

ZDRAVÍ A GENDER

M^a Pilar SÁNCHEZ-LÓPEZ

Abstrakt: *Proč je nezbytné hovořit o genderu a zdraví? Existuje rozdíl ve zdraví mužů a žen? Má pohlaví vliv na zdravotní stránku člověka? V uvedeném článku je názorně vysvětlena zjevná závislost mezi zdravím a pohlavím. Stejně jako biologické a biomedicínské přístupy ke zdraví nevysvětlují, proč rozdělení nemocí v populaci kopíruje hranici chudoby (model spojený s ekonomickou a společenskou strukturou společnosti), nevysvětlují také rozdíly ve zdravotním stavu mezi muži a ženami. Existuje však zcela zřejmá souvislost mezi zdravím a pohlavím: pohlaví/gender je jednou z determinant zdraví.*

Klíčová slova: *zdraví, gender, bio-psycho-sociální model zdraví, úmrtnost a nemocnost v závislosti na pohlaví, genderová nerovnost v přístupu ke zdraví*

Proč musíme mluvit o zdraví v závislosti na pohlaví? Existují rozdíly ve zdraví mezi muži a ženami? Má pohlaví vliv na zdraví? Uvidíme, zda jsme schopni na tuto otázku odpovědět. Pokusíme se o to s využitím informací, které máme k dispozici. Zmiňme například zprávu, která se nedávno objevila v evropských novinách (El País, 2007).

„Profesor tvrdí, že mít ženu doma zabraňuje infarktu.“ Ředitel Komise kardiiovaskulárních rizik na Katolické universitě Svatého Antonína v Murcii José Abellán na tiskové konferenci prohlásil, že nejlepší ochranou proti kardiiovaskulárním rizikům je mít manželku s penězi, určitou úroveň vzdělání a nepracující mimo domov. Abellán vysvětlil na tiskové konferenci o kardiiovaskulárních rizicích, že tento údaj bude obsažen ve studii, která se v blízké budoucnosti objeví v UCAM.

Existuje specialista na kardiiovaskulární rizika, který má profesorské místo na soukromé univerzitě a který se ve své studii, u níž předpokládáme, že ji provedli odborníci v oboru, soustředí na zdraví mužů a hodnotí kardiiovaskulární rizika u nich. Je pravda, že se v ní hovoří také o zdraví žen, ale nikoli v souvislosti s případným hodnocením jejich vlastních kardiiovaskulárních rizik, pouze jako o těch, které zlepšují či zhoršují kardiiovaskulární zdraví mužů. Lze předpokládat, že je to způsobeno tím, že kardiiovaskulární riziko existuje zejména u mužů, a proto se studie na toto téma soustředí na ně. Abychom to mohli ověřit, přezkoumáme dostupné statistické údaje běžně přístupné každému. Abychom se vyhnuli příliš složitému vysvětlení, zaměříme se na údaje vycházející z reálného života ve Španělsku, přičemž jsme si plně vědomi toho, že jsou podobné údajům z jiných vyspělých evropských zemí. Například máme k dispozici práci R. Boixe, S. Cañellase, J. Almazána, E. Cerrata, C. M. Meseguera a M. J. Medrana o kardiiovaskulární epidemiologické službě (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud

Carlos III), publikovanou v roce 2003. Text citace je poměrně dlouhý, ale stojí za to uvést jej v celém svém rozsahu, i když budeme komentovat každou sekci zvlášť.

„Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění. Skupina kardiovaskulárních onemocnění vyskytujících se u španělské populace byla v roce 2000 na prvním místě mezi příčinami úmrtí. Z téměř 360.000 úmrtí zaznamenaných v naší zemi bylo 124.610 následkem kardiovaskulárního onemocnění (35 %: 30 % u mužů a 40 % u žen). Relativní počet (%) nicméně vykázal výrazný pokles od roku 1980, kdy byly údaje 40,9 % a 51,3 % (str. 242).

To znamená, že vezmeme-li v úvahu úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění jako celek, v roce 2000 byla vyšší u žen než u mužů. I když celková mortalita klesla, v roce 1980 bylo více úmrtí žen než mužů.

„Kumulovaný pokles vedl k situaci, v níž od roku 1999 byla úmrtnost na nemoci oběhové soustavy druhou příčinou úmrtí po nádorových onemocněních“ (str. 242).

U žen je však nadále hlavní příčinou smrti i v roce 2000.

