak (gizonen % 22,3 eta emakumeen % 27,4), eta osasun txarraren proportzioa jaitsi egiten da ustekabeko gastuei aurre egiteko zailtasunak dituztenen artean (gizonen % 10,8 eta emakumeen % 18), zailtasun ekonomikorik ez dutenengana iritsi arte (gizonen % 10,3 eta emakumeen % 9,3).

14. irudia. Hautemandako osasun txarra (%), zailtasun ekonomikoaren eta sexua/generoaren arabera. Euskadi, 2018



Iturria: lan honetarako berriaz egina, Atzeritar Jatorriko Biztanleriaren Estatistika (EPOE) 2018 datuetatik abiatuta.

5. Ondorioak

Herritarren osasuna haien bizi baldintzen erakusgarri da. Gizarte taldeek beren osasun potentziala (hainbat alderdi biologikok mugatua) baliatzeko dituzten gaitasunek gizarte profil nabarmena dute; hortaz, datuek sendo diote zaurgarritasun, subalternitate edo bazterkeria maila handieneko egoeran dauden sektoreek edo biztanle taldeek dituztela osasun adierazle okerrenak. Gizarte egituraren eta ongizatearen arteko harreman hori modu desorekatuan banatuta dauden eta osasunean eragin handiena duten gizarte faktoreek baldintzatu dute, garai historiko guztietan. Esate baterako, industrializazioaren lehen garaian, kaleen egoera ez-osasungarriak, etxe barruko pilaketak, lan baldintza zeharo kaskarrek eta artean hasiberri zegoen medikuntza jasotzeko aukera desberdintasunak azaltzen zituzten zergatik zeuden halako aldean gizarte klaseen artean heriotza tasari zegokionez. Gaur egun, ordea, tarteko faktore horiek beste batzuei utzi diete lekua, eta, haien antzera, oso modu desberdinean banatuta daude gizartean eta eragin handia dute biztanleriaren osasunean. Adibidez, zenbat ariketa fisiko egiten den, dieta mota, kapital sozialaren dentsitatea edo osasunerako kaltegarriak diren substantzien kontsumoa daude faktore horien artean. Bai orduan, bai orain, osasun arloko gizarte desberdintasunen fenomenoak ulertzeko garrantzitsuena ez dira tarteko faktore horiek, baizik eta horien atzean dauden "funtsezko arrazoiak" –Linken eta Phelanen hitzetan (2010)–, eta, tartekoak ez bezala, ez dira historian zehar horrenbeste aldatu: desberdintasun sozialak dira (ikuspegi materialean zein sinbolikoan), eta eragina dute gizarte taldeen aintzatespen eta balorizazio prozesuetan eta gure gizarteetako aberastasunaren eta beste ondasun material batzuen banaketan.

Ikuspegi horretatik, osasuna hobetuko bada, ikuspegi politikoa eta baliabideak bideratu behar dira haren gizarte determinatzaileetara. Osasun publikoaren esparruan urte askoan izandako esperientziak baieztatzen du norbanakoen jokabideak aldatzeko politikak (adibidez, jarduera fisiko eta elikadura osasungarria sustatzea) ez dutela eraginik osasun arloko desberdintasun sozialak murrizteko helburuetan; izan ere, pertsonon eguneroko jarrera edo jardueren egiturazko testuinguruek argi eta garbi baldintzatzen dute gure jarduteko gaitasuna. Norbanakoaren jardunetan oinarritutako prozesuak gutxietsi gabe, biztanleriaren osasuna benetan hobetzeko interesa duten politikak determinatzaile sozialak aldatzera bideratu beharko dira. Horren ondorioz, *upstream* ekintzak egin beharko dira, zeinak hartuko baitituzte bai gizarte taldeen bizi baldintzak hobetzeko jarduera zehatzak, bai birbanaketa kutsuko edo diskriminazio material edo sinboliko orokorragoen aurkako beste politika egiturazkoago batzuk, eskubide kolektiboak aitortzeko bidean aurrera egiteko.

