

Postmodern Openings

ISSN: 2068 – 0236 (print), ISSN: 2069 – 9387 (electronic)

Coverd in: Index Copernicus, Ideas. RePeC, EconPapers, Socionet,
Ulrich Pro Quest, Cabbel, SSRN, Appreciative Inquiry Commons,
Journalseek, Scipio

EBSCO

Gender Differences and Public Health

Filip GUTTMAN

Postmodern Openings, 2010, Year 1, VOL.2, JUNE, pp: 25-34

The online version of this article can be found at:

<http://postmodernopenings.com>

Published by:

Lumen Publishing House

On behalf of:

Lumen Research Center in Social and Humanistic Sciences

Gender Differences and Public Health

[Diferențe de gen și sănătate publică]

Filip GUTTMAN⁴

Abstract.

This article try to explain the connections between gender concept and the acces to public health with two main streams: feminist and universal (gender blind). The actual situation of women in health policy is a priority if we want an equal acces. This article shows only a few aspects of the actual gender differences. The work, child care, marriage, etc. are correlated with health condition, so women equal health acces must be a main direction of actual research and policy construction. In the end of this article, is shown some of the world policy measures with the pourpose of a global understanding of actual gender health strategies.

Keywords:

gender, health, acces, equality, health policy

⁴ Filip GUTTMAN – Master Student at “Sociology and Social Work” Faculty, “Babes-Bolay” University, Cluj, Phone 0040 754 750 025, Email address: filipguttman@yahoo.com

1. Abordări teoretice de gen - perspectivele feministă și universalistă

Conform Rosemariei Buikema, citată de către Magyari-Vincze, dezvoltarea teoriei feministe cunoaște trei paradigme, cea a egalității, a diferenței și a deconstrucției. Prima urmărește să elimine dezavantajele femeii, să suplinească informațiile despre femei, și, atât pe plan politic, cât și teoretic, este orientată către eliminarea diferențelor dintre femei și bărbați, considerate ca fiind responsabile pentru constituirea inegalităților sociale dintre acestea. Această critică feministă este una dominată de ideea emancipării, sau, altfel spus, de dorință și scopul de a scoate femeia din statutul de „al doilea sex”. Se adresează ori modului de gândire și practicii sexiste, care situează femeile ca și grup în poziții subordonate, ori femeilor individuale, considerate a fi incapabile de a scăpa de feminitate, obstacol în calea realizării lor ca ființe autonome. Oricum ar fi, sub influența liberalismului, feminismul egalității încearcă să îmbunătățească poziția și condiția femeilor în structurile existente, conform modelului masculin. Este clar deci că în această ipostază diferența dintre femei și bărbați se definește drept opusul, ba chiar obstacolul egalității, și pentru realizarea celei din urmă se crede a fi indicată renunțarea la prima. (Magyari-Vincze, 2002).

Mai departe, autoarea aceleiași surse este de părere că: „Feminismul se află, cu siguranță, printre discursurile tăcute, iar femeile au rămas să fie categorii sociale preponderent mute, care - în cazul în care se decid să facă altfel - încearcă să-și găsească vocea în condițiile respingerii „feminismului occidental” și în cele ale delegitimării „emancipării lor socialiste” (Magyari-Vincze, 2002: 203).

În ceea ce privește perspectiva universalistă, aflăm că analiza perspectivei universaliste, „gen-neutre (*gender-neutral*) și/ sau insensibile la gen (*gender-blind*) - precum și la toate punctele de vedere particulare ce se considerau a fi un impediment în calea obiectivității și neutralității științifice - chiar dacă a însemnat și demascarea masculinismului aflat în spatele universalismului fals, în sine n-a fost suficientă pentru clădirea noului edificiu. Ea trebuia dublată de constituirea și legitimarea unei noi cunoașteri, realizate din punctul de vedere al experienței și poziției femeilor și/ sau din punctul de vedere al constituirii identităților și relațiilor de gen, ambele legate de putere, pe scurt, de asumarea a tot ceea ce rezultă din conștiința de gen (*gender-awareness*). Acest ultim scop presupunea nu numai introducerea unor noi teme față de cele consacrate ale cunoașterii științifice și legitimarea metodelor calitative și/ sau multidisciplinare de cercetare, ci și transfigurarea conceptelor teoretice existente și elaborarea unor epistemologii proprii” (Magyari-Vincze, 2002:32-33).

