



CARMEN FERNÁNDEZ
Directora

REFLEXIONES EN EL AVE

Patrimonio cultural

Patricio Martínez, presidente de honor de CESM, está impulsando una magnífica iniciativa (ver *DM* del 14-VI-2016): lograr que la Unesco reconozca e incorpore la relación médico-paciente al catálogo del Patrimonio Cultural e Inmaterial de la Humanidad, un listado que no se limita a monumentos y objetos, sino que comprende también "tradiciones o expresiones vivas heredadas de nuestros antepasados y transmitidas a nuestros descendientes, como tradiciones orales, artes del espectáculo, usos sociales, rituales, actos festivos, conocimientos y prácticas relativas a la naturaleza y el universo, y saberes y técnicas vinculados a la artesanía tradicional".

La idea parte de sus conversaciones con un ideólogo de esa relación, Albert Jovell (fallecido en 2013), en las que compartieron preocupación por cómo estaba evolucionando, a causa, especialmente, de la masificación asistencial y de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. "De paciente se pasó a enfermo; de ahí a usuario, y de ahí, a cliente y, con ello, a una relación perturbada que hay que reconducir", defiende Martínez, psiquiatra y promotor del sindicalismo y el humanismo médico. Pedro Laín Entralgo también mostró su preocupación por los derroteros de este trascendental vínculo en *La relación médico-enfermo: Historia y teoría* (1964).

El proyecto quedó guardado en un cajón ante problemas más urgentes (Plan Bolonia, *prescripción enfermera...*), pero el espaldarazo del Gobierno central al Foro de la Profesión Médica en época de la ministra Ana Mato animó a Martínez a *quitarle el polvo* a la idea de llevar la relación médico-paciente a la Unesco y así poder defenderla internacionalmente.

El Foro en pleno (Facme, OMC, CESM, estudiantes, decanos y Consejo de Especialidades) lo respaldó por unanimidad y nombró a Martínez coordinador de un equipo de trabajo, con prestigiosos representantes de la Medicina, que está analizando la legislación (de la Unesco y de España) y preparando un documento (historia de la relación, transformación durante el siglo XX, beneficio terapéutico, social y económico...) para buscar el apoyo de los ministerios de Sanidad y Educación antes de llevar la propuesta al organismo internacional.

El proyecto es una lúcida idea, pero difícil de llevar a la práctica: la relación médico-paciente es un asunto complejo desde el punto de vista filosófico, ético, antropológico, socioeconómico y técnico. Al respaldo oficial de esos dos ministerios, los promotores tendrán que añadir sí o sí el de las asociaciones de pacientes y el de organizaciones representativas de los médicos, tanto nacionales como internacionales. Aunque hay que reconocer que el mero hecho de intentarlo ya supone todo un éxito.

PROTAGONISTAS



R. GARCÍA FIGUERAS

La Sociedad Americana de Radiología ha premiado dos estudios del Servicio que dirige Roberto García en el Complejo Hospitalario de Santiago. Ambos sobre las técnicas avanzadas que estudian tumores.



JOSÉ MOLINA

Médico de Familia, será otros cuatro años más el presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, al ser su candidatura la única presentada a los comicios convocados para el 8 de marzo. La toma de posesión será el 1 de abril.



TOMÁS MARQUÉS-BONET

El patronato del Instituto de Biología Evolutiva, centro mixto de la Universidad Pompeu Fabra y el CSIC, le ha nombrado nuevo director, en sustitución de Xavier Bellés. Es experto en Genómica Comparativa.

COLUMNA INVITADA

El alarmante 'techo de cristal' para la profesional sanitaria



PILAR BARTOLOMÉ
Secretaria de Salud Laboral de CESM

El enorme avance de las mujeres en todos los ámbitos sociales y laborales, y la trascendencia que ello supone para una sociedad más justa, moderna y desarrollada, hoy día al menos en el primer mundo, es un hecho incuestionable.

Pero aunque desde los años 80 las mujeres son más de la mitad de los titulados universitarios sanitarios, 30 años después no disfrutan de las mismas oportunidades profesionales y siguen estando en minoría en importantes ámbitos y sectores. Acceder a los puestos de responsabilidad y decisión es uno de los difíciles retos que aún encaran las mujeres, a pesar de su elevado nivel de cualificación.

