

Perspectiva de gènere
Anàlisi de l'evolució de la plantilla
de l'Institut Català de la Salut
(1983 – 2012)



Evolució de la plantilla de l'Institut Català de la Salut 1983-2012

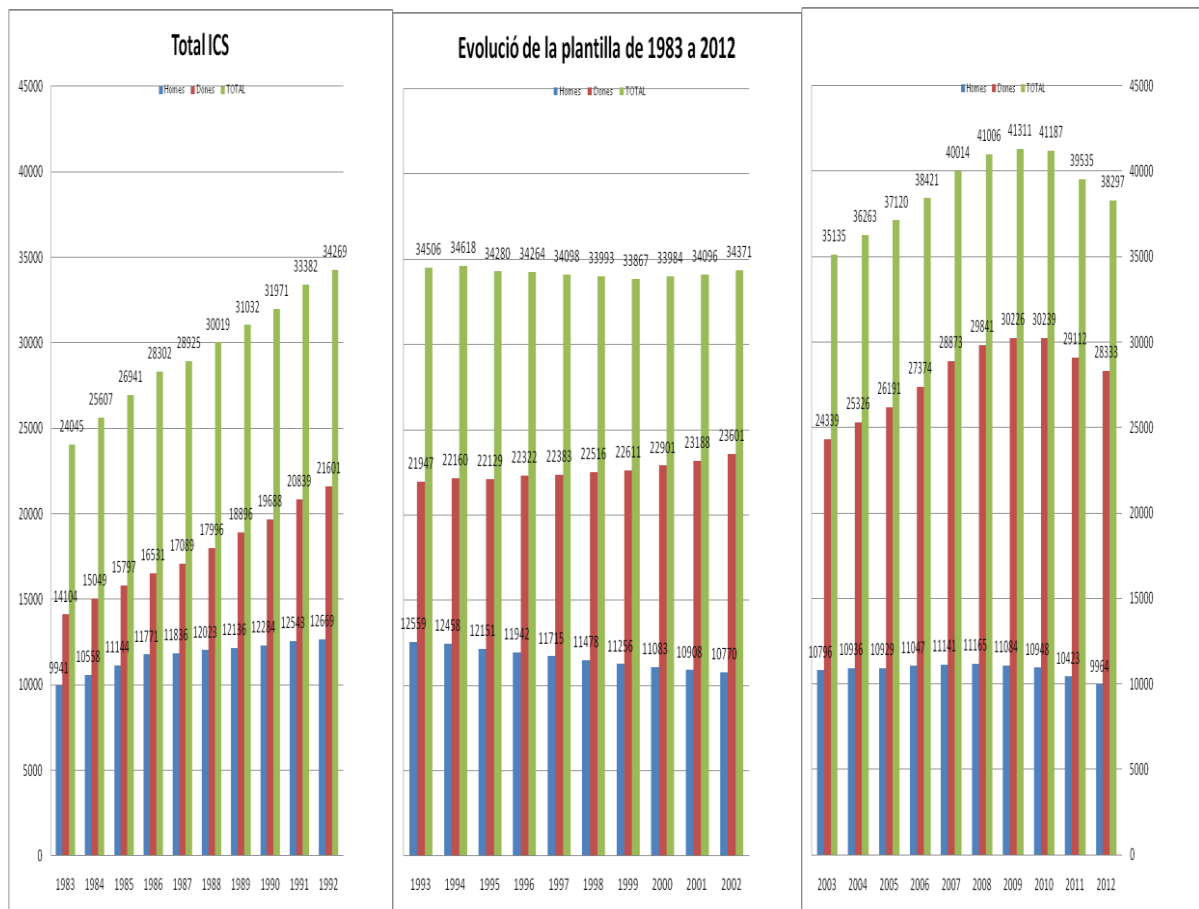
Anàlisi de les dades

Fa ja molt de temps que persones expertes i estudioses de la matèria aprofundeixen en l'anàlisi de la progressiva feminització de les professions vinculades als sistemes de salut.

A títol de referència, l'any 2009 es va dictar la conferència "Feminització de la professió mèdica: una realitat que exigeix canvis en les organitzacions sanitàries", a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, on s'expressava que hom ha d'acceptar que els canvis socials i culturals pel que fa als rols de sexe són també presents, com és natural, a les organitzacions sanitàries i que això planteja una sèrie de reptes que cal afrontar. També s'assenyalava que el procés de feminització de la medicina és, a part d'una realitat, una oportunitat (i no una amenaça) per millorar els processos de les institucions sanitàries. Assumir, s'hi deia, la gestió del talent, entesa com el suport i la difusió de les bones pràctiques, potenciar la formació continuada dels i les professionals, premiar el treball en equip i l'assumpció de responsabilitats en la gestió, o implantar sistemes retributius basats en incentius i crear sistemes de seguiment que permetin la millora contínua, s'ha d'entendre com un pas necessari per dotar el model d'una major obertura i permeabilitat en tots els sentits. Es tracta, finalitzava la conferència, de fer del sistema sanitari un model d'eficiència, qualitat i equitat, tant per a la ciutadania, que el gaudeix, com per als i les professionals, que en són el motor.

L'Institut Català de la Salut, doncs, no és una institució aliena a aquest fenomen. Així, aquesta progressiva feminització de les professions s'observa en l'anàlisi del document **Perspectiva de Gènere, Evolució de la plantilla de l'Institut Català de la Salut 1983-2012**, que recull, ni més ni menys, tota la trajectòria vital de la institució d'ençà la seva creació.

La manera més ràpida de veure a cop d'ull l'evolució apuntada és analitzar de forma comparativa les dades corresponents a l'any 1983, respecte de les dades de l'any 2012, per grup professional i pel total general. També s'ha considerat adequat, per la seva especificitat i per l'heterogeneïtat dels col·lectius que l'integren, fer una especial incidència en el detall del grup professional Gestió i serveis i del total del personal que hi pertany. Les dades s'expressen en tant per cent, respecte del total de professionals del grup o de la totalitat de la plantilla.



Generals

Grup Professional	Dones 1983	Dones 2012	Homes 1983	Homes 2012
Sanitari A	117,56	54,27	82,43	45,72
Sanitari A2	81,25	89,41	18,74	10,58
Gestió i serveis	54,91	65,03	45,08	34,96
Residents	39,95	66,79	60,0	33,20
Tècnic mitjà sanitari	98,28	96,98	1,71	3,01
Tècnic superior sanitari	-----	82,98	-----	17,01
Total	58,65	73,98	41,34	26,01

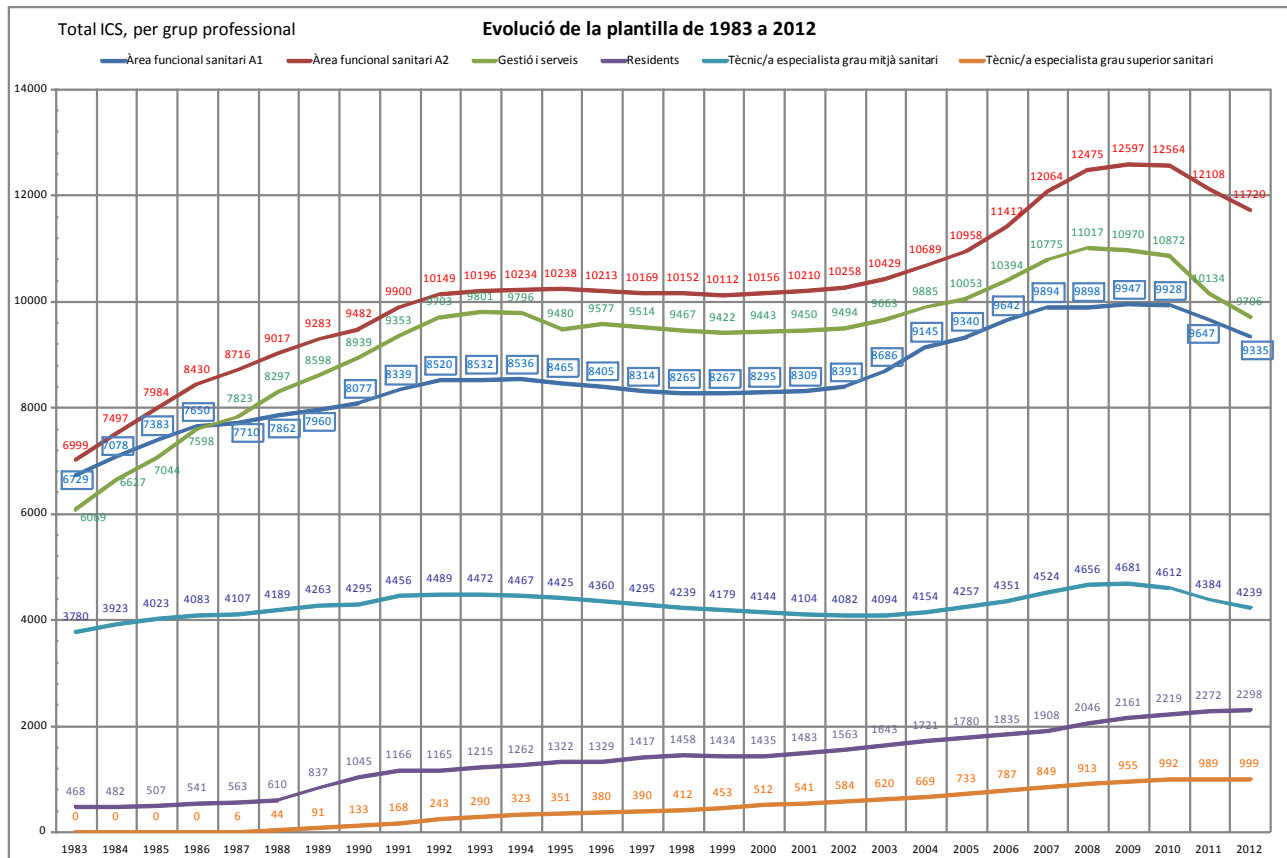
De les dades exposades, es desprèn que el percentatge de dones, en la comparació entre l'any 1983 i l'any 2012, ha augmentat en tots els grups professionals, llevat del grup Tècnic mitjà sanitari, en què ha sofert una petita disminució.

Detall del grup Gestió i serveis

	Dones 1983	Dones 2012	Homes 1983	Homes 2012
Adm., tècnic i comand.	85,98	78,92	14,01	21,07
Hoteleria i altre aux.	76,65	70,85	23,34	29,00
Tècnic FP i oficis	1,72	2,83	98,27	97,16
Zelador i subaltern	0,88	30,55	99,11	69,44
Total	54,91	65,03	45,57	34,96

En l'anàlisi del detall del grup Gestió i serveis, el percentatge de dones també ha augmentat en tots els casos, llevat dels supòsits de Funció administrativa, tècnica i comandament, d'una banda, i de personal d'Hoteleria i altre auxiliar, de l'altra.

