



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI,
PROTECȚIEI SOCIALE ȘI
PERSOANELOR VÂRSTNICE
Organismului Intermedier Regional
POSDRU REGIUNEA Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMÂNIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

Concluziile studiului:

Analiza diferențelor de gen privind profesiile, cariera, veniturile și a segregării de gen în sectorul sanitar din Regiunea Sud-Est

Introducere

Sănătatea este cel mai feminizat sector de activitate, la nivel național ponderea persoanelor de gen feminin fiind în anul 2014, conform datelor Institutului Național de Statistică (în continuare INS) de 83.8%. Regiunea Sud-Est, în cadrul căreia au fost desfășurate cercetările, nu face excepție din această perspectivă, feminizarea activităților din domeniul sănătății fiind chiar mai accentuată decât la nivel național (ponderea persoanelor de gen feminin din totalul personalului fiind de 86%). Cercetările care fac obiectul prezentului studiu au ținut cont de această particularitate, investigând problemele existente în funcție de acest context. Ele au fost orientate în special către explorarea percepției salariaților din Sănătate asupra unor teme relevante pe tema egalității de șanse și de gen.

În condițiile în care sectorul sanitar este caracterizat de ponderea foarte crescută a persoanelor de gen feminin putem în mod îndreptățit prezuma faptul că problemele acestuia tind să se repercuteze într-un mod semnificativ asupra acestei categorii de personal. În acest context, continuăm într-o oarecare măsură seria de abordări ale problemelor de gen deschisă în contextul crizei economice, ce tratează problemele sectoarelor feminizate ca fiind, implicit, probleme de gen, identificând câteva teme specifice. Alături de discriminările salariale sistemice am luat în considerare și faptul că unele variabile derivate din mentalitatea tradiționalistă tind să amplifice efectele, cea mai evidentă situație fiind în cazul repartiției sarcinilor în gospodărie raportat la timpul de lucru. Cu alte cuvinte, dintr-o perspectivă generală situația tinde să afecteze profund echilibrul dintre viața profesională și viața de familie mai ales în cazul persoanelor de gen feminin.

Considerăm că importanța cercetărilor desfășurate trebuie privită și din perspectiva unui interes social mai amplu, pornind de la ipoteza: în condițiile în care vorbim de o problemă semnificativă a discriminării salariatelor/salariaților ea semnifică un grad ridicat de toleranță față de discriminare, respectiv o cultură a discriminării, ce se poate repercutea și asupra pacienților. Deși cercetările noastre nu s-au centrat pe problema discriminării

pacienților, în cadrul lor am inclus, cu caracter explorator, evaluarea câtorva dintre variabilele care au oferit unele informații în acest sens.

Studiul nu-și propune să răspundă la întrebări devenite clasice în literatura de specialitate, cum ar fi „De ce anumite specializări sunt considerate potrivite femeilor (cum ar fi asistenta medicală, infirmieră etc.), în timp ce altele sunt mai potrivite bărbaților (ex. chirurg, brancardier etc.)?”, rezumându-se la investigarea situației și la prezentarea datelor din această perspectivă. Credem că unele dintre aceste abordări tind către exagerări, considerând diferențele ca fiind determinate exclusiv de factori culturali și ideologici, fiind raportare la idealuri ce suportă o investigare atentă (uneori având, la rândul-le, un caracter ideologic). Preferăm, astfel, să ne raportăm la nivelul de respectare a prevederilor legale și a conceptelor fundamentale pentru egalitatea de șanse.

Chiar dacă în cadrul cercetărilor a fost evidențiat un grad de segregare pe criterii de gen în ocuparea funcțiilor de conducere, în favoarea persoanelor de gen masculin într-un sector feminizat, ne-am abținut de la tradiționale explicații ale literaturii de specialitate din două motive: pe de-o parte aceste abordări sunt frecvente, doritorii putând apela la ele în calitate de explicații posibile, iar pe de altă parte am introdus ipoteza intervenției numirilor politice ca explicație posibilă pentru această segregare. Cu alte cuvinte, fără a nega relevanța ipotezelor consacrate, am introdus o altă ipoteză explicativă, încercând astfel să sugerăm necesitatea diversificării perspectivelor de abordare.

Cercetările analizate în cadrul studiului au indicat faptul că discriminările salariale, în sensul tradițional al termenului în cadrul studiilor de gen, nu constituie o problemă importantă a sectorului sanitar. În același timp însă, în sensul afectării sistemice a unui număr foarte mare de salariați, *discriminările salariale* constituie o problemă gravă a sistemului, ele devenind relevante din perspectiva egalității de gen și de șanse datorită ponderii foarte mari a persoanelor de gen feminin în sectorul sanitar. Putem considera chiar că acest al doilea sens al discriminărilor salariale este de fapt unul consacrat în rândul salariatelor, tinzând să-l acopere pe primul. Ținând cont de această situație, în completarea prezentului studiu am elaborat un articol pe tema acestor discriminări salariale, ce este publicat într-un volum colectiv ce-și propune promovarea câtorva soluții la problemele sesizate în cadrul cercetărilor.

Considerând că analiza și prezentarea datelor rezultate din cercetări, în urma prelucrării lor, oferă în sine un bun suport cognitiv privind temele abordate, nu vom abuza de concluzii, lăsând posibilitatea celor interesați la propriile concluzii având ca suport informațiile prezentate. Credem că este vorba de-o abordare prudentă a acestui domeniu, sensibil atât la abordări de factură ideologică cât și la cele tradiționaliste.

Studiul este desfășurat în cadrul proiectului *Egalitate de gen și acces în sănătate (EGAS) - Formare, cercetare și conștientizare pentru dezvoltarea și promovarea principiului egalității de șanse și de gen în sectorul sanitar din Regiunea Sud-Est*, Contract nr. POSDRU/146/6.3/G/128685; COD SMIS 50936, având ca beneficiar Federația „Solidaritatea

Sanitară” din România, și este elaborat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”.

