

Begirada emea medikuntzari

Ez da uste edo susmo bat: osasun-zerbitzu batzuetan genero-bereizketa gertatzen da, eta, horren ondorioz, emakumezkoek gizonezkoek baino arreta kaskarragoa jasotzen dute batzuetan. Are gehiago, zenbait kasutan, hilkortasun-tasa handiagoa da emakumezkoetan gizonezkoetan baino, bereizketa horren erruz.

Genero-bereizketa agerian utzi duen ikerketa adierazgarrienetako bat miokardio-infartuetan pazienteek jasotzen zuten erantzunari buruzkoa da. Hain zuzen, emakumezkoa edo gizonezkoa izan, pazienteek erantzun desberdina jasotzen zutela erakutsi zuen ikerketa horrek.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Elena Aldasoro ikertzailea izan zen egileetako bat, eta kartsu gogoratzen du ikerketa hura: “Garai hartan Osasun ikaskuntza eta ikerketa zerbitzuan nengoen lanean, eta zerbitzu horretan bereizketak saihesteko beti lan handia egin badugu ere, arreta berezia jartzen zen diferentzia sozio-ekonomikoetan, eta ez horrenbeste generoan. Ni, ordea, asko kezkatzen ninduen alderdi horrek, eta horregatik ikertu genuen ba ote zegoen alderik miokardio-infartuaren tratamenduan, generoaren arabera”.

Hain zuzen, Aldasorok adierazi duenez, egituran ez dago txertatuta ikuspegi hori, “ia-ia norbanakoen esku dago, eta, beraz, halako ikerketak puntualak izaten dira, ez dute jarraikortasunik”. Edonola ere, ikerketa hura benetan garrantzitsutzat jotzen du: “oso lan zorrotza egin genuen, eta, gainera, eman zituen emaitzak ukaezinak dira”.

Berez, zentro askoren arteko ikerketa bat zen, miokardio-infartua aztertzeke Espainia mailan —IBERICA azterketa (2004)—, eta Aldasorok Euskal Autonomia Erkidegoari zegokion zatian parte hartu zuen: “Ikertzaileok joera handia dugu azterketetan sexua eta adina aintzat hartzeke, eta konturatu nintzen sexuak kasu honetan bazuela eragina: miokardio-infartuaren intzidentzia txikiagoa zen emakumezkoetan gizonezkoetan baino, baina hilkortasun-tasa, aldiz, handiagoa. Hau da, emakumezkoetan infartu-kasu gutxiago egon arren, gizonezkoetan baino gehiagotan gertatzen da heriotza”.

Horren zergatia aztertzean, eragileetako bat biologikoa zela ikusi zuten. “Izan ere, emakumezkoek gizonezkoek baino geroago izaten dute bihotzekoa izateko arriskua, aurretik hormonek babesten dituztelako. Hortaz, gure lehen lorpena izan zen adin handiko emakumezkoak ere sar-tzea azterketan, ordura arte, ikerketetan, gutxi gorabehera 70 urtera arteko pertsonak bakarrik sartzen baitziren. Zergatik? Bada, ikerketak ikuspuntu androzentriko batetik diseinatzen zirelako, eta horren ondorioz, arriskuan zeuden emakumezkoak ikerketetatik kanpo geratzen ziren”.

Horrenbestez, Aldasororen taldeak ez zuen gehienezko adin-mugarik jarri ikerketan parte



ARG.: NIH

hartzeko. “Guztira 2.836 pertsonak parte hartu zuten, horietatik % 29 emakumezkoak ziren, eta haien batezbesteko adina 77 urtekoa zen, gizonezkoena baino 10 urte gehiagokoa”.

ERAGILE GUZTIAK BARNE

Azterketa ez zen erraza izan. “Eragile asko hartu behar ziren aintzat. Guk pertsona batek osasun-zerbitzuetara jotzen duenetik gertatzen diren fase guztiak bereizi eta aztertu genituen. Horrela ikusi genuen adina eta pazienteek izaten dituzten bestelako patologia (diabetesa, hipertentsioa...) aintzat hartuta ere, bazegoela beste zerbait emakumezkoek heriotza-tasa handiagoa izatea eragiten zuena”.