Trets destacables en l'evolució de la plantilla de l'ICS 1983-2012

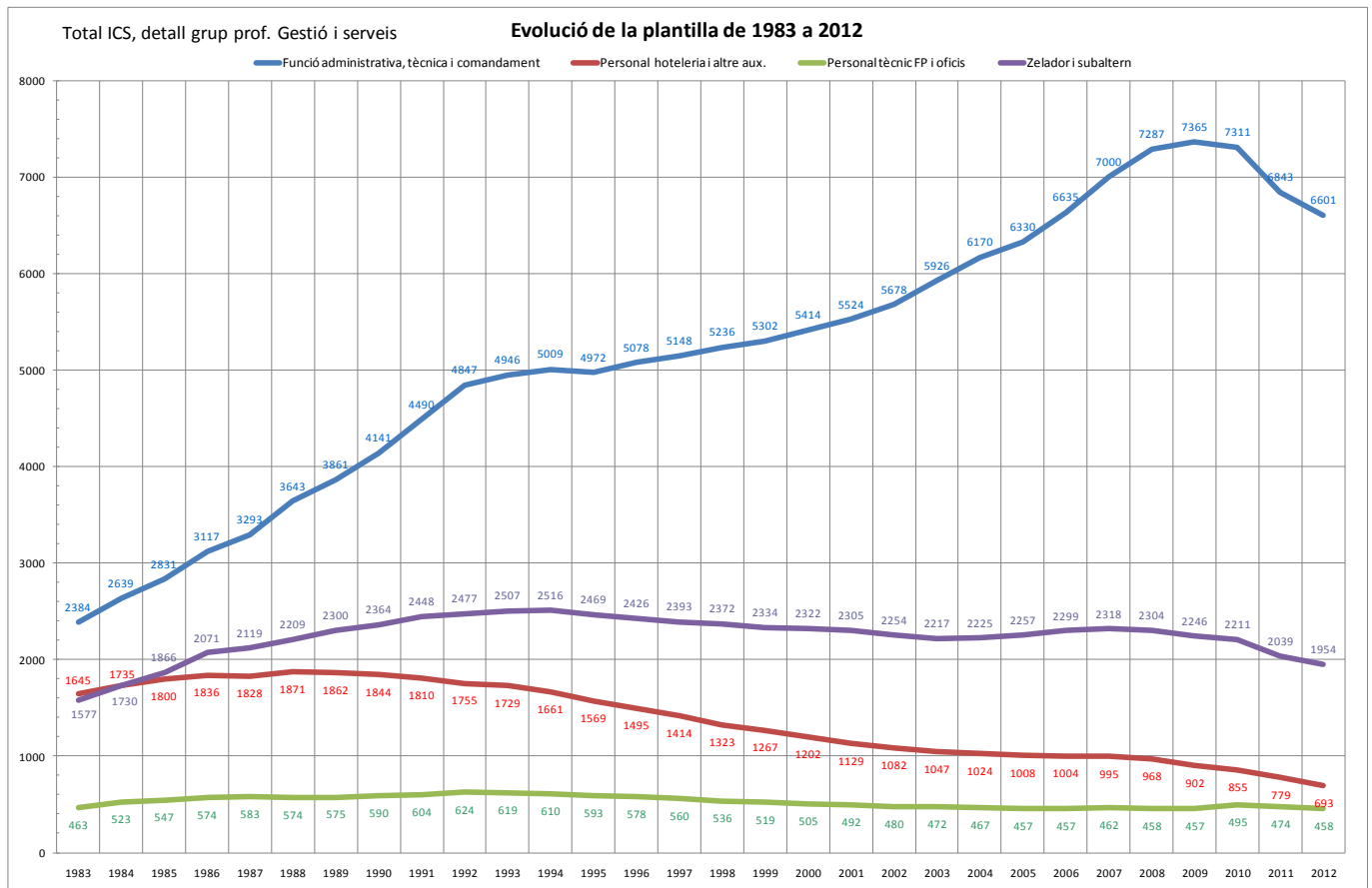


Primer. S'observa, amb caràcter general, que hi ha en totes les categories un comportament similar al llarg del període analitzat; comportament que es caracteritza per les fases següents:

- Anys 1980: creixement
- Anys 1990: estabilitat
- Any 2000 – 2008: nova fase de creixement
- A partir de l'any 2008, davallada en el nombre d'efectius

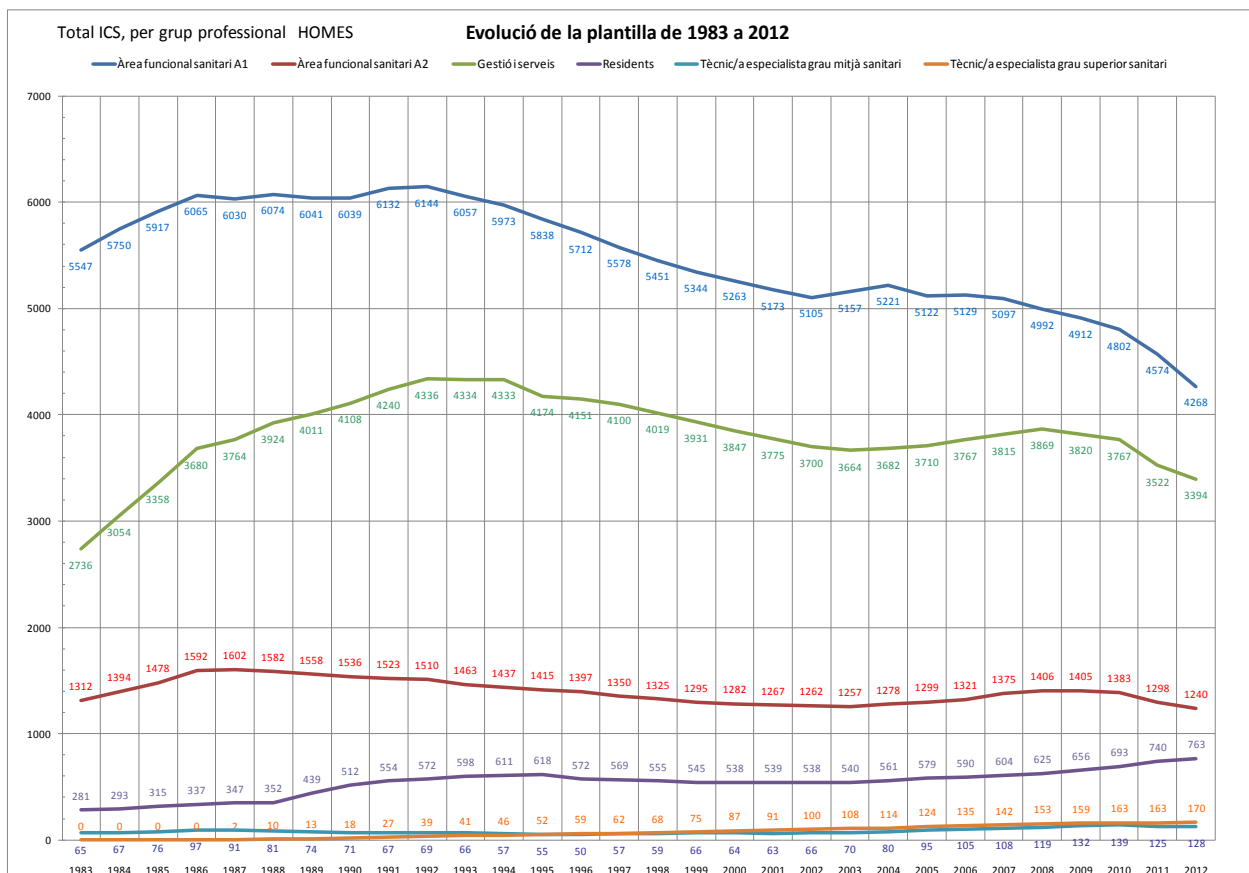
Aquesta anàlisi fa referència, bàsicament, a personal sanitari, de gestió i serveis, i a tècnics especialistes de grau mitjà sanitari.

En el cas del personal resident, es partia d'un nombre molt baix de professionals en formació que ha anat creixent al llarg de tot el període sense que s'hagi produït una davallada en cap moment en el nombre d'efectius. El mateix comportament ha caracteritzat l'evolució del personal tècnic de grau superior.

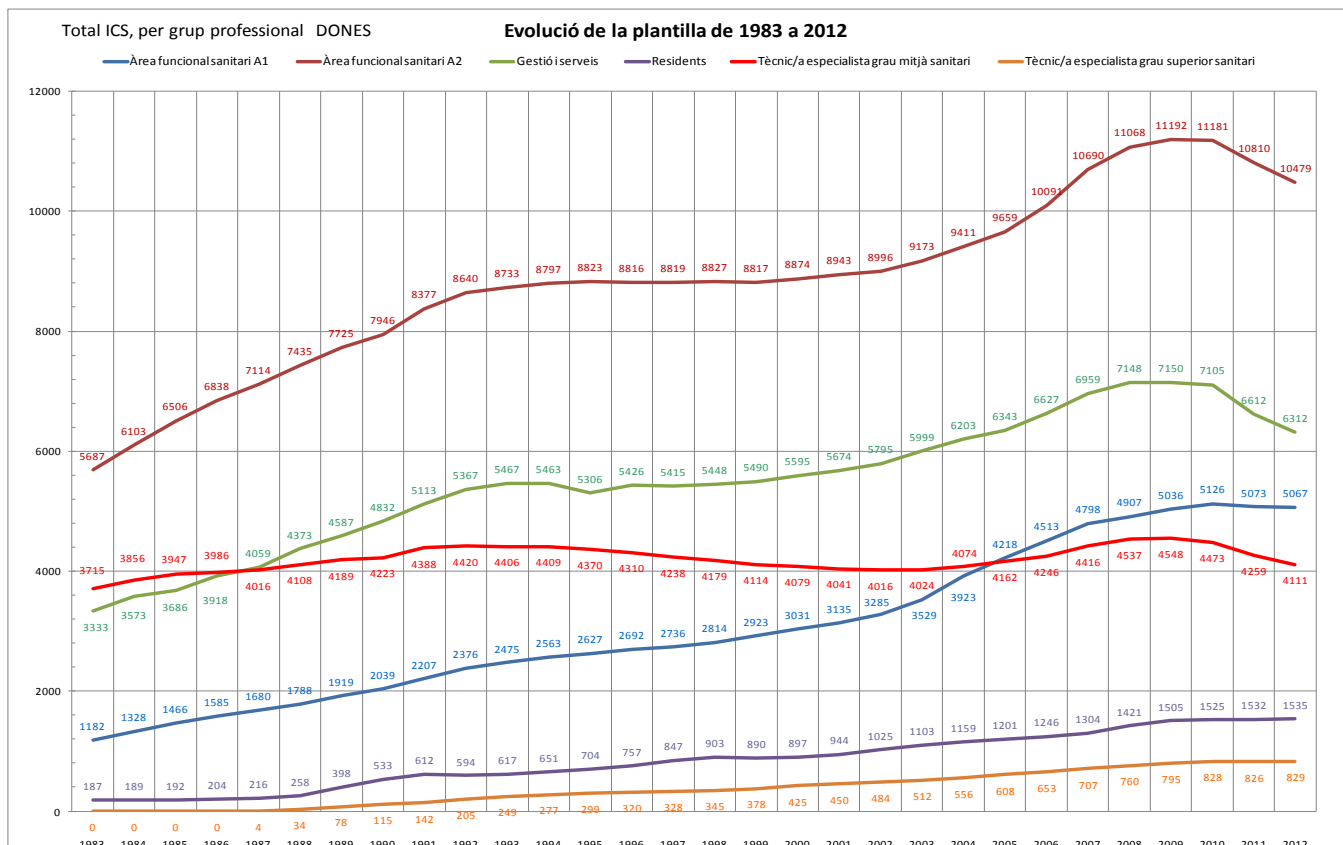


Segon. Si s'observa el detall del grup professional Administració i serveis, es pot destacar el següent:

