

Demonstrează Strategia Națională de Sănătate că bărbații sunt un grup vulnerabil în domeniul sănătății'?

În domeniul sănătății vulnerabilitatea este tratată mai curând din punct de vedere epidemiologic – grupuri vulnerabile des amintite sunt copiii, bătrânii, persoanele cu boli cronice etc. Interesul pentru echitate a pătruns însă și în gândirea din domeniu, astfel încât grupuri etnice, precum romii, săracii, persoanele din mediul rural, imigranții, deținuții sunt incluse și ele printre grupurile vulnerabile. Genul este mai rar considerat relevant în acest context – femeile apar uneori ca grup vulnerabil în cazul țărilor cu venit redus² sau intersecțional (ex: femeile române). Femeile sunt ținta unor programe speciale (legate de rolul lor de mame și de cancerul feminin), dar aș argumenta că acestea sunt mai mult rezultatul aceleiași paradigme epidemiologice și mai puțin al unui interes în echitatea de gen. Pe de altă parte, deși rezultatele inferioare ale bărbaților în domeniul sănătății sunt bine-cunoscute, aceștia nu sunt amintiți ca grup dezavantajat sau vulnerabil. Un posibil motiv este poziția hegemonică a bărbaților în celelalte domenii ale politicilor publice (cu posibila excepție a educației). În continuare voi discuta în ce măsură bărbații pot fi considerați un grup vulnerabil în domeniul sănătății. Propun teza că un grup este vulnerabil dacă nu sunt luate măsuri pentru a corecta un dezavantaj clar și cunoscut vreme îndelungată. Voi arăta pentru început că dezavantajul masculin în sănătate există și este extensiv, și apoi că acest dezavantaj nu este pur biologic, ci parțial creat de sistemul de sănătate însuși. În final, pentru a demonstra lipsa măsurilor în favoarea bărbaților în politicile românești din sănătate, voi urmări prezența acestora ca grup de interes în Strategia Națională de Sănătate.

I. Diferențe de gen în sănătate

Diferențele de gen în indicatorii de sănătate sunt bine-cunoscute, de lungă durată și neașteptat de robuste. Speranța de viață, un bun indicator al stării generale de sănătate, a fost inferioară în cazul bărbaților față de femei în aproape toate țările lumii în toți anii de la începutul mileniului. În România speranța de viață a fost în creștere în ultimii ani pentru ambele sexe, dar diferențele mari între bărbați și femei (aproximativ 7 ani), în defavoarea

* *Doctorandă la Școala Națională de Științe Politice și Administrative*

Email: landofcy@gmail.com

Manuscris primit la 29 septembrie 2018.

¹ O variantă redusă a acestei cercetări a fost prezentată la 10th European Feminist Research Conference, p. 12-15 Septembrie 2018.

² *Qi, Meng, B. Yuan, L. Jia, J. Wang, B. Yu, J. Gao, P. Garner*, Expanding health insurance coverage in vulnerable groups: a systematic review of options, Health Policy Plan. 2011 Mar; Volume 26, Issue 2, p. 93-104. doi: 10.1093/heapol/czq038. Epub 2010 Sep 2.

primilor, s-au menținut (Fig. 1). Perioada de tranziție de la comunism este parțial responsabilă de diferențele neobișnuit de mari din România, ca și în țările în situații asemănătoare.