S ohledem na relativní riziko kardiovaskulárních onemocnění jako příčiny smrti mužů a žen lze říci: „Co se týká četnosti, jsou hlavní kardiovaskulární onemocnění ischemická kardiopatie, cerebrovaskulární onemocnění a srdeční nedostatečnost. První dva jsou ze zásady arterosklerotického původu a vedou k 20 % úmrtí u mužů a 25 % u žen. Proto jsou hlavní příčinou úmrtí v naší zemi.“ (str. 242).

Z toho vyplývá, že kardiovaskulární choroby se vyskytují ve větším počtu hlavně u žen, a to jak pro jejich relativní riziko ve srovnání s muži, tak z důvodu jejich vyšší úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění.

Podobné údaje se objevují ve statistikách dalších let, například v roce 2002 (Tab. 1).

Tabulka 1. Míra mortality na kardiovaskulární onemocnění v závislosti na věku a pohlaví. Španělsko 2002

VĚK	MUŽI		ŽENY	
	ÚMRTÍ	POMĚR	ÚMRTÍ	POMĚR
0-4	14.	1,38	15	1,58
5-9	5	0,50	8	0,86
10-14	19	1,85	7	0,72
15-19	28	2,37	19	1,69
20-24	59	3,97	29	2,04
25-29	89	5,29	49	3,01
30-34	197	11,90	68	4,23
35-39	376	23,63	132	8,41
40-44	646	44,31	172	11,78
45-49	993	77,76	279	21,58
50-54	1447	122,92	382	31,64
55-59	2000	185,70	627	55,28
60-64	2691	304,03	933	95,93
65-69	5064	558,51	2311	217,41
70-74	7657	954,13	4766	468,35
75-79	10243	1749,65	8863	1052,87
80-84	10201	3117,18	13969	2427,09
85 +	14573	7194,48	35775	7546,07
CELKEM	56302	291,35	68404	338,02

ÚMRTÍ: Počet úmrtí na kardiovaskulární choroby. Konkrétní poměr podle věku a pohlaví na 100.000. Převzato z Centro Nacional de Epidemiologia, Instituto de Salud Carlos III, Španělsko. http://www.iscii.es/centros/epidemiologia/epi_enfcardio_tabla.isp

Nebo v roce 1996 (tabulka 2):

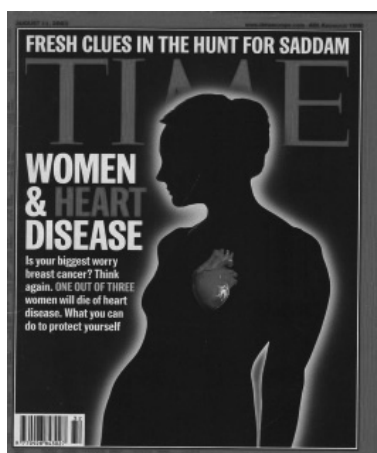
Tabulka 2. Úmrtnost celkem a podle různých příčin na 100.000 obyvatel. Španělsko 1996.

	Muži	Ženy
	Všechny věkové kategorie ¹	Všechny věkové kategorie ¹
Všechny příčiny	973	820
Oběhový systém	316	363
Ischemická kardiopatie	116	83
Akutní infarkt myokardu (srdeční záchvat)	82	51
Ostatní ischemické choroby srdeční	34	32
Cerebrovaskulární onemocnění	83	114
Ostatní nemoci oběhového systému	116	166
Hypertenzní nemoc	7	15

1 Hrubá míra

Převzato ze Sans, S. & Paluzie, G. (2000). Evoluce morbidity - úmrtnost na kardiovaskulární příčiny ve Španělsku 1970-1996. Cuadernos latinoamericanos de hipertensión, 5, 13 - 23