Concluziile cercetării privind discriminarea de gen

Respectarea principiului egalității de șanse în cadrul criteriilor de angajare a întrunit ponderea cea mai mare de răspunsuri afirmative, respectiv 45,2%, (și cel mai mic nivel al răspunsurilor negative – 26,5%) sugerând că abordările în domeniu au cel mai mare nivel de reușită. Însă, raportarea la dezideratele egalității de șanse indică existența unei probleme semnificative, mai ales dacă o privim din perspectiva ponderii răspunsurilor negative.

Putem considera că există o „ierarhie a criteriilor de discriminare” cărora le sunt victime respondenții din Sănătate. Pe primele 3 locuri se situează, în ordine ierarhică (începând cu ponderea cea mai mare), următoarele criterii de discriminare: *vârsta, starea de sănătate și apartenența sindicală*; pe ultimele 3 locuri sunt situate: *culoarea pielii, naționalitatea și orientarea religioasă*. Discriminarea pe criterii de gen are o pondere medie, fiind devansată de o serie de alte criterii.

Nu se semnalează o evidentă atitudine discriminatorie din partea respondenților în privința capacității de conducere a persoanelor de gen feminin. Cca. 8,5% dintre respondenți au indicat un motiv pentru care femeile nu sunt potrivite în funcții de conducere, fapt care reflectă dimensiunea relativ redusă a unei mentalități propice segregării pe verticală. Pentru clarificarea situației reluăm analiza acestei probleme în cea de-a doua cercetare.

Într-o „ierarhie a inegalităților de gen” raportat la câteva dimensiuni ale activității profesionale, putem observa că pe primele locuri se situează: *tratamentul general la locul de muncă, nivelul de salarizare și acordarea altor beneficii*. Ponderea pe care-o dețin fiecare dintre aceste criterii este semnificativă, însă fără a sesiza existența unui fenomen de masă. Deoarece accesul la promovare tinde să afecteze majoritatea salariaților, fără diferențieri de gen, el înregistrează ponderea cea mai mare a non-răspunsurilor.

Discriminările salariale

Cca. 50% dintre respondenți indică existența discriminărilor salariale la locul de muncă. Având în vedere faptul că doar cca. 20% dintre respondenți sunt de părere că există o legătură între salariu și gen, discriminările par să țină mai curând de alte criterii. Analiza pe categorii de personal arată faptul că asistentele medicale constituie proporția cea mai mare a respondenților care indică discriminări salariale (raportat la cei care nu le indică), pe primul loc situându-se asistentele medicale absolvente de postliceală (fapt pe care tindem să-l interpretăm ca fiind determinat de nerespectarea principiului *la muncă egală salariu egal*).

Avansarea profesională

Avansarea profesională este departe de a se înscrie în evoluțiile așteptate, doar cca. 30% dintre respondenți indicând faptul că nu resimt bariere în acest sens. Așa cum anticipat, preocuparea pentru avansare este invers proporțional cu vârsta; persoanele de gen feminin indică într-o proporție mai mare existența unor bariere în avansare decât cele de gen masculin; persoanele necăsătorite sau divorțate într-un procent mai mare decât cele căsătorite; respondenții care indică existența discriminărilor salariale indică într-o mai mare măsură și existența barierelor în calea avansării profesionale.

În ordinea încrederii de care se bucură instituțiile ce pot acționa în domeniul egalității de șanse, pe primul loc se situează organizațiile sindicale, care reușesc să întrunească încrederea potențială a cca. 32% (peste 36% cumulativ) dintre respondenți. Sindicatele sunt urmate de *avocat* și abia apoi de *o instituție a statutului responsabilă cu egalitatea de tratament*. Se remarcă faptul că cca. 14% dintre respondenți nu pot indica un eventual sprijin pentru apărarea împotriva inegalității.

Strategiile privind combaterea discriminării

Având în vedere că existența unei politici/strategii privind combaterea discriminării a fost indicată doar de 22,3% dintre subiecți, suntem îndreptățiți să considerăm că probabilitatea mai mare este ca aceasta să fie cauza unora dintre problemele identificate. Interpretarea este confirmată de faptul că numai 15,6% dintre respondenți au indicat existența unei proceduri clare la nivelul unității privind gestionarea situațiilor de discriminare. Doar cca. 18% dintre respondenți au indicat existența unei strategii privind adaptarea la nevoile specifice ale femeilor. Cca. 61% dintre respondenți au indicat faptul că nu au fost informați de către angajator cu privire la interzicerea discriminării în unitate; doar cca. 31% dintre subiecți au indicat existența informării. Distribuția răspunsurilor tinde să indice fie absența unei proceduri privind discriminarea la nivelul unităților, fie absența unui informări în acest sens (sau cel puțin a unei informări eficiente). În acest context, devine evidentă necesitatea unei strategii cadru privind combaterea discriminării (incluzând dimensiunea de comunicare către salariați), ce trebuie implementată la nivelul unităților sanitare.

Ca perspectivă de ansamblu putem considera că absența unor reglementări clare și coerente în organizarea activităților profesionale generează un acut sentiment de discriminare în rândul salariaților, generat de raporturile ierarhice ce implică evaluarea personalului, repartizarea sarcinilor de muncă și a beneficiilor.

Discriminarea pacienților

Abordarea discriminării pacienților vizează identificarea, „la distanță”, a unei mentalități a discriminării, ce poate afecta și tratamentul salariaților la locul de muncă. Acest tip de abordare se încadrează în preocuparea noastră pentru stabilirea relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale.