2. Gen și diferențe de gen în sănătate publică la momentul actual

Genul în contextul politicilor sociale este un subiect larg dezbătut în studiile de specialitate din ultimii ani, datorită influenței acestuia asupra modificărilor regimurilor de state ale bunăstării. Genul, relaționat de cele mai multe ori cu alte constructe cum ar fi rasă sau etnicitatea, clasa socială sau naționalitatea, are impact asupra indivizilor, nu ca și cum ar fi un construct social, ci ca și cum ar fi un „dat” natural, înscris prin diferențele biologice vizibile (Magyari-Vincze, 2006). Însă, termenul de gen este folosit pentru descrierea acelor caracteristici ale bărbaților și femeilor care sunt construite social, prin învățarea unor comportamente care determină rolurile și identitățile de gen. Acesta este deseori definit în contextul inegalităților raporturilor de putere (Baume et al., 2001).

Relațiile de gen influențează realizarea politicilor sociale, respectiv instituțiile de protecție socială - înțeluse ca și set de programe de asigurări sociale și asistență socială și drepturile cetățenești universale prin care ne referim la statul bunăstării - influențează relațiile de gen. Problematika diferențelor de gen în relația cu politicile sociale este angajată în studii ce aparțin unui curent recent, care arată importanța influenței politicilor sociale asupra reproducerii ierarhiilor de gen, maternalismului și a diviziunii muncii pe sexe. Studiile și cercetările pe temă au arătat importanța anumitor factori cauzali ale diferențelor de gen: balanța de putere dintre munca organizată și angajați, caracteristicile producției și pieței de muncă, caracteristicile grupurilor organizate ale femeilor, caracteristicile ideologiilor și discursurilor despre maternitate, populație, feminitate și masculinitate, caracteristicile demografice, dimensiunea competiției economice (Orloff, 1996; Pascall și Kwak, 2005).

Organizația Mondială a Sănătății a elaborat numeroase studii și lucrări de specialitate care vizează analiza de gen și integrarea diferențelor de gen în politicile sociale, de sănătate în mod particular. Se știe că pentru politicile sociale, majoritatea reglementărilor se regăsesc în legislația secundară a Uniunii Europene, motiv pentru care au o putere de coerciție mai slabă. Totuși, eforturile de stabilire a unor norme pentru depășirea diferențelor de gen, din partea marilor organizații ca și OMS, sau a unor instituții ca Uniunea Europeană, Comisia Europeană etc. au devenit considerabile în ultimii ani. Declarațiile oficiale ale departamentului de Politici de gen al OMS, precum și strategiile lansate de organizație (2002, 2007), indică implicarea activă a acesteia în bună practică a sănătății și politicilor publice, din perspectiva dinamicii genului.

Conceptul analizei de gen lansat de OMS (Baume et al., 2001) examinează munca depusă, rolurile și responsabilitățile diferite dintre bărbați și femei, la nivelul gospodăriilor, comunităților, locurilor de muncă, proceselor politice și economice. El contribuie de asemenea la identificarea consecințelor

acelor diferențe și inegalități în controlul resurselor, beneficiilor și în luarea deciziilor asupra sănătății și bunăstării vieților femeilor și bărbaților.

În majoritatea țărilor europene presiunea în direcția reformei sănătății se îndreaptă spre impunerea unei eficiențe a serviciilor medicale oferite și echității între indivizi.

Unele studii în domeniul sănătății evidențiază faptul că, sistemul de îngrijire a sănătății poate să aibe un efect diferit în cazul bărbaților și a femeilor ca și indivizi ce utilizează serviciile acestui sistem. Descentralizarea rapidă a sistemului de sănătate poate conduce la o inechitate și un acces îngreunat la serviciile de sănătate publică așa cum s-a observat în țările cu un venit scăzut pe cap de locuitor. Există evidențe clare în care se poate afirma că în ambele cazuri - statele cu un venit scăzut sau state cu un venit crescut pe cap de locuitor-, sunt dovezi prin care taxele și o bună schematizare a sistemului de asigurări, pune bazele unei finanțări echitabile a sistemului de sănătate. Prin alte forme de finanțare precum plata directă a serviciilor de sănătate sau asigurările private, există un risc mai crescut în accentuarea inechității la accesul serviciilor de sănătate, afectând preponderent femeia; care în general are resurse financiare mai scăzute decât bărbatul.