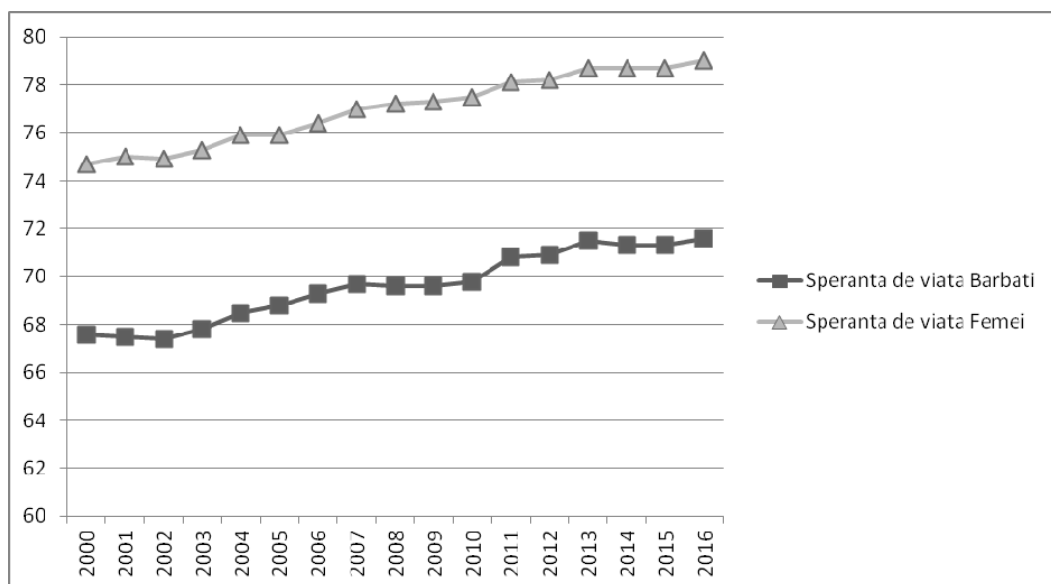


Fig. 1. Speranța de viață în România (Sursă: Organizația Mondială a Sănătății)

Se presupune de multe ori că diferențele în speranța de viață nu reprezintă o inechitate pentru că țin de alegeri personale (ex: ale bărbaților de a avea activități mai periculoase; aș remarca că un astfel de argument ar fi mult mai puțin acceptat dacă grupul discutat ar fi femeile). Acest argument este însă greu de susținut dacă urmărim mortalitatea la copii. Probabilitatea de deces pentru *toate grupurile de vârstă* (<1 an, 1-4 ani, 5-9 ani, 10-14 ani, 15-19 ani, 20-24 ani, 25-29 ani, 30-34 ani, 35-39 ani, 40-44 ani, 45-49 ani, 50-54 ani, 55-59 ani, 60-64 ani, 65-69 ani, 70-74 ani, 75-79 ani, 80-84 ani) a fost în România în *toți anii* între 2000 și 2016 egală sau mai ridicată pentru bărbați decât pentru femei³. Astfel, diferențele în mortalitate nu pot fi explicate doar prin prezența bărbaților pe piața muncii sau alte „preferințe” individuale. Dezavantajul masculin este prezent de la naștere și constant pe tot parcursul vieții.

Mai mult, dezavantajul masculin este răspândit și dacă urmărim cauzele mortalității. Astfel, mortalitatea (ca număr de decese) în toate cele 3 categorii principale (*Boli Comunicabile, Materne, Perinatale și Nutriționale; Boli necomunicabile; și Răniri*) a fost mai ridicată la bărbați decât la femei în *toți anii* între 2000 și 2016 (de peste 3 ori mai ridicată în cazul Rănilor)⁴. În cazul majorității cauzelor (din cele 214 etichete, care includ categoriile mari de boli) bărbații au mortalitate mai mare în *toți anii*, uneori de 5-6 ori mai mare. Există câteva categorii în care femeile sunt în dezavantaj (în afară de bolile feminine cum ar fi cancerul cervical): anumite cancere (deși mortalitatea din cancer este mai ridicată la bărbați

³ Baza de date OMS (<http://apps.who.int/gho/data/node.home>) accesată la 26.09.2018.

