

Equidad laboral, violencia de género y factores de riesgo cardiovascular en especialistas en cardiología argentinos

Labor Equity, Gender Violence and Cardiovascular Risk Factors in Cardiology Specialists

VERÓNICA LÍA CROSA¹, ALEJANDRA AVALOS ODDI¹, SILVINA VERDUGO¹, YANINA CASTILLO COSTA², MTSAC³, LEONARDO CÁCERES², MTSAC³, BIBIANA RUBILAR¹, MTSAC³

RESUMEN

Los especialistas en cardiología pueden sufrir estresores que afecten su salud, como inequidad laboral y violencia de género, además de padecer factores de riesgo (FR) tradicionales para enfermedad cardiovascular (ECV)

Objetivo: Detectar el nivel de bienestar, equidad laboral y violencia de género y conocer la prevalencia de los FR en especialistas en cardiología en Argentina

Material y métodos: Estudio observacional, de corte transversal a través de una encuesta anónima realizada en septiembre de 2021 a los especialistas del padrón de la Sociedad Argentina de Cardiología. Se recabaron datos sobre equidad laboral, violencia laboral y doméstica y FR.

Resultados: Participaron 611 profesionales (40,5% mujeres). El 63% trabajaba más de 44 horas semanales; 3 de cada 10 cumplían guardias de 12 o 24 horas (38,5% mujeres vs 28% varones, $p < 0,01$). El 72% consideró excesiva la carga laboral, con remuneración no acorde a su formación académica (70%). La mitad de las cardiólogas encuestadas consideró que la maternidad limitó el desarrollo profesional en la especialidad. La violencia de género laboral fue más frecuente en las cardiólogas (58% vs 10% $p < 0,01$) al igual que la violencia doméstica (16% vs 6% $p < 0,01$). Los varones tenían más sobrepeso (67% vs 34% mujeres, $p < 0,01$) y obesidad (16% vs 11%, $p < 0,01$) y las mujeres resultaron ser más sedentarias (53% vs 45%, $p < 0,01$).

Conclusión: Resultó evidente la disconformidad en las condiciones laborales en ambos sexos y la mayor prevalencia de violencia de género laboral y doméstica en las especialistas mujeres encuestadas. A pesar de contar con el conocimiento sobre ECV y FR los especialistas encuestados tienen una alta prevalencia de FR.

Palabras claves: Cardiólogos - Equidad de Género - Factores de Riesgo de Enfermedad Cardíaca - Violencia de Género - Violencia Laboral - Argentina

ABSTRACT

Background: Cardiology specialists may suffer from stressors that affect their health, such as labor inequity and gender violence, in addition to traditional cardiovascular risk factors (RF) for cardiovascular disease (CVD).

Objective: The aim of this study was to detect the level of well-being, labor equity and gender violence and to establish the prevalence of CRF in cardiology specialists in Argentina.

Methods: This was an observational, cross-sectional study through an anonymous survey conducted in September 2021 among specialists included in the Argentine Society of Cardiology registry. Data on labor equity, labor and domestic violence and CRF were collected.

Results: Six hundred and eleven professionals (40.5% women) participated in the survey: 63% worked more than 44 hours per week; 3 out of 10 were on duty for 12 or 24 hours (38.5% women vs. 28% men, $p < 0.01$). Seventy-two percent of respondents considered the workload excessive while 70% thought their payment was not in accordance with the academic training. Half of female cardiologists surveyed considered that motherhood limited professional development in the specialty. Work-related violence was more frequent in female cardiologists (58% vs. 10% $p < 0.01$), as was domestic violence (16% vs. 6% $p < 0.01$). Men were more overweight (67% men vs. 34% women, $p < 0.01$) and obese (16% vs. 11%, $p < 0.01$) and women were more sedentary (53% vs. 45%, $p < 0.01$).

Conclusion: The disconformity in working conditions experienced by both genders was evident, as was the evidence of higher workplace and domestic gender violence in the female specialists surveyed. Despite having knowledge about CVD and cardiovascular RF, the surveyed specialists have a high prevalence of RF.

Key word: Cardiologists - Gender Equity - Heart Disease Risk Factors - Gender-Based Violence - Workplace Violence - Argentina

REV ARGENT CARDIOL 2022;90:340-345. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.i5.20562>

Ver artículo relacionado Rev Argent Cardiol 2022;90:338-339. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.i5.20567>

Recibido: 10/07/2022 - Aceptado: 02/09/2022

Dirección para separatas: Verónica Crosa. E-mail: veritocrosa@gmail.com

Este trabajo obtuvo el Premio Raúl Borracci en el 48 Congreso Argentina de Cardiología

¹ Área Corazón y Mujer "Dra. Liliana Grinfeld" de la Sociedad Argentina De Cardiología, Buenos Aires, Argentina.

² Área de Investigación de la Sociedad Argentina De Cardiología, Buenos Aires, Argentina.

³ MTSAC Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la medicina asistencial puede operar como un factor estresor, y es muy probable que frente a la emergencia sanitaria generada por la pandemia COVID-19, las situaciones de sobrecarga y las condiciones de inequidad laborales se vieran exacerbadas. Sin duda, la pandemia COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en la vida profesional, personal y en la esfera emocional de los profesionales de la salud (1,2). En el caso de la mujer, el esfuerzo de adaptación a esta nueva realidad se vio exacerbado por la asignación histórica del rol de cuidado de su entorno familiar.