6. Bibliografia

- BARNISH, Maxwell S., TAN, Sze Y., TAEIHAGH, Araz, et al. (2021) "Linking political exposures to child and maternal health outcomes: a realist review". *BMC Public Health*, 21(1), 127.
- BARROSO, Alejandro (2019): "Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 39(35), 51-66.
- BENACH, Joan. (1997): "La desigualdad social perjudica seriamente la salud". *Gaceta Sanitaria*, 11(6), 255-57.
- BENAVIDES, Fernando, DELCLOS, Jordi, BENACH, Joan eta SERRA, Consol (2006): "Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública", *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 533-65.
- BOUSMAH, Marwan-al-Qays, COMBES, Jean-Baptiste Simon, eta ABU-ZAINEH, Mohammad (2019): Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy*, 123(2), 235-243.
- CALVO, Montse, MONTOYA, Imanol, (2020): "Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas de salud de Euskadi, 2013-2017", *Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz*.
- OSASUN SAILA (2023): "Informe de Mortalidad de Euskadi 2022", *Servicio de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Salud, Vitoria-Gasteiz*.
- DAHLGREN, Göran, WHITEHEAD, Margaret, (1991): "Policies and strategies to promote social equity in health", *Institute for Futures Studies, Stockholm*
- DEVAKUMAR, Delan, SELVARAJAH, Sujitha, ABUBAKAR, Ibrahim, KIM, Seung-Sup, MCKEE, Martin, SABHARWAL, Nidhi S., (2022): "Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health", *The Lancet*, 400, 2097-2108.
- ERVIN, Jennifer, TAOUK, Yamma, FLEITAS, Ludmila, HEWITT, Belinda eta KING, Tania (2022): "Gender differences in the association between unpaid labour and mental health in employed adults: a systematic review", *The Lancet*, 7(9), E775-86.
- GONZÁLEZ-RÁBAGO, Yolanda, MARTIN, Unai, CABEZAS, Andrea (2019) Desberdintasun sozialak are jaio aurretik jaraunsten dira. OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Eskuragai:
<https://www.oseki.eus/eu/arloak/euskadiko-egoera/desberdintasun-sozialak-osasunean>
- GOTSENS, Mercè, MALMUSI, Davide, VILLARROEL, Nazmy, VIVES-CASES, Carmen, GARCIA-SUBIRATS, Irene, HERNANDO, Cristina, eta BORRELL, Carme (2015): Health inequality between immigrants and natives in Spain: The loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25(6), 923-929.
- HOFMANN, Bjorn (2016): "Disease, Illness, and Sickness", hemen: SOLOMON, Miriam. SIMON, Jeremy R, KINCAID, Harold (arg): *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*. Routledge Handbooks Online, New York.
- IDLER, Ellen eta BENYAMINI, Yalen (1997): "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 21-37.
- JAHODA, Marie (1979): "The impact of unemployment in the 1939's and the 1970's", *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 309-14.
- JONES, Emily, SMITH, John eta TAYLOR, Alan (2021): "Occupational Health and Safety in the Modern Workplace", *Journal of Occupational Health*, 65(3), 200-215.