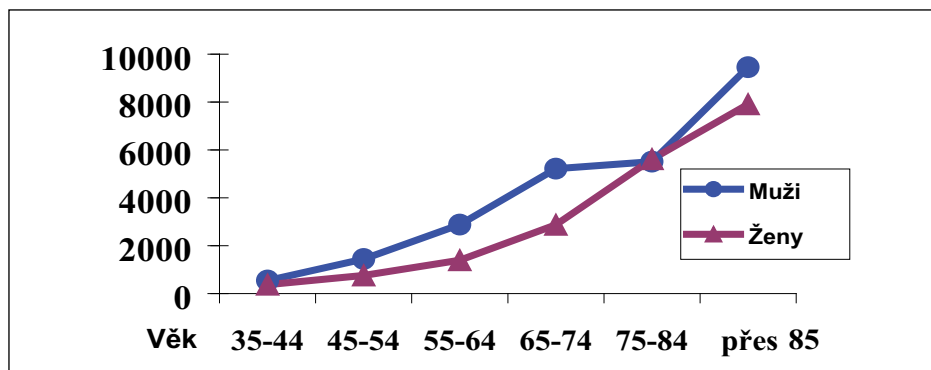
Podobné údaje k výše uvedenému se systematicky objevují ve statistikách za různé roky a v různých zemích: na jejich základě TIME věnoval jedno vydání tématu kardiovaskulárních chorob u žen. První stránka je na obrázku 1.



Obrázek 1: první stránka časopisu Time, vydání z 11.8. 2003, v němž varuje ženy, že je u nich větší pravděpodobnost úmrtí na kardiovaskulární choroby než na rakovinu.

Proč jsou tedy kardiovaskulární rizika stále příliš často spojována pouze s muži, jako tomu bylo ve studii, kterou jsme zahájili tuto kapitolu?

Pokud jsou ženy, jak se již jasně projevilo, častěji oběťmi celé skupiny kardiovaskulárních nemocí, mohly by z tohoto důvodu očekávat častější hospitalizaci. Zkusme to prověřit. Vezměme náhodný rok, například 2002.



Obrázek 2: Míra hospitalizace s kardiovaskulárním onemocněním. Španělsko, 2002
Zdroj: INE (Národní statistický institut, Španělsko)

Ve skutečnosti to tedy není pravda a ženy nejsou častěji hospitalizovány s kardiovaskulárním onemocněním než muži.

Položili jsme si tři obecné otázky týkající se zdraví, které se pokusíme zodpovědět další částí této kapitoly. Jsou to tyto:

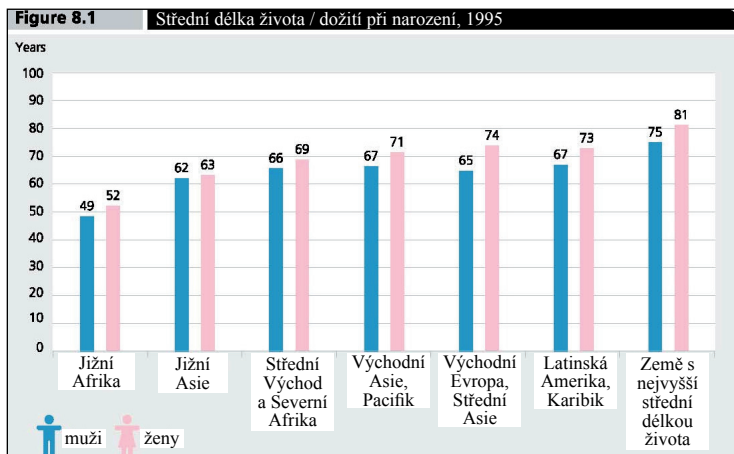
- ➔ Je zdraví mužů a zdraví žen stejné?
- ➔ Zachází se ve zdravotní péči se ženami a muži stejně? Nebo existují předsudky?
- ➔ Pokud existují rozdíly ve zdraví mužů a žen, mluvíme jen o rozdílech mezi muži a ženami, nebo mluvíme také o rodových rozdílech?

Dříve než si odpovíme na otázky, kterými jsme otevřeli tuto kapitolu, musíme si uvědomit, že v dávných dobách či kulturách existovaly různé definice pojmů *zdraví* a *nemoc*. Proto musíme zvolit definici jako společný referenční bod pro otázky, které budeme pokládat. Od roku 1948 platí definice předložená WHO (Světová zdravotnická organizace) a obvykle je přijímána jako základní reference. „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo postižení.“ ([Http://www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)). Citát pochází z předmluvy k Ústavě Světové zdravotnické organizace přijaté pod záštitou Mezinárodní konference zdravotnictví, podepsané 22. července 1946 zástupci 61 států (Úřední záznamy Světové zdravotnické organizace, N° 2, str. 100). Tento nabyl účinnosti dne 7. dubna 1948 a od té doby nebyla definice podstatným způsobem změněna.