⁴ Baza de date OMS (<http://apps.who.int/gho/data/node.home>) accesată la 26.09.2018.

per total), diabet și unele boli endocrine și ale sângelui, unele boli mentale (ex: schizofrenia), bolile cardiovasculare. Cele din urmă sunt importante pentru că reprezintă o parte centrală a mortalității din boli necomunicabile (în jur de două treimi). Și aici împărțirea pe vârste este semnificativă: în cazul majorității bolilor sistemului circulator numărul de decese la persoanele sub 65 de ani este mult mai ridicat în cazul bărbaților față de femei, dar mai ridicat în cazul femeilor la persoanele de peste 65 de ani⁵. Aceste date sunt în concordanță cu ipoteza că bărbații gestionează mai puțin bine morbiditatea în condițiile unei mortalități generale de 100%.

Un caz interesant din punct de vedere al politicilor în sănătate este cel al cancerelor. Deși cancerul feminin este mult mai prezent în politicile publice, mortalitatea masculină este mai ridicată în mod absolut și în raport cu incidența cancerelor relevante.

Bărbați			Femei		
Tip de cancer	Incidență (per 100.000)	Mortalitate (per 100.000)	Tip de cancer	Incidență (per 100.000)	Mortalitate (per 100.000)
Plămâni	9317	8024	Sân	8981	3244
Colo-rectal	5760	3229	Colo-rectal	4496	2446
Prostată	4532	2018	Cervical	4343	1909

Tabel 1. Mortalitatea din primele 3 cancere în România (Sursă: WHO Globocan 2012)

Toate cifrele de mai sus se referă la România, dar această situație nu este specifică doar României ci se regăsește în toate țările lumii, chiar dacă nu întotdeauna la fel de clar (ex: diferențele în speranța de viață sunt mai mici în restul țărilor dezvoltate). Țările post-comuniste în special au diferențe mari de gen în speranța de viață, creșterea diferențelor de gen fiind observată ca efect al perioadelor de tranziție de la comunism.

II. Diferențe de gen în interacțiunea cu sistemul de sănătate

Diferențele de gen amintite mai sus au probabil o combinație de cauze – biologice, legate de rolurile de gen și de prezența pe piața muncii. Din punct de vedere al vulnerabilității este important în ce măsură dezavantajul masculin în sănătate este cauzat de interacțiunea cu sistemul sanitar.

Un mod de studiu influența genului asupra interacțiunii cu sistemul medical este urmărirea relației dintre mortalitate și morbiditate sau dintre diverși indicatori ai morbidității (în special

⁵ Baza de date Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>) accesată la 27.09.2018.

între indicatori subiectivi, cum ar fi starea de sănătate auto-declarată, și indicatori obiectivi, cum ar fi severitatea bolilor). Deși bărbații au o mortalitate mai ridicată la toate categoriile de vârstă, ei tind să aibă o morbiditate generală mai redusă⁶, diferență ce se poate datora subestimării (relative) a morbidității bărbaților (implicit un eșec al sistemului medical), diferențelor biologice în sensibilitatea la boli sau diferențelor în tipul de boli care compun morbiditatea.

Compararea indicatorilor de morbiditate obiectivi și subiectivi⁷ sugerează că bărbații își subestimează problemele de sănătate, deși testele statistice ale interacțiunii cu genul sunt deseori ne semnificative.

În privința accesului la serviciile medicale, studiile^{8,9,10} arată că femeile au tendința să acceseze mai des serviciile medicale, mai ales cele primare, și să utilizeze măsuri preventive (ex: iau mai multe suplimente alimentare). Stilul de viață al femeilor este de asemenea mai sănătos, inclusiv în privințe țintă a politicilor de sănătate publică (ex: în România fumatul este mult mai prevalent la bărbați). Toate aceste observații se potrivesc cu ipoteza că femeile apelează mai repede la sistemul medical, în timp ce bărbații îl accesează când problemele de sănătate s-au agravat. Se speculează că bărbații sunt învățați să-și ignore simptomele, în timp ce femeile vorbesc mai mult atât cu prietenii și familia, cât și cu medicii; există studii care arată că femeile au mai multă încredere în medicii și medicamente. Din punct de vedere al diferențelor de roluri, poate conta faptul că femeile sunt responsabile și pentru sănătatea altora și programul femeilor este în general mai flexibil, chiar dacă este mai încărcat. O explicație adițională propusă este că femeile văd lucrurile în general ca fiind mai personale (și deci mai dependente de alegerile lor), în timp ce bărbații le văd ca având mai curând cauze sociale (ex: externe).

