

COMENTARIO EDITORIAL

Cardiología y maternidad: ¿misión imposible o un objetivo realista?



Marta
Jiménez-Blanco

Marta Jiménez-Blanco, MD^{a,b}; Susana Del Prado Díaz, MD PHD^{a,b}

La presencia y relevancia de la mujer en la Medicina ha ido aumentando de manera progresiva desde que en 1849 Elizabeth Blackwell se graduara como la primera mujer médico en Estados Unidos. A mediados del siglo XIX, Blackwell logró acceder a *Geneva Medical College* (Nueva York) tras una encuesta realizada a los estudiantes, todos ellos varones, que aceptaron admitirla pensando que se trataba de una broma. De no haber ocurrido así, Blackwell se hubiera visto forzada a "disfrazarse" de hombre para facilitar su acceso a la carrera de Medicina, tal y como le sugirieron varios decanos de las más de 10 universidades que previamente habían rechazado su admisión por ser mujer.

A pesar de todos los avances logrados desde aquel entonces, persiste una brecha de género muy difícil de explicar. Hoy en día, casi el 50% de los graduados en Medicina son mujeres, sin embargo, éstas representan tan solo un tercio de los médicos y cirujanos y menos del 20% de los decanos de Facultades de Medicina en Estados Unidos (1). Las mujeres están infrarrepresentadas también entre los autores de artículos académicos, ya que el 60% de los primeros y últimos autores de revistas de alto impacto son varones (2).

La situación en Cardiología es aún más preocupante si cabe: tan solo el 21,5% de los residentes de esta especialidad son mujeres (frente al 42,6% en Medicina Interna), y este porcentaje es aún menor entre los cardiólogos adjuntos (12,6%) (3).

En el artículo recientemente publicado en *Journal of the American College of Cardiology*, Gulati y cols. presentan los resultados de una encuesta realizada a 323 mujeres cardiólogas americanas, a las que se interroga acerca de sus experiencias laborales durante el embarazo y la baja de maternidad (4). Si bien es cierto que se trata de un cuestionario retrospectivo, con todas las limitaciones que ello conlleva, los resultados del estudio ponen claramente de manifiesto las dificultades a las que se tienen que enfrentar las mujeres americanas que se dedican al campo de la Cardiología.

La mayoría retrasó comunicar su estado de gestación hasta el segundo trimestre, entre otras razones, por miedo a las reacciones de sus jefes o compañeros varones. A un 37,2% les exigieron realizar horas extras o guardias antes de la baja de maternidad, con el fin de "compensar" el tiempo que iban a estar ausentes (4).

El 38,1% de las gestantes reportaron alguna complicación durante el embarazo: 36 mujeres requirieron reposo absoluto en cama, 30 presentaron parto pretérmino y 23 una pérdida gestacional. Sin embargo, estas complicaciones no fueron más frecuentes en aquellas mujeres que realizaron horas extra o guardias antes de su baja (43,1% vs 33,5%, $p = 0,083$), excepto aquellas que requirieron reposo absoluto (17,5% vs 7,4%, $p = 0,005$) (4).

En cuanto a la compensación salarial, el 41,2% de las mujeres sufrieron una reducción salarial durante el año de gestación, siendo esta reducción más frecuente en hospitales privados (67%) que en hospitales universitarios (29%). La duración de la baja remunerada fue muy variable, siendo las más frecuentes de 6 semanas (22,9%) y 3 meses (19,2%), aunque lo verdaderamente sorprendente es que casi un cuarto de las mujeres no pudo disfrutar de una baja remunerada (4).

La legislación en este sentido en Estados Unidos es claramente insuficiente, con el *Family and Medical Leave Act* (FMLA) y el *Title VII of the Civil Rights Act* como únicos garantes del derecho a una baja no remunerada de 12 semanas y del derecho a la no discriminación por sexo, respectivamente (4).

LEGISLACIÓN EN EUROPA Y EN ESPAÑA

Estos resultados serían inadmisibles en la Europa de hoy en día. El "estado de bienestar", definido como un modelo de organización social en el cual el Estado provee servicios en cumplimiento de los derechos sociales a los habitantes de un país, nos permite disfrutar de una serie de privilegios sociales en este continente, entre los que encontramos los relacionados con la maternidad y la lactancia.

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid (España); ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares, CIBER-CV

Los permisos de maternidad y paternidad en Europa son extremadamente variables en la actualidad. En Reino Unido el permiso de maternidad es de 52 semanas, aunque 13 de ellas no cuentan con retribución económica, en Italia este es de 20 semanas, Eslovenia o Bélgica 15 semanas y en Francia es variable en función del número de hijos previo y/o simultáneo. Los permisos de paternidad también presentan grandes desigualdades, siendo en algunos países transferibles, es decir, pudiéndose intercambiar entre progenitores.