Erantzunaren bila, birbaskularizazioan jarri zuten arreta. Hain zuzen, ebakuntza hori lehenbailehen egitea gako da infartu baten ondoren bizirik irauteko, bizi-kalitate handiarekin. “Izatez, lehen orduari *urrezko ordua* deitzen diote. Tarte horretan arteria irekitzea lortzen baduzu, zure onera etortzeko aukera asko dituzu. Bada, ohartu ginen emakumezkoek gizonezkoek baino

gutxiagotan ezartzen zitzaizela tratamendua. Gainera, tratamenduetako bat ebakuntza bidezkoa da, eta ebakuntza beti ez da egokia emakumezkoentzat, guk haiek baino arteria meheagoak eta bihurtasunagoak ditugulako”.

Sarritan, ikerketak ikuspuntu androzentrikotik diseinatzen dira, emakumezkoak aintzat hartu gabe.

Azkenean, ikerketak erakutsi zuen denbora zela giltza: emakumezkoek gizonezkoek baino beranduago jotzen dute osasun-zerbitzuetara, eta, gero, ez ziren behar bezala artatzen. Ikerketaren ondorioa garbia izanagatik, horren atzean dauden arrazoiak onartzea zaila dela azaldu du Aldasorok: “Edozein medikurentzat, gogorra da konturatzea ez dituela berdin tratatzen bularre-

Elena Aldasoro (ezkerrean) eta Rosa Rico (eskuinean). Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko ikertzaileak eta langileak dira biak.
ARG.: ELENA ALDASORO; ROSA RICO.



ko herstura eta arnasa hartzeko zailtasunak dituztela esaten duten bi paziente, bata gizonzkoa eta beste emakumezkoa izanik. Muturrera jotzea da, baina, kasu askotan, gizonzkoari elektrokardiograma bat egingo lioke berehala, eta emakumezkoari, berriz, antsiolitikoak hartzeko agindu. Horretaz jabetzea eta ondorioak ikustea latza da, eta eragozpen handiak jartzen dituzte oro har, sendagileak gizonzkoak zein emakumezkoak izan”.

“Medikuntzan, gizonzkoak eta emakumezkoak modu bereizian hartzen direnean, gehienetan ez da izaten sexuarengatik, baizik eta generoarengatik”

Elena Aldasoro

SEXUA EDO GENEROA

Aldasorok argi utzi nahi du zer alde dagoen sexuaren eta generoaren araberrako bazterketan: “Sexua biologikoa da, eta generoa, berriz, kulturala eta soziala ere bada. Medikuntzan, gizonzkoak eta emakumezkoak modu bereizian hartzen direnean, gehienetan ez da izaten sexuarengatik, baizik eta generoarengatik”.

Sexua eta generoa medikuntzan duten eraginarekiko nola erlazionatzen diren ulertzeko erabiltzen den adibideetako bat biriketako minbiziarena da. Orain dela urte gutxira arte, gaixotasun hori askoz ere zabalduago zegoen gizonzkoen artean emakumezkoen artean baino, eta horretarako arrazoiak ez ziren biologikoak (gizonzkoen biririkak ez dira emakumezkoenak baino ahulagoak edo ez dute minbizia sortzeko joera handiagoa), sozialak baizik: gizonzkoek ohitura handiagoa zuten tabakoa erretzeko, eta gazte zirela hasten ziren erretzen. Ohiturak aldatzen ari diren heinean, areagotzen ari dira biriketako minbizi-kasuak emakumezkoetan.

SALAKETETATIK PROPOSAMENETARA

Generoak medikuntzan duen eragina gero eta argiago badago ere, oraindik gabezia handiak daudela aitortzen dute adituek. Alde horretatik, esanguratsua da *Nature* zientzia-aldizkari ospetsuak hiru artikuluz osatutako sorta bat argitaratu izana 2010ean. Zenbaki horretako editoria-laren izenburua garbia da: “*Putting gender on the agenda*”, hau da, generoari lehentasuna ematea eskatzen du hasiera-hasieratik.

Editorialean salatzen denez, “arrek menderatzen dituzte” ikerketa biomedikoak, eta, proba klinikoetan, emakumezkoen parte-hartzea “txiki-gia” da nabarmen. Horren ondorioz, emaku-

meei ezartzen zaizkien tratamenduak eta ematen zaien arreta ez dira behar adina oinarritzen ebidentzia zientifikoetan, ez behintzat gizonezkoen kasuan bezainbeste. Hori erakusten duten adibide bat baino gehiago azaltzen dira jarraian argitaratutako hiru artikuluetan.