Privatizarea acompaniată cu creșterea eficienței și reducerea costurilor în sănătate, de asemenea, a avut un impact semnificativ asupra egalității de gen, în momentul în care procentul de femei în sistemul sanitar este mai mare; în unele țări europene reducerea numărului de personal este unul din efectele privatizării (Östlin, 2005).

Scopul unei abordări sensibile la diferențele de gen este atât să conecteze inegalitățile dintre statusul bărbaților și femeilor în termeni de acces la resurse și beneficii, cât și să înțeleagă diferențele de gen în termeni de stare a sănătății și factori determinanți ai stării de sănătate. Pentru includerea perspectivei de gen în diferitele aspecte ale promovării sănătății și programelor de control al bolilor, este necesară o nouă focalizare operațională care să includă următoarele:

- o centrare pe îmbunătățirea sănătății femeilor dezavantajate (mame singure, gospodării conduse de femei etc.)
- o centrare pe bărbații dezavantajați sau în situație de risc
- implicarea atât a bărbaților, cât și a femeilor în procesul de schimbare pentru îmbunătățirea sănătății ambelor categorii.

Tendința pe care o adoptă femeile din țările în curs de dezvoltare este aceea de focalizare a atenției asupra sănătății și bunăstării familiei proprii, în special a copiilor, fiind o prioritate chiar și în fața propriei stări de sănătate. În consecință, acestea nu vor încerca să acceseze serviciile de sănătate publică pentru propria sănătate ci se vor axa preponderent pe întreaga familie; femeia va da întotdeauna "orice" copiilor ei pentru că aceștia reprezintă nucleul atenției

mamei, "copilul fiind singurul lucru pe care acestea îl au" (Bonino 1994: 201). Chiar și în situația în care femeia este însărcinată, ea va frecventa regulat serviciile de sănătate oferite acestei categorii de femei, aceasta considerând-o ca o datorie față de bunăstarea copilului. (Bonino 1994). Observând diferențele de gen, băiatul ca și copil va primi o atenție sporită din punct de vedere al sănătății spre deosebire de "fete" (Chatterjee, 1990). Acest "status scăzut" al femeii față de bărbați, este internalizat de către femeie și "implicit adoptat de către societate" având ca rezultat marginalizarea femeii din punct de vedere fizic, psihologic și social (Kitts și Roberts, 1996). Dacă se poate spune, femeia (și datorită acestei internalizări a propriului status de către ea însăși și de către societate) este mai puțin "norocoasă" în a avea posibilitatea de acces la serviciile moderne de sănătate, comparativ cu bărbații; această situație fiind datorată atât resurselor financiare scăzute de care aceasta dispune cât și unui factor cognitiv internalizat și anume de protecție și "întâietatea intereselor copilului și a familiei. Una din modalitățile prin care aceste aspecte negative ar putea fi diminuate este: creșterea participării femeilor la programe de educație pentru sănătate, programe care în implementarea lor ar trebui să țină cont și de factorul stimă de sine, important mai ales în cazurile în care femeia este victimă a marginalizării "accentuate" (Bonino, 1994).

În situația existenței unei ineficiențe și inechități în accesul la serviciile de sănătate publică, nu sunt afectate doar femeile ci și bărbații. Factorul determinant care ar putea să accentueze inaccesibilitatea serviciilor este disponibilitatea acestora în funcție de resursele disponibile, uneori prea scăzute și distribuția acestora preponderent înspre urban. După UNDP (1990) zonele rurale sunt sever afectate, în special genul feminin suferind o deprivare accentuată, dat fiind și procentul crescut de femei fără un venit stabil.

