

Artículo Original de Investigación

Mujeres que cuidan: percepciones sobre causas de muerte y actitudes de autocuidado en profesionales de salud argentinas.**Women who provide care: perceptions about cardiovascular death among Argentine female health professionals**

Albertina M. Ghelfi^{1,2}, Cecilia A. Lutman¹; Paula Ceolato², Franco R. Dipaolo³, Rubén F. Mamprin D'andrea^{1,4}, Melisa N. Lassus^{1,4}, María Guadalupe Calcaterra⁴, Jorgelina N. Herrera¹, Milena Bellittieri^{1,5}, Romina F. Maldonado¹, Rocío N. Pallero¹, Marcelo Cicao¹, Gabriel H. Dubrawski^{1,6}, Jorge O. Galíndez⁷, Mildren A. Del Sueldo⁸.

1 Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular Hospital Escuela Eva Perón. 2 Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud sede Rosario. Universidad Abierta Interamericana (UAI). 3 Especialista en Clínica Médica y Terapia Intensiva. 4 Servicio de Maternidad Hospital Escuela Eva Perón. 5 Servicio de Nutrición Hospital Escuela Eva Perón. 6 Servicio de Cardiología Hospital Escuela Eva Perón. 7 Servicio de Clínica Médica HEEP. 8 Fundación Certus. Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 19 de Enero de 2026

Aceptado después de revisión
el 30 de Enero de 2026

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses.

Palabras clave:

Percepción en salud,
Autocuidado, Mujeres,
Profesionales de la salud,
Enfermedad cardiovascular.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte entre las mujeres a lo largo del mundo. No obstante, la concientización sobre esta condición, incluso dentro del propio ámbito sanitario, parece ser insuficiente. El objetivo principal de este estudio fue identificar la percepción de la enfermedad cardiovascular como primera causa de muerte entre mujeres profesionales de la salud.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, de corte transversal, realizado entre 2020-2021. Se incluyeron mujeres profesionales de la salud, argentinas, con acceso a dispositivos electrónicos e Internet.

Resultados: la muestra final estuvo compuesta por 1.089 encuestas. La edad promedio fue de 43,1±10,8 años; el tiempo promedio desde la graduación fue de 16,2±10,7 años. El 58,7% participaba en actividades docentes y el 1,2% se encontraba jubilada. El 62,5% de las profesionales no identificó a la enfermedad cardiovascular como la principal causa de muerte en las mujeres. El 25,9% tenía médico de cabecera. Un 59,3% reportó no haber realizado un control clínico en el último año. El 59,9% indicó que realizaba consultas informales con colegas para resolver problemas de salud. La medición de presión arterial se reportó en 18,6% de los controles ginecológicos y 62,7% de los controles clínicos.

Conclusiones. Seis de cada diez profesionales de la salud no reconocieron a la enfermedad cardiovascular como la principal causa de muerte en mujeres. Las prácticas de autocuidado fueron bajas. La medición de presión arterial se reportó con poca frecuencia.

Women who provide care: perceptions about cardiovascular death among Argentine female health professionals

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular disease is the leading cause of death among women worldwide. However, awareness of this condition, even within the healthcare sector itself, appears to be insufficient. The main objective of this study was to identify the perception of cardiovascular disease as the leading cause of death among female healthcare professionals.

Methods: descriptive, cross-sectional study conducted between 2020 and 2021. Argentine female health care professionals with access to electronic devices and the internet were included.

Results: the final sample consisted of 1,089 surveys. The mean age was 43.1±10.8 years, and the mean time since graduation was 16.2±10.7 years. A total of 58.7% were involved in teaching activities, and 1.2% were retired. Cardiovascular disease was not identified as the leading cause

Keywords:

Health perception,
Self-care, Women
Health care professionals,
Cardiovascular disease.

of death in women by 62.5% of participants. Only 25.9% had primary care physicians. Moreover, 59.3% reported not having undergone a clinical check-up in the previous year, and 59.9% indicated seeking informal consultations with colleagues to address health concerns. Blood pressure measurement was reported in 18.6% of gynecological visits and 62.7% of clinical check-ups.

Conclusions: six out of ten health care professionals did not recognize cardiovascular disease as the leading cause of death among women. Self-care practice was low. Blood pressure measurement during medical check-ups was infrequently reported.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte entre las mujeres de todo el mundo; sin embargo, el nivel de conciencia sobre esta problemática continúa siendo alarmantemente bajo^{1,2,3,4}. Si bien las mayores tasas de mortalidad por ECV se registran por encima de los 65 años, a nivel global se estima que el 45% de las mujeres mayores de 20 años presenta algún tipo de ECV, y que menos de la mitad de las embarazadas llega a la gestación con buena salud cardiovascular^{1,5,6}. En Argentina, la ECV es responsable de una de cada tres muertes femeninas, lo que equivale a un fallecimiento cada 11 minutos^{1,5}.

