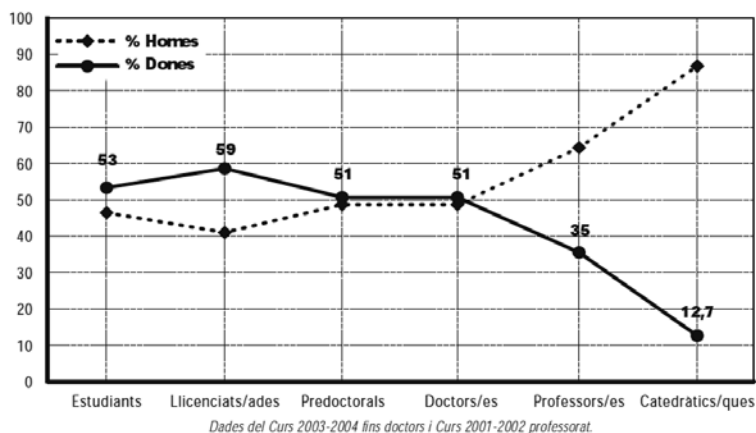


El pensament androcèntric a les ciències de la salut

Rosa Solà, Montse Giralt, Aina Serra¹

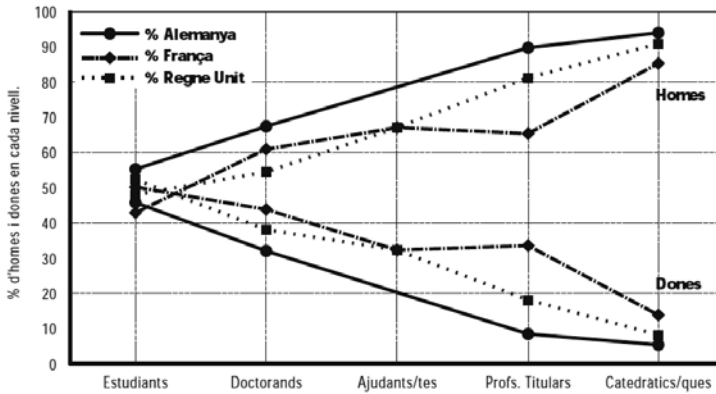
Només hi ha 15 catedràtiques de Medicina a les universitats de l'Estat espanyol, i cap no ho és en Pediatria ni en Ginecologia. Pel que fa a les persones llicenciades en Medicina i Cirurgia que exerceixen com a metges, més de la meitat són homes. Crida l'atenció que l'accés de les dones a la càtedra sigui tan minsa i que en l'exercici de la professió hi siguin minoritàries, mentre que, a les facultats de medicina, la proporció d'estudiants femenines supera el 75% del total de l'alumnat. Es repeteix el fenomen imatge en tisona del món científic en general (fig. 1 i 2).

Fig. 1. Dones i homes a les universitats espanyoles



¹ Rosa Solà i Montse Giralt són professores de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Rovira i Virgili. Aina Serra és estudiant de Medicina i membre de l'Associació d'Estudiants de Ciències de la Salut.

Fig. 2. Freuència (percentatge) d'homes i dones en distints nivells acadèmics de França, Alemanya i Gran Bretanya



[Hem extret les dues figures de <www.fecyt.es/fecyt/docs/tmp/1649797961.pdf> i <www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/documentos/Mujeres_y_Ciencia.pdf>.]

Ens preguntem, doncs, on és el sostre de vidre per a les dones metgesses, i aventurarem alguna hipòtesi en relació amb les possibilitats de superar aquesta limitació.

Pel que fa a la constatació de l'escassetat de dones titulars de càrrecs de responsabilitat en les organitzacions de salut, vegem les dades de dos grans hospitals universitaris de Barcelona, de 700–800 llits —que és un indicador de la grandària del centre—: l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i l'Hospital Clínic.

A l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, el 87% dels caps de departament són homes i el 85% dels caps d'unitat, també. Només hi ha cinc dones (el 13%) que ocupin el lloc més destacat de la màxima posició (caps de departament) i quatre dones (el 15%) que siguin responsables d'unitat. A l'Hospital Clínic s'hi han observat dades similars: el 87% dels caps de departament són homes i el 89% dels caps d'unitat, també. Només sis dones (el 13%) ocupen la màxima responsabilitat, i sis més (el 11%) són caps d'unitat. Les dades del 2002 relatives a les promocions internes a l'Hospital Clínic reflecteixen una situació similar, pel que fa a la distribució de sexes. En el segon nivell de responsabilitat (consultor), sols un 25% són dones, i en el màxim nivell de responsabilitat (consultor sènior), sols un 8% són dones. El 2007, aquestes proporcions no havien canviat, malgrat el 10% d'increment en la posició de líder. A l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau s'hi han advertit proporcions similars: un 68% de les promocions en el nivell de màxima superior són homes. Les dades d'aquests dos grans hospitals universitaris (Santamaría, 2009) són similars a les que s'observen en hospitals del nostre entorn.