- KIM, Tae J eta VON DEM KNESEBECK, Olaf (2015): "Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment", *BMC Public Health*, 15, 985.
- LARRAÑAGA, Isabel, VALDERRAMA, María J, MARTIN, et al. (2009): "Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 50-55.
- LINK, Bruce G. eta PHELAN, Jo C. (2010): "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications", *Journal of Health and Social Behavior*, 51 Suppl:S28-40.
- LUY, Marc. eta MINAGAWA, Yuka, (2014): "Gender gaps–Life expectancy and proportion of life in poor health", *Health Reports*, 25(12), 12-9.
- MALMUSI, Davide, ARTAZCOZ, Lucía, BENACH, Joan, et al. (2012) "Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health". *Eur J Public Health*, 22(6), 781-6.
- MARTÍN, Unai, GONZÁLEZ-RABAGO, Yolanda (2018) (koord.) Bilboko osasuna zifratzen. Diagnostiko kuantitatiboa. UPV/EHU eta Bilboko Udala. Eskuragai: <https://www.ehu.eus/eu/web/opik/salud-bilbao>
- MARTÍN, José Ángel, CALVO, Montse, MONTOYA, Imanol, et al., (2020): "Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016", Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- MENÉNDEZ, Eduardo L (2005): "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores", *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32.
- OME. OSASUN MUNDU ERAKUNDEA (1946): Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS.
- PADROSA, Eva, VANROELEN, Christophe, MUNTANER, Carles eta BENACH, Joan (2022): "Precarious employment and mental health across European welfare states: a gender perspective", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(3), 1-18.
- PARSONS, Talcott (1997): "Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna", hemer: PARSONS, Talcott: *El sistema social*. Alianza Editorial, Madrid. [Originala 1952].
- REICH-STIEBERT, Natalia, FROEHLICH, Laura eta VOLTMER, Jan-Bennet (2023): "Gendered mental labor: a systematic literature review on the cognitive dimension of unpaid work within the household and childcare", *Sex Roles*, 88, 475-94.
- RIVERA, Javier (2022): *Accidentes de trabajo en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Informe 2022 /Lan-istripuak Euskal Autonomia Erkidegoan. 2022. urteko txostena*. OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales /Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea, Barakaldo.
- RODRÍGUEZ-ÁLVAREZ, Elena, GONZÁLEZ-RÁBAGO, Yolanda, BORRELL, Luisa N., eta LANBORENA, Nerea (2017): Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 390–395.
- ROELFS, David J, SHOR, Eran, DAVIDSON, Karina W eta SCHWARTZ, Joseph E (2011): "Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality", *Social science and medicine*, 72(6), 840-54.
- SAN MARTÍN, Hernán (1981): *Salud y enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana, México.
- TRÍAS-LLIMÓS, Sergi, BACIGALUPE, Amaia eta MARTÍN, Unai (2023): What is the impact of inequality on mortality? Mortality attributable to educational inequalities in Spain. Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología-n aurkeztua. Porto (Portugal).

1. **Garapenari buruzko pentsamenduaren bilakaera: teoriak, estrategiak eta adierazleak.** Luis Guridi, Hegoa Institutua Ekonomia Aplikatua I Saila. 2017.
2. **Garapena eta iraunkortasuna: bilakaera, bateragarritasuna eta ikuspegiak.** Iker Etxano Gandariasbeitia, Ekonomia Aplikatua I Saila, UPV/EHU. 2017.
3. **Garapena feminismotik aztertzen.** Yolanda Jubeto Ruiz, Mertxe Larrañaga Sarriegi, Hegoa Institutua, Ekonomia Aplikatua I Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
4. **Garapenerako lankidetzeta eta bere bilakaera.** Irati Labaien Egiguren, Jorge Gutiérrez Goiria, Hegoa Institutua, Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
5. **Amildegia so: krisi ekosozialari aurre egiteko zenbait oinarri.** Joseba Azkarraga Etxagibel, Soziologia Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
6. **Migrazioak eta garapena Win-win agertokia posible ote?** Gorka Moreno Márquez, Xabier Aierdi Urraza, Ikuspegi – Euskal Immigrazioaren Behatokia. Euskal Herriko Unibertsitatea.
7. **Ekonomia soziala: Ikerketa-objektua eta analisirako lanabesak.** Enekoitz Etxezarreta Etxarri, Juan Carlos Pérez de Mendiguren Castresana, Ekonomia Aplikatua I Saila. Gezki Institutua. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU. Enpresen Antolaketa Saila. Hegoa Institutua. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
8. **Globalizazioa eta tokiko garapena.** Mikel Zurbano, Elena Martínez Tola, Xabier Gainza, Pablo Arrillaga, Ekonomia Aplikatua I Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea.
9. **XXI. mendeko pobrezia. Benetan ezabatzeko proposamenak.** Alfonso Dubois Migoya, UPV/EHUko irakasle erretiratua, Hegoa Institutua.
10. **Elikadura-sistemak: Elikadura Burujabetzaren eta Agroekologiaren estrategia askatzaileak.** Efen Areskurrinaga Mirandona, Ekonomia Aplikatua I UPV/EHU eta Hegoa Institutua. Mirene Begiristain Zubillaga, Finantza Ekonomia II UPV/EHU eta Hegoa Institutua. Eduardo Malagón Zaldua, Ekonomia Aplikatua V UPV/EHU Hegoa Institutua.
11. **2030 Agenda eta Garapen Jasangarrirako Helburuak: jatorria, edukia eta jarraipena.** Andrés Fernando Herrera Herrera, HEGOIA Institutua, Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).
12. **Gobernantza eta herritarren partaidetza.** Jone Martínez-Palacios, Andere Ormazabal Gaston, Igor Ahedo Gurrutxaga, EHUko Politika Zientzia eta Administrazio Saileko kideak eta demokrazia partizipatiboari buruzko Parte Hartuz ikerketa-taldeko ikertzaileak.
13. **Gatazka armatuak, bakea eta garapena.** Itziar Mujika Chao eta iker zirion landaluze, UPV/EHUko Nazioarteko Zuzenbide Publikoa, Nazioarteko Harremanak eta Zuzenbidearen Historia Saileko irakasleak, eta Hegoa Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari Buruzko Ikasketa Institutuko ikertzaileak.
14. **Finantza etikoak, ekonomia solidarioa sustatzeko tresna ekonomikoak eta politikoak.** Cristina de la Cruz-Ayuso, Deustuko Unibertsitateko irakaslea eta ikertzailea. Pedro Arrupe Giza Eskubideko Institutua.
15. **Merkatu soziala: Ekonomia Solidarioa hedatzeko estrategia.** Carlos Askunze Elizaga, REAS Euskadi. María Angeles Díez López, UPV/EHUko Hegoa Institutua eta REAS Euskadi.