En este contexto, la hipertensión arterial (HTA) se destaca como el principal factor de riesgo cardiovascular (RCV) en este grupo poblacional. La HTA es menos prevalente en mujeres que en hombres hasta la menopausia, momento en el que se iguala y posteriormente supera a la de los varones. Aunque las mujeres suelen lograr un control tensional más eficaz con tratamiento, el RCV asociado a la HTA, al igual que el daño en órgano blanco, es mayor en ellas, probablemente por factores hormonales, diferencias en la función vascular y sesgos en el manejo clínico^{4,7,8}.

Pese a la magnitud de estos datos, existe una inadecuada percepción del RCV por parte de las propias mujeres, quienes suelen priorizar las condiciones ginecológicas como principal preocupación en torno a su salud^{2,9,10}. No sólo se ha observado que presentan una mayor tendencia a asociar la ECV con el sexo masculino, sino que también es frecuente que minimicen su susceptibilidad a padecerla, atribuyendo los síntomas a motivos alternativos¹⁰.

Aunque podría suponerse, y se ha planteado, que esta baja percepción se relaciona con el nivel educativo o el acceso a la información, cabe señalar que un tercio de la población mundial tiene acceso a Internet, que en Argentina 89 de cada 100 personas poseen un teléfono inteligente, y que la población tiene una amplia posibilidad de acceso a otros medios de comunicación como televisión, radio y prensa escrita^{2,11}.

En este contexto, resulta pertinente considerar el rol del personal sanitario como fuente de información y orientación en la comunidad. Diversos estudios han evidenciado que los profesionales de la salud tienden a subestimar el riesgo de ECV en las mujeres, especialmente en pacientes jóvenes. Se ha reportado que solo el 40 % de las mujeres recibe evaluación cardiovascular durante los controles clínicos de rutina; que, ante cuadros clínicos similares, las mujeres son clasificadas erróneamente en categorías de bajo

riesgo en mayor proporción que los hombres; y que, frente a un evento coronario agudo, las probabilidades de recibir tratamientos invasivos o fármacos recomendados por las guías de práctica clínica son menores cuando se trata de una paciente mujer^{1,9,10,12}.

Ante este panorama, en el que tanto pacientes como profesionales parecerían subestimar el RCV real en las mujeres, resulta pertinente explorar qué percepción tienen sobre esta problemática aquellas que ejercen funciones asistenciales en el ámbito de la salud, qué nivel de comprensión poseen sobre los factores que condicionan su salud y cómo gestionan sus propios factores de riesgo.

El objetivo principal de este estudio fue identificar la percepción de la ECV como primera causa de muerte entre mujeres profesionales de la salud. Como objetivos secundarios, se propusieron describir el nivel de autocuidado y la frecuencia de controles médicos en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron mujeres profesionales de la salud, incorporadas consecutivamente desde diciembre de 2020 hasta diciembre de 2021.

Población: mujeres adultas, profesionales de la salud, residentes en Argentina, con acceso a dispositivos electrónicos e Internet, que accedieron voluntariamente a completar la encuesta.

Criterios de selección de muestra y muestreo: se realizó incorporación de los sujetos mediante muestreo consecutivo en consideración de los siguientes criterios de selección de muestra:

- **Criterios de inclusión:** sexo biológico femenino, mayores de 18 años, residentes en Argentina; profesionales de la salud que hayan egresado de carreras universitarias de disciplinas vinculadas a la salud tales como: medicina, enfermería, nutrición, farmacia, kinesiología; en ejercicio activo o jubiladas.
- **Criterios de exclusión:** residencia y/o ejercicio profesional en países distintos a Argentina; trabajadoras de la salud con formación técnica especializada no universitaria.

Procedimientos: se elaboró un instrumento basado en dos estudios previos realizados en Argentina y Uruguay que fueron aplicados en la población general^{2,9}.

La encuesta constó de 52 preguntas. Las opciones de respuesta incluyeron: a) selección múltiple de una lista preestablecida; b) respuestas dicotómicas (sí o no); y c) percepciones valoradas en una escala de muy frecuente, bastante frecuente, moderadamente frecuente, poco frecuente o nada frecuente.

El instrumento fue sometido a una prueba piloto en la institución de filiación de los investigadores donde se identificaron y corrigieron errores. Posteriormente, el mismo fue validado por un panel de tres expertos que evaluaron la especificidad del contenido, la claridad de las preguntas y las opciones de respuesta propuestas. La encuesta fue distribuida por Internet, correo electrónico, redes sociales y WhatsApp, a través del Colegio de Médicos de Santa Fe, Colegio de Enfermeros de Santa Fe, Asociación de Medicina Interna de Rosario, Asociación de Hipertensión de Rosario y Asociación de Ginecología y Obstetricia de Rosario.