En España, por ejemplo, la baja de maternidad consiste en 16 semanas remuneradas al 100% por el Estado, a las que hay que sumar una baja por lactancia de entre 2 y 4 semanas a cargo del empleador (5). En caso de parto múltiple, a las 16 semanas se suman 2 semanas por cada hijo adicional. Además, la mujer tiene derecho a solicitar una reducción de jornada o excedencia no remunerada para el cuidado de un menor de 12 años, sin que esto pueda perjudicar a su puesto de trabajo o a su promoción. Estos derechos se aplican también en caso de que el hijo sea adoptado o por acogimiento.

Pero no sólo eso, sino que en los últimos siete años, la baja de paternidad ha pasado de ser de 2 a 16 semanas, igualándose con la de la mujer y por tanto eliminando la posibilidad de discriminación por este motivo a la hora de contratar (5). Además, el hombre también tiene derecho a baja por lactancia con una duración idéntica a la mujer.

Los riesgos durante el embarazo también están contemplados en la legislación, de tal forma que la mujer tiene derecho a una baja o cambio de puesto de trabajo si éste entraña algún riesgo para la gestación. Asimismo, existe una protección especial contra el despido desde el inicio del embarazo hasta 9 meses después del parto. En estos casos el cese debe estar debidamente justificado, y el empresario tiene que demostrar que la causa del mismo es independiente de la gestación.

LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

No obstante, si bien sobre el papel la situación de la baja maternal resulta relativamente igualitaria no es oro todo lo que reluce, en Europa, y por supuesto en España, aún estamos lejos de la tan ansiada equidad laboral. El techo de cristal, tan real en el mundo laboral actual, fue acuñado como término por primera vez en 1978 por la consultora laboral Marilyn Loden, refiriéndose a los impedimentos o barreras culturales que dificultan el ascenso de la mujer a altos cargos a pesar de su cualificación. Y aunque han pasado más de 40 años desde su descripción, este techo sigue siendo aún una agravante realidad presente en nuestro medio.

En España, el número de mujeres médico ha pasado del 35% en el año 2000 al 51,9% en el año 2017 (6). En

concreto en 2017, el 68% de los médicos que finalizaron su especialidad eran mujeres (7). En un estudio realizado en el Hospital Clínic de Barcelona y publicado en 2013 (8), los datos eran abrumadores. Si bien la proporción entre residentes mujeres/hombres entre 1996 y 2008 era superior a 1, una vez finalizada la residencia, la proporción de mujeres doblaba la proporción de hombres en cuanto a temporalidad y, a pesar de que la mujer alcanzaba puestos más elevados a lo largo de los años de estudio, más del 65% de los consultores y el 85% de los consultores seniors continuaban siendo hombres el último año del estudio (2008). En cuanto a paridad en las especialidades, cardiología se encontraba entre las menos feminizadas, con una ratio mujeres/hombres de 0,18.

Centrándonos en la cardiología en España, en un estudio publicado en 2019 en el que se realizó una encuesta en 70 hospitales españoles (7) se objetivó que, aunque el 40% de los cardiólogos eran mujeres, éstas tan solo ocupaban el 19% de las jefaturas de sección y el 11% de las jefaturas de servicio. Además, las mujeres que ocupaban jefaturas de servicio lo hacían en hospitales de menor categoría y solo el 7% de los profesores titulares eran mujeres.

Otro ejemplo de la falta de paridad en cardiología se objetiva en las actividades formativas y cargos representativos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Así en los últimos congresos nacionales de cardiología las ponentes y moderadoras apenas eran el 25% (9), la representatividad en el Comité Ejecutivo de la SEC oscila entre el 15 y el 25% y solo ha habido una editora jefa de la Revista Española de Cardiología desde el año 1947.

Además de la falta de representatividad de la mujer en la jerarquía asistencial y académica, también se ha observado una brecha horizontal donde las cardiólogas españolas tienden a subespecialidades menos invasivas, similar a la objetivada en otros países (10). En algunas subespecialidades como hemodinámica y electrofisiología, este hecho podría estar influido por preocupación a la exposición a radiación ionizante. Si bien hasta un tercio de las mujeres dedicadas a la cardiología intervencionista continúan realizando procedimientos con radiación durante el embarazo (10) con la convicción de que, con la adecuada protección, el riesgo para un feto de mantener la actividad habitual es despreciable y asumible (11), para otras la falta de evidencia científica supone una pausa extra en el desempeño de su trabajo habitual durante la gestación o, directamente, la evitación de estas subespecialidades (12).