Nyní se pokusme s použitím tohoto referenčního rámce, který je všeobecně přijímán každou skupinou zabývající se tématy zdraví, odpovědět na první výše uvedenou otázku.

Je zdraví mužů a zdraví žen stejné?

Pro odpověď této otázky budeme muset opět prostudovat trochu statistiky, například odkazy na úmrtnost / a délku života. Ty se objevují ve velmi viditelné formě na obr. 3.



Obrázek 3. Střední délka života / dožití při narození; r. 1995

Převzato ze Soubbotina, T.P. (2004). *Mimohospodářský růst k udržitelnému rozvoji*. Druhé vydání Světové banky

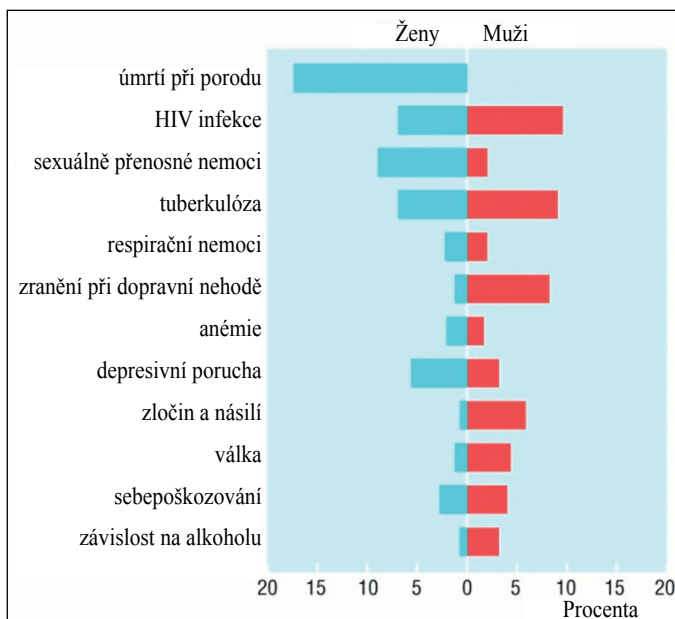
Pozice je v posledních letech podobná. Ve všech případech je délka života žen delší než u mužů, i když průměrný věkový rozdíl mezi těmito dvěma skupinami se liší v závislosti na sociálních podmínkách. V zemích a oblastech, kde jsou hygienické podmínky obecně horší a mají vliv zejména na úmrtí žen při porodu, vykazují rozdíly mezi muži a ženami pokles.

Zde je patrný první rozdíl v úmrtnosti. Co se děje s mírou onemocnění? Onemocnění ženy tak často jako muži? Podívejme se například na zprávu o zdraví na celém světě od WHO z roku 2003 (tabulka 3).

Tabulka 3. Hlavní příčiny procenta nemocnosti (AVAD) mužů a žen (starších 15 let), po celém světě v roce 2002.

MUŽI	% AVAD	ŽENY	% AVAD
1) HIV / AIDS	7,4	1. Unipolární depresivní problémy	8,4
2) Ischemická srdeční choroba	6,8	2. HIV / AIDS	7,2
3) Cerebrovaskulární onemocnění	5,0	3. Ischemická choroba srdeční	5,3
4) Unipolární depresivní poruchy	4,8	4. Cerebrovaskulární onemocnění	5,2
5) Trauma z dopravních nehod	4,3	5. Katarakta	3,1
6) Tuberkulóza	4,2	6. Ztráta sluchu	2,8
7) Problémy z konzumace alkoholu	3,4	7. EPOC	2,7
8) Násilí	3,3	8. Tuberkulóza	2,6
9) EPOC	3,1	9. Osteoartróza	2,0
10) Ztráta sluchu	2,7	10. Diabetes mellitus	1,9

Převzato ze Zprávy o zdraví na celém světě, 2003 Pojdme stavět budoucnost. WHO. Nebo další tabulka (obr. 4).



Obrázek 4. Procento typu onemocnění u dospělých mužů a žen ve věku 15 až 44 v rozvojových zemích, 2000

Můžeme také využít podrobnější indexy, ale tabulka zůstane stejná, tzn. jsou zde rozdíly v morbiditě mezi muži a ženami. Od této chvíle můžeme konstatovat, že ve skutečnosti se rostoucí délka života ve vyspělých zemích ne vždy projeví v nárůstu počtu let prožitých dobrém zdravotním stavu. Španělské ministerstvo zdravotnictví nastínilo již od roku 2002 myšlenku, že pro účely vyhodnocení zdravotního stavu populace bude zásadní sledovat nejen úmrtnost a nemocnost, ale také následky nemoci. Za tímto účelem se začaly používat další užitečné ukazatele hodnocení kvality života a zdravotního stavu u těch, kteří mají zvýšenou životnost.