Definiciones: a los fines de este estudio, se adoptaron las siguientes definiciones:

Autopercepción: conjunto de valoraciones que una persona tiene sobre sí misma en un determinado campo de acción y momento. Se refiere al conjunto de creencias, actitudes, deseos, valores y expectativas provenientes del entorno, que el sujeto integra en su mundo interno y condicionan sus juicios y opiniones. Los juicios y opiniones están influenciados por la autopercepción¹³.

Chequeo de salud: según la normativa ministerial argentina, se considera adecuado realizar un control médico anual para evaluar el estado general de salud y prevenir enfermedades. El mismo se realiza de forma segmentada por grupos etarios entre los 10 y 19 años, y de los 20 a los 64 años para el tamizaje de diferentes patologías. Debe incluir anamnesis, toma de signos vitales y examen físico completo. Puede incluir estudios complementarios como laboratorio, imágenes o pruebas funcionales según sexo, rango etario, factores de riesgo y antecedentes. Idealmente debe incorporar consejería durante la evaluación¹⁴.

Chequeo ginecológico: según la normativa argentina, se considera adecuado realizarlo una vez al año con la intención de prevenir, detectar y tratar tempranamente afecciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Incluye anamnesis, toma de signos vitales, examen mamario, examen abdominal, inspección vulvar, especuloscopia y tacto bimanual. Puede incluir estudios complementarios según rango etario y riesgo, como mamografía, Papanicolau, ecografía, laboratorio, entre otros¹⁵.

Médico de cabecera: médico responsable del cuidado general del paciente en un entorno hospitalario o ambulatorio, a donde acude la persona para controles de rutina, manejo de enfermedades crónicas, prevención y atención

inicial de problemas de salud. En adultos, suele estar vinculado a especialidades como Medicina Interna o Medicina Familiar¹⁶.

Análisis estadístico: se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 21. Las variables cualitativas se expresaron en valores absolutos y porcentajes. Las variables cuantitativas se presentaron como medias con sus desviaciones estándar.

Consideraciones éticas: el estudio se realizó en conformidad con la Declaración de Helsinki sobre investigaciones en seres humanos. La identificación de las participantes se resguardó mediante un sistema de codificación, conforme a lo establecido por la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (Ley N.º 25.326). El consentimiento informado sobre el alcance de la investigación, sus objetivos y el manejo de los datos se incluyó en la primera página de la encuesta, destacando el carácter voluntario de la participación. La investigación contó con el aval del Comité de Docencia e Investigación de la institución.

RESULTADOS

Del total de 1.119 encuestas recolectadas, se seleccionaron 1.089 que cumplían con los criterios establecidos para la inclusión en la muestra final. La distribución de las profesiones fue: 67,8% médicas, 24,1% enfermeras, 3,4% kinesiólogas, 3,0% nutricionistas, 1,7% farmacéuticas. La edad promedio fue de $43,1 \pm 10,8$ años, y el tiempo promedio desde la graduación fue de $16,2 \pm 10,7$ años. Entre las encuestadas, el 58,7% manifestó desempeñar también actividades docentes además de sus funciones clínico-asistenciales. El 1,2% indicó encontrarse jubilada.

Al indagar sobre la percepción de la principal causa de muerte, la ECV fue identificada sólo por el 37,5% de las participantes, seguida por el cáncer ginecológico (CG) en el 35,7% y la violencia de género en 14,5%.

Al analizar esta percepción según los grupos profesionales más representativos, se observó que entre las médicas la ECV ocupó el primer lugar (43,2%), mientras que entre las enfermeras el CG se ubicó en primer lugar (33,4%) y la ECV en tercer lugar (23,1%).

Se solicitó a las encuestadas que valoraran su percepción de la frecuencia de ECV y del CG en una escala que iba de "nada frecuente" a "muy frecuente", los resultados se presentan en la *Figura 1*.

Al solicitar que evaluaran la frecuencia de percepción de factores de RCV tradicionales, como HTA, diabetes, dislipemia y obesidad, utilizando una escala de valoración que iba de "nada frecuente" a "muy frecuente" se obtuvieron los resultados presentados en la *Figura 2*.