Lehen artikuluan —“*Sex bias in trials and treatment must end*”—, egileek (Northwestern Unibertsitateko ikertzaileak) dei egiten diete zientzialdizkariei, ikertzaileei eta diru-laguntzak ematen dituzten agentziei emakumezkoak gizonezkoen parean jartzeko bai ikerketetan bai klinikan. Egileen esanean, parekotasuna bermatzea “funtsezkoa da”, gaitzak ez baitira berdin azaltzen generoetako batean eta bestean. Diotenez, aldeak daude gaitz askoren intzidentzian, prebalentzian, sintometan eta bilakaeran, eta diferentzia horiek ondo dokumentatuta daude, adibidez, gaixotasun autoimmuneetan (arthritis erreumatoidea, lupusa, esklerosi anizkoitza...), zenbait asaldura psikologikotan (depresioa, eskizofrenia, autismoa, jatearen asaldurak...), neke kronikoaren sindromean, asman eta minbizi batzuetan.

Gaixotasun horiekin batera, bereziki aipatzen dituzte gaixotasun kardiobaskularrak. Miokardioko infartuaz Aldasorok ohartarazi duen bezala, “hilkortasun-tasak handiagoak dira emakumezkoetan gizonezkoetan baino”, neurri batean, gizonezkoek dituzten sintomak direlako tipikoak, eta, horien aldean, emakumezkoek

ezohikoak dira, eta, beraz, zaila da haiei antzematea. Are gehiago, erabiltzen diren proba diagnostikoak emakumezkoentzat ez dira gizonezkoentzat bezain aproposak. “Egoera honek horrela jarraituko du, proba klinikoetan generoaren arabera desberdintasuna ezabatzen ez den arte”, ondorioztatu dute egileek.

Parekotasuna bermatzea funtsezkoa da, gaitzak ez baitira berdin azaltzen generoetako batean eta bestean.

Horretaz guztiaz gain, sendagaien eta tratamenduen eraginaz ere idatzi dute artikuluan. Hain zuzen ere, emakumeek eta gizonek ez diete berdin erantzuten sendagaiei eta tratamenduei; “alabaina, diferentzia horiek gutxitan hartzen dira kontuan botikak agintzean edo tratamenduak ezartzean”. 2005ean egindako lan bat aipatzen dute; haren arabera, 1995-2000 urteen artean garatutako 300 botikatan alde nabarmenak topatu zituzten metabolizatzeke eran, baina alde horiek ez ziren kontuan hartzen dosien gomen-dioetan. Egileen ustez, horixe izan daiteke emakumezkoek gizonezkoek baino 1,5 aldiz albo-ondorio kaltegarri gehiago izateko.



Emakumeek eta gizonek ez diete berdin erantzuten sendagaiei eta tratamenduei; alabaina, diferentzia horiek gutxitan hartzen dira kontuan tratamenduak ezartzean. ARG.: NIH.

CARME VALLS LLOBET

Emakumeak ikusgai eginez medikuntzarentzat

Carme Valls Llobet endokrinologoa eta iker-tzailea erreferente nagusietako bat da osasun-zerbitzuetan emakumezkoek pairatzen duten bazterkeria salatzen eta agerian jar-tzen dutenen artean.

Bartzelonan du kontsulta, eta ez da erraza harekin elkarrizketa bat egiteko hitzordua jartzea; ez elkarrizketari uko egiten diolako, baizik eta egunak bete-beteak dituelako, pa-zienteen bisiten eta bestelako lanen artean. Hala, gurekin hitz egiteko tarte bar hartzea lortu aurretik, hainbat aldiz atzeratu behar izan du hitzordua; azkeneko al-dian, epaiket-a batek izan du errua, “baina hori kontatu-ko dizut gero”, dio Vallsek. Izan ere, epaiket-a lotura du gaiarekin.