Analiza răspunsurilor sugerează existența unei „ierarhii a criteriilor de discriminare a pacienților”, care evidențiază o serie de probleme. O vom aborda în funcție de „locurile” mai importante, respectiv primele și ultimele locuri:

- a) Primele locuri ale ierarhiei discriminării pacienților sunt ocupate de:
1. Plățile informale, acestea fiind indicate de cca. 24% dintre respondenți pentru categoriile *Mereu/foarte des/des* și de cca. 47% dacă luăm în considerare toate variantele de frecvență.
 2. *Etnia* ocupă locul secundar, cu 19% respectiv 53% dintre respondenți.
 3. „*Apartenența socială*” exprimat fie prin intermediul nivelului veniturilor fie prin aspectul vestimentar ocupă cel de-al treilea loc.
 4. *Vârsta și dizabilitățile* se situează la un nivel relativ egal.
- b) Ultimele locuri ale ierarhiei criteriilor de discriminare a pacienților sunt ocupate, în ordinea inversă frecvenței, de:
1. *Orientarea religioasă*, înregistrează cel mai scăzut nivel (cca. 20% cumulând toate frecvențele);
 2. *Naționalitatea, genul, orientările sexuale și statutul marital* au o pondere relativ egală, ocupând același loc.
- c) Două criterii cunosc o distribuție anormală, căreia vom încerca să-i furnizăm o explicație:
1. *Statutul social* are o pondere anormală de non-răspunsuri. Considerăm că ea este determinată de dificultatea înțelegerii acestui concept, respondenții preferând să nu riște o interpretare eronată. Având în vedere distribuția răspunsurilor la criteriile *vestimentație* și *nivelul veniturilor* considerăm evident faptul că statutul social poate fi încadrat în categoria criteriilor importante de discriminare a pacienților
 2. *Intervenția unei persoane cunoscute* înregistrează de asemenea o pondere anormală de non-răspunsuri. Considerăm că aceasta este determinată de ambiguitatea formulării, ratându-se ceea ce am dorit să investigăm, respectiv traficul de influență.

Armonizarea vieții profesionale cu viața de familie:

Activitățile casnice împreună cu cele de îngrijire și de educare a copiilor au frecvențe foarte ridicate, sugerând un nivel foarte mare de ocupare a respondentelor, în acord cu perspectiva tradiționalistă asupra familiei.

Munca peste timpul normal de lucru este indicată de peste 30% dintre respondente ca având o frecvență foarte mare. Cca. 14% dintre respondenți au un al doilea loc de muncă, pentru a-și completa veniturile. Doar 60% dintre respondenți nu au indicat existența unui al doilea loc de muncă.

Tabloul general sugerează un nivel foarte ridicat de ocupare, care lasă foarte puțin timp pentru activitățile recreative (doar cca 36% dintre respondenți le-au indicat ca fiind frecvente), pentru vacanțe și ieșiri în aer liber (doar cca. 13% dintre respondenți au indicat că

au frecvent parte de ele, în timp ce majoritatea (cca. 64%) a indicat că are parte rar și foarte rar de ele și pentru reuniunile de familie (cca. 26% dintre respondenți au indicat că au o frecvență ridicată). Este evident că activitățile la locul de muncă, dublate de cele casnice și de al doilea loc de muncă conduc la situația reducerii timpului disponibil pentru viața de familie, fiind în situația unui grav dezechilibru între viața profesională și viața de familie.

Supra-aglomerarea ce caracterizează viața profesională a salariaților împreună cu viața personală este accentuată în cazul asistentelor medicale de ciclurile foarte lungi, redundante, de formare, care accentuează impactul negativ asupra armonizarea vieții profesionale cu viața de familie.

Privirea de ansamblu dezvăluie un impact negativ mediu al vieții profesionale asupra vieții de familie și unul foarte redus al vieții de familie asupra vieții profesionale.

a) Impactul negativ al vieții profesionale asupra vieții de familie este determinat de:

- Implicarea emoțională în activitățile profesionale (cca. cca. 35% din cazuri);
- Munca suplimentară determină reducerea timpului petrecut cu familia (cca. 35% dintre respondenți);
- Efectuarea turelor de noapte (în cca. 30% din cazuri);

b) Impactul vieții de familie asupra vieții profesionale este semnalat în cca. 11% din cazuri.

Distribuția activităților casnice pe profesie reflectă tendința de a fi invers proporțională cu locul ocupat în ierarhie profesională. Faptul că distribuția muncii peste programul normal de lucru este direct proporțională cu locul ocupat în ierarhia profesională poate constitui explicația principală pentru distribuția activităților casnice. Principala cauză ar putea s-o constituie deficitul de personal, urmată de programul de lucru specific medicilor.

Evaluarea făcută de respondenți asupra câtorva indicatori ai nivelului armonizării vieții profesionale cu viața de familie indică următoarea situație:

- Cca. 35% dintre respondenți indică un dezechilibru mare între viața profesională și viața de familie, în defavoarea celei din urmă. În cca. 32% dintre cazuri acest conflict constituie o importantă sursă de stres asupra salariaților, afectându-le semnificativ calitatea vieții profesionale.
- În cca. 32% din cazuri cumularea sarcinilor din gospodărie cu supra-încărcarea cu sarcini se servicii determină semnificative efecte negative asupra calității vieții profesionale.
- Cca. 72% dintre respondenți reclamă lipsa flexibilității timpului de lucru; situația constituie un impediment major asupra armonizării vieții profesionale cu viața de familie.
- Cca. 28% dintre respondenți consideră că funcțiile de conducere accentuează impactul negativ asupra vieții de familie.

Nu a fost identificată existența unor canale de informații specializate pe tema discriminării care să se adreseze acestei categorii de salariați, fapt evidențiat de nivelul diferit de cunoaștere a conceptelor fundamentale pentru discriminare.