Respecto a la presencia de un médico de cabecera, solo el 25,9% de las participantes indicó contar con uno. Entre quienes no lo tenían, las razones más frecuentes fueron: la consulta a especialistas según la necesidad (22,3%), la atención simultánea por varios especialistas sin un referente

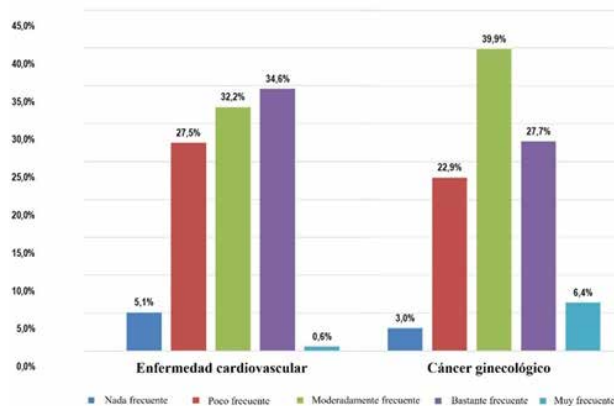


FIGURA 1.

Frecuencia referida de percepción de ECV y CG entre las mujeres profesionales de la salud encuestadas.

ECV= enfermedad cardiovascular; CG= cáncer ginecológico.

central (18,6%), el uso del control ginecológico anual como instancia principal para solicitar estudios (10,6%), la auto-gestión del cuidado de la salud (10,4%), el cambio frecuente de profesional sin asignación estable (8,7%) y la ausencia de controles periódicos de salud (3,4%).

Al indagar sobre el último chequeo general de salud, el 40,7% de las participantes informó haberlo realizado en el último año. Entre las restantes: el 21,5% refirió haberlo realizado hacía más de un año, el 27,3% hacía más de cinco años, el 1,8% hacía más de diez años, y el 8,7% manifestó no haber realizado nunca un control clínico integral (Figura 3A).

En relación con el último control ginecológico, el 48,8% refirió haberlo realizado en el último año. El resto indicó haberlo realizado hacía más de un año (30,5%), hacía más de dos años (14,1%), hacía más de tres años (5,9%), y el 0,7% refirió no haber realizado nunca un control ginecológico (Figura 3B).

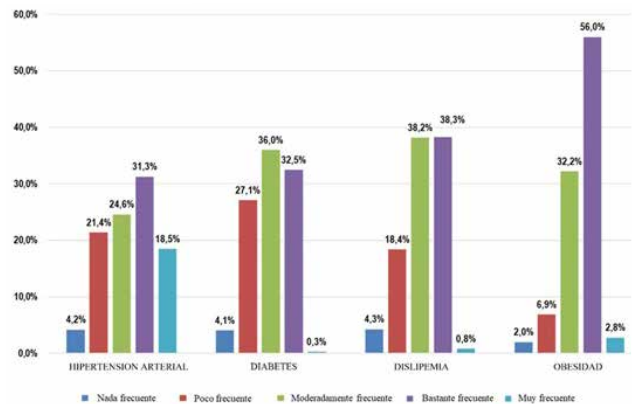


FIGURA 2.

Frecuencia referida de hipertensión, diabetes, dislipemia y obesidad entre las encuestadas.

La medición de presión arterial (PA) fue reportada en el 18,6% de los controles ginecológicos, y en el 62,7% de los controles clínicos.

El 59,0% de las encuestadas manifestó haber solicitado consultas informales "de pasillo" a colegas respecto a su propia salud.

DISCUSIÓN

A pesar de los avances en la difusión de información, la educación sanitaria y el conocimiento técnico propio del colectivo encuestado, persiste una preocupante disociación entre la evidencia científica y la percepción del riesgo real. Seis de cada diez profesionales de la salud no identificaron a la ECV como la principal causa de muerte en mujeres, atribuyéndole ese lugar al CG, incluso cuando los últimos datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina confirman que la ECV es efectivamente la causa líder, con un