Ens preguntem, doncs, ¿on és la metgessa líder que ha de compaginar els coneixements científics, les habilitats clíniques i la compressió humana —tres característiques que, segons Harrison, són la base de la bona medicina (Harrison, 2009)?

Quan som noies i arribem a les facultats de Medicina, tenim el cap ple de somnis i pensem que farem realitat un món nou. En aquell primer moment, advertim que estem envoltades d'altres dones i de més aviat pocs homes. Per tant, ens sembla que el gènere no serà un tema important. La cosa canvia quan, llicenciades, arribem a l'hospital i als centres d'atenció primària. Aleshores ens adonem que, al món laboral, la proporció de dones que havíem trobat a la facultat no es reproduïx en el repartiment dels càrrecs de responsabilitat, i comencem a pensar que potser el gènere hi té alguna cosa a veure...

Què se'n fa, doncs, de les nostres ambicions de l'època d'estudiants? ¿Hi renunciem, potser? Quan hi reflexionem veiem que no, que no es tracta d'una renúncia, sinó que l'orientació que donem a la nostra carrera és una conseqüència del fet que les dones i els homes veiem la vida de forma diferent, i que també treballem de manera diversa. Les metgesses tenim més memòria visual i més empatia que els metges. Dedicuen més temps a les persones, i donem als pacients més consells i recomanacions de tipus preventiu. Potser aquesta empatia i la voluntat d'una major dedicació a les persones és el que fa que siguem menys agressives en la lluita pel poder, i que ens acontentem amb càrrecs que són considerats de menys responsabilitat organitzativa i que permeten dedicar més temps al pacient, en el sentit més ampli.

No es pot oblidar, d'una altra banda, que les joves metgesses aviat ens trobem amb la necessitat de fer compatible la vida familiar amb aquella vida laboral intensa a què aspiràvem en començar a estudiar. Tenim les mateixes ambicions professionals que al començament, però se n'hi afegeixen d'altres, com ara formar i fer prosperar una família pròpia. I, un cop formada, hi desenvolupem, de manera predominant, la tasca de cuidadores dels fills i dels familiars de major edat. Quan això arriba, les metgesses ens cal escollir entre dues opcions: o bé renunciem a formar una família pròpia i ens dediquem en exclusiva a treballar per aconseguir les nostres aspiracions laborals inicials o bé compaginem el treball amb la cura de la família i deixem en segon terme l'obtenció d'encàrrecs de responsabilitat en l'estructura del sistema de salut. El cert és que l'organització laboral actual encara no ha resolt la integració de totes les facetes de la vida d'una dona.

En un estudi, publicat a la revista *Nature*, a començament del 1997, Christine Wenneras i Agnes Wold ens deien que les dones han de ser 2,6 vegades millors que els homes per aconseguir els mateixos fons per a la investigació científica. És a dir: les dones havien de publicar 2,6 vegades més que els seus companys que fossin igual de productius per obtenir la mateixa valoració en la competència científica. Desgracia-

dament, amb el pas dels anys les dades que ofereix aquesta observació no han canviat gaire, i des dels anys noranta una sèrie d'estudis científics —com ara els informes del grup d'Hèlsinki, els informes Etan i She Figures del 2003, 2006 i 2009— han anat posant de manifest que el desequilibri existent entre dones i homes, en el món de la ciència, hi persisteix.

Aquestes observacions podrien donar lloc a la reflexió següent: quin seria el model d'atenció sanitària que liderarien les dones metgesses, si aconseguissin els llocs de direcció? Potser seria, l'atenció sanitària, més humana, més dedicada a les persones, i possibilitaria conciliar la vida laboral amb la familiar?

A poc a poc, la nostra societat està canviant i, darrerament, es percep que, a mesura que les promocions de nous llicenciats se succeeixen, les dones hi anem adquirint papers una mica més importants. De fet, podem veure que el model que permet que els homes predominin als llocs de major responsabilitat i que és vigent encara en els hospitals no es reproduïx, per exemple, entre les associacions dels actuals estudiants de medicina.

Efectivament, en l'actual junta directiva de l'Associació d'Estudiants de Ciències de la Salut de Catalunya hi trobem tres dones i dos homes. Dels set coordinadors nacionals d'aquesta associació, quatre són dones i tres són homes. Els càrrecs de presidència de les diferents ciutats estan tots ocupats per dones. Aquestes dades són un petit exemple del que està passant entre les generacions de futurs metges.

