

José Luis Martínez-Sande*, Javier García-Seara, Laila González-Melchor, Moisés Rodríguez-Mañero, Inés Gómez-Otero y José Ramón González-Juanatey

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Instituto para el Desarrollo e Integración de la Salud (IDIS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: luismartinezsande@gmail.com

(J.L. Martínez-Sande).

On-line el 23 de marzo de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Reynolds D, Duray GZ, Omar R, et al. Micra Transcatheter Pacing Study Group. A leadless intracardiac transcatheter pacing system. *N Engl J Med*. 2016;374:533–541.

2. Roberts PR, Clementy N, Al Samadi F, et al. A leadless pacemaker in the real-world setting: The Micra Transcatheter Pacing System PostApproval Registry. *Heart Rhythm*. 2017;14:1375–1379.
3. Martínez-Sande JL, García-Seara J, Rodríguez-Mañero M, et al. The Micra leadless transcatheter pacemaker. Implantation and mid-term follow-up results in a single center. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:275–281.
4. Mallidi HR, Bates M. Pacemaker use following heart transplantation. *Ochsner J*. 2017;17:20–24.
5. Kypta A, Blessberger H, Kammler J, et al. Leadless cardiac pacemaker implantation after lead extraction in patients with severe device infection. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2016;27:1067–1071.
6. Piccini JP, Stromberg K, Jackson KP, et al. Long-term outcomes in leadless Micra transcatheter pacemakers with elevated thresholds at implantation: Results from the Micra Transcatheter Pacing System Global Clinical Trial. *Heart Rhythm*. 2017;14:685–691.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.02.016>
0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diferencias de género en la carrera profesional de los cardiólogos en 70 hospitales españoles



Gender Differences in the Professional Lives of Cardiologists in 70 Spanish Hospitals

Sr. Editor:

En España, el número de mujeres médicos ha aumentado considerablemente, pasando del 35% en el año 2000 al 51,9% en 2017 (en Estados Unidos son el 35%; en Italia, el 40% y en Reino Unido, el 46%)¹. Sin embargo, siguen siendo menos las mujeres en puestos de responsabilidad y en la promoción interna²⁻⁵. Desconocemos la representatividad de la mujer en la jerarquía asistencial y académica en la cardiología española actual. Los objetivos de este estudio son analizar: *a*) la distribución de los sexos en las distintas subespecialidades, y *b*) la representatividad de la mujer en la cardiología en todos los estamentos asistenciales y académicos en España.

Para ello, se ha diseñado un estudio transversal en el que se utiliza un formulario dirigido a los jefes de Servicio de Cardiología de 98 hospitales del país, a través de la Sociedad Española de Cardiología y el IESE Business School de Barcelona. Los servicios de cardiología se han clasificado de acuerdo con la clasificación por tipología de unidad utilizada en el registro SEC-RECALCAR 2016⁶.

La Sociedad Española de Cardiología facilitó la lista de los 98 hospitales. La encuesta recogió 26 ítems relacionados con: *a*) nivel de hospital; *b*) características demográficas (distribución de los sexos por franja de edad); *c*) distribución de los sexos por especialidad y subespecialidades; *d*) distribución de los sexos en la escala jerárquica asistencial, y *e*) distribución de los sexos en la escala académica.

La asignación de subespecialidades se realizó de acuerdo con el papel primario de cada cardiólogo. Las definiciones de *fellow* y coordinador de área fueron, respectivamente: especialista en cardiología en formación de subespecialidad y cardiólogo/a que coordina una determinada área de asistencia, similar al cargo de jefe clínico, pero sin que haya un nombramiento oficial. Los demás cargos fueron los definidos de forma estándar. Las variables categóricas se describieron como *n* (%). Las diferencias entre las proporciones se analizaron con la prueba de la χ^2 .

Respondieron al formulario 70 servicios de cardiología (el 71% de los hospitales encuestados) (material suplementario). De todos

los centros que participaron, el 19,5% eran de nivel 1–2; el 31,6%, de nivel 3 y el 48,9%, de nivel 4. El porcentaje de participación fue más alto en los hospitales de los niveles 3 y 4: el 64% del primero y el segundo nivel, el 71% del tercer nivel y el 85,5% del cuarto nivel.

En las comunidades de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Murcia y País Vasco, respondieron el 100% de los hospitales encuestados, mientras que en Baleares, Canarias y Comunidad Valenciana el nivel de participación fue < 60%. En el total de los 70 hospitales, el número total de cardiólogos fue de 2.353, un 40% mujeres. Las mujeres son significativamente más jóvenes que los varones; el 67,3% son de edad ≤ 45 años ($p < 0,001$). Por subespecialidades cardiológicas, las mujeres tienden a la elección de las menos invasivas (cardiología clínica e imagen), en contraste con los varones ($p < 0,001$) (figura A).

La representatividad de las mujeres en la escala jerárquica asistencial se muestra en la (figura B) se observa que, a medida que se asciende en la escala jerárquica, la representatividad de la mujer disminuye, y son mujeres solo el 19 y el 11% de los jefes de sección y de servicio respectivamente.

