

Editorial

¿Existe brecha de género en la cardiología española?

Is There a Gender Gap in Spanish Cardiology?

Antonia Sambola^{a,b,*}, Manuel Anguita^c y Mireia Giné^{d,e}^a Departamento de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España^b Vall d'Hebron Institut de Recerca, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España^c Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España^d Departamento de Gestión Financiera, IESE Business School, Barcelona, España^e Wharton Research Data Services (WRDS), Wharton School, University of Pennsylvania, Filadelfia, Pensilvania, Estados Unidos

El cambio que solicitan las mujeres en la posición que ocupan en el mundo pasa por todos los ámbitos, desde el artístico hasta el político y el científico, que lógicamente incluye el campo de la medicina, y es extrapolable a la cardiología. La feminización de la medicina es un fenómeno creciente que se viene observando desde hace tiempo en todo el mundo y con un alto grado de especialización¹⁻³. Aunque en épocas previas la cardiología ha sido una especialidad históricamente masculina, no ha sido ajena a este proceso de feminización de las últimas décadas^{4,5}. En 2017, el 68% de los médicos que finalizaron su especialidad como médico interno residente (MIR) en España eran mujeres⁴. Según los datos disponibles del Centro de Estudios del Sindicato Médico, las aspirantes a MIR para cardiología fueron el 51% en 2016⁴, muy por encima del 28% en Francia en 2015 y el 13% de Estados Unidos en 2014⁶⁻⁹. No obstante, si bien ha crecido el número de mujeres aspirantes a cardiólogas, las cardiólogas en España no están avanzando en su carrera profesional a la misma velocidad que los varones. En este sentido, el grupo de trabajo de Mujeres en Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) se creó para mejorar esas desigualdades. Por otro lado, el conocimiento sobre las diferentes enfermedades cardiovasculares de la mujer en España es escaso. Actualmente, este grupo de trabajo depende exclusivamente del comité ejecutivo de la SEC, y sus propósitos fundamentales son promover la igualdad de género en la cardiología y mejorar el conocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer en España.

A partir de los resultados de una encuesta que el Grupo de Trabajo de Mujeres en Cardiología de la SEC realizó en 70 hospitales de España, publicado recientemente en *Revista Española de Cardiología*¹⁰, se constató que la representatividad de la mujer en la jerarquía asistencial y académica es baja.

Este estudio es el primero que investiga cuál es la distribución de sexos en las distintas subespecialidades y la representatividad de la mujer en la cardiología en todos los estamentos asistenciales y académicos en 70 hospitales de España. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y con una alta participación de los hospitales encuestados (70/98), dirigido a los jefes de servicio, que representa a un total de 2.353 cardiólogos. Por todo ello, creemos que la muestra es muy representativa de la cardiología española. Los resultados muestran una desproporcionada falta de paridad

entre varones y mujeres en las subespecialidades y en los puestos de responsabilidad.

En primer lugar, los datos muestran una brecha horizontal donde las cardiólogas, a diferencia de los varones especializados en el área, tienden a dedicarse a subespecialidades menos invasivas. Esta tendencia de la mujer a desarrollarse en la cardiología clínica o no invasiva también se ha analizado en otros países^{2,7,9}. En varios estudios sobre las decisiones profesionales de varones y mujeres en la cardiología se observa que las prácticas más invasivas requieren una mayor dedicación de horas de trabajo y tienen un horario más irregular e incontrolable^{7,11}, lo cual, según demuestran los datos del Instituto Nacional de Estadística¹², es menos compatible con la conciliación entre la vida familiar y la profesional de la mujer que asume más responsabilidades familiares y domésticas que el varón. Otras explicaciones para este fenómeno se relacionan con la discriminación, el sesgo de género y las preocupaciones sobre la exposición a la radiación^{8,13}. Respecto al temor a la exposición a la radiación, que en muchos casos condiciona a las mujeres a no elegir subespecialidades invasivas, hay un gran desconocimiento sobre cómo la protección a las radiaciones de la mujer cardióloga embarazada que trabaja en el laboratorio de hemodinámica y electrofisiología puede hacerse de forma eficaz y segura, tal como han demostrado algunos estudios¹³.