16. Kontabilitate Finantzarioaren begirada zabalduz Gizarteari eta Naturari buruzko informaziora. Gizarte Kontabilitatearen jatorria, eboluzioa eta etorkizuneko erronkak. Ainhoa Garayar, Ekonomia eta Enpresa Fakultatea –Gipuzkoako Atala–. Maider Aldaz, Ekonomia eta Enpresa Fakultatea –Gipuzkoako Atala–. Igor Alvarez, Ekonomia eta Enpresa Fakultatea –Gipuzkoako Atala–. Jone Arocena, Gestoría Aguirre Gestión.
17. Txina: Garapen eredia birbideratzea eta munduko ekonomian zeregin berria. Juan Barredo-Zuriarrain, Euskal Herriko Unibertsitateko Ekonomia Aplikatua I Saileko irakasle laguntzailea. Ricardo Molero Simarro, Madrilgo Unibertsitate Autonomoko Egitura Ekonomikoko eta Garapenaren Ekonomia Saileko irakaslea.
18. Happykrazia: psikologia positiboaren hedapena eta bizitzaren psikopatologizazioan duen eragina. Maria Lopez Castillo, HEGOA/EHUko Globalizazioa eta Garapena Masterreko ikasle ohia. Galdakao-Usansolo Ospitaleko erizaina.
19. Herri Administrazioaren eraketak: berdeak, sozialak, berritzaileak... arduratsuak. Artizar Erauskin, Ekonomia Aplikatua I Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
20. Klima-aldaketari buruzko hitzaurrea: inpaktuak eta egokitzapena. Elisa Sainz de Murieta, Basque Centre for Climate Change (BC3), 48940 Leioa. Marta Escapa1, Basque Centre for Climate Change (BC3), 48940 Leioa, Análisi Ekonomikoko Saila, EHU.
21. Sumak kawsay, buen vivir, bizitze ona: Garapenari alternatibean bila. Unai Villalba-Eguiluz, UPV/EHUko Ekonomia Aplikatua Saileko irakasle-ikertzailea. Ekonomia eta Enpresa Fakultatea-Araba.
22. Errenta eta aberastasun banaketaren desperekotasuna munduan. Patxi Zabalo Arena. Ekonomia Aplikatuko Institutua eta Hegoa Institutua, UPV/EHU.
23. Pobrezia generoaren ikuspegitik aztertze gakoak. M^a Luz de la Cal Barredo. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Lan Harremanen eta Gizarte Lanaren Fakultatea.
24. Nazioarteko merkataritza globalizazioaren garaian: aurrekariak, ezaugarriak, arauak, eztabaidak, eta ingurumariak. Eduardo Bidaurratzaga Aurre, Elena Martinez Tola. Hegoa-UPV/EHU.
25. Turismoa garapen-tresna gisa lurralde pobretuetan. Josu Benito Andikoetxea. Garapena eta Nazioarteko Lankidetzeta Masterreko ikasle ohia. HEGOA Institutua UPV/EHU.
26. Etxebizitza beharra eta ekonomia kolaboratiboa: cohousing fenomenoak. Maddi Montero. Ekonomia eta Enpresa zientzietan Graduatua da. Aitziber Etxezarreta. Ekonomian doktorea eta UPV/EHUko Ekonomia Aplikatua Saileko irakaslea da, eta GEZKiko (Gizarte Ekonomia eta Zuzenbide Kooperatiboaren Institutua) idazkaria.
27. Megaproiektuak Hazten ari den fenomeno korporatibo baten ikuspegi globala. Gonzalo Fernández. OMAL-Paz con Dignidad elkarteko ikerlaria. Erika González. OMAL-Paz con Dignidad elkarteko ikerlaria. Juan Hernández. OMAL-Paz con Dignidad elkarteko ikerlaria. Pedro Ramiro. OMAL-Paz con Dignidad elkarteko ikerlaria.
28. Gizarte Eraldaketarako Hezkuntza edo itxaropenaren alde borrokatze gakoak. Gema Celorio Díaz. Hegoaren Hezkuntza Taldea. Juanjo Celorio Díaz. Hegoaren Hezkuntza Taldea. Amaia del Río Martínez. Hegoaren Hezkuntza Taldea. Iris Murillo Hidalgo. Hegoaren Hezkuntza Taldea.
29. Komunikazioa eta garapena: joan-etorriko bidaia bat. Laura Feal Sánchez.
30. Munduko ekonomiaren erronka demografikoak. Ángeles Sánchez Díez. Madrilgo Unibertsitate Autonomoa.