Diferențele de interacționare nu există doar de partea pacienților: femeile primesc mai ușor rețete¹¹, medicul primar ține seama de gen când interpretează simptome ale bolilor cardio-vasculare¹²; personalul medical petrece mai puțin timp cu bărbații decât cu femeile, le oferă acestora mai puține servicii, mai puțină informație și mai puține sfaturi, și le vorbesc mai rar despre nevoia de a își schimba stilul de viață (ex: femeile din categoria de vârstă cu risc ridicat primeau instrucțiuni privind auto-examinarea sânilor în proporție de 86% în timp ce

⁶ *L.M. Verbrugge*, Sex differentials in health, *Public Health Rep.* 1982 Sep-Oct; Volume 97, Issue 5, p. 417-37.

⁷ *A. Singh-Manoux et al.*, Gender Differences in the Association Between Morbidity and Mortality Among Middle-Aged Men and Women, *American Journal of Public Health* 98, no. 12 (December 1, 2008), p. 2251-2257.

⁸ *L.M. Verbrugge*, Sex differentials in health, p. 417-37.

⁹ *M.T. Carretero et al.*, Primary Health Care Use from the Perspective of Gender and Morbidity Burden, *BMC Women's Health* Volume 14 (2014), p. 145. PMC. Web. 8 Oct. 2018.

¹⁰ *Y. Wang et al.*, Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data, *BMJ Open* 2013;3:e003320. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003320.

¹¹ *G.P. Sayer, and H. Britt*, Sex differences in prescribed medications: Another case of discrimination in general practice, *Social Science & Medicine* Volume 45, Issue 10, p. 1581-7, December 1997.

¹² *S. Arber et al.*, Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment, *Social Science & Medicine*, Volume 62, Issue 1, 2006, p. 103-115.

bărbații în situația echivalentă primeau instrucțiuni privind auto-examinarea testiculelor doar în proporție de 29%)¹³.

Relațiile de cauzalitate sunt desigur complexe – există interacțiuni între gen și vârstă, rasă sau status socio-economic; diferențele de gen depind de problema de sănătate specific studiată. Totuși, în general interacțiunea cu sistemul medical pare să fie diferită pentru bărbați și femei, în defavoarea primilor. Din punct de vedere al politicilor publice, mai multe intervenții par necesare: pregătirea personalului medical în a fi conștient de propriile stereotipuri de gen și, în același timp, de diferențele de nevoi, programe de prevenție care să ia în calcul statutul de *grup dezavantajat* pe care îl au bărbații, și o adecvare a mesajelor din partea sistemului medical.

III. Genul în Strategia Națională de Sănătate

Dat fiind dezavantajul masculin în sănătate menționat mai sus și datele care indică că acesta este măcar parțial datorat interacțiunii mai proaste cu sistemul de sănătate, ar fi de așteptat ca integrarea dimensiunii de gen în sănătate să includă bărbații ca grup de interes. Voi urmări de aceea în continuare integrarea dimensiunii de gen în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, și în special menționarea bărbaților ca țintă a politicilor din sănătate. Voi arăta că, deși Strategia Națională de Sănătate preia declarațiile privind echitatea din documentul echivalent al OMS (Health 2020) și se referă deseori la grupurile vulnerabile sau dezavantajate, la nivelul măsurilor Strategia ignoră problema diferențelor de gen – tema genului apare doar în termeni foarte generali. Puținele măsuri specifice pentru femei (ex: programe de detectare a cancerului) sunt obligații ale României impuse de organizațiile internaționale. Nu există nici o măsură care să aibă bărbații ca grup țintă sau reducerea inegalității de gen ca scop – observație cu atât mai surprinzătoare cu cât datele statistice prezentate sunt toate segregate pe gen și Strategia menționează multe inegalități de gen în defavoarea bărbaților.