Profesia/funția deținută este deseori considerată un indicator exclusiv al statutului social în colectiv, remarcându-se adevărate praguri de trecere/rupturi între diferitele categorii de personal. O astfel de observație sugerează necesitatea unei analize a altor tipuri de discriminare percepute de salariați, multe dintre ele determinate de statutul social.

Absența unor criterii clare în distribuirea sarcinilor de serviciu induce salariaților un sentiment de tratament preferențial nejustificat în cazul unora dintre colege. Este evidentă absența unei strategii împotriva discriminării la nivelul angajatorilor, care să conducă la introducerea unor proceduri clare, transparente și construite pe principiile egalității de șanse, în aspectele esențiale ale vieții profesionale.

Nerespectarea principiilor egalității de șanse conduce uneori la situații conflictuale. Este evidentă totodată o segregare a personalului, bazată pe statutul profesional, în domeniul relațiilor profesionale, ce conduce atât la aspecte susceptibile de a intra în sfera discriminării cât și la o ruptură semnificativă a spiritului de echipă ce ar trebui să guverneze aceste relații, condiție esențială pentru furnizarea unor servicii medicale de calitate.

Perspectiva generală sugerează o stare de teamă a salariaților față de luarea unor măsuri pentru eliminarea situațiilor pe care le consideră discriminatorii. Ea poate fi generată de lipsa unei culturi a dialogului la nivelul unităților sanitare, respectiv de absența unei preocupări pentru calitatea vieții profesionale a acestora. Efectele negative sunt amplificate, tinzând să genereze un sentiment cvasi-general de frustrare a salariaților, în condițiile în care unele dintre situațiile invocate fie țin de o raportare strict subiectivă la anumite aspecte ale activității profesionale (putând fi eliminate prin intermediul explicațiilor adecvate) fie nu constituie situații de discriminare, fiind induse de diferite alte nemulțumiri.

Principala întrebare care se pune credem că este următoarea: Autorii discriminării sunt conștienți de calificarea juridică ce poate fi acordată gesturilor pe care le fac? De răspunsurile la aceste întrebări depind două elemente esențiale pentru orice strategie de intervenție în domeniu:

- Eficiența campaniilor de informare și de conștientizare în remediarea problemelor.
- Respectiv alegerea grupului țintă pentru astfel de demersuri.

Analiza de ansamblu sugerează că ambele direcții de acțiune trebuie accesate, apelând însă la mesaje diferite.

A doua întrebare relevantă este: În condițiile în care legislația muncii are prevederi cu caracter prohibitiv la adresa discriminării, cum se ajunge la astfel de situații? Explicația la îndemână o constituie distanța mare dintre idealul formulat de actele normative și deficiențele intervenite în realizarea lui. Implementarea instituțională a prevederilor actelor

normative în domeniu depinde într-o măsură semnificativă de măsura în care acestea sunt transpuse în procedurile specifice desfășurării activității, acestea din urmă având la rândul lor o pondere semnificativă în structurarea mentalității organizației. Nu credem că unitățile sanitare întrețin o mentalitate a discriminării. Ele au însă, în bună măsură, un grad de indiferență față de majoritatea aspectelor discriminării, efectele negative întâlnite fiind determinate de faptul că strategiile anti-discriminare depind considerabil de intervențiile pro-active în domeniu.

Concluziile cercetării privind segregarea de gen și hărțuirea sexuală

Analiza datelor indică o discretă diferență (indicată de cca. 18% dintre respondente) între persoanele de gen feminin și cele de gen masculin în alocarea sarcinilor de serviciu, primei categorii alocându-i-se mai curând sarcini dificile și cele care presupun muncă intelectuală, în timp ce a doua categoria are parte mai des de sarcini fizice și, într-o mai mică măsură, de sarcini intelectuale. Egalitatea se constată doar în privința nivelului de salarizare, însă dominantă evidentă o constituie faptul că nici una dintre cele două categorii nu are un nivel ridicat de salarizare (o egalizare „în jos”). Persoanele de gen feminin indică posibilități de promovare și de instruire mai mari decât cele de gen masculin. Dacă interpretăm implicit faptul că programul rigid de muncă nu corespunde nici uneia dintre categorii atunci putem presupune existența unui program flexibil de muncă în cca. 28% dintre cazuri.

Se remarcă o discretă corelație directă între nivelul de studii și indicarea existenței stereotipurilor de gen, fapt care ar putea sugera o capacitate mai mare de a le sesiza sau reducerea toleranței față de astfel de situații odată cu creșterea nivelului de studii.

Tendința de migrație

Pentru a evalua nivelul presiunii de la locul de muncă, luând în considerare că segregarea, însoțită de discriminare, poate face parte din cauzele migrației (intrând în factorii de tip *push*), am investigat și tendința de migrație a acestei categorii de personal. Perspectiva de ansamblu indică o intenție de migrație estimată la cca. 66% din cazuri, ea având o incidență mai mare în cazul persoanelor de gen feminin. Dacă avem în vedere negarea intenției de plecare, estimarea intenției de migrație înregistrează un nivel chiar mai ridicat, doar cca. 20% dintre respondente considerând că nu este cazul.

Nu am constatat diferențe majore între persoanele de gen feminin și cele de gen masculin în privința cauzelor migrației, respondenții indicând că acestea determină în majoritatea cazurilor în mode egal plecările. Diferențele sunt semnalate în cca. 25% dintre cazuri. În acest sens, reținem următoarele:

- a) Pe primele locuri ale ierarhiei cauzelor care determină mai mult persoanele de gen feminin să plece:
 - Salariile mai mari din străinătate
 - Nemulțumirea față de veniturile actuale

- Nevoile legate de întreținerea familiei
 - Dorința de realizare profesională
- b) Pe primele locuri ale ierarhiei cauzelor inaplicabile:
- Urmarea soțului/soției plecat/e;
 - Statutul social mai ridicat în statele de destinație și nivelul de civilizație mai ridicat;
 - Dorința de realizarea profesională (probabil este vorba de persoane aflate la sfârșitul carierei profesionale);
- c) În cazul persoanelor de gen masculin se observă o incidență mai mare în cazul următoarele cazuri:
- Nevoile legate de întreținerea familiei;
 - Dorința de realizare profesională.