- 31. Zaintza eta zahartzaroa: XXI. mendeko erronkak.** Matxalen Legarreta-Iza. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU. Uzuri Castelo Moñux. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU. Alaitz Uriarte Goikoetxea. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU. Maider Barañano Uribarri. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU. Marina Sagastizabal Emilio-Yus. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
- 32. Ekofeminismoak. Bizitzari eustea eta gorputza-lurra lurraldea zaintzea.** Amaia Pérez Orozco. Colectiva XXK. Feminismoak, pentsamendua eta ekintza.
- 33. Sexu eta genero aniztasuna aztertzeko gakoak.** Aimar Rubio Llona. Hegoako Kolaboratzailea, UPV/EHU.
- 34. Zientzia eta feminismoak: zientziari bizitzaren iraunkortasunetik begiratzen.** Vane Calero Blanco. Sorkin, alboratorio de saberes / jakintzen iraultegia.
- 35. Garapen jasangarriaren oinarri esentzialistak. 2030 Agendaren inguruko gogoeta filosofikoa.** Juan Telleria. Filosofia Saila, PRAXIS ikerketa taldea eta Hegoa Institutua. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
- 36. Inurriak baikinan. Kolapsoa ez da saihestezina gizarte konplexuetan.** Gorka Bueno. Ekopol ikerketa-taldea. Euskal Herriko Unibertsitatea UPV/EHU.
- 37. Gizarte desberdintasunak osasunean: zer eragin dute euskadiko herritarrengan?** Amaia Bacigalupe. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea – OPIK. Erika Valero. Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea – OPIK. Erizaintza 2 Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Yolanda González-Rábago. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea – OPIK. Unai Martín. Soziologia eta Gizarte Langintza Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea – OPIK.