Očekávaná délka života bez nemoci (MSC, 2000) vyznačuje průměrný počet let bez postižení nebo vážné nemoci, které má osoba určitého věku před sebou. Vypočítají se pomocí koeficientů úmrť a invalidity a poskytují informace nejen o tom, jak dlouhý život bude, ale jaká bude jeho kvalita. Ve Španělsku je to při porodu 69 let u mužů a 72,4 u žen, a na rostoucí křivce, přičemž v obou případech je to nad průměrem zemí Evropské unie (Zpráva o zdraví a pohlavích, 2005).

Předpokládaná délka života bez chronické nemoci (MSC, 2002). Tento ukazatel znamená počet let bez chronického onemocnění, která zůstanou konkrétní osobě v tomto věku až do doby, kdy zemře. Ve Španělsku se předpokládá při narození u mužů 41 let oproti 38 letům u žen. (Zpráva o zdraví a pohlavích, 2005).

Střední délka života v dobrém zdraví (MSC, 2002). Tak se označuje průměrný počet let, které člověk prožije v dobrém zdraví od určitého věku až do smrti. Léta života

jsou hodnocena podle subjektivního vnímání zdraví lidí. Ve Španělsku to bylo v roce 2002 při narození 56,3 roků u mužů a 53,9 roků u žen bez vážnějších zdravotních potíží. (Health and Gender Report, 2005).

Analýza všech výše uvedených údajů nás vede k závěru, že ve skutečnosti existuje rozdíl úmrtnosti a nemocnosti žen a mužů, je-li rozdíl v nemocnosti chápán jako skupina patologií, rizikových faktorů a důvodů pro lékařské vyšetření, které vyžadují zvláštní nebo různou pozornost žen a mužů.

To také ukazuje na existenci toho, co se nazývá **paradoxem úmrtnosti / nemocnosti: ženy žijí déle, ale mají horší zdraví** (viz například Sánchez-López, M.P. 2004.), který zde pouze zmíníme, neboť existuje řada studií; ačkoli již bylo vypsáno velké množství inkoustu na texty o zavedení genderového přístupu v oblasti zdraví.

Jako příklad můžeme s využitím textu mezinárodní organizace uvést některé příklady odlišné nemocnosti (tabulka 4).

Tabulka 4. Příklady Diferenciální nemocnosti

ŽENY	
Žijí déle	Větší počet zdravotních problémů
Častější deprese	Častější hospitalizace
Větší stresové přetížení (rodina / práce)	Zvýšená konzumace léků
Více chronických onemocnění, jako je artritida a osteoporóza	Hlásí horší zdraví
Více úrazů a úmrtí vzniklých na základě domácího násilí	Vyšší počet dní pracovní neschopnosti

Převzato z výroční zprávy, 2005 Mezinárodního koalice zdraví žen

Tato tabulka rozdílů byla zpracována „narychlo a nahrubo“. Bylo by třeba uvést mnoho dalších nuancí s ohledem na některé zde uvedené odlišnosti, například vyšší míru depresí objevujících se u žen (viz například Valls, 2003).

I když se může samozřejmě zdát, že mluvíme o ženách, jako by tvořily monolitickou skupinu, nikdy nesmíme ztrácet ze zřetele skutečnost, že existují vnitroskupinové rozdíly, které mohou být větší než rozdíly mezi skupinami. To znamená, že existují rozdíly mezi ženami (a samozřejmě i muži) s ohledem na jejich rasu, etnickou skupinu, sociálně-ekonomickou úroveň, vzdělání, geografické prostředí, sexuální orientaci... atd.

Stejně tak nelze zapomenout, že při srovnání mužů a žen, pokud nebudeme porovnávat obě skupiny prostřednictvím jiných základních veličin (např. věk, zaměstnanost atd.), nevyhodnocujeme možné rozdíly správně. To je základní princip každého srovnání mezi skupinami, které se paradoxně často opomíjí, když srovnáváme skupiny mužů a žen. Základní obecnou zásadou je, že vždy existuje interakce mezi skutečností žen a mužů a dalšími proměnnými. Jedná se například věk, kulturu... a mnoho dalších.