Hărțuirea sexuală

Cca. 6% dintre respondente au fost victima hărțuirii sexuale. Ținând cont de gravitatea fenomenului procentul este unul semnificativ. Doar cca. 71% dintre respondenți au indicat faptul că au fost informate (la locul de muncă/de către angajator) privind hărțuirea sexuală. Însă, întrebările de control privind nivelul de informare al respondentelor pe tema hărțuirii sexuale evidențiază că doar cca. 42% dintre ele afirmă informarea clară privind interzicerea hărțuirii; de reținut este și faptul că doar în 36% dintre cazuri este indicată existența unor sancțiuni disciplinare în Regulamentul unității pentru hărțuirea la locul de muncă. Dat fiind nivelul redus de informare nu ne putem pronunța în mod obiectiv privința existenței sau absenței acestor prevederi. Însă, nivelul de informare constituie un indiciu suficient privind nivelul redus de îndeplinire a acestor obligații legale.

Am constatat un nivel relativ redus de informare/cunoaștere a procedurilor. *Plângerea către conducerea unității* este prima în ierarhia măsurilor la care ar apela respondentele dacă s-ar afla într-o situație de discriminare, fiind indicată de cca. 60% dintre ele. Este urmată de o mențiune cu caracter general, respectiv adresarea la o instituție de specialitate (58%). Adresabilitatea sindicatului este situată la nivelul de cca. 40%. Încercările de rezolvare prin dialog a situațiilor sunt indicate de cca. 37% dintre respondente, iar apelul la instanța de judecată de cca. 31% dintre respondente.

Diferențe de tratament

Indicarea diferențelor de tratament corelează pozitiv cu nivelul de studii (direct proporțional), probabil datorită creșterii nivelului de conștientizare a acesteia proporțional cu nivelul de pregătire. Dat fiind ponderea mare a respondenților (din prima cercetare) care au indicat existența discriminărilor salariale considerăm ca aceasta fiind cauza cu probabilitatea cea mai mare.

Analiza comparativă indică o discretă corelație (direct proporțională) între bifarea ocupării funcțiilor de conducere de către persoanele de gen masculin și nivelul de studii, locul ocupat în ierarhia profesională (foarte vizibilă în cazul medicilor), nivelul de venituri. Se

înregistrează o distribuție egală pe cele două genuri (raportat la numărul total al fiecărui gen) a răspunsurilor la cele trei variante. Respondenții care lucrează în *chirurgie* au cel mai ridicat procent (raportat la numărul lor total) al răspunsurilor pentru varianta *mai mulți bărbați*, fapt care confirmă ipoteza masculinizării acestor locuri de muncă.

Evaluarea impactului negativ al ocupării funcțiilor de conducere de către cele două genuri evidențiază percepția respondenților privind primele trei domenii care ar suferi un astfel de impact, respectiv *crearea unor situații conflictuale, dificultățile în organizarea muncii și, cea mai importantă, scăderea calității serviciilor medicale oferite*.

Segregarea de gen

Segregarea bazată pe gen este semnalată de cca. 22% dintre respondenți. Analiza corelațiilor indică relația direct proporțională între nivelul de studii, vârstă, locul ocupat în ierarhia profesională, venituri și segregarea bazată pe gen. Având în vedere faptul că este vorba de un sector feminizat, considerăm că nivelul redus al percepției segregării ar putea fi determinat de asocierea acesteia cu discriminarea, fapt confirmat parțial de răspunsurile următoare, care înregistrează procente destul de apropiate. Un procent relativ apropiat (26%) este înregistrat și de tratamentele diferite pe criterii de gen în cursul perioadei de formare. Corelează cu o incidență mai crescută în cazul grupei de vârstă 15-20 de ani.

Raportarea la ponderea salariaților pe gen în sectorul sanitar din regiune ne indică faptul că bărbații ocupă funcții de conducere la nivelul dublului procentului pe care-l reprezintă din totalul salariaților. Având însă în vedere faptul că o bună parte din funcțiile de conducere sunt reprezentate de șeful de secție, raportarea pentru acestea nu trebuie făcută la întregul personal, ci la medici, aceștia fiind singurii care pot ocupa astfel de funcții. Din totalul medicilor, 70% sunt de gen feminin. În acest context datele nu sunt concludente. Ținând cont de faptul că funcțiile de șef de secție și de asistentă șefă sunt distribuite în mod egal, dacă vom considera că toate funcțiile de asistentă șefă sunt ocupate de persoane de gen feminin atunci am putea vorbi în mod întemeiat de prevalența bărbaților pe funcțiile de conducere (raportat la procentul lor din totalul salariaților), ceea ce ar deschide posibilitatea discuțiilor privind egalitatea de șanse.

Din perspectiva corelațiilor, medicii, indiferent de nivelul profesional, persoanele de gen masculin, secțiile de chirurgie, compartimentele administrative indică într-un procent semnificativ mai mare faptul că au un șef o persoană de gen masculin. Nu se înregistrează diferențe semnificative în funcție de tipul de unitate, modul de proprietate, etnie sau alte variabile. Se remarcă un procent mai mare al medicilor și al persoanelor de gen masculin, care consideră că profesia lor este mai potrivită persoanelor de gen masculin; persoanele care au calificarea infirmieră, cele care lucrează în medicina generală au indicat profesia lor ca fiind potrivită persoanelor de gen feminin. Se înregistrează o variație semnificativă în funcție de tipul general de activitate.