La participación de la mujer es mayor en los hospitales de menor categoría y desciende a medida que aumenta el nivel de hospital (tabla). Específicamente, el número de jefes de servicio que son mujeres es menor a medida que se asciende en el nivel de hospital, y solo hay mujeres en los hospitales de nivel 4. Por comunidades autónomas, se observa que las comunidades con mayor representación de mujeres en la cardiología son Aragón (46%), País Vasco (44%) y Cataluña y Navarra (43%). Por último, en cuanto a la representatividad académica, se declaró un total de 220 cardiólogos que ejercían como profesores de universidad, de los que 66 eran mujeres (30%). Entre los profesores asociados, el 35% son mujeres y solo 4 de los profesores titulares (7%) son mujeres.

De los resultados de este estudio (con un alto grado de participación, lo que da solidez a los datos), se puede concluir que: *a*) en general, incluyendo a los cardiólogos en formación, las mujeres representan casi la mitad de todos los cardiólogos (el 40% del total); *b*) a medida que se asciende en la jerarquía asistencial y académica, esta representatividad se reduce, y es especialmente baja entre los jefes de servicio y los profesores titulares, lo cual genera una brecha vertical; *c*) existe en España una brecha horizontal, pues las cardiólogas tienden a dedicarse a subespecialidades menos invasivas; *d*) la representatividad de las mujeres es menor a medida que se asciende en la categoría de hospital, y *e*) la

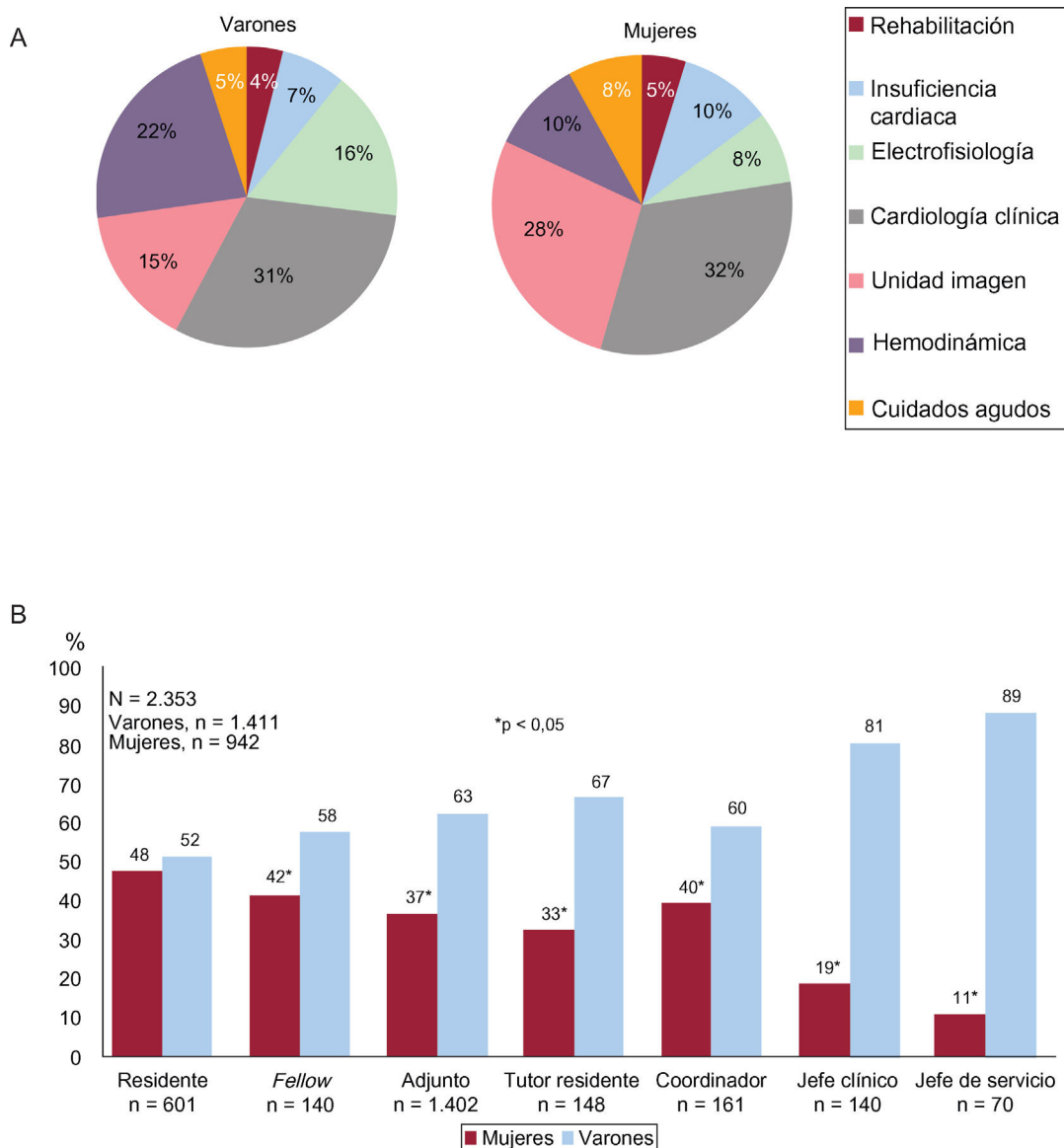


Figura. A: Distribución de los sexos por subespecialidades en la muestra; la cardiología clínica se define como actividad asistencial en planta, no específica. B: distribución de los sexos por rango jerárquico.