Actualment aprenem a treballar junts, cosa que ens permet entendre la forma de fer feina d'uns i altres i descobrir el millor de cadascú. Per tant, confiem que, quan aquestes generacions accedeixin als llocs de responsabilitat dels hospitals, tots plegats seran capaços d'anar molt més enllà del gènere de cadascú i aconseguiran donar la importància que cal a la capacitat veritable de les persones, independentment de si són homes o dones.

D'una altra banda, si fem un cop d'ull a les estructures sanitàries d'altres contrades, trobarem països on les persones que tenen una major responsabilitat en l'àmbit de la sanitat són dones. Això no passa perquè els apliquin una discriminació positiva, sinó simplement perquè són més vàlides, tenen una capacitat d'empatia major i es dediquen més intensament a les persones. És cert que, tradicionalment, aquests ítems no s'han valorat com a propis dels líders, però cada dia es fa més palès que són importantíssims per dirigir un equip d'una forma més eficaç i obtenir-ne una major productivitat. Potser, per aquesta via —comprovar empíricament l'eficàcia d'uns i altres—, aquest sostre de vidre sota el qual sembla que hagin de viure les dones s'anirà fent a poc a poc.

Conclusions

Carregades d'ambicions, les joves estudiantes de Medicina iniciem el nostre camí amb l'objectiu, d'una banda, d'adquirir els millors coneixements científics, habilitats clíniques i compressió humana, i, d'una altra, participar en una organització sanitària que doni més bon servei a les persones.

Les dificultats que trobem en aquest camí sovint ens fan canviar el nostre punt de vista; però és important que demostrem al món que ens envolta que les dificultats no ens fan defallir, sinó que ens fan créixer, i que és precisament gràcies a aquesta capacitat de compaginar diferents responsabilitats que tenim unes capacitats de lideratge tan vàlides com els homes —si és que no en tenim més.

Tots plegats —homes i dones— hauríem de descobrir com seria el model de servei de salut liderat per les persones amb més capacitat —també per dones metgesses quan elles siguin les més capaces—, i tractar d'aplicar-lo en benefici de tothom.

Seria bo recordar les paraules de la guanyadora del premi Nobel de Medicina del 1986. Rita Levi Montalcini manifestava que «les dones —almenys les que han treballat amb mi— tenen la mateixa capacitat que els homes, però són més apassionades». I també deia que cal que «les científiques vagin totes alhora per acabar amb els sofriments del món, posant el coneixement científic al servei de la humanitat».

Agraïment

A la Sra. Isabel Baixeras, advocada, per la seva generosa col·laboració i les seves aportacions, que ens han permès millorar els conceptes presentats en aquest capítol.

Bibliografia

- AA.VV. (2009). *Harrison. Principios de medicina interna*. Mèxic: McGraw-Hill.
- ARRIZABALAGA, Pilar; Miguel BRUGUERA (2009). «The Feminization and the Profession of Medicine». *Medicina Clínica* [Barcelona], núm. 133 (5), pàg. 184–186. [EPUB, 8 de maig del 2009.]
- ARRIZABALAGA, Pilar; Carmen VALLS-LLOBET (2005). «Female Doctors: from Incorporation to Discrimination». *Medicina Clínica* [Barcelona], núm. 125 (3), pàg. 103–107.

- COMISSIÓ EUROPEA (2003). *She Figures 2003: Women and Science, Statistics and Indicators*. Brusel·les: Comissió Europea.
- COMISSIÓ EUROPEA (2006). *She Figures 2006: Women and Science, Statistics and Indicators*. Brusel·les: Comissió Europea.
- COMISSIÓ EUROPEA (2009). *She Figures 2009: Statistics and Indicators on Gender Equality in Science*. Brusel·les: Comissió Europea.
- ETAN (2009). «Política científica de la Unió Europea. Promover la excel·lència mitjançant la integració de la igualtat entre gèneros». Luxemburgo: Comissió Europea.
- PHILLIPS, Susan P.; Emily B. AUSTIN (2009). «The Feminization of Medicine and Population Health». *The Journal of the American Medical Association*, núm. 301 (8), pàg. 863–864.
- SANTAMARÍA, Amparo; Anna Maria MERINO; Odette VIÑAS; Pilar ARRIZABALAGA (2009). «Does Medicine still Show an Unresolved Discrimination against Women? Experience in Two European University Hospitals». *Journal of Medical Ethics*, núm. 35 (2), pàg. 104–106.
- WENNERÅS, Christine; Agnes WOLD (1997). «Nepotism and Sexism in Peer Review». *Nature*, núm. 387, pàg. 341–343.