En cuanto a los motivos de la falta de equidad en la cardiología española probablemente sean lo más difícil de evaluar. Si bien la igualdad temporal de las bajas de paternidad limita la posible selección de género a la hora de la contratación, sigue habiendo diferencias en este sentido. Por ejemplo, en el ámbito privado o en el ejerci-

cio de la cardiología de forma autónoma, donde la remuneración de las bajas no es tan estricta como en el ámbito público, es posible que aún existan diferencias, como ocurre claramente en otros países (13). Por otra parte, las complicaciones durante la gestación siempre serán inexistentes en el varón, mientras que la necesidad de reposo, ausencia laboral por pruebas médicas o adaptación del puesto de trabajo será requerida por la mujer. Un dato necesario para analizar estos hechos, aún no disponible, es la proporción de hombres y mujeres que modifican o renuncian a la baja por paternidad. Es decir, si bien es España, el descanso obligatorio por paternidad es de 6 semanas, se desconoce la cifra actual de padres que completan la baja de forma ininterrumpida más allá de este tiempo; pero es muy posible que sea menor en hombres que en mujeres dado que, habitualmente, la mujer asume más responsabilidades familiares que el varón. Este es un hecho indiscutible en las excedencias por cuidado de

hijos, de las cuales el 85,3% fueron solicitadas por mujeres, frente al 14,7% concedidas a hombres en el primer trimestre de 2021 en España.

En conclusión, la situación de las mujeres en cardiología ha mejorado con el paso de los años (especialmente en Europa y España) en parte gracias a las leyes que protegen la maternidad, sin embargo, la situación aún dista mucho de ser equitativa (4). El acceso de la mujer a ciertas subespecialidades, a puestos académicos, al liderazgo y a la jerarquía en cardiología depende, pero no solo, de su protección legal durante el periodo tan vulnerable como suponen el embarazo y el permiso de maternidad, sino que pasa por un auténtico cambio de actitud social, cultural e institucional. Derribar el techo de cristal que separa a las mujeres del acceso a puestos visibles debe ser uno de los objetivos de la medicina y la cardiología en los próximos años, de manera que su trayectoria profesional dependa exclusivamente de su cualificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Association of American Medical Colleges. The changing representation of men and women in academic medicine. <https://www.aamc.org/download/75776/data/aibvol5no2.pdf>. Published July, 2005. Accessed August 21, 2015.
2. Jagsi R, Phil D, Guancial E, et al. The "Gender Gap" in Authorship of Academic Medical Literature - A 35-year perspective. *N Engl J Med* 2005; 355: 281-7.
3. Mehta LS, Fisher K, Rzeszut AK et al. Current Demographic Status of Cardiologists in the United States. *JAMA Cardiol* 2019; 4:1029-33.
4. Gulati M, Korn RM, Wood MJ et al. Childbearing among women cardiologists. The Interface of Experience, Impact, and the Law. *JACC* 2022; 79 (11): 1076-1087
5. Real Decreto-Ley 6/2019 de 1 de marzo de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. BOE nº57 de 7 de marzo de 2019, páginas 21 692 a 21 717.
6. Organization for Economic Co-operation and Development. Health data: statistic and Indicators for 24 countries 2009. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx/DataSetCode/HEALTH_STAT. Consultado 17 May 2018.
7. Antonia Sambola, Manuel Anguita, Gabriela Guzmán, Paola Beltrán, Laia Milà y Mireia Giné. Diferencias de género en la carrera profesional de los cardiólogos en 70 hospitales españoles. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(3):258-274
8. Pilar Arrizabalaga, Rosa Abellana, Odette Viñas, Anna Merino, Carlos Ascaso. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gac Sanit*. 2014;28(5):363-368
9. Sambola A, Anguita M, Gine M. Existe brecha de género en la cardiología española? *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(3):195-197
10. Lewis SJ, Mehta LS, Douglas PS, et al. American College of Cardiology Women in Cardiology Leadership Council. Changes in the professional lives of cardiologists over 2 decades. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69:452-462
11. Velázquez M, Pombo M, Unzué L, Bastante T, Mejía E, Albarrán A. Radiation exposure to the pregnant interventional cardiologist. Does it really pose a risk to the fetus? *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:606-608.
12. Irene Valverde Andrés, Rocío Cózar León, Mar González Vasserota y Ernesto Díaz Infante. Exposición de las cardiólogas intervencionistas a radiaciones ionizantes durante el embarazo. Realmente es necesario? *Rev Esp Cardiol*. 2017;70(7):611-619
13. Mehta LS, Blumenthal RS, Sharma G. The implications of Restrictive Maternity Leave in Cardiology. A time to hold the levers. *JACC* 2022; 79:1088-91.