Hastapenak gogoratuz hasi du elkarrizketa: “Medikuntza ikasten ari nintzela, uste nuen emakumezkoen eta gizonezkoen gorputzak berdinak zirela. Baina denborarekin kontura-tu nintzen uste hutsa zela, zientzia gizonez-koek bakarrik arduratzen baitzen. Emakumez-koak ikusezinak ziren zientziarentzat”. Hain zuzen, “Emakume ikusezinak” du izenburu-ztat gerora idatzi zuen liburu-etako batek.

Urteak igarota, kontsultan gizonezkoak zein emakumezkoak jasotzen zituen Vallsek, eta batzuek eta besteek beregana jotzeko zi-tuzten arrazoiak desberdinak zirela ohartu zen. “Gainera, emakumezko askok eta askok gauza bera esaten zidaten: ohiko osasun-zer-bitzuetan ez zituztela aditu, ez zirela ulertuak sentitu. Mina edo beste sintoma batzuekin joaten zirela medikuengana, eta haiek la-saigarriak eta mina kentzekoak agintzen ziz-kietela, baina sintomen jatorria bilatu gabe. Gizonezkoek, aldiz, ez zuten horrelakorik kon-tatzen: viagra bila edo arazo akutuekin etor-tzen ziren. Hortaz, hor bazegoen diferentzia nabarmen bat: batzuk gaitz kronikoekin etor-tzen ziren, eta besteak, akutuekin”.

Orduan, kongresu bat antolatzea erabaki zuen, eta, halaxe, 1990an Emakumeak eta Bizi Kalitatea izeneko nazioarteko kongresua egin zuten Bartzelonan. “Kongresu hartan, gogoeta egin genuen ba ote zegoen alderik gaixotzean, gizonezkoek eta emakumezkoek jasotzen dugun arretan, tratamenduetan, la-guntza bila jotzen dugun lekuetan...”



Carme Vallsek urteak daramatza emakumeen osasun-eskubideak babesteko borrokan. ARG.: © CARME VALLS.

Eta orduan ikusi genuen, adibidez, guk haiek baino gehiago jotzen dugula lehen arretara, eta haiek, ospitaleetara; diferen-tziak daudela morbiditatean; eta faktore so-zialak ere nahasten direla”.

Ordura arte arlo horretan egindako ikerke-ten berri ere izan zuen. Esaterako, Marianne Frankenhaeuserrek Karolinska Institutuan egindako lana ezagutu zuen. Frankenhaeuse-rrek estresa ikertu zuen, jakiteko zerk sortzen zuen generoen artean zegoen aldea. Eta fro-gatu zuen estresaren hormonak sortzen dituz-ten guruinekin, giltzurrun gainekoek, funtziona-mendu berdina zutela bietan; desberdintasun nabarmenena ez zen biologikoa, nolako bizi-modua zuten baizik. Ikerketak agerian jarri zuen emakumezkoak gizonezkoak baino es-tres handiagoa izatearen arrazoa zeramaten bizimodua zela.

Kongresu haren ondoren, Vallsek gober-nuz kanpoko erakunde bat sortu zuen bes-te lagun batzuekin batera: Análisi eta Osa-sun Programen Zentroa (CAPS). “Zentroaren helburua zen osasun-saretik kanpo gera-tzen ziren gai konplexu hauek aztertzea, eta, horren barruan, *Emakumea, Osasuna eta Bizi Kalitatea* programa jarri nuen mar-txan. Geroztik, nazioarteko sei kongresu an-tolatu ditugu CAPSetik, eta osasun-profes-ionalen sare bat ere eratu dugu. Sare hau

oso garrantzitsua da, emakumezkoen ikuse-zintasuna ez delako osasun-zerbitzuetara jotzean bakarrik gertatzen, ikerketan ere gertatzen da. Ez dago desberdintasunaren zientziarik”.

Alderdi horretatik, pausoak ematen ari di-rela onartzen du. “1990eko hamarkadaren inguruan *morbiditate diferentziala* terminoa sortu nuen, eta gaur poza ematen dit ikus-teak Espainiako unibertsitate batzuetan ter-mino hori erabiltzen dela, eta, adibidez, Pompeu Fabra Unibertsitatean ikastaroak ematen dituzte, osasuna eta generoaren gai-nean”. Oro har, emakumezkoekiko arreta be-rezia merezi duten gaixotasunak, kontsulta-arrazoiak edo arrisku-faktoreak biltzen dira morbiditate diferentzial terminoan.