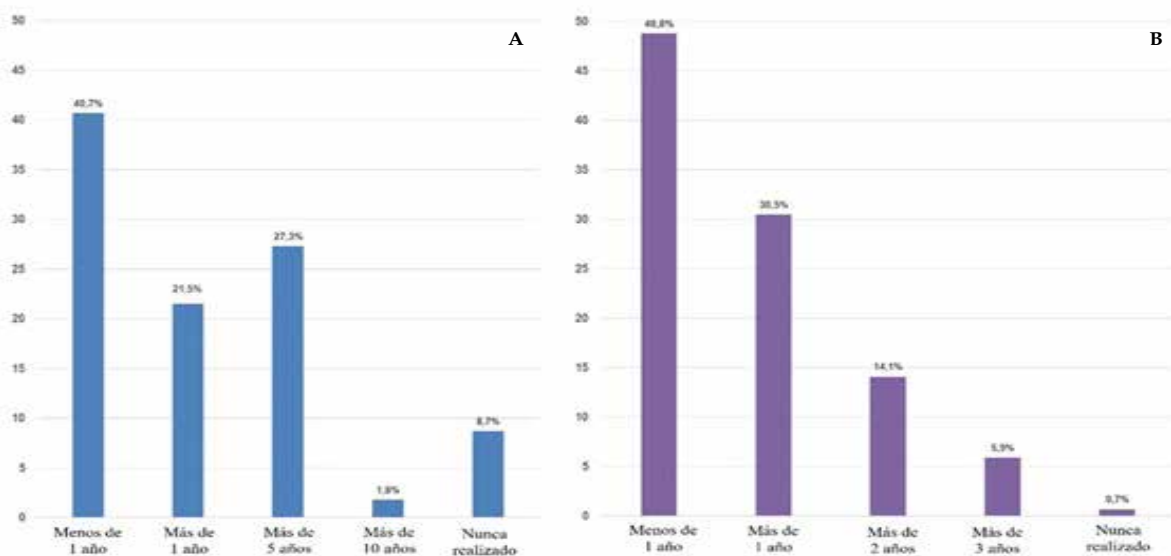


FIGURA 3A - 3B.

Frecuencia referida de chequeos de salud.

3.A. Clínicos. 3.B. Ginecológicos.

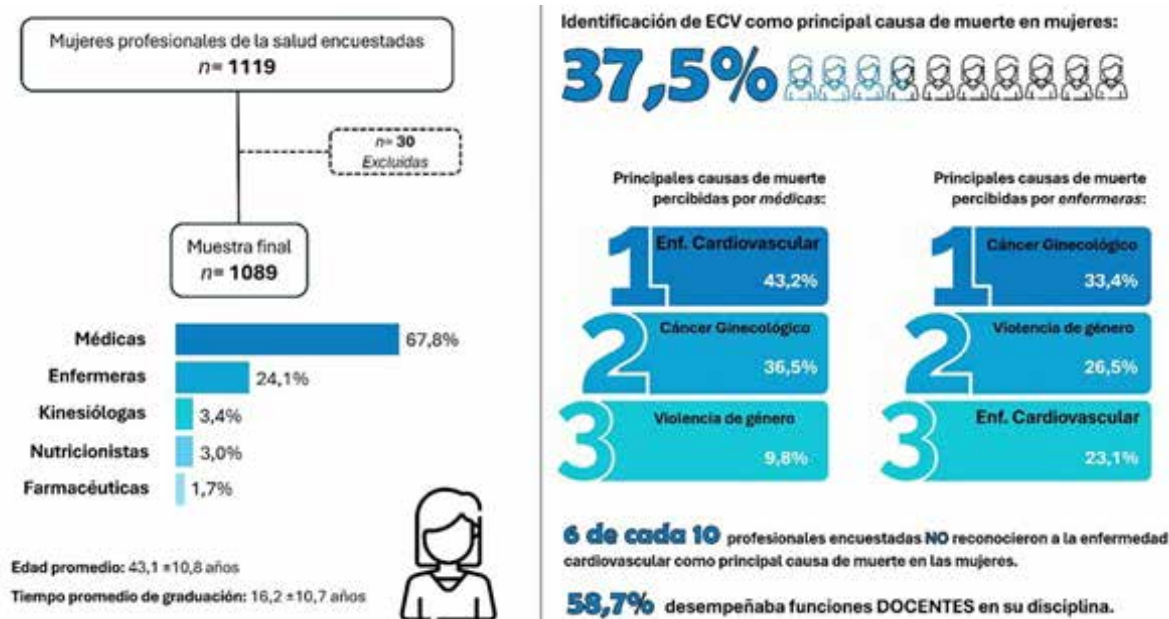


FIGURA CENTRAL

22,3% de los decesos femeninos, muy por encima de los tumores malignos (16%) y de las enfermedades respiratorias como neumonía e influenza (10,7%)¹⁴.

Este fenómeno no es aislado. Del Sueldo et al. documentaron que solo el 16% de la población general de mujeres argentinas reconocía a la ECV como principal causa de muerte, mientras que el 46% atribuía ese lugar a patologías oncológicas². En la misma línea, Artucio et al. reportaron en Uruguay que el 62% de las mujeres identificaba al cáncer como primera causa de muerte y menos del 15% mencionaba a la ECV⁹. En Estados Unidos, Mosca et al. observaron que menos del 33% de las mujeres reconocía a la ECV como principal causa de muerte, y solo el 8% la identificaba como su mayor preocupación sanitaria, a pesar de representar más de 500.000 muertes femeninas anuales¹⁷.