Dacă ne raportăm la ipoteza unei egale distribuiri pe gen a locurilor de muncă putem constata următoarele:

a) Înregistrează **valorile cele mai mari din perspectiva absenței diferențelor** următoarele variabile:

- *Cunoștințele de specialitate (cca. 60%);*
- *Lucrul în echipă (cca. 49%);*
- *Devotamentul față de profesie (cca. 78%);*
- *Referințele personale (cca. 48%);*
- *Moralitatea și etica profesională (47%);*
- *Experiența profesională (cca. 46%).*

b) Înregistrează **valorile cele mai mari din perspectiva prezenței diferențelor** următoarele variabile:

b1) În funcție de valoarea cumulată a tuturor aspectelor care indică existența diferențelor:

- *Atenția la detalii (cca. 69%);*
- *Rezistența la stres (cca. 67%);*
- *Stăpânirea de sine (cca. 63%);*
- *Asumarea riscurilor (cca. 61%)*
- *Abilitățile de comunicare (cca. 60%)*

b2) În funcție de valorile *Foarte mare și mare*:

- *Atenția la detalii*
- *Rezistența la stres*
- *Asumarea riscurilor*
- *Responsabilitatea*
- *Stăpânirea de sine*

Considerăm că aceste rezultate trebuie interpretate în sensul unei cercetări exploratorii având drept obiectiv identificarea diferențelor firești între cele două genuri, respectiva a celor care reflectă o mentalitate inadecvată raportat la principiul egalității de șanse.

Un procent semnificativ al respondenților (cca. 26%) consideră că femeile sunt mai expuse riscului de concediere decât bărbații; salarialele din domeniul *Support medical* se simt mai amenințate decât restul respondenților. Deoarece nu am investigat în cursul cercetărilor existența unor dovezi pe această temă, precizăm că este vorba de percepția salariaților.

Ținând cont de ponderea persoanelor de gen feminin, putem constata faptul că femeile sunt mai dezavantajate decât bărbații la toate criteriile menționate, pe primele locuri situându-se *ironizarea (27,3%), îngrădirea posibilităților de exprimare (26,8%) și nerecunoașterea meritelor profesionale (26,5%)*. Două întrebări de control indică necesitatea abordării cu prudență a răspunsurilor:

- *Lucrul în condiții ce reprezintă un pericol pentru sănătate cunosc de fapt o distribuție proporțională cu cea de gen. Răspunsurile tind să indice faptul că*

trebuie să luăm în considerare influența percepției subiective asupra răspunsurilor ce vizează distribuția pe categorii de gen.

- Persoanele de gen feminin sunt mai avantajate în situațiile de malpraxis.

Stereotipurile de gen

Existența stereotipurilor bazate pe gen constituie o problemă, fiind sesizată de 23% dintre respondenți. Procentul semnificativ al persoanelor care au răspuns „Nu știu” poate fi generat de neînțelegerea semnificației termenului *stereotip*. Se remarcă o discretă corelație directă între nivelul de studii și indicarea existenței stereotipurilor de gen, fapt care ar putea sugera o capacitate mai mare de a le sesiza sau o toleranță mai redusă odată cu creșterea nivelului de studii. Situația este identică în cazul veniturilor familiei. De asemenea, corelațiile indică un nivel discret mai redus al indicării existenței stereotipurilor la grupa de vârstă 45-54 de ani. Interesant este faptul că persoanele de gen masculin o indică existența sau absența stereotipurilor într-o pondere egală cu cele de gen feminin.

Putem vorbi în mod cert de existența unor stereotipuri de gen în mentalitatea lucrătorilor din sănătate, aceasta evidențiindu-se și în cazul estimărilor de gen privind unele posturi din sistem. Astfel, din perspectiva posturilor mai potrivite pentru persoanele de gen feminin, raportat la specialitățile indicate, se remarcă:

- Pediatria (cca. 54%)
- Geriatria (cca. 46%)
- Ginecologia (cca. 39%)
- Medicina paliativă (cca. 37%)
- Endocrinologia (cca. 34%)

Din perspectiva posturilor cu cel mai mare nivel al distribuției egale pe criteriile de gen se remarcă următoarele specializări:

- ORL-ul (cca. 80%)
- Gastroenterologia (76%)
- Medicina generală (cca. 76%)
- Bolile infecțioase (cca. 76%)
- Neurologia (cca. 75%)
- Oftalmologia (cca. 75%)

Din perspectiva specializărilor pentru care respondentele consideră că persoanele de gen masculin sunt mai potrivite se remarcă:

- Chirurgia (52%), aceasta tinzând să fie o specializare în care persoanele de gen masculin sunt majoritare;
- Medicina fizică și reabilitare (cca. 28%)
- Psihiatria (cca. 25%)
- Urologia (cca. 23%)

Data fiind distribuția persoanelor de gen feminin în totalul numărului de salariați probabilitatea ca respondenții să fi asociat specializările cu medicii care ocupă aceste

specializări este ridicată, tinzând să reflecte distribuția la nivelul acestei categorii profesionale.

Din perspectiva posturilor mai potrivite pentru persoanele de gen feminin, raportat la categoriile de personal din sistemul sanitar, se remarcă:

- Moașă (84%)
- Asistentă medicală (cca. 67%)
- Registrator (cca. 62%)
- Puericultor (cca. 59%)
- Asistent social (57%)
- Psiholog (cca. 56%)
- Farmacist (cca. 55%)

Locurile de muncă apreciate ca fiind specifice bărbaților sunt următoarele:

- Ambulanțier (cca. 87%)
- Brancardier (77,5%)
- Gipsar și autopsier (cca. 75%).

În privința posturilor cu o distribuție egală pe criteriile de gen pot fi observate:

- Medicii (cca. 66%)
- Dentiștii (cca. 57%)
- Șefii de secție (cca. 49%)
- Directorii (42,5%)
- Tehnicienii dentari (42,5%)
- Cercetătorii științifici (cca. 41%)
- Personalul auxiliar (cca. 41%).