Zachází se ve zdravotní péči se ženami a muži stejně (a spravedlivě), nebo existují předsudky?

Pokud se vrátíme k novinovému článku, kterým jsme začali, a porovnáme jej s realitou a významem kardiovaskulárních onemocnění u žen, jsme v pokušení dojít k závěru, že alespoň v tomto ohledu se ženy se zdají být opomíjené. Jak v letošním

roce prohlásil Valentín Fuster, (mezinárodně uznávaný kardiolog, ředitel Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares ve Španělsku a Kardiovaskulárního ústavu Mount Sinai Medical Center v New Yorku), když představoval svou nadaci zdravotní výchovy: „Nadace se jmenuje **She** – jsou to iniciály vědy, zdravotnictví a vzdělávání (Science, Health, Education) v anglickém jazyce – protože na ženy se nehledí s takovou pozorností, která by jim měla být v souvislosti s kardiovaskulárním zdravím věnována; v této oblasti je třeba ještě mnohé udělat.“ Přezkoumání několika aspektů souvisejících se zdravím nás vede k závěru, že ženy byly poměrně často opomíjeny (srov. například Valls, 2006). Teprve nedávno se začaly sledovat rozdíly mezi pohlavími v souvislosti s onemocněním a umíráním, a ani dnes není dostatek zdravotnické statistiky, která by poskytovala informace rozdělené podle pohlaví. „Neviditelnost“ žen byla tradičně nejvíce patrná ve:

- a) zdravotnickém výzkumu, například v klinických testech, kde nepřítomnost žen byla a stále je notoricky známá, i když se při mnoha příležitostech předpokládalo, že zjištění lze extrapolovat i na muže a ženy. Až teprve v roce 1977 zveřejnil Americký úřad potravin a léčiv manuál, který výslovně vyloučil zkoušky na ženách v plodném věku. To vedlo k mezeře v poznání toho, jak žen negativně ovlivňuje mnoho léků a léčebných postupů. Od roku 1993 vyžadují právní předpisy ve Spojených státech, aby klinické studie financované Národním institutem zdraví (NIH), ve zkoumané populaci zahrnovaly muže i ženy (stejně jako lidi z různých etnických menšin). NIH zveřejnil pokyny ke zkoumání a vyhodnocování rozdílů v hodnocení na základě pohlaví, s podporou zapojení žen a s cílem zjistit možné klinicky významné rozdíly v reakci na farmaceutické produkty a s použitím rodového přístupu při plánování výzkumů.
- b) vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří trpí celkovým nedostatkem specifického vzdělávání v oblasti genderu, centrálním, regulovaným způsobem. (srov. Colmer Revuelta a Sánchez-López, 2007).
- c) lékařské péči. Někdy zdravotní péče není stále stejná v průběhu nemoci. Později se vrátíme k příkladu kardiovaskulárních onemocnění.

Neypadá to tedy, že by mezi ženami a muži byla nějaká skutečná rovnoprávnost v otázce zdraví. Spíše se zdá, že lze hovořit o existenci podjatosti. I pouze zběžným prozkoumáním zjistíme, že existují různé způsoby vykazování této neobjektivnosti v oblasti pohledu na zdraví. Tradičně existují tři různé projevy tohoto zkresleného pohledu.

- Rovnost mezi pohlavími se předpokládá, i když neexistuje. Klasickým příkladem obvykle užívaným v tomto ohledu je aspirin. Velmi často, až donedávna a dokonce i dnes, dostávají pacienti radu užívat kyselinu acetylsalicylovou, aby se vyhnuli infarktu. Problém je, že studie, ze které je toto doporučení vychází, obsahovala v klinických zkouškách z větší části pouze muže. Citujeme výsledky studie Ridker et al. (2005) jako příklad toho, jak je málo je známo z výzkumů zdraví žen. Souhrn výsledků našich výzkumů je následující:
 - ➔ Kyselina acetylsalicylová (100 g každý druhý den) nemá žádný vliv na prevenci srdečních infarktů u žen.
 - ➔ Nemá žádný vliv v prevenci kardiovaskulárních příhod.
 - ➔ Krvácení do gastrointestinálního traktu je u žen častější než u mužů.
 - ➔ Preventivní účinky má aspirin u žen nad 65let

Tato zjištění nás přinejmenším vedou k pozornosti při zveřejňování všeobecných doporučení pro muže a ženy ohledně dávkování aspirinu, přinejmenším dokud nejsou k dispozici přesnější výsledky vyplývající z výzkumu prováděného na ženách.