En segundo lugar, se observa que la representación de las mujeres en la cardiología es del 40%. Sin embargo, a medida que se asciende en la jerarquía asistencial y académica, su representación se reduce y es especialmente baja entre los jefes clínicos (19%), los jefes de servicio (11%) y los profesores titulares (7%), lo cual genera una brecha vertical. En ese sentido, el sesgo de edad (mayor presencia de las mujeres en estratos de edad más jóvenes y presencia mucho menor de edades más avanzadas) no explicaría por completo las diferencias observadas. En la franja de 50-55 años, según se desprende de la encuesta, solo hay un tercio de mujeres, pero si se asume que las posiciones de jefe clínico requieren mucha experiencia y están correlacionadas con la edad, ese 19% registrado está lejos del 30% de mujeres en este grupo de edad que reflejaría la distribución poblacional¹⁰.

En tercer lugar, la representación femenina por comunidades autónomas no es homogénea y las mujeres que ostentan cargos de responsabilidad se distribuyen en un pequeño número de comunidades autónomas, y su representación es menor a medida que se asciende en la categoría de hospital (de las 8 mujeres que son jefes de servicio, solo 1 lo es en un hospital de nivel 4).

Otro ejemplo de interés en la inequidad de género es el de la participación de las cardiólogas en las actividades formativas y en los cargos representativos de la SEC y sus distintas áreas científicas.

* Autor para correspondencia: Departamento de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Universitat Autònoma de Barcelona, Pg. Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona, España.

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

On-line el 18 de septiembre de 2018

En los últimos congresos nacionales de cardiología, la proporción de mujeres respecto al total de ponentes y moderadores ha estado en torno al 25%. Por otra parte, cuando se analiza el número de mujeres que han formado parte del comité ejecutivo de la SEC desde su fundación en 1944, la participación también es muy baja. La primera mujer miembro de un comité ejecutivo lo fue en 1999, en el cargo de secretaria general. Desde entonces, y hasta la fecha, solo 9 mujeres han formado parte de él (1 como presidenta en 2007, 2 como vicepresidentas, 2 como secretarías generales, 2 como tesoreras, 1 como editora jefa de *Revista Española de Cardiología* y otra como vocal representante de las sociedades filiales). En los últimos 25 años de la SEC, el 15% de los puestos de Secretaría General, Tesorería y Vicepresidencia los han ocupado mujeres, y únicamente el 8% de los cargos de Editor de la Revista, vocal de las sociedades filiales y Presidencia de la SEC. Si analizamos las juntas directivas de las secciones y grupos de trabajo, ocurre algo parecido, aunque parece observarse una participación creciente de las mujeres en los últimos años. Las actuales 10 secciones científicas de la SEC han tenido en este mismo periodo un total de 20 presidentas (22%), y destacan especialmente las secciones de riesgo vascular y rehabilitación cardiaca, con 4 (44%), y la de imagen cardiaca, con 3 (33%). Con respecto a los 17 grupos de trabajo, en 10 de ellos, 17 mujeres han ostentado el cargo de presidenta o coordinadora (el 31 frente al 69% de varones); destaca el Grupo de Trabajo de Diabetes y Obesidad, con 3. Actualmente 2 secciones tienen una presidenta electa y 6 de los 17 grupos de trabajo tienen una coordinadora.

Diversos estudios han investigado las barreras externas e internas a las que se enfrentan las mujeres en su desarrollo profesional en el ámbito de la medicina. Como posibles causas de su menor representación en los puestos de alta jerarquía^{5-7,9,10} destacan, por un lado, el difícil equilibrio entre la carrera profesional y las responsabilidades personales y, por otro, la menor presencia en puestos académicos. Un estudio reciente observó que solo el 25% de las comunicaciones enviadas durante 1 año a los congresos y reuniones científicas en Alemania estaban firmadas por mujeres¹⁴. Estudios en otras disciplinas, como gastroenterología, oncología o medicina interna, también han evidenciado una menor productividad científica de las mujeres comparada con la de sus colegas masculinos¹⁵.