Locurile de muncă multiple

Chiar dacă asumarea mai multor locuri de muncă de către un salariat/o salariată face parte în primul rând din strategia de supraviețuire în contextul unor venituri insuficiente, și această situație necesită investigare din perspectiva segregării de gen.

Cea mai semnificativă informație o constituie indicarea de către 50% din respondenți a faptului că angajații din sănătate își desfășoară activitatea și la un alt loc de muncă, situație care are ca efect o reducere semnificativă a timpului liber. Ponderând informația atât cu procentul răspunsurilor privitoare la veniturile suplimentare cât și cu datele din cercetarea anterioară, estimăm la cca. 40% procentul salariaților care își desfășoară activitatea și la un alt loc de muncă s-au și-au desfășurat-o anterior. Dacă luăm în considerare atât distribuția pe genuri cât și faptul că persoanele de gen feminin sunt mai ocupate cu activitățile casnice decât cele de gen masculin, este evident că în cazul primei categorii impactul este cu atât mai mare. Deși procentul persoanelor de gen feminin care lucrează și la un alt loc de muncă este de cca. 4 ori mai mare decât al celor de gen masculin, realizarea veniturilor suplimentare este înregistrează doar un raport de cca. 1,5/1. Se constată indicarea unei diferențe de gen în privința condiționării actului medical. O evaluare implicită a plăților informale arată faptul că acestea au fost indicate de cca. 13% dintre respondente.

Distribuția pe gen a respondenților care indică faptul că lucrează și la un alt loc de muncă este relativ egală. Dată fiind ponderea persoanelor de gen feminin în total personalului, este evident că în cifre absolute această categorie de personal este cea mai afectată de reducerea timpului liber. Problema este accentuată suplimentar de încărcarea suplimentară cu sarcini de familie.

În privința distribuției pe categorii de personal a locurilor de muncă multiple ea se situează la cel mai mare nivel în cazul medicilor (60,4%) urmați de asistentele medicale (49,5%), aceasta scăzând direct proporțional cu locul ocupat în ierarhie, respectiv cu nivelul de pregătire profesională.

Principală motivație a lucrului în mai multe unități pare să-o constituie dorința de creștere a veniturilor. Din această perspectivă se remarcă două categorii de salariați:

- Salariații cu venituri până în 200 euro, cu un procent foarte redus al celor care au mai multe locuri de muncă (63% nu au un alt loc de muncă). Ponderea de gen este uniform distribuită; procentul cel mai mare de persoane care au trei copii (62,5%), însă ele reprezintă doar 4% din total. În 34% dintre cazuri este unicul venit al familiei. Tabloul sugerează un nivel semnificativ al persoanelor care fie sunt resemnate cu un venit mic fie nu au alte oportunități. Nivelul veniturilor sugerează faptul că este vorba de sărăcie salarială.
- 62% dintre persoanele care au un venit peste 1400 euro nu au un alt loc de muncă. Acesta ar putea fi un nivel de referință al satisfacției salariale.

Persoanele divorțate sau văduve tind să asume într-o pondere mai mare locuri de muncă suplimentare decât cele căsătorite.

Concluzii generale

Segregarea pe orizontală

Cercetarea indică în mod clar existența segregării pe orizontală, sectorul sanitar din regiunea studiată având caracteristici asemănătoare celui național. În principiu, două profesii generează ponderea cea mai mare a femeilor: asistentele medicale și infirmierele.

Segregarea pe verticală

Având în vedere instrumentele de cercetare folosite, datele sunt relativ neconcludente în privința existenței segregării pe verticală. Totuși, chiar dacă ele nu pot oferi o evaluare obiectivă, sunt suficiente pentru a evalua mentalitățile din această perspectivă.

Putem vorbi doar în mică măsură de existența unui „plafon de sticlă” în privința avansării persoanelor de gen feminin pe scară ierarhică, determinată de evidențierea unei distribuții mai mare a persoanelor de gen masculin pe funcțiile de conducere din unitățile sanitare, raportat la procentul pe care-l dețin în totalul salariaților. Situația trebuie privită cu prudență în privința posturilor din managementul unităților sanitare deoarece ocuparea

acestora este influențată de-o altă variabilă, care tulbură dezvoltarea firească a carierelor profesionale, respectiv dependența acestor funcții de decizia politică, deseori arbitrară. Cu alte cuvinte, în măsura în care există o segregare la acest nivel ea este dependentă nu de îmbunătățirea mediului de dezvoltare a carierei, ci de permeabilitatea politicului pentru persoanele de gen feminin.

Una din problemele cele mai semnificative din perspectiva discriminării o constituie *discriminarea salarială*. Chiar dacă discriminarea salarială suportă câteva controverse privind încadrarea ei în problema egalității de gen, în condițiile în care este evident faptul că ponderea persoanelor de gen feminin este de cca. 86% din totalul personalului, am asumat clasificare ei ca discriminare ce afectează în special această categorie, tratând-o ca o problemă semnificativă a sistemului sanitar. În acest sens, rezultatele cercetării au fost dublate de câteva soluții juridice pentru eliminarea discriminărilor salariale, ce fac obiectul unui volum colectiv de articole publicate în continuarea acestui studiu.¹

Nu am constatat discriminări salariale pe criterii de gen între angajații din unitățile sanitare. Două informații importante ne oferă evaluarea veniturilor din cele două cercetări (ca medie a rezultatelor²): a) cca. 13% dintre respondenți se află în situația de sărăcie salarială (după cum am putut observa, acesta nu este determinată de discriminarea de gen, ci mai curând de una sistemică) raportat la veniturile proprii (și cca. 6,5% raportat la veniturile per/familie); b) media veniturilor personale este situată în intervalul 200-400 euro.