Datorită cerințelor organismelor internaționale, în special Uniunea Europeană, Ministerul Sănătății din România trebuie să integreze dimensiunea de gen în toate politicile sale și, mai general, să adreseze inegalitățile în accesul la și rezultatele serviciilor de sănătate, atât cele de gen cât și cele socio-economice, etnice etc. Cred că Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 este un document foarte relevant în această privință, nu doar pentru că oferă o viziune globală privind ramura Sănătății ci și pentru că este un document complex care include motivații, o afirmare a valorilor, și o sinteză de date relevante. Cred că analiza Strategiei trebuie făcută în contextul documentelor internaționale care au inspirat-o, au constrâns-o și din care Strategia a preluat copios, cum ar fi Health 2020 (pentru regiunea Europa) al Organizației Mondiale a Sănătății și briefurile de politici (*policy briefs*) care l-au însoțit. Relevanța practică a Strategiei Naționale este observabilă în Programele Naționale din Sănătate, atât în selectarea anumitor probleme ca țintă a Programelor, cât și în definirea obiectivelor și alegerea măsurilor. Consider că programele de prevenire a cancerului sunt în mod special relevante pentru tema inegalităților de gen, datorită inegalităților importante în incidență și mortalitate, diferențelor dintre tipurile de cancer și vizibilității publice a cancerelor feminine.

¹³ Dr. Williams, The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities. American Journal of Public Health 2008, Vol. 98 (Suppl 1), p. S150-S157.

Deși prima frază a Strategiei Naționale de Sănătate prezintă sănătatea ca (doar) un mijloc pentru atingerea prosperității (și nu pare să ia în considerare dreptul la sănătate sau starea-de-bine individuală), Strategia acordă o importanță deosebită echității, incluzând dese referiri la aceasta, și ca țel și în cadrul obiectivelor. Primul dintre „punctele slabe” de remediat listate este de altfel inegalitatea existentă în sănătate. Strategia este vizibil influențată de Health 2020 a OMS (document menționat de altfel ca stând la baza Strategiei), care pune echitatea în prim plan; porțiuni importante din Strategie, inclusiv cele legate de inechitate, sunt practic preluate integral din documentul OMS. Este preluată astfel (în cadrul capitolului referitor la sănătatea mintală) și poziția că sănătatea nu este importantă doar prin „valența sa economică”, ci și ca valoare în sine, „drept fundamental al individului asumat prin Pactul European din 2008”. Ca și documentele pe care se bazează, Strategia face referire în mod constant în cadrul obiectivelor și măsurilor la grupurile vulnerabile sau dezavantajate. Totuși, la nivel de măsuri Strategia are lipse în aceste privințe, în special prin nivelul prea ridicat de generalitate; documentele europene, care trebuie să fie din motive obiective în termeni mai generali, fac mai multe referiri la inegalități specifice, măcar ca exemple.

Strategia Națională de Sănătate este organizată în trei arii strategice: sănătate publică, servicii de sănătate și măsuri transversale. Fiecare arie include la rândul său un număr de obiective generale (între 1 și 3), care se împart în mai multe sub-obiective strategice. Fiecare sub-obiectiv include o motivație – legată în principal de indicatori ai sănătății în România, mai ales comparativ cu UE, dar și de poziția diverselor organisme internaționale – și o serie de măsuri practice/direcții strategice, definite în termeni foarte generali. Strategia include și o secțiune de date privind starea de sănătate a populației și performanța sistemului de servicii de sănătate. Tema inegalităților este (mai) bine tratată de către Strategie în cazul obiectivelor și datelor statistice, dar nu în cazul măsurilor, de unde anumite tipuri de inegalitate lipsesc cu desăvârșire.