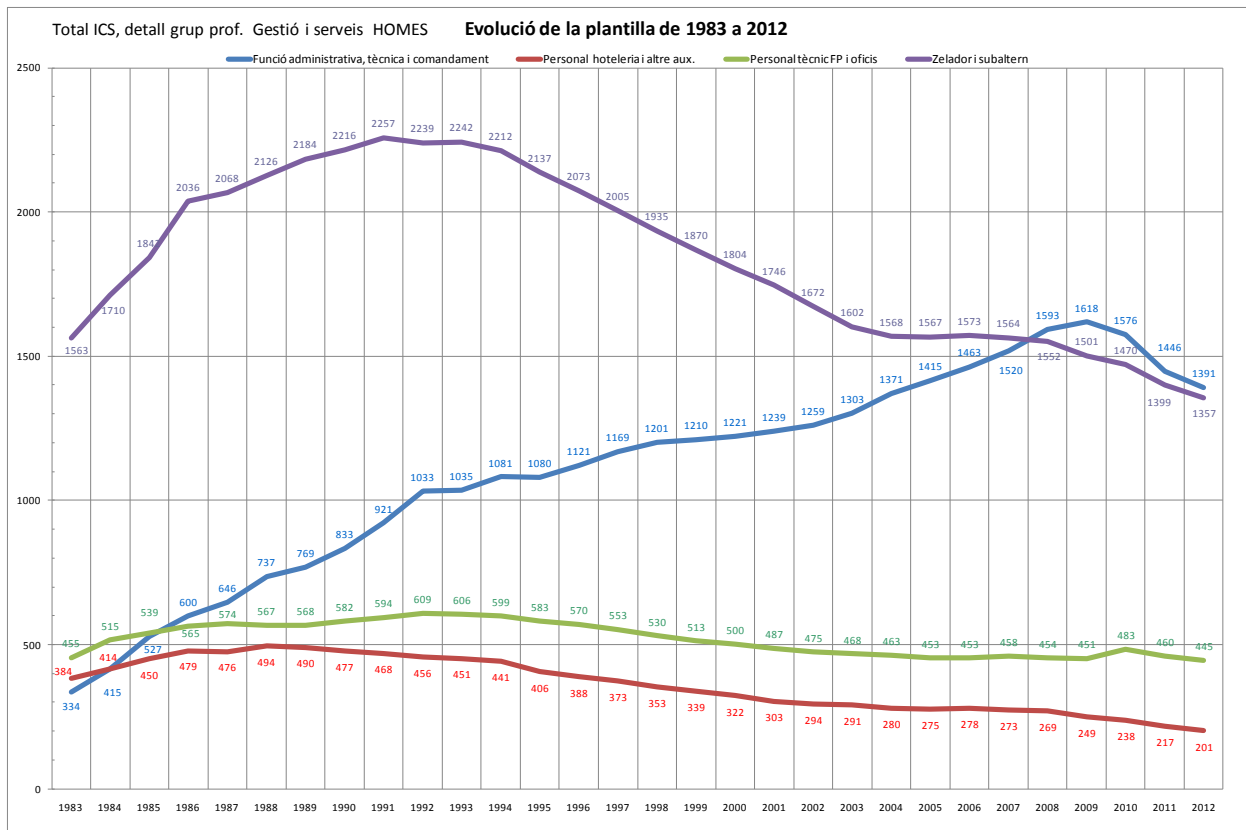
- L'evolució del nombre d'efectius de professionals de la funció administrativa, tècnica i de comandament ha estat *in crescendo* fins a mitjan any 2009, quan es va començar a produir una davallada. No ha passat, així doncs, aquesta evolució per la fase de replà que va afectar el conjunt de la plantilla durant la dècada dels 90.
- El nombre d'efectius corresponents a hoteleria i altres ha patit, en la seva evolució al llarg del període, una davallada constant a partir de 1990.
- El personal tècnic i de formació professional i oficis s'ha mantingut molt estable durant tot el temps que comprèn l'anàlisi.



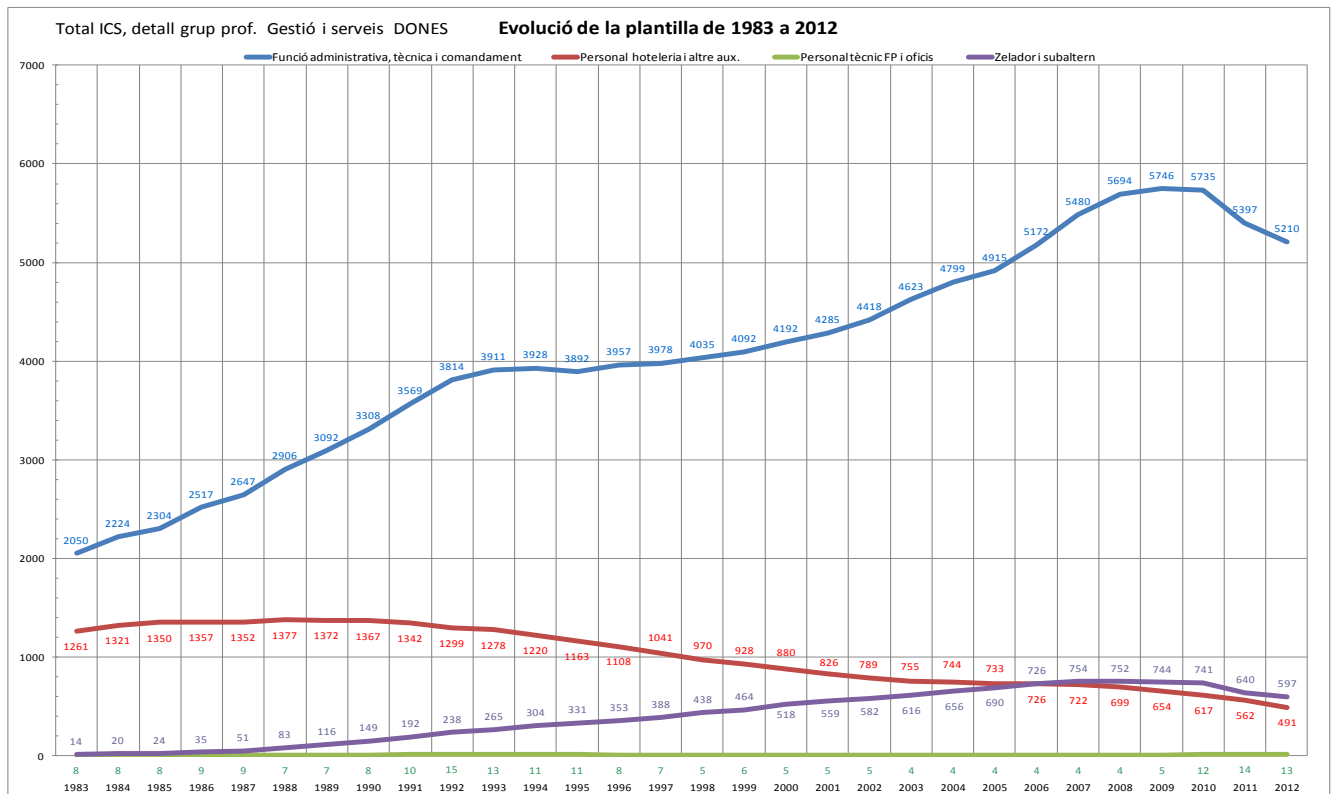
Tercer. L'evolució de la plantilla masculina no té un comportament similar o paral·lel a la del conjunt de l'organització. No s'ha produït la fase de replà dels anys 90 ni la nova fase de creixement dels anys del 2000 al 2008, sinó que en el cas del personal sanitari A1 i del de gestió i serveis, llevat d'algun petit pic de creixement l'any 2005 i el 2008, respectivament, s'ha mantingut d'ençà dels anys 1992 i 1994 una davallada constant. En el cas del personal tècnic especialista de grau superior sanitari i del resident, l'evolució ha estat molt plana.



Quart. Tanmateix, l'evolució de la plantilla femenina té un comportament paral·lel a la del conjunt de l'organització, llevat del cas del personal sanitari A1 que ha mantingut un creixement constant, que es manté avui dia, sense que hagi sofert al llarg del període cap fase de davallada.



Cinquè. Si s'analitza l'evolució de la plantilla masculina en el detall del grup professional Administració i serveis, s'observa que, d'ençà de l'any 1991, hi ha un descens constant del nombre d'efectius de personal zelador/subaltern i un creixement constant del grup de la Funció administrativa, tècnica i de comandament fins a l'any 2009, que és quan s'inicia la davallada. El personal tècnic d'FP i el subaltern es manté força constant al llarg del període.

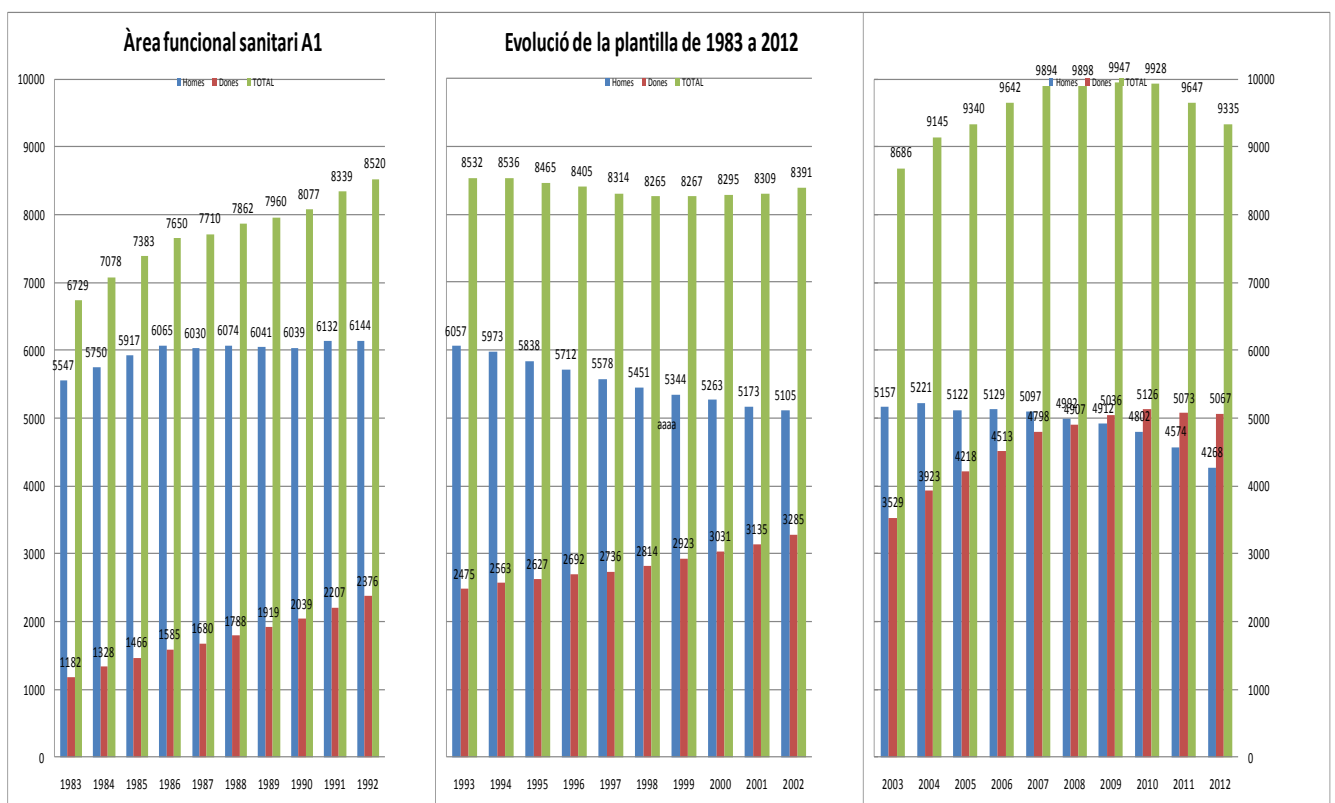


Sisè. En el cas de la plantilla femenina, també s'observa un creixement força constant del grup professional Administració i serveis fins a l'any 2010, quan s'inicia la davallada. En el cas del personal zelador/subaltern hi ha un creixement constant, també fins a l'any 2010, que és quan es produeix un suau descens. Si parlem d'hoteleria, comença la seva davallada a partir de l'any 1994. Es mantenen molt baixos els efectius, durant tot el període, de personal tècnic d'FP i d'oficis.