- Předpokládají se rozdíly, i když existuje rovnost. Vzorovým příkladem je režim stanovený pro kardiovaskulární onemocnění. Ještě před 30 lety byla považována za „onemocnění mužů“, ale dnešní zkušenost ukazuje, že tento předpoklad je nepravdivý nebo neúplný. Tyto choroby nejenže ovlivňují ženy i muže, ale na ženy mají vliv jiným způsobem. Existují rozdíly v symptomatologii, diagnostice, léčbě i rehabilitaci. Zaujatost se projevuje, pokud se také nezohlední, že tato nemoc je u žen nejčastější příčinou smrti. Národní a mezinárodní studie mimo to ukazují, že u stejných případů koronární patologie se ženám nedostává stejné lékařské a chirurgické péče (např. Ayanian a Epstein, 1991), a údaje ukazují, že úmrtnost po záchvatu je výrazně vyšší u žen (68 % proti 33 %, například Marrugat et al, 1998. Pro přehled, Sans, 2007).
- Omezení na jednu oblast, a to na reprodukci. Jak uvedla Barbara Rahder a Rebecca Peterson (2006), pouze výzkum rozdílů mezi pohlavími nemůže být základním kamenem. Pokud tomu tak bylo, museli bychom dosáhnout bodu (a to se stalo), kdy se zdůrazňují potřeby žen pouze jako výsledek biologie: tj. ty, které se týkají reprodukce, tzn., že zdraví žen omezují výhradně na sexuální a reprodukční zdraví. To omezuje zájem o zdraví žen pouze na období jejich života související s mateřstvím, a to je nebezpečné v tom smyslu, že identifikuje ženu pouze jako rozmnožovačku a pečovatelku.

A na závěr třetí otázka.

Když mluvíme o mužích a ženách (v tomto případě v souvislosti se zdravím), mluvíme pouze o rozdílech mezi pohlavími, nebo také v závislosti na genderu?

Čím více informací z výzkumné práce máme v rukou, tím je jasnější, že je třeba zavést analýzu pohlaví a genderovou analýzu jako proměnné ve zdravotnickém výzkumu a praxi. Pokud pod pojmem „pohlaví“ rozumíme biologické rozdíly mezi muži a ženami a pod pojmem „gender“ pak sociální a kulturní rozdíly žen a mužů, pak nám údaje ukazují, že obě reality hluboce ovlivňují stanovení zdravotního stavu. Pohlaví může ve skutečnosti podmiňovat diferenciální sklony k určitým stavům zdraví nebo nemoci, různým rizikovým faktorům a rozdílným potřebám péče. Gender může podmiňovat také různou míru vystavení určitým rizikům, různé způsoby vyhledávání zdravotnické péče, nebo odlišné dopady sociálních a ekonomických faktorů ovlivňujících zdraví (viz například Sánchez-López, 2003). Čím dál více převládá myšlenka, že složitá genderová struktura, vzájemné působení pohlaví a biologických či imunologických rozdílů vytváří zdravotní podmínky, situace a problémy, které jsou odlišné pro ženy a pro muže jako jednotlivce i jako skupiny.

Mezi zdravím, pohlavím a genderem tedy existuje blízký vztah, stejně jako biologické a biomedicínské modely nedokážou vysvětlit, jak je nemocnost rozdělena mezi obyvatelstvo v souvislosti s linkou chudoby (vzorec spojený s hospodářskou a sociální strukturou společnosti), a nejsou schopny vysvětlit rozdíly ve zdraví mezi muži a ženami. Pravdou je, že existuje spojitost mezi zdravím a genderem, pokud je rod jedním z určujících faktorů zdraví.

Samozřejmě, že ne každý rozdíl ve zdraví žen a mužů zahrnuje genderovou nerovnost. Tento koncept je vyhrazen pro ty rozdíly, které se považují za zbytečné, vyhnutelné a také nespravedlivé. Proto také dosažení úplné spravedlnosti ve zdravotnictví nutně nepovede ke stejné míře úmrtnosti a nemocnosti u žen a mužů, ale spíše k odstranění vyhnutelných rozdílů v možnostech vedoucích k udržení zdraví a omezení nemoci, postižení nebo úmrtí na choroby, které lze léčit. Stejně tak by to nemělo vést ke shodným kvótám zdrojů a služeb pro muže a ženy, ale místo toho by měla existovat rozdílná struktura přidělování a příjmu prostředků v závislosti na konkrétních potřebách každého člověka a každého socio-ekonomického kontextu.