Lipsa unor măsuri precise de reducere a inegalităților este cu atât mai surprinzătoare cu cât analiza datelor statistice discută pe larg inegalitățile în sănătate, de gen, dar și regionale sau socio-economice. Toate datele prezentate sunt segregate pe gen, și în marea majoritate a cazurilor sunt segregate și urban/rural, regional, pe vârstă și nivel de educație. Strategia notează diferențele urban/rural și regional, în mai puține cazuri cele educaționale, și dedică un subcapitol special determinanților socio-economici ai stării de sănătate. Din punct de vedere al genului, Strategia menționează speranța de viață mai mică a bărbaților și discrepanța mai mare comparativ cu UE în cazul acestora (performanța slabă față de media UE pare să fie în mod special relevantă pentru autorii Strategiei); cancerul bronho-pulmonar, cu incidență mai ridicată la bărbați, care contribuie cel mai mult (alături de cancerele „feminine” de col uterin și sân) la mortalitate prematură dintre tumori (dar nu are program național de depistare, probabil și din motive tehnice și etice); cancerul hepatic (și ciroza hepatică) care afectează preponderent bărbații. Strategia amintește că bărbații au o probabilitate mai mare decât femeile de a se confrunta cu dizabilitatea sau decesul prematur pentru practic toate patologiile importante; că băieții fumează mai mult decât fetele și bărbații sunt mai mari consumatori de alcool decât femeile (de 5 ori mai mult consum în exces); că bărbații sunt de asemenea mai afectați de inactivitatea fizică, iar băieții consumă mai puține fructe decât fetele și au mai des greutate în exces. Boala contagioasă prioritară, tuberculoza, afectează mai ales bărbații (și persoanele din mediu rural, din regiunile mai sărace și etnicii romi). Mortalitatea din suicid este de 5 ori mai mare în cazul bărbaților decât a femeilor. Indicatorii defavorabili femeilor

sunt cei privind sănătatea mentală, autoevaluarea stării de sănătate și speranța de viață sănătoasă la 65 de ani¹⁴.

Dezavantajele bărbaților fac cel mai puțin trecerea de la evidență (în datele statistice) la obiective sau măsuri. De exemplu, cum am menționat mai sus, bărbații au un risc de mortalitate prin suicid de 5 ori mai mare decât femeile. Și totuși, paragraful introductiv asociat obiectivului privind sănătatea mentală menționează o serie de grupuri cu risc crescut de suicid (copiii, adolescenții, tinerii, persoanele traumatizate, copiii cu părinți plecați din țară, persoanele vârstnice, persoanele cu boli cronice) fără să includă bărbații. Nu există nici măsuri pentru micșorarea inegalității de gen. În același timp, nu sunt menționate specific nici alte grupuri dezavantajate social, deci discrepanța e posibil să fie motivată mai curând de înclinația spre explicații „epidemiologice” (și lipsa celor „politice”) decât de stereotipuri anti-masculine.

Dintre tipurile de inegalitate relevante pentru Strategia Națională de Sănătate, probabil cele mai bine acoperite prin măsuri sunt cele dintre locuitorii din mediul urban versus rural și, respectiv inegalitățile între regiuni. Multe dintre direcțiile strategice/măsuri amintesc de nevoia egalizării serviciilor sau de nevoia acoperirii mai bune în rural respectiv în regiunile defavorizate, chiar dacă nu sunt indicate regiunile țintă. Chiar și atunci când tema inegalității nu este specificată, anumite măsuri pot avea un impact previzibil de diminuare a inegalităților de acest tip. Astfel, Strategia include numeroase măsuri de regionalizare și descentralizare, programe pentru mediul rural (ex: telemedicină pentru zonele rurale izolate), măsuri privind infrastructura de centre comunitare, pentru creșterea importanței medicinei primare, privind facilități pentru medici din regiuni defavorizate, privind asistența primară în școală și la locul de muncă.