Es el *techo de cristal*, un obstáculo invisible en la carrera profesional y de acceso al poder difícil de traspasar, y que impide el avance y la promoción de la mujer en el mundo laboral sanitario. Redes formales e informales la excluyen de los cargos de mando y poder, siendo, además, una de las principales causas que influyen en la falta de eficiencia y competitividad de las instituciones y empresas.

Es invisible porque no existen leyes, ni dispositivos sociales establecidos, ni códigos visibles que impongan a las mujeres esa limitación. Se construye sobre la base de otros rasgos que, por ser invisibles, son difíciles de detectar.

Sobre los partidos políticos y sindicatos ha descansado tradicionalmente la participación política en democracia, el poder de adopción de medidas y normas que tengan como objetivo el desarrollo de las políticas públicas, que deberían ser igualitarias.

La práctica médica no es ajena a la discriminación por razón de género existente en la sociedad, sino que, contrariamente

a la visión generalizada, es un reflejo. La presencia de la mujer en lugares donde se toman decisiones de relevancia para su futuro laboral no es proporcional al número de las existentes en el sector; una de las causas es la persistencia de una cultura que aún es hostil a las mujeres en muchos entornos.

La mujer ha de tener más presencia en las mesas de negociación para aportar la perspectiva de género, la visión de la mujer, a través de las representaciones de los trabajadores: comité de empresa o, en su caso, juntas de personal, delegados de personal, de prevención de riesgos laborales y delegados sindicales.

Las discriminaciones por razón de género en el sector sanitario, como la energía, no desaparecen, se transforman en otras discriminaciones indirectas (*techo de cristal*, discriminación salarial, acoso sexual...), y la segregación ocupacional vertical es el verdadero núcleo duro de las desigualdades de género.

Se llega a considerar a la mujer como fuente de poder solamente como una excepción, y

esta concepción del poder como algo típicamente masculino acaba por afectar a los criterios de elección de cargos de responsabilidad. Además, tampoco se respeta la ley en la paridad de los tribunales de selección de las convocatorias de recursos humanos.

Uno de los factores que explicaría esta discriminación es el *rol* que se le adjudica a la mujer dentro de la familia: se repite bastante la hipótesis de la incompatibilidad entre la vida familiar y el éxito profesional.

Muchas veces, sin embargo, son las propias mujeres las que se autolimitan, impotentes, aceptando su lugar en las organizaciones sanitarias. Finalmente, una parte de la literatura apunta que las exigencias a las que están sometidas las mujeres hacen que éstas terminen por disminuir su rendimiento y, probablemente, su éxito en la trayectoria laboral.

CAMBIO DE CONCEPCIÓN

Lo que hay que cambiar es la concepción de la promoción profesional. En los tres perfiles típicos del personal sanitario: el asistencial, el

investigador-docente y el gestor. Redefinir los criterios de éxito, competencia, capacidad de toma de decisiones o liderazgo en la profesión sanitaria desde una perspectiva de género, cuantitativa y cualitativa. Colegios profesionales, sindicatos, sociedades científicas, facultades, gerentes, gestores, políticos... han de tener e implementar una visión de género en el sector sanitario, y sólo se conseguirá cuando las mujeres rompan el *techo* y accedan en igualdad de condiciones a los cargos donde se toman las decisiones que también les van a afectar a ellas.

En el sistema sanitario todavía hay una perspec-

tiva muy poco sensible a la situación social de las mujeres. La tasa de envejecimiento y las perspectivas de vida femenina han de hacer evolucionar igualmente hacia un modelo sanitario, de investigación, diagnóstico y tratamiento que no se base sólo en la enfermedad, sino también en la persona. Cuando se rompe el *techo*, se adoptan perspectivas de género y se diseñan políticas eficaces y con recursos adecuados, gana la sociedad en su conjunto.

Actualmente, solo el diez por ciento de las empresas españolas cumple la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. En su último congreso, CESM presentó una ponencia sobre igualdad y conciliación en el SNS, en la que, entre otras cosas, se abogaba por un plan de igualdad en sanidad y por desarrollar una guía común, consensuada y aprobada por el Consejo Interterritorial, para la implantación de planes de igualdad en todos los centros sanitarios, que evite, a su vez, la discriminación y desigualdades entre las 17 comunidades autónomas.

“Desde los 80, las mujeres son más de la mitad de los titulados universitarios sanitarios, pero 30 años después siguen en minoría en cargos de mando y poder”

“Hay que redefinir los criterios de éxito, competencia, capacidad de toma de decisiones o liderazgo en sanidad desde una perspectiva de género, cuantitativa y cualitativa”