Există diferențe importante între bărbați și femei în ceea ce privește condițiile de muncă și acestea le afectează securitatea și sănătatea în muncă. Inegalitatea bazată pe gen atât în interiorul cât și în afara locului de muncă afectează, securitatea și sănătatea profesională a femeilor și există legături importante între aspectul discriminării pe scară largă și sănătate. Femeile efectuează încă majoritatea muncii casnice neplătite, au grijă de copii și de rude, chiar și atunci când lucrează cu program normal. Aceste sarcini se adaugă în mod considerabil la durata muncii lor zilnice și reprezintă o presiune suplimentară asupra lor, în special atunci când există o incompatibilitate între aranjamentele lor profesionale și viața lor privată.

Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă a realizat, în 2003, un raport care examinează diferențele dintre bărbați și femei sub aspectul accidentelor și bolilor legate de muncă, al lipsei cunoștințelor precum și al implicațiilor privind îmbunătățirea prevenirii riscurilor.

Dintre concluziile principale ale raportului reproducem următoarele:

- Sunt necesare eforturi continue pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă atât pentru femei cât și pentru bărbați.
- Diferențele legate de apartenența la gen în condițiile angajării influențează puternic consecințele asupra sănătății la locul de muncă unde se face diferențierea pe criterii de sex. Cercetarea și intervențiile trebuie să țină cont de muncă reală pe care o efectuează bărbații și femeile și de diferențele de expunere la riscuri precum și de condițiile de muncă.
- Riscurile pentru securitatea și sănătatea femeilor au fost subestimate și neglijate în comparație cu cele ale bărbaților, atât în ceea ce privește cercetarea cât și prevenirea. Aceste omisiuni vor trebui să reprezinte o prioritate în activitățile de cercetare, sensibilizare și prevenire.
- Adoptarea unei abordări neutre a apartenenței la gen în politică și legislație a contribuit la o lipsă de atenție și direcționarea unor resurse mai reduse spre riscurile în muncă ale femeilor și prevenirea acestora. Directivele Europene pentru securitate și sănătate în muncă nu acoperă lucrătorii din domeniul casnic (predominant femei). Anumite categorii de femei lucrând neoficial în activități agricole familiale, de exemplu soții sau parteneri ale bărbaților, este posibil să nu fie întotdeauna acoperite de legislație.
- Pe baza cunoștințelor actuale din domeniul prevenirii și integrării dimensiunii apartenenței la gen, directivele existente ar putea fi implementate într-un mod mult mai sensibil la gen, chiar dacă este necesară evaluarea impactului apartenenței la gen și grijă față de lipsa de cunoștințe.
- Femeile sunt puțin reprezentate în procesul de luare a deciziei cu privire la sănătatea și securitatea în muncă, la toate nivelele. Acestea vor trebui să fie mai direct implicate, iar punctul de vedere, experiența, cunoștințele și pregătirea femeilor trebuie reflectate în formularea și implementarea strategiilor din domeniul securității și sănătății în muncă.
- În timp ce tendințele generale în condițiile și situațiile de lucru ale femeilor sunt similare în Statele membre și țările candidate, există și diferențe între țări în cadrul acestor tendințe generale. Fiecare țară trebuie să examineze condițiile specifice particulare referitoare la diferențele între bărbați și femei și sănătatea lor la locul de muncă în scopul planificării acțiunilor corespunzătoare.
- Femeile nu reprezintă un grup omogen și nu toate femeile lucrează în posturi în mod tradițional „feminine”. Același lucru se aplică și în

cazul bărbaților. O abordare holistică trebuie să țină cont de diversitate. Acțiunile care vizează îmbunătățirea echilibrului între muncă și viață privată, trebuind să țină cont atât de programul de lucru al femeilor cât și al bărbaților și să fie concepute pentru a fi atractive ambelor categorii. (Agenția europeană pentru securitate și sănătate în muncă, 2003).