În condițiile în care cercetările s-au limitat la statutul de angajați ale respondenților, rezultatele nu oferă informații privind eventuale segregări de gen în ocuparea funcțiilor de conducere în organismele/instituțiile conexe activităților profesionale, cum ar fi organismele profesionale și organizațiile sindicale. Chiar dacă nu ne putem pronunța în absența datelor, cu titlul de ipoteză de cercetare credem că ar trebui investigată dependența segregării de cultura organizațională a acestor organisme, ea putând fi considerată o variabilă independentă de cea a unităților sanitare.³

Punctul de vedere al Oanei Bălăuță privind tripla afectare a persoanelor de gen feminin din sectorul sanitar, derivată din tripla lor calitate (de lucrătoare ale sistemului, de paciente - într-un moment sau altul - și de persoane responsabile de îngrijirea în familie),⁴ îl considerăm corect în principiu, necesitând însă două amendamente: a) deficitul de personal, ce caracterizează sistemul sanitar, dublat de preferința pentru a avea mai multe locuri de

¹ Viorel Rotilă și colab., *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice. Ghid de bune practici*, Editura Sodalitas, Galați, 2015.

² De observat că diferențele dintre cele două cercetări sunt în limitele marjei de eroare.

³ Unul dintre argumentele în acest sens îl reprezintă faptul că lucrarea *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare* (Laura Grünberg și colab. *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare*, Asociația „Centrul Român de Inițiativă”, 2012), care a desfășurat cercetarea în cadrul Federației „Sanitas”, indică o pondere a persoanelor de gen feminin în organele de conducere ale sindicatelor membre de 20%, în timp ce în cadrul evaluării desfășurată de noi în cadrul Federației „Solidaritatea Sanitară” din România această pondere este de 46%.

⁴ <http://centrulfilia.ro/publicatii/Impactul-Crizei-Economice-Asupra-Femeilor.pdf>, p. 23.

muncă în vederea completării câștigurilor, determină apariția unei a patra perturbări semnificative, respectiv reducerea semnificativă a timpului petrecut în afara locului de muncă; b) responsabilitatea îngrijirilor de sănătate în familie este parțial atenuată atât datorită accesului mai ridicat la serviciile medicale ca formă de tratament pentru membrii familiei (o afectare pozitivă) cât și datorită reducerii timpului disponibil (afectare negativă). În consecință, raportându-ne la propunerea de-a aplica această interpretare pentru analiza situație din Sănătate,⁵ tripla afectare poate fi luată în considerare în calitate de ipoteză privind situația de ansamblu a persoanelor de gen feminin din România, ea cunoscând însă anumite particularități în privința angajatelor din sistemul sanitar românesc.

Segregarea de gen, evidentă în sistemul sanitar, este asociată de cca. 20% dintre respondente cu discriminarea. Nu au fost identificate restricții instituționale evidente în calea accesului persoanelor de gen masculin la formele de pregătire și la locurile de muncă considerate specifice persoanelor de gen feminin și nici în calea accesului persoanelor de gen feminin la funcțiile de conducere sau la locurile de muncă considerate specifice persoanelor de gen masculin.

Măsurile privind armonizarea vieții profesionale cu viața de familie considerăm că au un caracter urgent, acestea lipsind în sistemul sanitar. Sunt deosebit de afectate trei categorii de persoane: medicii, din cauza programului de lucru cu mult peste limitele legale,⁶ persoanele de gen feminin, din cauza încărcării suplimentare cu atribuții de familie și asistentele medicale absolvente de postliceală, din cauza obligării la reluarea formării profesionale inițiale drept condiție de avansare profesională.⁷

Demnă de remarcat este corelația invers proporțională între mărimea venitului și plata atențiilor, care sugerează posibilitatea diminuării plăților informale proporțional cu creșterea veniturilor.

Analiza corelațiilor evidențiază tendința generală de creștere a situațiilor de discriminare indicate direct cu proporțional cu nivelul de studii. Excepția de la această regulă o constituie absolventele de postliceală, majoritatea indicând faptul că au asistat la o situație de discriminare. Operăm cu două ipoteze explicative, pe care încercăm să le lămurim pe traseu: a) sentimentul discriminării ar putea fi generat de problema echivalării; b) este posibil ca acesta să fie categoria profesională cea mai discriminată.

Analiza pe categorii de personal a indicat faptul că absolvente de postliceală constituie proporția cea mai mare a respondenților care indică discriminări salariale, cca.

⁵ Laura Grünberg și colab. *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare*, Asociația „Centrul Român de Inițiative”, 2012, p.10 http://www.profeminantrep.ro/uploads/STUDIU_PRIVIND_SEGREGAREA_DE_GEN_PE_PIATA_MUNCII.pdf

⁶ Problema am evidențiat-o în Viorel Rotilă, *Studiu asupra timpului de munca în sectorul sanitar din România. Analiza de caz: garzile medicilor*, Editura Sodalitas, Galați, 2013.

⁷ Problema o tratăm în cadrul articolului *O argumentație juridică privind eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar*, din cadrul volumului *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice. Ghid de bune practici*, Editura Sodalitas, Galați, 2015.

60% dintre ele aflându-se în această situație. Considerăm că acest fapt este determinat de nerespectarea principiului *la muncă egală salariu egal*, în discuție fiind așa numită problemă a echivalării. Profilul dominant al discriminărilor salariale este următorul: asistentă medicală, absolventă de postliceală, lucrează într-un spital județean, grupa de vârstă 35-44 de ani, peste 10 ani experiență, un copil în întreținere, venitul personal între 200 și 400 euro, venitul familiei între 200 și 700 euro.

Expert cercetare,
Conf. univ. dr.
Viorel ROTILĂ