Anàlisi detallada del període 2008-2012. Consideracions d'ençà de l'inici de la crisi

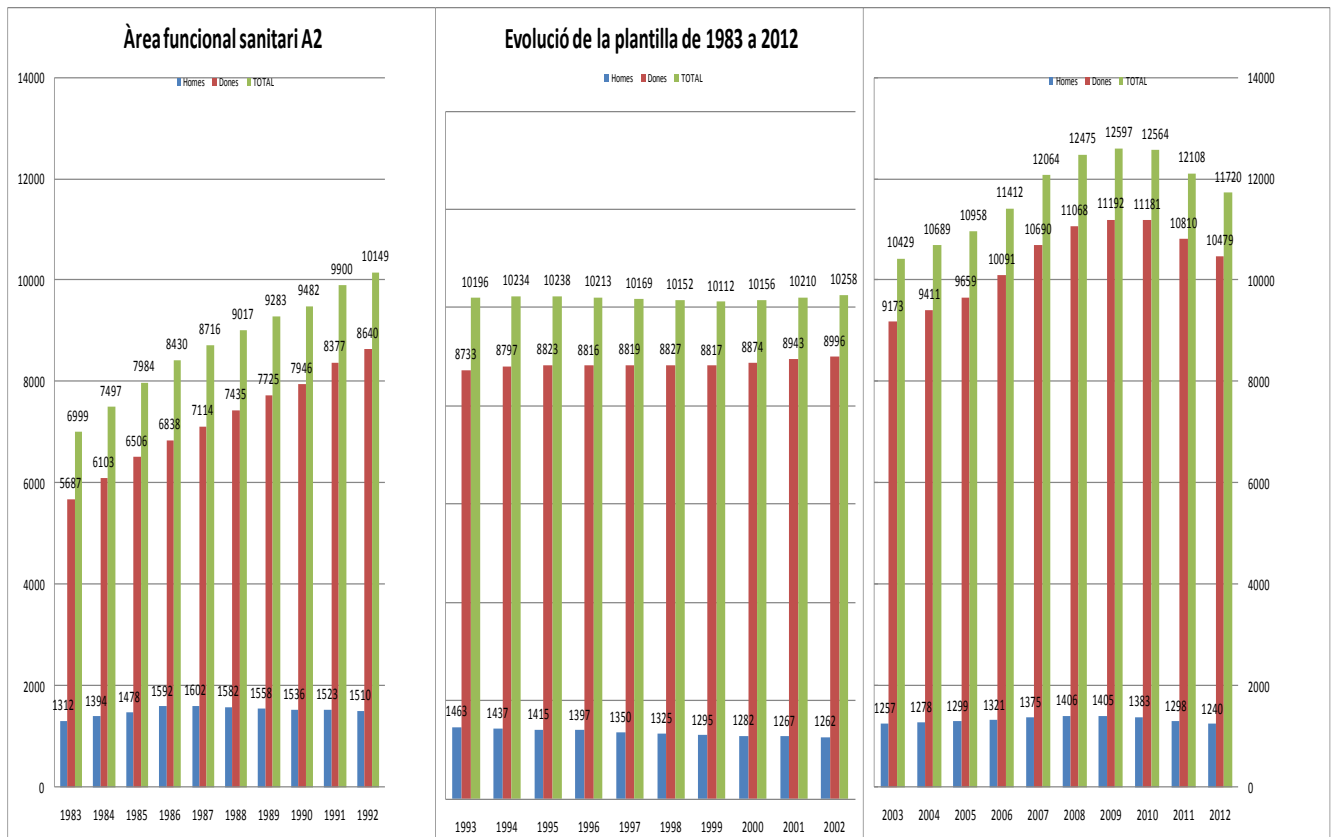
Primer. D'ençà de l'any 1998 fins a l'any 2012, la **plantilla de l'ICS** ha disminuït en 2.709 persones. D'elles, 1.201 han estat homes i 1.508, dones. Un 44,33% d'homes i un 55,66% de dones, respectivament. L'any 2012, en el total de la plantilla de l'ICS, hi ha un **26,01% d'homes** i un **73,98 de dones**.

L'any 2008, el percentatge era del 27,22 per als homes i del 72,77 per a les dones.



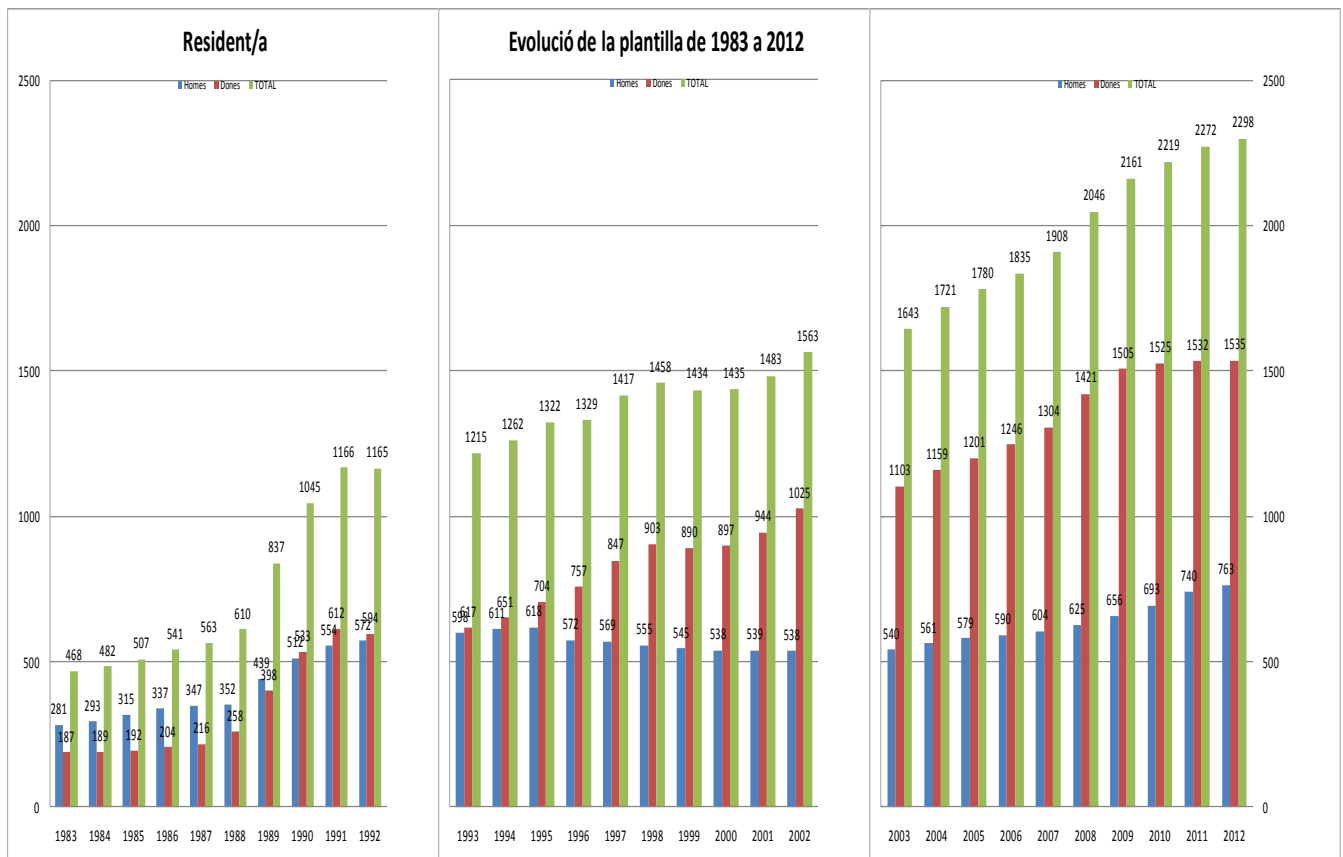
Segon. En el mateix període, si ens referim a l'**Àrea funcional sanitari A1**, es constata que els efectius han disminuït en 563 persones. El 2012, hi ha 724 homes menys i 160 dones més, respecte de l'any 2008. Això representa, l'any 2012, la presència d'un **45,72% d'homes** i d'un **54,27% de dones** en aquesta Àrea.

L'any 2008, el percentatge era del 50,43% per als homes i del 49,57% per a les dones.



Tercer. Prenent ara com a referència l'Àrea funcional sanitari A2, es significa que els efectius han disminuït en 755 persones. El 2012, hi ha 166 homes menys i 589 dones menys, respecte de l'any 2008. Això comporta, l'any 2012, la presència d'un **10,58% d'homes** i d'un **89,41% de dones** en aquesta Àrea funcional.