Hala ere, bilakaera oso-oso motela izaten ari dela iruditzen zaio. “Hamabost urte dara-magu erakusten emakumezkoak ikusezinak zirela kardiologia-gaixotasunetan, eta orain-dik ere gaixotasun kardiobaskularrak ema-kumezkoen heriotzen lehen eragileak izaten jarraitzen dute mundu osoan. Jende askok uste du gaixotasun horiek direla gizonez-koen heriotzen eragile nagusia, baina ez, haiena minbizia da”.

Hori kontuan hartuta, azterketa bat egin du ikusteko, arazo kardiobaskularrekin lotutako ikerketetan, zenbatetan hartzen zituzten ain-

CARME VALLS



Carme Valls Medikuntza eta Kirurgian lizentziatua da, eta Barne Medikuntza eta Endokrinologian dihardu. Analisi eta Osasun Programen Zentroaren (CAPS) zuzendari gisa, Emakumezkoa eta Bizi Kalitatea nazioarteko kongresua antolatu zuen 1990. Geroztik, beste hainbat jardunaldi eta bilera antolatu ditu, esparru berean. "Emakumeak eta gizonak. Desberdintasunen epidemiologia" ikasgaiaren irakasle da Bartzelonako Unibertsitatean, eta morbiditate diferentzialari buruzko ikastaroak ematen ditu han eta hemen. Bere ibilbidearen zehar, hainbat dibulgazio-liburu eta zientzia-artikulu argitaratu ditu.

tzat emakumezkoak. "1990eko hamarkadan, ez zegoen bat bera ere; izan ere, zabaldua zegoen emakumezkoak ez zirela bihotzekoak jota hiltzen. 20 urte geroago, badakigu uste hori okerra dela, bihotzekoak eta zirkulazio-aparatuko patologia direla eta izango direla heriotza-eragile nagusiak. Hortaz, orain hori badakigunez, emakumezkoek ere parte hartzen dute azterketa klinikoetan. Zenbatetan? % 28,5etan. Hau da, ikerketen % 70 baino gehiagotan ez dituzte emakumeak azterketa-objektutzat hartu, eta, kasu horretan, komeni zaigu *objektu* izatea".

Umore-kolpe horren ondoren, egoera hobetzen ari dela erakusten duen adibide bat jarri du: "Poliki bada ere, ari gara aurreratzen, bereziki, alderdi jakin batzuetan. Esaterako, medikuntza-aldizkari espezializatuek, *The New England Journal of Medicine*ek, *The Lancet*ek, *JAMA*k eta halakoek, baztertu egiten dituzte emakumezkoak aintzat hartu gabe egindako populazio-azterketak, ez dituzte argitaratzen. Hori oso ondo dago, hartara, emakumeak aintzat hartzera behartzen baitituzte ikertzaileak".

Erakundeak ere, pixkanaka, ari dira txertatzen generoaren ikuspegia osasun-zerbitzuetan eta medikuntza-sisteman. Adibidez, Europako herrialde gehienek sinatu dituzte generoak osasunean eragiten duela onar-

tzen duten nazioarteko hitzarmenak, baina oraindik hanka-motz ikusten ditu politika zehatzak ezartzean.

Prozesu naturalen medikalizazioa

"Medikuntzak, gizarteak bezala, androzentrista izaten jarraitzen du. Horrek ondorio asko ditu. Batzuk aipatu ditugu, eta aipatzea merezi duen beste kontu bat emakumezkoen prozesu naturalen gehiegizko medikalizazioa da". Gizonezkoek ere arazo berbera ez ote duten galdetzean, argi erantzun du: "Bai zera! Haiei ez zaie halakorik gertatzen. Begira: nik jakin nahiko nuke zergatik emakumezko batzuek hilekoaren asaldurak dituzten, zergatik izaten dituzten neurritz kanpoko isuriak, zergatik duten endometriosisa... Gaixotasunen zergatiak jakin nahi nituzke. Sendagileak, baina, ez dira horrekin kezkatzen: antisorgailuen bidez sintoma desagerrarazten dute eta kito arazoa".