Pe de altă parte, deși direcțiile strategice/măsurile se referă poate la fel de des la grupurile vulnerabile sau defavorizate, lipsește aproape cu desăvârșire o definiție precisă a unor grupuri vulnerabile țintă (cu excepția romilor, care apar ca exemplu de grup vulnerabil; și ca una dintre țintele Obiectivelor Strategice 4.1 și 5.7; mai sunt amintite anumite grupuri de vârstă, copiii afectați de migrația transfrontalieră temporară și persoanele cu probleme de sănătate mintală; o singură referire la grupuri etnice, respectiv socio-economice în cazul femeilor marginalizate). Există o preferință clară pentru definirea grupurilor vulnerabile din punct de vedere „epidemiologic” (ex: copiii sunt mai sensibili la factori de mediu nocivi) față de grupurile vulnerabile din motive sociale (ex: populația romă). Singura măsură care se adresează unui grup marginalizat social, romii, privește programe deja existente (centre comunitare și mediatori sanitari).

Cât privește dimensiunea de gen, aceasta apare în secțiunile dedicate sănătății materne. Sănătatea maternă are un statut special, având propriul Obiectiv General (primul, OG1, alături de sănătatea copilului) și măsuri dedicate în cadrul altor obiective. Statutul special al sănătății materne este o cerință la nivel internațional și ține mai puțin de alegerile decidenților la nivel național, chiar dacă Strategia ține seama de particularitățile situației românești. Femeile sunt menționate și în cazul cancerelor; motivația obiectivului face referire la un program special pentru cancerul de col uterin și planuri de demarare a unor programe pentru cancerul de sân și cancerul colo-rectal „pentru ambele sexe”, în contextul performanței foarte slabe a României relativ la celelalte țări UE. Pe de altă parte, deși analiza datelor indică clar existența unei

¹⁴ Strategia Națională de Sănătate 2014-2020.

inegalități de gen în defavoarea bărbaților, nu există nici o măsură specială adresată acestora. Nu există un program dedicat cancerului masculin – cancerul de prostată – deși are o incidență și mortalitate puțin mai mare decât cea a cancerului de col uterin (inferioară însă cancerului de plămâni, care este sursa principală de mortalitate de cancer la bărbați).

IV. Concluzie

Datele statistice ale OMS și Eurostat indică de mulți ani că bărbații au un dezavantaj în domeniul sănătății în privința majorității indicatorilor, în România ca și în restul lumii, iar datele statistice prezentate în cadrul Strategiei Naționale de Sănătate arată că decidenții cunosc că aceste dezavantaje există, fără a le da însă o importanță majoră. Strategia nu discută deficiențele sistemului sanitar care ar putea cauza dezavantajele observate (de gen sau de alt tip), deci este posibil ca autorii acesteia să presupună că singurele cauze sunt biologice sau țin de alegeri individuale libere. Dacă diferențele sunt biologice, politicile publice sau nu ar putea elimina dezavantajele de gen sau poate nu ar fi echitabil să le elimine. Dacă diferențele țin de alegeri individuale libere (cum ar fi fumatul sau consumul de alcool) se ridică din nou problema echității unor măsuri în favoarea bărbaților (în condițiile unui buget foarte limitat). Totuși în literatura medicală există deja de mulți ani nenumărate studii care susțin existența unor cauze instituționale ale dezavantajelor de gen în domeniul sănătății de care autorii politicilor în sănătate sunt datori să știe.

Absența măsurilor pentru limitarea dezavantajului de gen din Strategia Națională de Sănătate duce la absența lor din Programele Naționale din Sănătate și continuă în această privință tradiția politicilor publice din sănătate din România de a ignora dezavantajul masculin. Aceasta arată că bărbații sunt un grup vulnerabil în sensul că nu sunt luate măsuri pentru a diminua un dezavantaj clar și cunoscut.