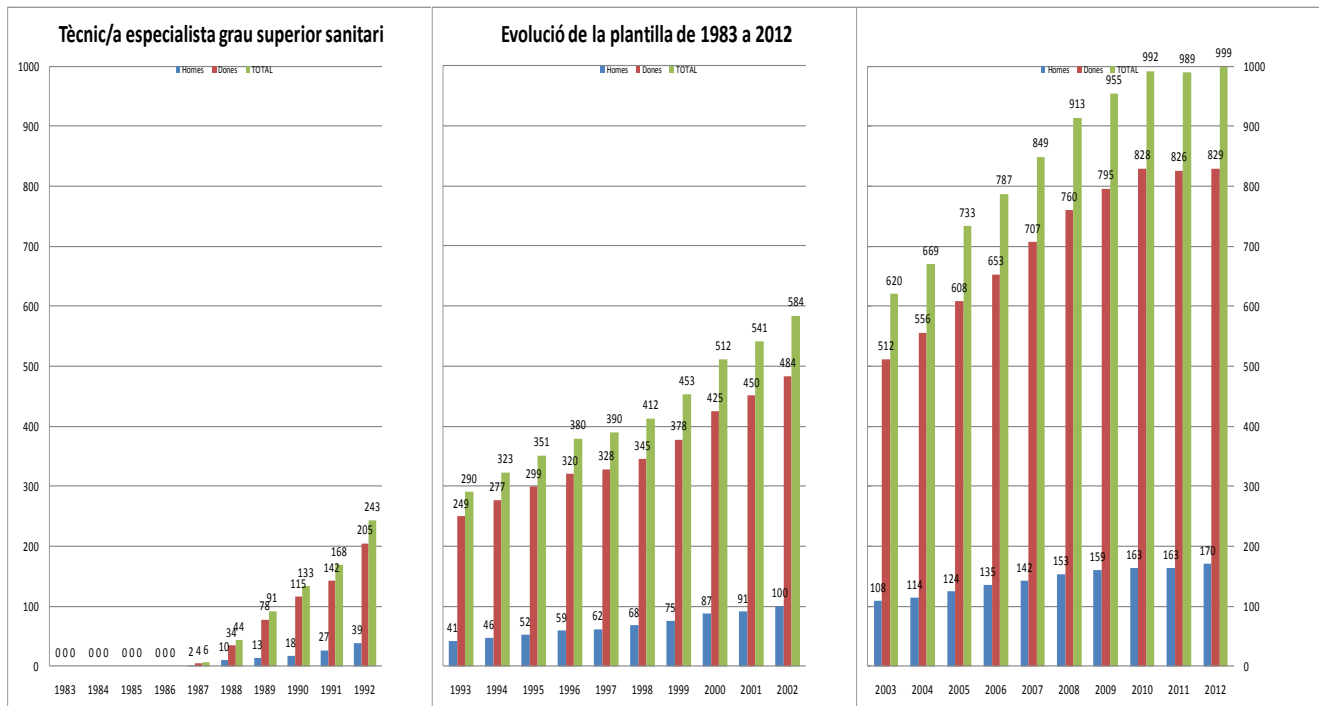
L'any 2008, el percentatge era de l'11,27% per als homes i del 88,72% per a les dones.



Quart. Si s'analitza el **personal resident**, s'observa que el nombre d'efectius ha augmentat des de l'any 2008 fins al 2012 en ambdós sexes, en la xifra de 252 persones. El 2012, hi ha 138 homes més i 114 dones més. Això significa, l'any 2012, la presència d'un **33,20% d'homes** i d'un **66,79% de dones**, en aquest àmbit de la formació postgraduada.

L'any 2008, el percentatge era del 30,54 % per als homes i del 69,45% per a les dones.

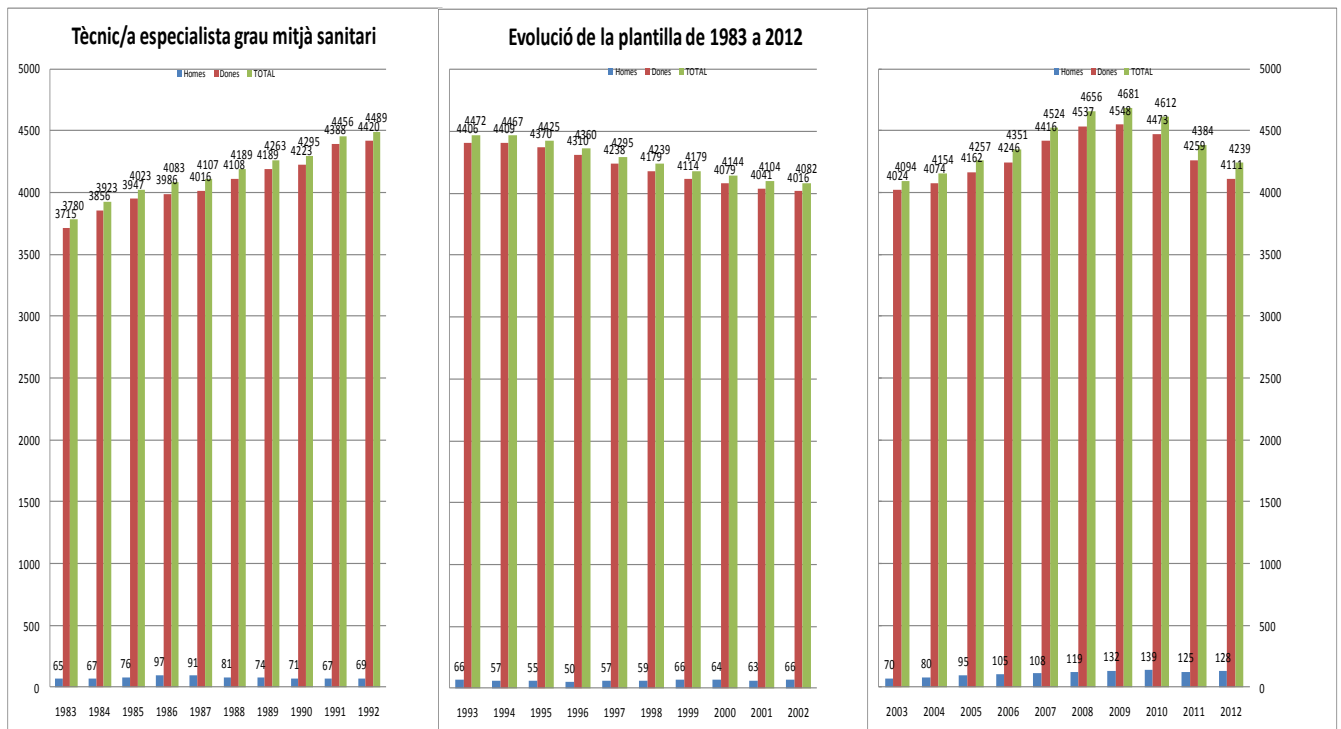
En aquest cas, es produeix una disminució en el percentatge de dones respecte del d'homes, el 2012.



Cinquè. En estudiar el grup corresponent a **Tècnic/a especialista grau superior sanitari**, es fa palès que el nombre d'efectius s'ha incrementat al llarg de tot el període, del 2008 al 2012, per a ambdós sexes, en la xifra de 66 persones. El 2012, hi ha 17 homes més i 69 dones més. Això significa, l'any 2012, la presència d'un **17,01% d'homes** i d'un **82,98% de dones**, en aquesta Àrea funcional.

L'any 2008, el percentatge era del 16,75% per als homes i del 83,24% per a les dones.

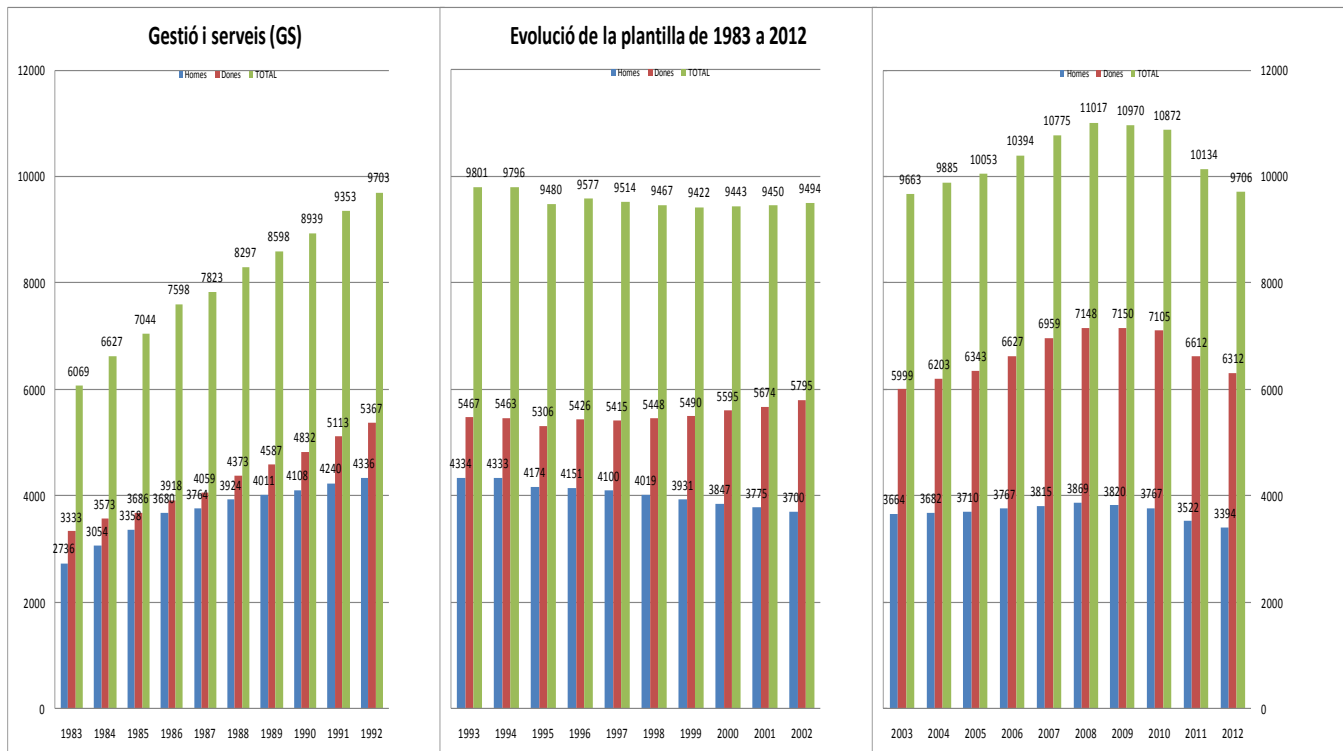
En aquest cas, també es produeix una disminució en el percentatge de dones respecte del d'homes, el 2012.



Sisè. Quan s'analitza el grup corresponent a **Tècnic/a especialista grau mitjà sanitari**, s'observa un increment d'efectius l'any 2009, en ambdós sexes. En el cas de les dones el descens es produeix a partir de 2010; a partir de 2011, en el cas dels homes. En aquest darrer supòsit, s'incrementa el nombre lleugerament el 2012. Des de l'any 2008 a l'any 2012, s'ha produït una disminució total d'efectius de 417 persones. En el cas dels homes, els efectius han augmentat en 9 persones; en el cas de les dones han disminuït en el nombre de 426. Així, l'any 2012, es constata la presència d'un **3,01% d'homes** i d'un **96,98% de dones**.

L'any 2008, el percentatge era del 2,55% per als homes i del 97,44% per a les dones.

De bell nou, en aquest cas també es produeix una disminució en el percentatge de dones respecte al d'homes, el 2012.