În ceea ce privește patternele diferențiate ale utilizării serviciilor de sănătate între femei și bărbați, există puține studii care au încercat să le examineze. Astfel, evidențele care să ducă la înțelegerea dimensiunii barierei la acces bazate pe gen sunt limitate. Și mai mult, majoritatea studiilor care descriu aceste bariere sunt mai degrabă centrate pe serviciile de îngrijire maternală, decât pe o înțelegere comprehensivă a îngrijirii sănătății femeilor. Banca Mondială a arătat în 1993 că, barierele de acces reduc eficacitatea sau măresc costurile intervențiilor dincolo de ceea ce ar fi în absența acestor bariere. Acolo unde barierele sunt puternice, trebuie utilizate resurse adiționale pentru a furniza accesul femeilor cu dificultăți. Obstacolele care limitează accesul femeilor la serviciile de sănătate sunt de câteva tipuri, printre care unele sunt generale (adică pot afecta și bărbații) și altele sunt influențate de apartenența la gen. Obstacolele din interiorul gospodăriilor pot să intervină din modalitățile de alocare a resurselor pentru hrană, educație și a mijloacelor financiare de accesare a serviciilor medicale care discriminează femeile. Cercetările sugerează că multe familii sunt mai puțin doritoare de a cheltui resurse pentru sănătatea femeilor membre, iar lipsa educației și normele culturale sunt alte impedimente puternice pentru apelarea la servicii medicale.

Lucrarea redactată pentru Banca Mondială concluzionează cu afirmația conform căreia neajunsurile în eficiență, echitatea și calitatea serviciilor de sănătate sunt probleme generale care conduc la utilizarea la o limită sub ceea ce ar fi posibil dacă resursele ar fi alocate și folosite mai eficient (WB - Kutzin, 1993: 10-11)

3. Prezentarea reglementărilor legale existente

Anul consolidării aspectelor legale despre egalitatea de tratament între femei și bărbați a fost 1998. În termeni legislativi, Consiliul Uniunii Europene a adoptat două Directive, extinzând Directivele acuzării în cazul discriminării bazate pe sex și a muncii part-time din 1997 la nivelul Mării Britanii. Această extensie, urmând-o pe cea a Directivelor privind concediul paternal și informarea și consultarea angajaților tot din 1997, simbolizează o completare a cadrului legislativ pentru egalitate pentru Uniunea Europeană.

În termeni de procese, începând din 1997, Curtea Justiției a lansat un număr semnificativ de acțiuni judecătorești din domeniul egalității de tratament

între bărbați și femei, fapt care indică o creștere a conștientizării drepturilor de către femeile angajate care se simt discriminate în termeni de plată, acces la angajare, condiții de lucru și securitate socială. Tot 1998 a fost anul destinat examinării punerii în practică a Directivelor de egalitate de către statele membre, și acolo unde a fost necesar, corectării acțiunilor de încălcare a prevederilor actelor respective.

În conformitate cu articolul 14 al Directivei Consiliului 92/85/EEC din 19 octombrie 1992, privind implementarea măsurilor de promovare a îmbunătățirii sănătății și a protecției femeilor însărcinate, care au născut recent sau alăptează la locul de muncă, Comisia a adoptat un raport privind implementarea Directivei în Statele Membre. Datorită acestui raport, Comisia a putut verifica transpunerea corectă a majorității prevederilor Directivei.

Trebuie menționat faptul că, deși legislațiile naționale sunt aliniate cu Directiva 92/85/EEC, diferențele majore apărute între statele membre sunt legate de durata concediului de maternitate și nivelul remunerației sau a alocației pe durata acestei perioade. De exemplu, legea din Portugalia privind protecția maternității femeilor care lucrează (și a paternității) a fost modificată în 1998, crescând durata concediului de maternitate de la 110 zile la 120.

Referitor la Directiva 96/34/EC din 3 iunie 1996, privind concediul parental, data limită pentru implementarea acesteia în legislațiile naționale din UE12 a fost 3 iunie 1998. Până la acea dată, Olanda, aflându-se în rândul țărilor care aveau deja prevederi privind concediul paternal, a decis îmbunătățirea acestora. Alte state, care nu aveau prevederi sau acestea erau limitate, s-au aliniat la Directivă mai târziu (după CCE, 1999).