La percepción de baja frecuencia de factores de RCV en mujeres, a pesar de su elevada prevalencia documentada, no es un dato observado solamente en esta experiencia. La discordancia entre creencia y realidad en salud cardiovascular ha sido descrita por Lichtman et al., quienes señalan la tendencia femenina a minimizar el RCV, subestimar los síntomas y postergar la consulta médica especializada^{1,10,12,18}. Merz et al. reportaron que el 71% de las mujeres no hablaba de salud cardiovascular con su médico y que solo el 16% había sido informada sobre su riesgo, pese a que el 74% presentaba al menos un factor de RCV¹².

La subestimación del RCV en mujeres jóvenes no constituye únicamente una percepción individual, sino que refleja deficiencias estructurales del sistema de atención sanitaria. Diversos estudios han identificado cinco ejes críticos: la presentación con síntomas atípicos, la baja percepción del riesgo por parte de pacientes y equipos de salud, la postergación de la consulta médica, las respuestas inadecuadas del sistema y la escasa vinculación con la atención prima-

ria. Estas condiciones se traducen en retrasos diagnósticos, consultas múltiples, mayor tasa de errores, menor acceso a estudios invasivos, altas hospitalarias precoces y escasas indicaciones clínicas al egreso^{10,12,17,18,19,20}. Esta invisibilización del riesgo configura perfiles cardiovasculares crecientemente desfavorables, especialmente en un contexto donde entre el 50% y el 70% de los profesionales no priorizan a la ECV como una problemática relevante en mujeres^{1,12}.

La cadena de omisiones relatada no es casual ni inevitable: responde a un sesgo estructural que atraviesa tanto la formación médica como la cultura asistencial. Esto, a su vez, se constituye como un indicador elocuente de la necesidad de revisar críticamente los programas educativos, las posturas institucionales y los paradigmas sociales en torno al abordaje género-específico en salud.

Lo recorrido resulta contrastante con los avances logrados en el campo de la salud sexual y reproductiva, donde políticas públicas específicas, como la vacunación contra el virus del papiloma humano y las campañas de detección precoz de CG, han logrado modificar conductas y reducir la mortalidad²¹. Un fenómeno similar se observa en el plano comunicacional: mientras la conciencia pública sobre el cáncer de mama ha aumentado sostenidamente gracias a campañas educativas específicas, la concientización sobre la ECV en mujeres se ha estancado desde 2006, especialmente entre las más jóvenes y las pertenecientes a minorías étnicas¹². Estos contrastes evidencian que, cuando existe decisión política acompañada de estrategias sostenidas, el cambio es posible.

La no replicación de este modelo en la prevención cardiovascular sugiere la existencia de barreras estructurales más profundas, entre las que se destaca la persistente sobrecarga de roles que enfrentan muchas mujeres, configurados en la conocida "triple carga": trabajo profesional, tareas

domésticas y crianza; la cual impacta negativamente en el autocuidado, dificulta el acceso oportuno al sistema de salud y limita la continuidad de ese acceso en el tiempo^{10,12}. Estudios locales, regionales y globales han documentado de forma consistente que esta acumulación de responsabilidades restringe la disponibilidad horaria, emocional y física para priorizar la salud, incluso en mujeres con alto nivel educativo o inserción laboral plena, como las profesionales de la salud^{21,22}. Estos compromisos compiten con la atención de síntomas y controles rutinarios, generando un efecto de postergación sistemática que, en contextos de baja percepción del riesgo, profundiza la desatención de la salud cardiovascular.

En este sentido, los resultados del estudio lo reflejan con claridad: más del 60% de las profesionales encuestadas no realizó un control clínico en el último año, siete de cada diez no cuentan con médico de cabecera y cerca del 60% recurre a consultas informales. En contraste, más del 80% sí concurre a su control ginecológico anual, lo que sugiere que las campañas específicas resultan efectivas, pero también que el modelo asistencial continúa ubicando a la salud ginecológica como eje central del cuidado femenino. De hecho, menos del 20% de estos controles incluyó una medición de PA.

Estas oportunidades perdidas en salud, presentes en ocho de cada diez controles ginecológicos y en cuatro de cada diez controles clínicos, no pueden ser consideradas aceptables. Resulta necesario reformular los programas de formación de grado, incorporando la salud cardiovascular femenina como eje transversal, y desarrollar campañas de sensibilización dirigidas al propio colectivo sanitario. Diversos autores han señalado la necesidad de fortalecer la capacitación del equipo de salud mediante la incorporación de contenidos sexo-específicos en los planes de estudio, y el desarrollo de estrategias educativas que hagan visible la amenaza cardiovascular en mujeres, promuevan un abordaje proactivo del riesgo y favorezcan la internalización de estas problemáticas en la práctica clínica cotidiana^{12,23,24}.