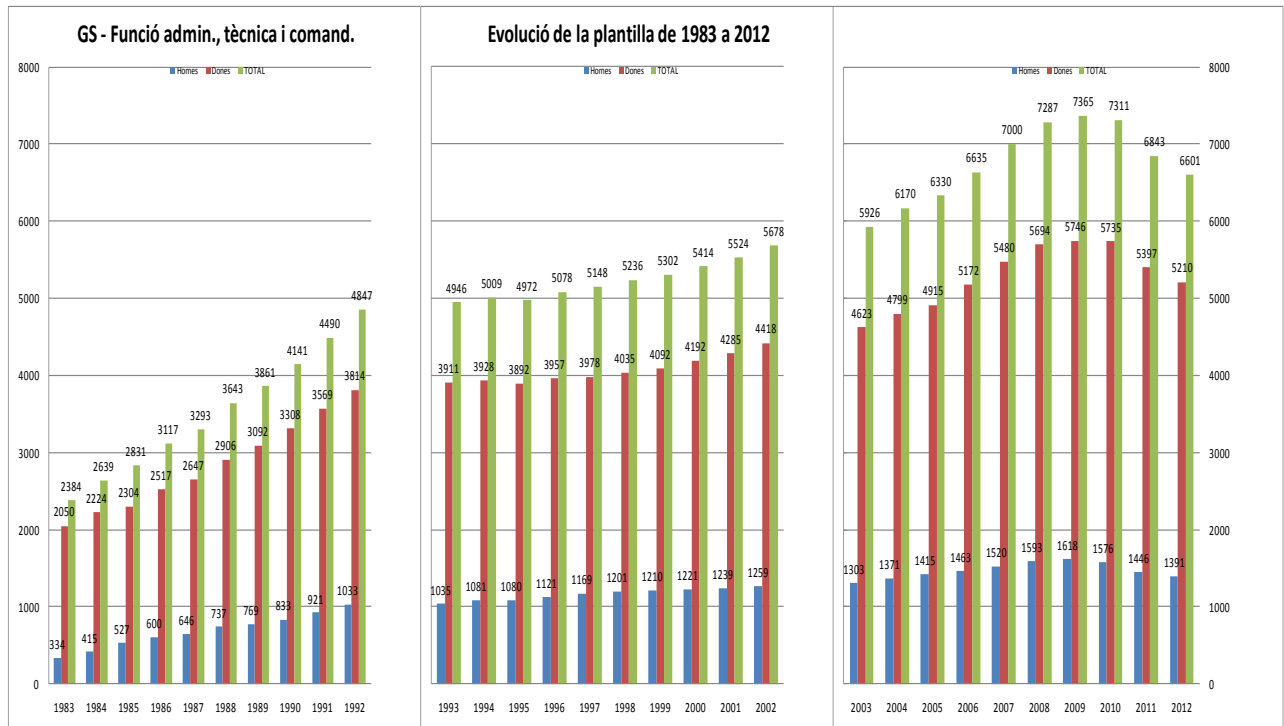
Setè. Finalment, en estudiar el grup corresponent a **Gestió i serveis**, destaca la disminució d'efectius per a ambdós sexes a partir de l'any 2009. Des de l'any 2008 fins al 2012, el nombre d'efectius ha disminuït en 1.311 persones. En el cas dels homes, la disminució d'efectius ha estat de 475 persones; en el cas de les dones, els efectius han disminuït en 836 persones. L'any 2012, es palesa la presència d'un **34,96% d'homes** i d'un **65,03% de dones**.

L'any 2008, el percentatge era del 35,11% per als homes i del 64,88% per a les dones.

	2008		2012	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Àrea funcional sanitari A1	50,43%	49,57%	45,72%	54,27%
Àrea funcional sanitari A2	11,27%	88,72%	10,58%	89,41%
Personal resident	30,54%	69,45%	33,20%	66,79%
Tècnic/a grau superior sanitari	16,75%	83,24%	17,01%	82,98%
Tècnic/a grau mitjà sanitari	2,55%	97,44%	3,01%	96,98%
Gestió i serveis	35,11%	64,88%	34,96%	65,03%
TOTAL ICS	27,22%	72,77%	26,01%	73,98%

Anàlisi detallada del període 2008-2012. Consideracions d'ençà l'inici de la crisi.

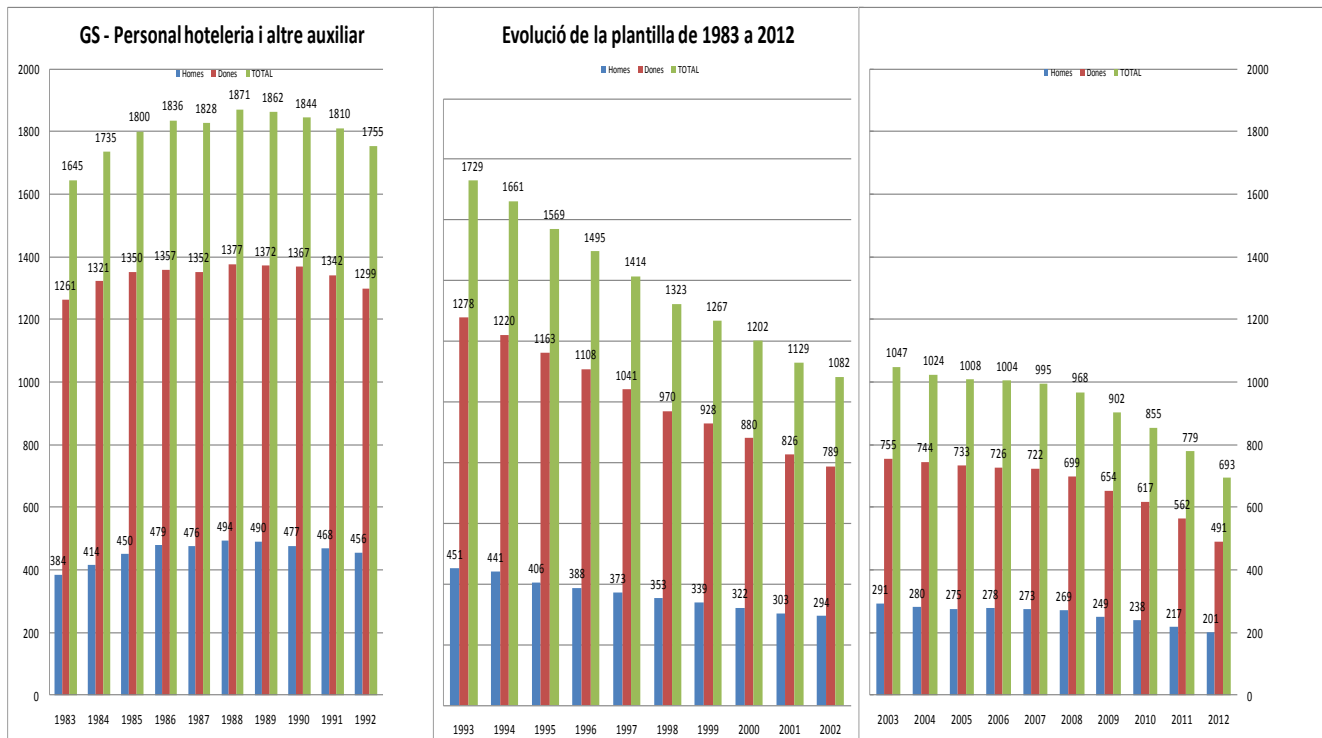
Gestió i serveis



Primer. D'ençà de l'any 1998 fins a l'any 2012, **el personal de la funció administrativa, tècnica i comandament** ha disminuït en 686 persones. D'elles, 202 han estat homes i 484, dones. Un 29,44% d'homes i un 70,55% de dones, respectivament. L'any 2012, en el total de la plantilla de personal de la funció administrativa, tècnica i comandament hi ha un **21,07% d'homes** i un **78,92 % de dones**.

L'any 2008, el percentatge era del 21,86 % per als homes i del 78,13 % per a les dones.

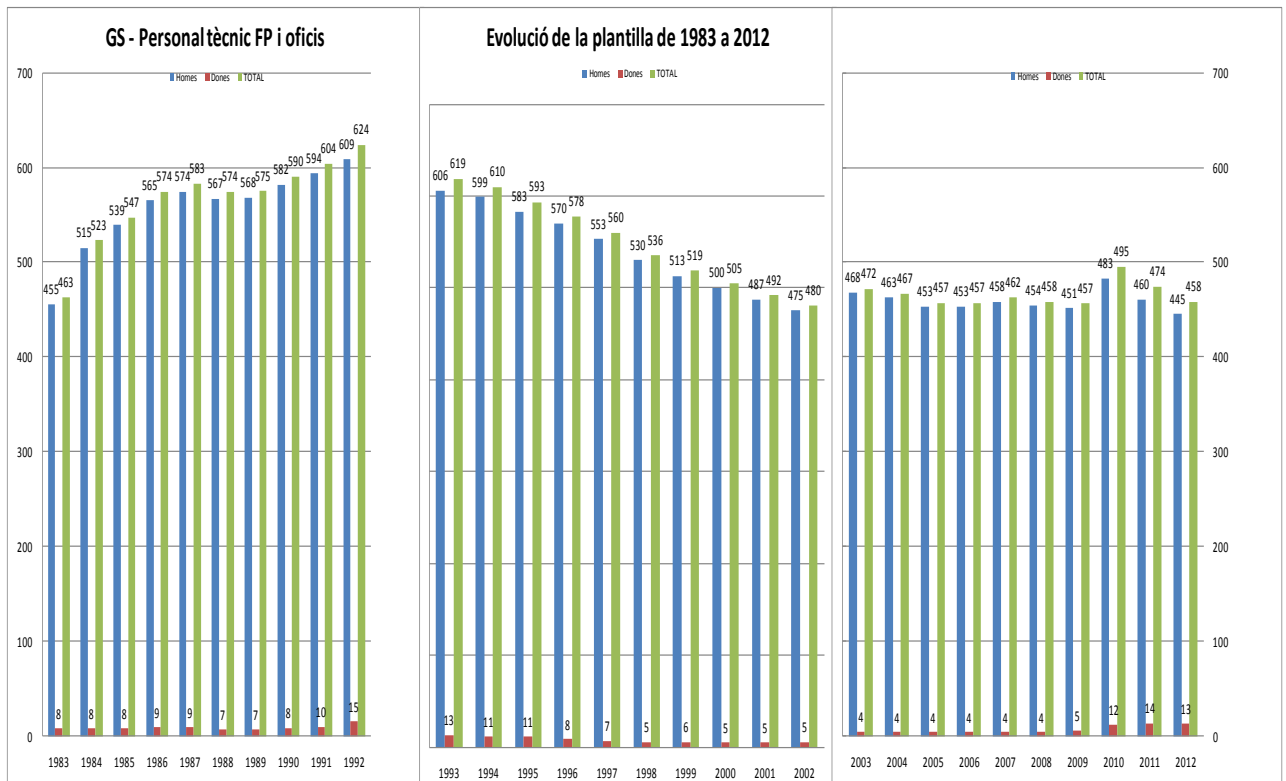
En aquest cas es produeix una lleugeríssima disminució en el percentatge de dones respecte del d'homes, el 2012.



Segon. En el mateix període, **el personal d'hoteleria i altre auxiliar** ha disminuït en 275 persones. D'elles, 68 han estat homes i 208 dones. Un 24,72% d'homes i un 75,63 % de dones, respectivament. L'any 2012, en el total de la plantilla de personal d'hoteleria i altre auxiliar, hi ha un **29 % d'homes** i un **70,85% de dones**.