Așa cum ne arată un raport al Comisiei Europene din 2008, în UE-27, rata ocupării locurilor de muncă din UE-27 a crescut cu aproape 12 milioane, incluzând peste 7,5 milioane de femei. Rata ocupării locurilor de muncă în rândul femeilor a crescut în fiecare an, ajungând la 57% în 2006, cu 3,5 procente mai mult decât în 2000. În aceeași perioadă, rata ocupării locurilor de muncă în rândul bărbaților a crescut cu mai puțin de un procent.

Indicatorii salariali, cei ai segregăției de pe piața muncii și cei al numărului de femei aflate în poziții de luare de decizii nu au înregistrat creșteri semnificative în ultimii ani. Diferența salarială a rămas constantă la 15% din 2003, scăzând cu numai un procent din 2000. Prezența managerilor femei în companii a rămas la 33%, iar numărul de politicieni femei crește, dar foarte încet. Mai mult, diferențele dintre femei și bărbați pot persista în toate celelalte aspecte referitoare la calitatea muncii, de exemplu reconcilierea vieții profesionale și particulare. Dovada acestui fapt o constituie scăderea drastică a ratei ocupării locurilor de muncă pentru femeile cu copii mici (-13,6 procente în medie), în timp ce la bărbați rata este în creștere. În consecință, rata ocupării

forței de muncă pentru femei cu copii mici este de numai 62,4%, în comparație cu 91,4% la bărbați (CCE, 2008).

În România, primii pași oficiali spre egalizarea șanselor și a accesului pentru sexe s-au realizat începând din 1999, când s-a implementat legea nr. 210 din 31 decembrie 1999 a concediului paternal, urmată de legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse între femei și bărbați. Egalitatea la accesul la bunuri și servicii între sexe a fost reglementată prin Ordonanța de Urgență nr. 61/2008, care transpune Directiva Consiliului 2004/113/CE din 13 decembrie 2004 privind implementarea principiului egalității de tratament între femei și bărbați privind accesul la bunuri și servicii și furnizarea acestora.

References:

- Agencia europeană pentru securitate și sănătate în muncă (2003), *Problematica apartenenței la gen în domeniul securității și sănătății în muncă - Rezumat al unui raport al Agenției*, disponibil pe <http://osha.eu.int>;
- Baume, Elaine; Juarez, Mercedes; Standing, Hilary. (2001). *Gender and health equity network. Gender and health equity resource guide*, Institute of Development Studies, University of Sussex
- Bonino, M. (1994). *Psychosocial determinants of the use of maternal-child health services in areas of poverty*, în Wijeyaratne, P. et al., *Gender, health, and sustainable development: a Latin American perspective*. Proceedings of a workshop held in Montevideo, Uruguay, 26-29 April 1994, International Development Research Centre, Ottawa
- Chatterjee, M. (1990). *Indian women: their health and economic productivity*, World Bank, Washington DC, USA
- Kitts, Jennifer; Roberts, Janet Hatcher. (1996). *The Health Gap - Beyond Pregnancy and Reproduction*, International Development Research Centre, Ottawa
- Magyari-Vincze, Eniko. (2002). *Diferența care contează. Diversitatea socio-culturală prin lentila antropologiei feministe*, Editura Desire, Cluj-Napoca
- Magyari-Vincze, Eniko. (2006). *Social exclusion at the crossroads of gender, ethnicity and class: A view through Romani Women's Reproductive Health*, Editura Fundației pentru Studii Europene, Cluj-Napoca
- Orloff, Ann. (1996). *Gender in the welfare state*, în *Annual Review of Sociology*, 22:51-78
- Östlin P.. (2005). *What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health?*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Pascall, Gillian; Kwak, Anna. (2005). *Gender regimes in transition in Central and Eastern Europe*, Publishing The Policy Press
- Comisia Comunității Europene (1999), *Annual report from the commission - Equal Opportunities for Women and Men in the European Union 1998*
- Comisia Comunității Europene (2008), *Report from the comission - Equality between women and men*.
- OMS (2007), *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*
- OMS (2002), *WHO Gender Policy: Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO*
- The World Bank: Kutzin, Joseph. (1993). *Obstacles to women's access: issues and options for more effective interventions to improve women's health*.