También se constata que en el nivel de profesor asociado las mujeres suelen tener menos producción académica que los varones, por su mayor dedicación al cuidado de la familia y las actividades domésticas¹²; sin embargo, esta disparidad desaparece una vez llegan al nivel de profesor titular^{6,9}. Estas diferencias están en relación con el reloj biológico de las mujeres y con el hecho de que una alta proporción de mujeres esperan a finalizar la residencia para empezar a formar una familia. Por lo tanto, el inicio de la carrera investigadora y docente puede ser más lenta. Asimismo, la menor representación de las mujeres en los puestos jerárquicos se refleja con una menor presencia en la jerarquía académica⁵. Un amplio estudio, en el que participaron 91.073 médicos de Estados Unidos (el 9,1% del total), observó que la proporción de mujeres en el grado de profesora titular en las facultades de medicina no había aumentado desde 1980 y seguía siendo menor que la de varones⁹. Una vez la mujer ha llegado a ser profesora asociada, la probabilidad de llegar a ser profesora titular es significativamente menor que la de los varones, incluso ajustando por factores como la edad, la productividad y la experiencia⁸. Específicamente, los datos de un estudio desarrollado en Estados Unidos en 2014 sobre un total de 3.810 cardiólogos mostraron que únicamente el 16% de las cardiólogas con puestos en la facultad de medicina eran profesoras titulares, frente al 30,6% de los varones⁸, y concluyó que las mujeres tenían menos probabilidades de ser profesores titulares. Es importante destacar que estos estudios ajustan por una serie de variables observables,

como la edad, la subespecialidad, los años desde la residencia, el número de publicaciones, la consecución de financiación competitiva, la participación en ensayos clínicos y la filiación en una facultad de medicina altamente calificada en investigación, y aun así observan que la probabilidad de promoción para las candidatas mujeres es inferior a la de sus colegas varones. Asimismo, la infrarrepresentación de la mujer en los puestos de decisión asistencial y académica en la medicina no ha cambiado globalmente en los últimos 20 años^{6,7,10,11}.

De estos estudios se desprenden 2 conclusiones: a) los cambios en las estructuras institucionales no cambian de manera espontánea, sino que se requieren políticas concretas para desencadenarlos, y b) la falta de representación de mujeres cardiólogas en España es similar a la de Estados Unidos, a pesar de las diferencias institucionales entre uno y otro sistema sanitario.

Una política efectiva para reducir las diferencias de género en la vida académica consiste en contar con mentores y tutores efectivos y dedicados^{6,11}. En un estudio reciente de Lewis et al.⁷, se observaron los efectos positivos de la tutoría tanto para la implicación de las mujeres en la investigación como para sus elecciones profesionales, ya que los mentores ofician como modelos que seguir. Tener un mentor que proporcione igualdad de oportunidades de liderazgo y promoción se asocia con una mayor satisfacción laboral, lo cual se traduce en una mayor productividad. Por otra parte, la flexibilidad horaria y un ambiente menos rígido también contribuyen a mayores satisfacción y productividad. Por el contrario, el aislamiento es predictor de insatisfacción. Un estudio de la Universidad de Michigan mostró que la satisfacción es más alta si hay liderazgo departamental, seguido de la autonomía, las expectativas y el equilibrio entre la vida familiar y la profesional. Este aspecto es de vital importancia para reclutar y retener a las mujeres en la cardiología. Una red de apoyo, especialmente un mentor, es crucial para los médicos interesados en una carrera académica, particularmente en los campos tradicionalmente masculinizados como la cardiología.