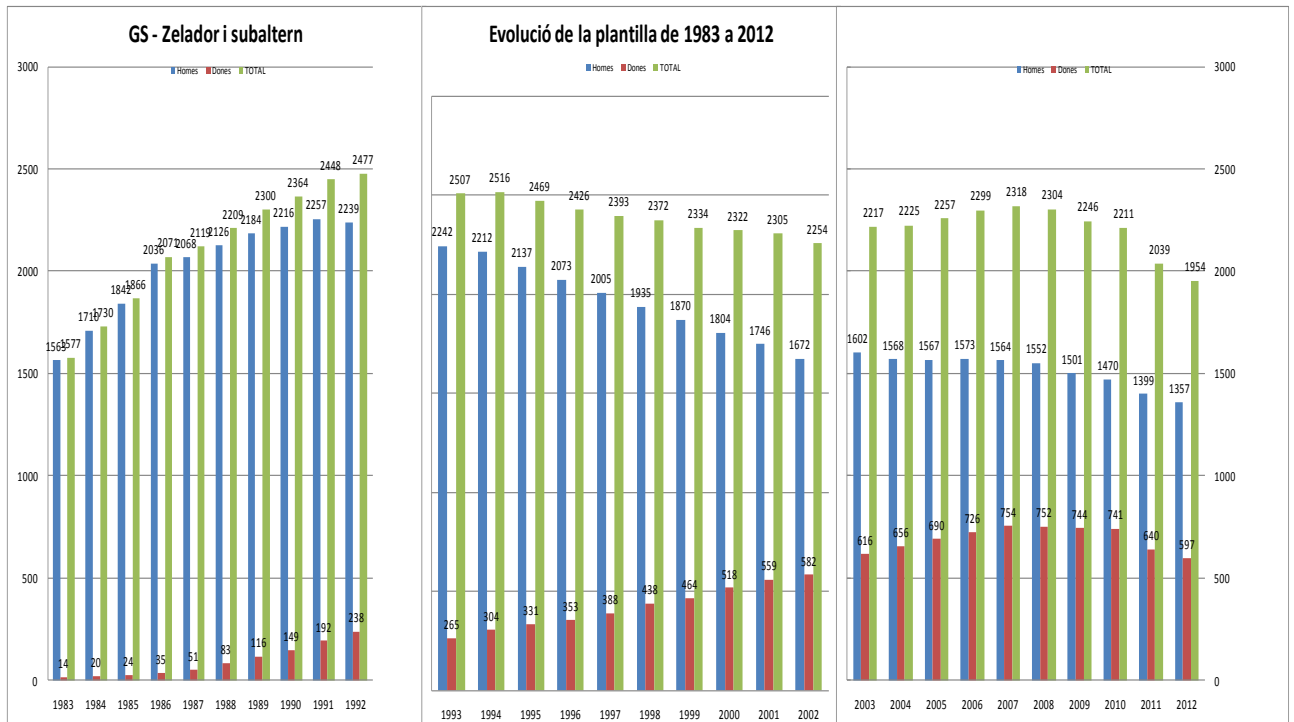
L'any 2008, el percentatge era del 27,78 % per als homes i del 72,21 % per a les dones.

En aquest cas, també es produeix una disminució en el nombre d'efectius femenins l'any 2012 respecte de l'any 2008.



Tercer. Del 2008 al 2012, **el personal tècnic FP i oficis** ha mantingut el nombre d'efectius, que ha restat invariable. Tanmateix, s'observa que ha baixat el nombre d'homes, en 9 persones, i que s'ha incrementat el de dones en 9 persones. L'any 2012, en el total de la plantilla de personal tècnic FP i oficis, hi ha un **97,16% d'homes** i un **2,83 % de dones**.

L'any 2008, el percentatge era d'un 99,12 % per als homes i del 0,87 % per a les dones.



Quart. En aquest període de temps, 2008-2012, **el personal zelador i subaltern** ha disminuït en 350 persones. D'elles, 195 han estat homes i 155, dones. Un 55,71% d'homes i un 44,28% de dones. L'any 2012, en el total de la plantilla de personal zelador i subaltern, hi ha un **69,44% d'homes** i un **30,55% de dones**.

L'any 2008, el percentatge era del 67,36% per als homes i del 32,63% per a les dones.

En aquest cas, també es produeix una disminució en el nombre d'efectius femenins l'any 2012 respecte de l'any 2008.

Resum del període 2008-2012. Detall de Gestió i serveis

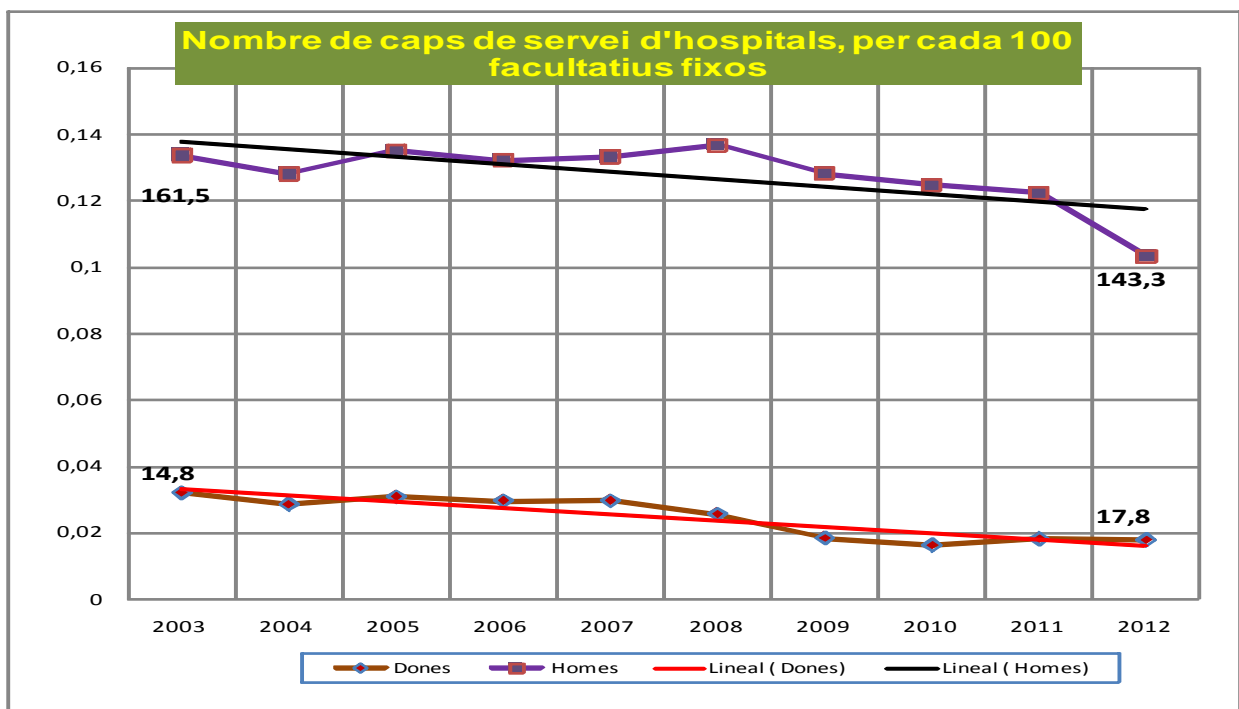
	2008		2012	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Admin., tècnic i comand.	21,86%	78,13%	21,07%	78,92%
Hoteleria i altre aux.	27,78%	72,21%	29,00%	70,85%
Tècnic FP i oficis	99,12%	0,87%	97,16%	2,83%
Zelador i subaltern	67,36%	32,63%	69,44%	30,55%
Total de Gestió i serveis	35,11%	64,88%	34,96%	65,03%

Aplicació de polítiques de gènere. Alguns exemples, algunes reflexions

Una de les circumstàncies detectades en l'anàlisi de les dades de la plantilla de l'Institut Català de la Salut és el baix nombre de dones que ocupen llocs de responsabilitat en l'organització. Aquest ha estat un tema recurrent en la majoria d'empreses del país, fet que ha comportat l'estudi d'aquest fenomen amb la voluntat de revertir la situació. Algunes de les mesures que es proposen en els diferents treballs d'anàlisi podrien tenir cabuda en les polítiques de recursos humans de l'ICS.

A títol paradigmàtic, en el quadre que es mostra a continuació, i que detalla el nombre de caps de servei d'institucions hospitalàries de l'Institut Català de la Salut, s'observa que la disminució del nombre d'homes que exerceixen aquest càrrec de responsabilitat assistencial no ha portat implícit el més que previsible augment del nombre de dones en l'exercici d'aquestes llocs de comandament.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dones	3,21%	2,87%	3,09%	2,97%	2,97%	2,57%	1,85%	1,64%	1,83%	1,79%
Homes	13,36%	12,81%	13,51%	13,22%	13,32%	13,67%	12,82%	12,47%	12,23%	10,33%



En negreta, la xifra de caps de servei en mitjana anual de plantilla equivalent

Nota. Només inclou els caps de servei amb forma d'ocupació fixa

Seguint amb el que s'ha estat comentant en el primer paràgraf d'aquest apartat, cal assenyalar, a títol d'exemple, que l'any 2007, es va presentar un estudi de FEPIME Catalunya anomenat "Promoció de les dones en llocs de presa de decisions", on s'assenyalaven un seguit de mesures atractives per a les empreses a fi d'aconseguir aquesta participació, però que es consideraven d'aplicació difícil.

Aquestes eren:

- Els beneficis socials (assegurança mèdica per al cònjuge i els fills, plans de jubilació, assegurança de vida, cotxe d'empresa, reemborsament de costos de transport en hores no laborables, tiquet restaurant, cursos i serveis d'assessorament...)
- Els serveis d'atenció a les persones (assessorament de trajectòria professional, en el qual es considerés tant el treball com la família i la vida personal; formació sobre el paper com a pares en l'educació dels fills i filles; i altres serveis d'assessorament: la gestió dels conflictes treball/família, la gestió del temps, la gestió de l'estrès...).
- La flexibilitat en el lloc de treball i en el temps de treball.
- La flexibilitat en els permisos i en l'adaptació del treball.

Tanmateix, també s'assenyalava un seguit d'obstacles per a l'aplicació d'aquestes polítiques:

- La grandària de l'empresa.
- La manca d'informació sobre les mesures.
- El fet que l'empresa no les considerava prioritàries.

Algunes de les **conclusions** de l'estudi feien èmfasi en els punts següents:

- La gestió de la igualtat de gènere, incloent-t'hi les mesures de conciliació, es presenta com un dels reptes per assolir més productivitat i competitivitat.
- Els estereotips i les suposades diferències en les habilitats de direcció que distingeixen homes i dones semblen tenir molt menys pes que els problemes de conciliació de la vida laboral i familiar com a obstacles en la promoció de les dones a llocs de més responsabilitat.
- Les polítiques que faciliten la conciliació del treball i la vida personal haurien de passar a ocupar un lloc estratègic a l'empresa. Els sistemes de retribució variable i flexible, la direcció per objectius, la consideració individualitzada de les necessitats de cada persona són condicions necessàries per al compromís del personal i per a la retenció del talent.
- S'ha de tenir en compte el col·lectiu sobre el qual s'està treballant, a fi de conèixer les seves necessitats específiques i, per tant, les mesures que s'han d'adoptar, que han de ser realistes i específiques.