Tabla
Distribución de mujeres según rango jerárquico y nivel de hospital

	Categoría asistencial							
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Nivel 4	
	Mujeres (n=16)	Varones (n=15)	Mujeres (n=36)	Varones (n=30)	Mujeres (n=203)	Varones (n=290)	Mujeres (n=655)	Varones (n=1.108)
Residente	0	0	5 (71)	2 (29)	48 (52)	44 (48)	235 (47)	267 (53)
Fellow	0	0	1 (33)	2 (67)	4 (44)	5 (56)	54 (42)	74 (58)
Adjunto	15 (52)	14 (48)	28 (60)	19 (40)	143 (42)	200 (58)	342 (35)	641 (65)
Tutor residente	0	0	3 (66)	2 (34)	13 (65)	8 (35)	32 (26)	90 (74)
Coordinador	4 (80)	1 (20)	3 (75)	1 (25)	10 (38)	16 (62)	47 (38)	78 (62)
Jefe clínico	0	0	1 (25)	3 (75)	4 (15)	23 (85)	22 (20)	87 (80)
Jefe de servicio	1 (50)	1 (50)	1 (20)	4 (80)	4 (15)	18 (85)	2 (5)	39 (95)

distribución de las mujeres por comunidades autónomas no es homogénea.

Diversos estudios han investigado las posibles causas de la menor representatividad de las mujeres en los puestos de alta jerarquía²⁻⁵. Entre ellas, se encuentra la falta de conciliación entre la vida profesional y la vida familiar que, según se documenta en varias encuestas en España y el mundo, es la primordial preocupación de las mujeres en la medicina²⁻⁵. La responsabilidad predominante de las mujeres en el cuidado de los hijos hace que crean improbable obtener éxito en la competitividad con otros colegas⁴⁻⁵. Esta renuncia podría reflejar el menor número de mujeres en la jerarquía de la cardiología, tal como demuestran nuestros datos. Además, se ha asociado la menor representatividad de la mujer en los puestos jerárquicos de la medicina con su menor presencia en la investigación académica⁴. La probabilidad de llegar a ser profesora titular es significativamente menor para las mujeres, incluso ajustando por factores como la edad, la productividad y la experiencia⁴.

Respecto a un posible sesgo de la edad, si bien observamos que para las categorías de edades entre 25-35 las mujeres son más numerosas y entre 35-45 hay paridad poblacional, las diferencias se acentúan entre los 45-55 y los 55-65 años. En esta última categoría tenemos un tercio de mujeres. Si asumimos que las posiciones de jefe clínico requieren de mucha experiencia y están correlacionadas con la edad, el 19 y el 11% registrados en las categorías de jefe clínico y jefe de servicio están lejos del 30% que reflejaría la distribución poblacional.

MATERIAL SUPLEMENTARIO



Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.038>.

Antonia Sambola^{a,b,*}, Manuel Anguita^c, Gabriela Guzmán^{a,d}, Paola Beltrán^{a,e}, Laia Milà^{a,b} y Mireia Giné^{f,g}

^aGrupo de Trabajo de Mujeres en Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología, Madrid, España

^bDepartamento de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Institut de Recerca Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^cDepartamento de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Córdoba, España

^dDepartamento de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^eDepartamento de Cardiología, Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^fDepartamento de Gestión Financiera, IESE, Business School, Barcelona, España

^gDepartment of International Initiatives, Wharton Research Data Services, Wharton School, University of Pennsylvania, Pensilvania, Estados Unidos

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: asambola@vhebron.net (A. Sambola).

On-line el 8 de julio de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Organization for Economic Co-operation and Development. Health data: statistics and Indicators for 24 countries 2009. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx/DataSetCode/HEALTH_STAT. Consultado 17 May 2018.
2. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gac Sanit*. 2014;28:363–368.
3. Timmis AD, Baker C, Banerjee S, et al. Women in UK cardiology: report of a Working Group of the British Cardiac Society. *Heart*. 2005;91:283–289.
4. Blumenthal DM, Olenski AR, Yeh RW, et al. Sex differences in faculty rank among academic cardiologists in the United States. *Circulation*. 2017;135:506–517.
5. Lewis SJ, Mehta LS, Douglas PS, et al. Changes in the professional lives of cardiologists over 2 decades. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69:452–462.
6. Bertomeu V, Cequier Á, Bernal JL, et al. In-hospital mortality due to acute myocardial infarction. Relevance of type of hospital and care provided. RECALCAR Study. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935–942.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.038>
0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.