Finalmente, esta perspectiva género-específica debe avanzar un paso más: no se trata únicamente de visibilizar la ECV en mujeres, sino de incorporar en la evaluación clínica los factores de riesgo que les son propios^{1,4,8}. Entre ellos se reconocen aquellos vinculados a características reproductivas: como la edad de menarquia, la menopausia precoz por insuficiencia ovárica primaria, la terapia de reemplazo hormonal y el síndrome de ovario poliquístico; así como las condiciones asociadas a resultados adversos del embarazo, incluyendo la diabetes gestacional, el parto pretérmino, el bajo peso neonatal y los trastornos hipertensivos del embarazo, como la preeclampsia. Lejos de ser eventos transitorios, estas condiciones se asocian con un aumento sostenido del riesgo cardiovascular, a través de mecanismos vinculados al daño vascular subclínico, la instalación precoz de rigidez arterial y el desarrollo temprano de aterosclerosis subclínica, incrementando la incidencia posterior de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y eventos cerebrovasculares^{4,8,25,26,27}.

Paralelamente, existen factores de RCV emergentes que, si bien pueden presentarse en ambos sexos, afectan de manera diferencial a las mujeres, entre ellos las enfermedades autoinmunes, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana y los antecedentes oncológicos. Estas condiciones se asocian con el desarrollo precoz de enfermedad vascular, con reportes de hasta un 50% de afectación arterial subclínica en mujeres jóvenes, incluso en ausencia de factores de RCV tradicionales y aun cuando las enfermedades de base se encuentren en remisión clínica^{4,8,27,28}. La exclusión de estos factores en los sistemas habituales de estratificación del RCV conduce a una clasificación errónea de bajo riesgo en mujeres jóvenes, limitando la implementación oportuna de estrategias preventivas. La evidencia reciente demuestra que muchas de estas condiciones se asocian con daño vascular subclínico aun en ausencia de factores tradicionales, lo que hace imprescindible su inclusión como potenciadores de riesgo para una reclasificación adecuada, tal como lo propone la guía de prevención de enfermedad cardiovascular en la mujer de la Sociedad Interamericana de Cardiología^{4,25,28}. En este marco, resulta necesaria la revisión de los algoritmos predictivos actuales y el desarrollo de herramientas específicas para la población femenina.

Este estudio aporta una mirada crítica sobre una problemática ampliamente reconocida, pero aun insuficientemente abordada. Explorar la percepción de riesgo y el autocuidado en mujeres del ámbito sanitario permite visibilizar factores culturales, institucionales y estructurales que perpetúan las inequidades en la atención cardiovascular.

La urgencia es clara: se requieren intervenciones educativas y campañas dirigidas a romper la inercia cultural y clínica que margina a la enfermedad cardiovascular del imaginario sanitario femenino. Fortalecer el conocimiento, fomentar los controles regulares y garantizar el acceso equitativo al sistema no constituye solo una deuda con las profesionales de la salud, sino con todas las mujeres. Los próximos estudios deberán avanzar en el análisis de barreras concretas, estrategias eficaces de prevención y nuevos abordajes que permitan modificar esta realidad desde el interior del sistema y consolidar un abordaje género-específico efectivo.

Limitaciones

El estudio utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con una distribución no controlada de la encuesta a través de canales institucionales y redes profesionales, lo que impide conocer el número total de personas expuestas a la invitación y calcular una tasa de no respuesta. En este contexto, no puede descartarse la presencia de sesgo de selección, con una posible sub o sobre representación de determinados subgrupos profesionales, así como limitaciones en la representatividad geográfica, por lo que los resultados deben interpretarse como descriptivos de la población encuestada y no necesariamente extrapolables a la totalidad de las profesionales de la salud argentinas. Al tratarse de datos autodeclarados, los mismos pueden estar sujetos a sesgos de interpretación y recuerdo.

CONCLUSIONES

Seis de cada diez profesionales no reconocieron a la ECV como la principal causa de muerte relacionada con su sexo. La concientización sobre esta problemática es baja: más del 60% de las encuestadas no se había realizado un chequeo clínico en el último año, el 70% no contaba con médico de cabecera, y seis de cada diez recurrían a consultas informales para resolver inquietudes de salud. La medición de la PA fue reportada solo en el 62,7% de los chequeos clínicos generales. Si bien el 80% había concurrido a su control ginecológico anual, la toma de PA se reportó en menos del 20% de esas consultas. Los resultados ponen de manifiesto la urgencia de integrar la salud cardiovascular femenina como eje transversal en la formación de grado y en los programas de educación continua, así como, reformular y desarrollar campañas de sensibilización específicas dirigidas a profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFIA

- Ghelfi AM, Staffieri GJ. Hypertension in non-pregnant women of childbearing age. *Med Clin (Barc)* **2022**; 159: 101 – 105.
- Del-Sueldo M, Brienza S, Lorenzatti A, et al. Percepción, conocimiento y conductas preventivas sobre enfermedad cardiovascular en mujeres argentinas. *Rev Fed Argent Cardiol* **2022**; 51: 68 – 77.
- Del-Sueldo M, Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, et al. Health perception in menopausal women. *Int J Womens Health* **2018**; 10:655-661.
- Del-Sueldo MA, Mendonça-Rivera MA, Sánchez-Zambrano MB, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. *Arch Cardiol Mex* **2022**; 92 (Supl): 1 - 68.
- Sosa Liprandi MI, Harwicz PS, Sosa Liprandi A. Causas de muerte en la mujer y su tendencia en los últimos 23 años en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* **2006**; 74: 297 - 303.
- American Heart Association. Go Red for Women. Dallas: American Heart Association. Disponible en <https://www.goredforwomen.org/en/> Acceso 26 de Febrero de 2026.
- Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Argent Cardiol* **2017**; 85: 354 - 360.
- Del Sueldo M, Fernández D, Ghelfi A, et al. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular en la mujer (1a Ed). Ciudad de Buenos Aires, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial **2023**; pp 1 - 11.
- Artucio C, Giambruno M, Duro I, et al. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Cómo la perciben, qué conocen y qué conductas de prevención adoptan las mujeres. *Rev Urug Cardiol* **2017**; 32: 13 – 22.
- Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Watanabe E, et al. Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* **2015**; 8: S31 – 538.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación. Informes Técnicos Ciencia y Tecnología. **2020**; 4: 1 – 16. Disponible en https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/mautic_05_20A36AF16B31.pdf Acceso 26 de Febrero de 2026.
- Merz CNB, Andersen H, Sprague E, et al. Knowledge attitudes, and beliefs regarding cardiovascular disease in women. The Women's Heart Alliance. *J Am Coll Cardiol* **2017**; 70: 123 – 132.
- Ramírez Mera UN, Barragán López JF. University students' self-perception on the use of digital technologies for learning. *Apertura (Guadalajara, Jal)* **2018**; 10: 94 – 109.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales - Información básica. Año 2022. Buenos Aires: Ministerio de Salud **2023**. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis> Acceso 26 de Febrero de 2026.
- Seiref S, Alvarado Arichuluaga D, Bertin M, et al. Consenso FASGO 2024: Control ginecológico en la mujer sana. Buenos Aires: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) **2024**. Disponible en https://www.fasgo.org.ar/images/Consenso_FASGO_2024_Control_Ginecologico_en_la_Mujer_Sana.pdf Acceso 26 de Febrero de 2026.
- Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, et al. General Health Checks in Adult Primary Care. A Review. *JAMA* **2021**; 325: 2294 – 2306.
- Mosca L, Jones WK, King KB, et al. Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. *Arch Fam Med* **2000**; 9: 506 - 515.
- Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG. Misunderstandings about the Effects of Race and Sex on Physicians' Referrals for Cardiac Catheterization. *N Engl J Med* **1999**; 341: 279 – 283.
- Dattoli-García CA, Jackson-Pedroza CN, Gallardo-Grajeda AL, et al. Acute myocardial infarction: Review on risk factors, etiologies, angiographic characteristics and outcomes in young patients. *Arch Cardiol Mex* **2021**; 91: 485 - 492.
- Huxley R, Barzi F, Woodward M. Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: Meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *Br Med J* **2006**; 332: 73 - 76.
- Organización Panamericana de la Salud. Género y determinantes sociales de la salud. Washington D.C.: OPS **2019**. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51744> Acceso 26 de Febrero de 2026.
- Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Glob Public Health* **2008**; 3(Suppl 1): 1 - 12.
- Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, et al. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* **2016**; 133: 916 - 947.
- Redberg RF, Benjamin EJ, Bairey Merz CN, et al. A call for inclusion of sex and gender in cardiovascular medical education. *Circulation* **2015**; 132: 1867 - 1869.
- Ghelfi AM, Lassus MN, Passarino FA, et al. Arterial stiffness detection in women with recent history of pre-eclampsia. *Hipertens Riesgo Vasc* **2025**; 42: 3 – 12.
- Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk: Unique Opportunities for Cardiovascular Disease Prevention in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* **2021**; 143: E902 – E916.
- Ghelfi AM, Quintana R, Velez LL, et al. Arterial Stiffness and Cardiovascular Risk Reclassification in Patients with Autoimmune Rheumatic Diseases. *High Blood Press Cardiovasc Prev* **2025**; 32: 439 - 450.
- Ghelfi AM, Staffieri GJ, Del-Sueldo MA, et al. Under-recognized cardiovascular risk enhancers in women: A call to rethink clinical assessment on risk stratification. *Am J Prev Cardiol* **2025**; 21: 100942.