Ongi diagnostikatzea funtsezkoa dela iruditzen zaio: "Estresa ote duten begiratu, zer inguruetan bizi diren eta egiten duten lan, zer bizimodu daramaten... Hor egon daitezke zergati batzuk, baina horiei ezikusia egin eta berehala medikalitzatzeko joera dago. Konponbide azkarra bezain faltsua da. Hilekoa ez duen neska bati antisorgailuak emanaz gero, odol-isuria izango du, baina hori ez da menstruzioa".

Vallsek etengabe nabarmentzen du bizimoduak eta faktore sozialek duten garrantzia: "Ginekologiarekin zerikusirik ez duten sintomekin ere gauza bera gertatzen da. Nekatuta nagoelako medikuarengana jo, eta depresioaren kontrako botikak agintzen dizkit. Galdetu dit zer egiten dudan egunean zehar, zer ardura ditudan? Kasu askotan, gakoa hor egongo da, eta, horretan sartu beharrean, osasun-zerbitzuetan pertsona horren osasun mentala patologizatu egiten da, depresioa duela esanaz. Bada, depresioaren kontrako edo antsiolitikoek ez dituzte pertsona horrek dituen arazoak konponduko".

Txanponaren beste aldeala ikusi nahian, erditze-garaiko zenbait jokabide saihesteko taldeak eta mugimenduak sortu direla na-

barmendu du (episetomiak ia sistematikoki egitea, edo beharrezkoak ez diren zesarreak...), "nahiz eta oraindik ezin dugun esan gure erditzea gurea dela".

Dena dela, erditzearen ingurukoak baino larriagoak iruditzen zaizkio menopausiarenak. "1990ean kongresua egin genuenetik 2002-2003ra arte, ordezko hormona-terapia zabaldua zegoen erabat, frogatu zen arte mesede baino askoz ere kalte handiagoa egiten zuela. Zer gizon medikalizatzen dute? Kenduta gai sexualak, viagra eta gauza horiek, ez dituzte medikalizatzen, tratatu egiten dituzte".

Agindu bezala, zer epaiketatan parte hartzen ari den azaldu du bukatzeko: "Kontua da, bere garaian, hainbat lantokitan intsektizidak erabili zirela izurriak ez izateko, eta ez zirela segurtasun-arauak bete. Horrek ekarri zuen andereñoak, erizainak eta beste langile batzuk, denak emakumezkoak, larri erasanak geratu izana, batez ere neurologikoki eta hormona-sisteman. Horren ondorioz baliazintasuna hartu behar izan dute, baina, epaitegietara jo dutenean, medikuek esaten diete dituzten sintoma guztiak menopausiarengatik direla; ansietatea eta depresioa dutela, hori baino ez. Gizonezko bati ez liokete horrela erantzungo".

Carme Vallsek ingurumena kutsatzen duten poluitzaileek emakumezkoen osasunean duten eragina ikertu du, eta, besteak beste "Consecuencias clínicas a corto, medio y largo plazo de fumigaciones en el lugar de trabajo" izeneko artikulua argitaratu zuen 2000. urtean, eta denbora darama emakumezko langile horiei laguntzen eta babesa ematen.



Sarritan, antisorgailuak aginduta saltatzen dira hilekoaren asaldurak.

Artikuluaren amaieran, egoera aldatzeko lau proposamen egiten dituzte. Lehenengoa zientzia-aldizkariari eta bigarrena araudien egileei eta diru-laguntzak ematen dituzten agentziei daude zuzenduta, ikerketak argitaratzean, baimentzean edo laguntzean kontuan izan dezaten parte-hartzaileen artean parekotasunik ote dagoen. Dena dela, hirugarrena iruditzen zaie garrantzitsuena, eta “pazienteekin harremana duten sendagileei” dago zuzenduta; haiei gizonezkoen eta emakumezkoen artean dauden diferentziak kontuan izateko eskatzen diete. Azkenik, osasun-erakundeei eskatzen diete emakumezkoak bultzatzeko ikerketetan parte hartzera.