Otras políticas efectivas que se han aplicado en otros campos académicos, como la economía y las finanzas académicas son, en primer lugar, garantizar la presencia de mujeres en seminarios internos, conferencias, paneles y grupos de trabajo; segundo, reexaminar los pasos en el proceso de promoción y las evaluaciones internas para no perder talento y evaluar los resultados sin penalizar a las candidatas por los periodos de maternidad; y tercero, tomar conciencia de los sesgos implícitos en los procesos de contratación y retención para lograr resultados más equitativos. Un aspecto controvertido para varones y mujeres es la posibilidad de establecer cuotas de paridad o discriminación positiva, que no se aplican en el ámbito académico pero podrían haber tenido beneficios indudables. La corrección de la desigualdad histórica podría ser una fuente rápida de inclusión de las mujeres en el ámbito académico, con rápidos beneficios de satisfacción y productividad.

Las desigualdades de género entre los cardiólogos en la carrera profesional en España no solo conciernen a la mujer, sino que afectan a la profesión en su totalidad. La constante dificultad en el avance de las mujeres en comparación con sus homólogos masculinos, demostrada a lo largo de los años y en diferentes países por diversos estudios, es desproporcionada⁵⁻¹⁰. En este sentido, el reconocimiento de las desigualdades de género por las instituciones médicas es el primer paso para ayudar a las mujeres a progresar en sus carreras. En la universidad deben romperse las barreras para el avance de la mujer y disminuir los efectos del «techo de cristal». Las barreras para el avance de las mujeres médicos podrían incluir creencias culturales implícitas con respecto a los roles de género tradicionales, prejuicios explícitos

basados en el género y tutoría inadecuada. En general, la satisfacción laboral está relacionada con la autonomía, el liderazgo en el departamento, la comprensión del avance profesional y el equilibrio entre el trabajo y la vida personal. Otros factores son sentirse valorado, tener relaciones colegiales y un salario adecuado y ser un mentor efectivo.

Dado que las enfermedades cardiovasculares encabezan las causas de mortalidad en España, y es posible que siga siendo así en el futuro¹⁶, es fundamental el mantenimiento de un personal cardiológico competente y estable. El aumento de la presencia de las mujeres en cargos jerárquicos y puestos de responsabilidad donde puedan ser partícipes de los procesos de toma de decisión es esencial en dicho empeño.

Entre las cualidades de liderazgo deseables, se incluyen el conocimiento del entorno profesional, las habilidades de comunicación, la resolución de conflictos y la gestión del talento. En el nivel júnior, las mujeres suelen asumir más tareas administrativas que los varones (p. ej., un papel predominante como coordinador de área, sin que suponga una remuneración o cargo curricular adicional) y su participación en comités y proyectos puede verse mermada, así como las oportunidades de liderazgo para temas más relevantes profesionalmente. Las tareas administrativas deben realizarse en un tiempo protegido o contar con apoyo institucional específico, y si no es así, las mujeres deberían valorar las ventajas de enfocarse más en áreas recompensadas tales como la investigación y el trabajo clínico.

Por otra parte, las mujeres tradicionalmente han tenido menos instrucción o experiencia en la negociación de salarios o promociones¹⁷. Pedir no solo aumento de salario, sino recursos de trabajo, espacio para tareas de investigación con horarios flexibles, tiempo administrativo protegido y otros beneficios, puede mejorar en gran medida el ambiente de trabajo. Las mujeres son más propensas a creer que, si hacen bien su trabajo, se les recompensará, y esto no siempre ocurre así¹⁸. Por último, algunos estudios han mostrado como las mujeres que negocian son percibidas por sus evaluadores más negativamente que sus homólogos, y esto tiene como reacción que no vuelvan a negociar¹⁷⁻¹⁹.