Vzhledem k tomu, co jsme doposud zjistili, nebude v žádném případě nic bizarního trvat na tom, že musíme mluvit o genderové rovnosti a zdraví (nebo o zdraví s rodového hlediska).

Literatura

- Annual Report (2005). *International Women's Health Coalition* (<http://www.iwhc.org/>).
- AYANIAN, J. Z. Y EPSTEIN, A. M. (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine*, 325, 221-225
- BOIX, R., CAÑELLAS, S. ALMAZÁN, J. CERRATO, E., MESEGUER, C. M. y MEDRANO M. J. (2003). Mortalidad cardiovascular en España. Año 2000. (Cardiovascular death rates in Spain, Year 2000). *Boletín epidemiológico*. 11, 21, 241-252.
- Colomer Revuelta, C. y SÁNCHEZ-LÓPEZ, M.P. (2007). *La aplicación del enfoque de género al estudio de la salud. En Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Materiales didácticos.* (Application of the gender approach to health study. In Program for Training trainers in Gender Perspectives in health. Teaching material) Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 3-8, módulo 1.
- Informe Salud y Género, 2005 (Report on Health and Gender). Observatorio Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo. (www.msc.es/organizacion/sns/.../informe2005SaludGenero.pdf)
- MARRUGAT, J., SALA, J., MASIA, R., PAVESI, M. y SANZ, G. (1998). Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 280,1405-9.
- WHO (2003). *Report on health worldwide, 2003, Let us build the future* <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
- RAHDER, B. Y PETERSON, R. (2006). *An Environmental Framework for Women's Health*. Toronto: National Network on Environments and Women's Health.
- RIDKER, P.M., COOK, N.R., LEE, I.M., GORDON, D., GAZIANO, J.M., MANSON, J. E., HENNEKENS, C.H. y BURING, J.E. (2005) A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. *The New England Journal of Medicine*, 352, 13, 1293-304.

- SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. P. (Directora) 2003. *Mujer y salud: familia, trabajo y Sociedad. (Women and health: family, work and Society)* Madrid: Díaz de Santos.
- SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. P. (2004). Women's Health. En C. D. Spielberger. *Encyclopedia of Applied Psychology. Vol 3* (pp. 677-682). San Diego: Elsevier Academic Press.
- SANS, S. & PALUZIE, G. (2000). Evolución de la morbi-mortalidad por EECCVV en España 1970-1996. (Evolution of morbidity-mortality by Cardiovascular rate in Spain 1970-1999). *Cuadernos latinoamericanos de hipertensión*, 5, 13-24.
- SANS, S. (2007). Enfermedades Cardiovasculares (Cardiovascular Illnesses). En Colomer Revuelta, C. y Sánchez-López, M.P. (dir.). *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Materiales didácticos. (Program for Training Trainers in Gender Perspective in Health. Teaching Material)* Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 3-21, módulo 6.
- VALLS LLOBET, C. (2003). *Pobreza, condiciones de trabajo, estereotipos de género y salud de las mujeres. (Poverty, working conditions, gender stereotypes and women's health)* En M. P. Sánchez-López, dir. *Mujer y salud: familia, trabajo y Sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- SOUBBOTINA, T. P. (2004). Beyond Economic Growth. An Introduction to Sustainable Development. Second Edition. *World Bank*. (<http://www.worldbank.org/depweb/spanish/beyond/beg-sp.html>)
- VALLS-LLOBET, C. (2006). *Mujeres Invisibles. (Invisible Women)* Editorial de Bolsillo. Barcelona.

HEALTH AND GENDER

Abstract: Why is it necessary to talk about gender and health? Are there differences between men and women in health? Does gender affect health? This article offers evidence which reveals a close association between health and gender. Biological and biomedical models neither explain why the distribution of the diseases in the population follows the contours of poverty (pattern associated with economic and social structure of society), nor they explain health differences between women and men . There is a clear association between health and gender: Gender is one of the determinants of health.

Keywords: health in the view of gender, bio-psycho-social model of health, mortality and illness according to the gender, inequality of approaches to the health