“Helburua da ez tratatzea berdin desberdinak direnean; eta, alderantziz, ez tratatzea desberdin berdinak direnean”

Rosa Rico

EMAKUME HAURDUNEZ ETA ANIMALIEZ

Artikulu-sortako bigarrena emakume haurdunei buruzkoa da. Zehazki, fetuari kalte egiteko arriskurik ez izateko, emakume haurdunak proba klinikoetatik kanpo geratzen direla jartzen du agerian artikuluaren egileak, Dalhousie Unibertsitateko Françoise Baylis ikertzaileak. Haren ustez, “hori onartezina da, ikuspuntu etikotik eta medikutik, bi arrazoiengatik: emakume haurdunak gaixotu egiten dira, eta emakume gaixoak haurdun geratzen dira”. Horrenbestez, beharrezkoa iruditzen zaio ezagutzea zer gertatzen zaien eta zer botika edo tratamendu komeni zaien eta zer ez.

Horretarako, ezinbestekotzat jotzen du emakume haurdunek ere parte hartzea proba klinikoetan. Horrekin batera, fetuari kalte egiteko arriskua gutxitzeko, emakumezkoak proba klinikoetan fase aurreratuetan sartzea proposatzen du. Alegia, beste taldeak hirugarren fasean daudenean hastea haurdunak lehen fasearekin, probatzen ari diren sendagaia haientzat segurua dela ikusi baitute ordurako.

Naturek argitaratutako sortaren hirugarren eta azken artikulua Kaliforniako Unibertsitateko bi ikertzailek sinatzen dute, eta animaliekin egindako ikerketen gainekoa da. Ikertzaileek ikusi dute biologiko hamar diziplinetatik zortzitan

eme gutxiegia daudela. Emeen bazterketa bereziki nabarmena da neurozientzietan, farmakologian eta fisiologian.

Bazterketa hori oso larria iruditzen zaie egileei: “Adibidez, antsietatea eta depresioa bi aldiz gehiago diagnostikatzen dira emakumezkoetan gizonezkoetan baino, baina asaldura horiek aztertzen dituzten ikerketen % 45ean baino gutxiagotan erabiltzen dira emeak”. Nonbait, tiroidearen gaitz batzuekin ere antzekoa gertatzen da; emakumezkoetan 7-10 aldiz ohikoagoak diren arren, ikerketen % 52an soilik erabiltzen dituzte emeak.

Kaliforniako ikertzaileen ustez, emeak ez erabiltzeko arrazoietakoa bat izan daiteke arrak baino aldakorragoak direla berez, hormona-zikloaren ondorioz, baina, aldakortasun horrek ere kontuan hartzekoa izan beharko lukeela pentsatzen dute. Horregatik guztiagatik, bazterketa eragozteko neurriak hartzearen alde azaltzen dira, eta horretan lagunduko luketen proposamenak ere egiten dituzte.

BERDINAK DESBERDIN, ETA ALDERANTZIZ

Proposamenak egitasmo bihurtu dira zenbait kasutan, eta, EAEn, adibidez, Elena Aldasorok, Rosa Ricoren zuzendaritzapean eta beste batzuekin batera, praktika klinikoetan genero-ikuspegia txertatzeko gomendioak landu zituen. Horien helburua da “ez tratatzea berdin desberdinak direnean, eta, alderantziz, ez tratatzea desberdin berdinak direnean; biak gertatzen baitira, eta biek dituzte ondorio kaltegarriak emakumeentzat”.

Rosa Rico Eusko Jaurlaritzako Osasun Teknologien Ebaluazioko Zerbitzuaren burua da gaur egun. Azaldu duenez, zerbitzuaren egitekoa da osasun-teknologien kalitatea ebaluatzea, eraginkortasunaren, segurtasunaren eta beste faktore batzuen aldetik. Eta argitu du: “teknologia ez da bakarrik tresnak; botikak ere badira teknologia, eta baita sendagileak pazientearekin duen elkarriketa, edo ematen dizkion gomendioak, esaterako”. Hala, zientzia-literaturan argitaratutakoa bildu eta aztertzen dute, sendagileek edo agintariek erabakiak hartu behar dituztenean, horretan oinarritu daitezela.

Lan hori egitean, sarritan ikusi ditu genero-ikuspegia aintzat ez hartzeak emakumezkoiek ekartzen dizkien ondorio txarrak, “baina baita gizonezkoiek ere”. Azken finean, genero-ikuspegiarekin lan egitea denentzat da mesedegarria, eta horretan ari dira ahalegintzen. ●