Cualquier iniciativa gubernamental para hacer frente a estas brechas de género en la medicina no bastará por sí sola si no se acompaña de un cambio institucional. Se necesita diseñar estrategias para romper estas barreras que detienen el crecimiento profesional de las mujeres y las alejan de ciertas subespecialidades en las que su presencia sería sin duda muy beneficiosa. Un ejemplo podría referirse a políticas de apoyo durante las bajas por maternidad y el retorno de estas, así como políticas que alienten a las mujeres a presentarse y solicitar ascensos. Evidentemente, esto requerirá un compromiso visible y un cambio de actitud social, gerencial y académico. El objetivo último debe ser conseguir que el acceso a los puestos de responsabilidad a todos los niveles dependa solo de la cualificación y los méritos profesionales, y no de otras variables, como puede ser el sexo.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Mayer AP, Files JA, Ko MG, Blair ME. Academic advancement of women in medicine: do socialized gender differences have a role in mentoring? *Mayo Clin Proc*. 2008;83:204–207.
- Timmis AD, Baker C, Banerjee S, et al. Working Group of the British Cardiac Society. Women in UK cardiology: report of a Working Group of the British Cardiac Society. *Heart*. 2005;91:283–289.
- British Medical Association. Women in Academic Medicine. Developing equality in governance and management for career progression. Full report April 2008. Citado 18 Jul 2018. Disponible en: <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/about%20the%20bma/how%20we%20work/medical%20academics/womenacademicmedicineapril2008.pdf>.
- Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada. Distribución de las peticiones de plazas MIR en 2017. Mayo 2017. Citado 18 Jul 2018. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Informe-MIR-2017.pdf>.
- 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.
- Vautrin E, Marlière S, Bellemain-Appaix A, Gilard M, Manzo-Silberman S. Intervention'elles group. *Women in interventional cardiology: The French experience Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2016;65:468–471.
- Lewis SJ, Mehta LS, Douglas PS, et al. Changes in the professional lives of cardiologists over 2 decades. *American College of Cardiology Women in Cardiology Leadership Council J Am Coll Cardiol*. 2017;69:452–462.
- Blumenthal DM, Olenski AR, Yeh RW, et al. Sex differences in faculty rank among academic cardiologists in the United States clinical perspective. *Circulation*. 2017;135:506–517.
- Jena AB, Khullar D, Ho O, Olenski AR, Blumenthal DM. Sex differences in academic rank in US medical schools in 2014. *JAMA*. 2015;314:1149–1158.
- Sambola A, Anguita M, Guzmán G, Beltrán P, Milà L. Diferencias de sexo en la carrera profesional de los cardiólogos en 70 hospitales españoles. *Rev Esp Cardiol*. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2018.05.038>.
- Albert M. #Me_Who: Anatomy of scholastic, leadership, and social isolation of underrepresented minority women in academic medicine. *Circulation*. 2018;138:451–454.
- Instituto Nacional de Estadística. Total personas (de 18 y más años). Actividades de cuidados y tareas del hogar. Niños que asisten a centros educativos y de cuidados. Hogares con personas dependientes. Citado 18 Jul 2018. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259950772779&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888.
- 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.
- Boehm M, Papoutsis K, Gottwik M, Ukena M. Publication performance of women compared to men in German cardiology. *Int J Cardiol*. 2014;181:267–269.
- Holliday EB, Jagsi R, Wilson LD, Choi M, Thomas Jr CR, Fuller CD. Gender differences in publication productivity, academic position, career duration, and funding among US academic radiation oncology faculty. *Acad Med*. 2014;89:767–773.
- Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiology of acute coronary syndromes in Spain: estimation of the number of cases and trends from 2005 to 2049. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:472–481.
- Fischer LH, Bajaj AK. Learning how to ask: women and negotiation. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139:753–758.
- Riley BH, Babcock L, Lai L. Social incentives for gender differences in the propensity to initiate negotiations: Sometimes it does hurt to ask. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2007;103:84–103.
- Amanatullah ET, Morris MW. Negotiating gender roles: gender differences in assertive negotiating are mediated by women's fear of backlash and attenuated when negotiating on behalf of others. *J Pers Soc Psychol*. 2010;98:256–267.