Feminització de les professions sanitàries

En general, el fet que les dones s'interessin per professions sanitàries obeeix a factors socials objectius motivats per causes complexes relacionades, sobretot, amb els estereotips de gènere (que impulsen les dones vers les activitats d'atenció i cura de les persones i els homes a triar professions en què l'èxit econòmic i d'estatus social resulti assegurat). Aquest no és, actualment, el cas de les professions sanitàries, ni dels professionals de la medicina en particular, ja que els seus salaris a l'Estat espanyol han quedat per sota de les retribucions de molts professionals de països europeus.

L'interès per les professions sanitàries en homes i en dones té vessants diferents: per als homes, les professions sanitàries, a part del seu component científic i vocacional, ofereixen estatus social, prestigi i, en molts casos, èxit econòmic, sobretot si l'especialitat escollida els permet desenvolupar línies d'investigació capdavanteres, compatibilitzar-la amb l'exercici professional privat o optar a càrrecs de comandament que impliquen una dedicació en exclusivitat a temps complet. Això comporta, en contrapartida, tenir les necessitats bàsiques de la llar i la subsistència cobertes de forma permanent.

Tanmateix, en les dones, tot i que es poden donar aspiracions similars a l'hora d'escollir una professió sanitària, s'hi afegixen també altres causes, més relacionades amb activitats d'atenció a la cura de les persones i amb les condicions del lloc de treball (torns lliscants o compactats que permeten conciliar millor la vida laboral i familiar). Aquest fet es deu a què, tradicionalment, a la dona se li ha adjudicat el paper de cuidar (la família) i també d'ocupar-se de la cobertura de les necessitats bàsiques en l'àmbit de la llar.

La feminització i l'assalarització de les professions sanitàries és un fenomen que s'ha desenvolupat de forma simultània i, a l'Institut Català de la Salut, es constata la mateixa evolució que s'ha produït al sistema sanitari en general. Aquest fenomen creixent s'anirà incrementant, previsiblement, en els propers anys per la qual cosa s'evidencia una necessitat de reflexionar sobre les conseqüències d'aquesta feminització, de forma general en tot el sistema sanitari i particularment a l'Institut Català de la Salut. És convenient fer una anàlisi ponderada sobre les conseqüències d'aquesta feminització, conseqüències que han de manifestar-se tant en la seva influència en el desenvolupament de la prestació assistencial com en la repercussió en l'organització del sistema sanitari i en les seves polítiques de recursos humans, que es veuran obligades a adaptar-se a aquest canvi de perfil demogràfic.

L'anàlisi de l'impacte de la feminització, des de la perspectiva de la prestació de serveis, s'ha abordat abundantment per autoritats acadèmiques i sanitàries en l'àmbit de la salut i, de manera més

exhaustiva, en el dels professionals de la medicina. Un estudi del Departament de Salut Pública de la Facultat de Medicina de la Universitat John Hopkins de Baltimore ha demostrat que, al contrari del que algunes veus apunten, aquesta feminització en l'organització sanitària no perjudica el nivell de qualitat assistencial sinó que l'incrementa. Constata la investigació que en la qualitat de la relació assistencial, que està àmpliament determinada per les capacitats de comunicació i l'atenció centrada en la persona usuària, són les dones les que per la seva condició i el seu rol sociocultural tendeixen a tenir una superioritat en les capacitats comunicatives. També han conclòs que, en general, les metgesses assoleixen una millor orientació diagnòstica (ja que solen destinar més atenció a l'entrevista amb la persona i a les anàlisis dels resultats de les proves), cosa que redunda en la seguretat de les seves actuacions i les fa tributàries d'un menor nombre de reclamacions respecte dels homes. D'altra banda, el mateix estudi assenyala la capacitat de les dones per motivar les persones i potenciar les capacitats de l'equip, ja que tendeixen a interessar-se més que els homes per les dificultats personals dels altres membres del grup, més enllà del terreny estrictament laboral, fet que és útil per evitar interferències a la feina. Finalment, conclou que el treball de líders femenines sembla orientar-se a la consecució de resultats de grup més que al prestigi personal propi i això és positiu en l'organització.

Els efectes negatius que s'han atribuït a la feminització deriven de l'estereotip relatiu a la reticència de les dones a perllongar la seva jornada de treball, amb la consegüent reducció de treball. En relació amb aquesta major preferència de les dones per la prestació de serveis a temps parcial, l'Organització Internacional del Treball ha analitzat el paper que aquesta mesura pot jugar en la seva vida professional, atenent als resultats de les polítiques públiques que, amb la finalitat d'afavorir l'equitat, han introduït la reducció de la jornada com a mesura estrella en els plans d'igualtat. Ha constatat que aquesta mesura ha actuat com a pauta de discriminació indirecta i ha contribuït a perpetuar la situació de desavantatge professional de les dones, ja que les ha afectat negativament en molts aspectes de seva vida professional.

En el cas de les professions sanitàries, esmenta que també la motivació de les dones per la jornada parcial ve derivada de la necessitat de conciliar les esferes pública i familiar de la vida, mentre que la dels homes professionals sanitaris deriva de l'interès per desenvolupar altres activitats professionals. La principal conseqüència per a les dones és la major dificultat per ocupar llocs de gestió d'alta competència, sobretot per l'elevat nombre d'hores de dedicació i l'existència de desigualtats de gènere, sobretot retributives o en la carrera professional, que no s'expliquen per altres factors com l'edat, l'antiguitat, els tipus de centre de treball, etc.

Això ho veiem reflectit a l'Institut Català de la Salut, ja que quan s'ha fet la diagnosi del Pla d'igualtat, un conjunt d'indicadors han revelat que persisteix la desigualtat en la carrera i en el desenvolupament professional i que les formules de treball parcial contribueixen a mantenir aquesta situació de desigualtat.

Segons l'Organització Internacional del Treball (OIT), l'experiència demostra que les polítiques públiques conciliatòries que alternen temps dedicat al treball i a la família juguen contra la igualtat i considera que l'aposta per la igualtat real s'ha de fonamentar, d'una banda, amb mesures derivatives, que desplacin tasques de l'àmbit privat al públic i, sobretot, amb mesures educatives i canvis en el mercat laboral, que actuïn sobre el fonament de la construcció de gènere perquè encara les dones segueixen sent socialment responsables en exclusiva de les tasques de reproducció i de les domèstiques i estan assumint el cost social i personal de la maternitat... i aquest cost no l'han carregar elles en solitari.

Per altra banda, la crisi actual no està ajudant gens a aquest canvi, ans al contrari, la tendència va cada vegada més cap a una involució. De fet, si s'entén com a estat del benestar la forma organitzativa que té en compte els drets socials i econòmics dels individus i es determina que són les administracions públiques qui tenen el poder per garantir-los, en aquest moment en què l'Estat està fent fallida, s'observa que estan desapareixent drets socials i que es torna a formes de solidaritat més primàries on no existeixen aquests drets. Aquest canvi incideix en l'increment de tasques relacionades amb el fet de "cuidar" que afecten directament les famílies i, en conseqüència, directament les dones. Les necessitats familiars, que fins ara estaven cobertes per determinats serveis garantits per l'Administració, quan han deixat d'estar-ho i han necessitat una cobertura ràpida sense contraprestació, poden afegir una situació d'estrès addicional a les dones que comporti conseqüències laborals més precàries (haver de demanar reduccions de jornada o treball a temps parcial o haver de deixar la feina). Tot això, sense anomenar les conseqüències que es poden produir dins l'àmbit privat en les relacions de parella i les familiars.

Actualment, però, l'estereotip que les dones donen menys valor a la seva carrera professional que els homes és una realitat que s'està desdibuixant progressivament: hi ha cada vegada més dones que prioritzen la seva carrera i més homes que prioritzen la seva vida personal, sobretot entre els professionals joves que independentment del seu sexe fan extensible la tendència a la limitació de la jornada de treball, assumint que el perllongament de l'activitat professional limita la qualitat de vida. Existeix un canvi generacional incipient, tant en les dones com en els homes, que volen posar límits al seu temps de treball i disposar de més temps personal o per a la família. Aquest fet representa una oportunitat per desafiar les normes androcèntriques que han vingut determinant l'organització del temps de prestació de serveis.

En definitiva, és recomanable reflexionar sobre l'esmentat increment de la proporció de dones, perquè aquest fet ha de comportar: d'una banda, canvis potencials en el sistema sanitari, cosa que afectarà també l'Institut Català de la Salut. També cal tenir en compte que la conciliació ha esdevingut una proposta dirigida a les dones que incrementa la desigualtat, en aquesta organització tan feminitzada es fa més evident la necessitat que s'adoptin mesures que tendeixin a impulsar un canvi cultural vers una coresponsabilitat d'homes i dones en les tasques de l'àmbit privat. Sense obviar que si l'estat del benestar va seguint aquesta tendència involucionista encara és més necessari que es prenguin

mesures per impulsar la coresponsabilitat. Si aquests canvis poden proporcionar més satisfacció als professionals, també tindran impacte en l'increment de la qualitat dels serveis prestats que al cap i a la fi és la missió de la institució.

Així, doncs, es fa necessari establir polítiques de recursos humans que donin suport a la igualtat de gènere dissenyant un model d'organització de prestació de serveis menys androcèntric, que incorpori l'atenció i la cura de les persones com a eix central de la vida per a homes i dones, i que tingui en consideració que és socialment impossible escindir la vida familiar i laboral de cada persona.

L'exercici de les professions sanitàries i els seus llocs de treball està definit com si les persones que exerceixen una professió tinguessin un suport a casa a temps complet. Per això, amb la finalitat de conèixer i fer un seguiment de les condicions de treball i desenvolupament professional, és necessari crear bases de dades, obtenir indicadors de gènere adequats i elaborar estudis longitudinals per indagar tant sobre les causes i les conseqüències de les formes de treball de cada sexe, com sobre els resultats de les polítiques i mesures que s'implantin respecte d'aquestes.

No podem obviar, però, que quan es va dissenyar el Pla d'igualtat ja s'evidenciava que per contrarestar els efectes negatius apuntats s'haurien d'adequar les estructures de la carrera professional, promovent opcions flexibles amb bones oportunitats per a la formació, l'ampliació d'habilitats i el desenvolupament professionals, i s'hauria d'establir una gestió dels temps de treball que permetés flexibilitats horàries adequades a les necessitats assistencials, però també a les necessitats particulars de les persones de l'organització.

En resum, la feminització de les professions sanitàries és una gran oportunitat per canviar l'organització sanitària considerant les valuoses aportacions de les seves professionals, que destaquen per aspectes de qualitat rellevant en l'atenció clínica i la gestió sanitària. Però si, per una banda, això ha de comportar implicacions potencials positives en l'exercici de l'activitat assistencial, per l'altra també obligarà a una reordenació contínua del sistema sanitari, des dels recursos humans. Aquesta reordenació, previsiblement, haurà de posar èmfasi en la necessitat d'homes i dones de conciliar la vida personal, familiar i laboral per tal de conjugar les expectatives personals, la demanda familiar i el que, en l'àmbit professional s'espera de les persones, i també en la implementació de les mesures orientades a la flexibilització i no a la disminució del temps de treball.

En definitiva, cal que les institucions públiques, entre elles l'Institut Català de la Salut, contribueixin a fer un país més just promovent la coresponsabilitat entre homes i dones en l'esfera privada mitjançant l'adopció de les mesures adequades en l'àmbit professional.

Barcelona, març de 2014
Grup de Treball d'Igualtat