Además, la evidencia muestra que la mujer enfrenta más limitaciones profesionales, discriminación, acoso sexual, remuneración inadecuada y la falta de oportunidades en puestos jerárquicos (3-5).

Recientemente han sido descritas ciertas condiciones hasta ahora sub reconocidas que afectan la salud cardiovascular en ambos sexos, pero que en el género femenino muestran un mayor impacto, como la violencia de género, el bajo nivel socioeconómico, el nivel de alfabetización y los factores medioambientales (6). Estos determinantes psicosociales y socioeconómicos pueden operar sobre la salud, predisponiendo al desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV) y/o acelerando la progresión de enfermedad preexistente, y sumar su impacto al de los factores de riesgo (FR) cardiovasculares tradicionales.

La ECV es la principal causa de morbimortalidad en la sociedad actual; a diario los especialistas en cardiología se esfuerzan por controlar los FR para ECV en sus pacientes con el objetivo de disminuirla (7,8).

En ambos sexos es ampliamente conocido el impacto de los FR clásicos como la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia, el tabaquismo, el sobrepeso y el sedentarismo. En el caso de la mujer, se agregan los factores sexo específicos (la menarca precoz, la menopausia temprana y las complicaciones del embarazo, entre otros) (9-13).

Los profesionales de la salud no están exentos de padecer esos FR para ECV y, en las condiciones actuales de emergencia sanitaria, es muy probable que hayan postergado el autocuidado y el control de éstos en sí mismos. En el caso de los especialistas en cardiología, a pesar de contar con el conocimiento acerca de los riesgos, no siempre ponen en práctica las recomendaciones que formulan a sus pacientes.

Llevamos a cabo una encuesta con el objetivo de detectar el nivel de bienestar, equidad laboral y violencia de género y conocer la prevalencia de los FR cardiovasculares en especialistas en cardiología en Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, de corte transversal, realizado a través de una encuesta en formulario digital on-line con 49 preguntas cerradas, autorreferenciales, anónimas y de participación voluntaria. Se utilizó la plataforma RedCap.

La encuesta se distribuyó durante el mes de septiembre de 2021 por correo electrónico y Whatsapp a los especialistas en cardiología perteneciente al padrón de socios de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), invitándolos a participar.

Se obtuvieron datos de edad, peso, talla y perímetro de cintura, FR tradicionales, antecedentes de ECV propia y antecedentes familiares de ECV.

Se recabó información sobre la profesión, años de especialidad, ámbito de la actividad laboral, densidad de población del sitio donde ejercen y localidad, la carga horaria semanal, guardias médicas de 12 o 24 horas y el tiempo de traslado al lugar de trabajo. También se interrogó sobre el bienestar profesional. Se incluyeron en ambos sexos preguntas con respecto de violencia de género laboral y doméstica (violencia física, psicológica, sexual e institucional basada en la orientación sexual y/o identidad de género, ONU) (14); se recabaron datos de la esfera emocional, datos de la vida personal como estado civil y situación de convivencia. En las mujeres se interrogó sobre el crecimiento profesional en función de la maternidad; además, se interrogaron FR ligados al sexo como la historia obstétrica y menopausia.

En ambos sexos, se recabó información sobre conductas y hábitos (ejercicio, consumo de alcohol, tipo de dieta, calidad del sueño) y controles de salud. Se interrogaron otros FR no convencionales (cáncer y enfermedades autoinmunes).

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentan como frecuencias y porcentajes con sus intervalos de confianza. Para la descripción de las variables cuantitativas, se utilizó la media \pm la desviación estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartil (RIC 25-75), según su distribución.

El análisis de las variables discretas se realizó mediante el test de chi cuadrado o el de Fisher, según correspondiera, y el de las variables continuas con el test de t o el de Mann Whitney, y en caso de 3 o más grupos con ANOVA o Kruskal Wallis, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

El análisis se realizó con Epi Info Versión 7.2.2.6

RESULTADOS

Participaron 611 especialistas en cardiología. Un 59,5% fueron varones y el 40,5% mujeres. El 75% de los participantes tenían entre 30 y 60 años. Las mujeres eran más jóvenes que los hombres (edad entre 30 y 60 años, 87% vs 67%, $p < 0,01$).

El 44% de los especialistas encuestados refirieron más de 20 años de ejercicio profesional y en su mayoría (71%) residían en Buenos Aires (Ciudad Autónoma o provincia).

No hubo diferencias por sexo en la cantidad de horas trabajadas, siendo en el 63% mayor a 44 horas semanales. Las guardias médicas de 12 o 24 horas predominaron en las especialistas mujeres (38% vs 28% $p < 0,01$).

Con respecto de la percepción de bienestar y equidad laboral, un 66% de los especialistas consideró que la carga laboral era excesiva, sin diferencias por sexo.

El 84% de los encuestados consideró que la pandemia COVID 19, generó una sobrecarga en el ámbito laboral o personal; entre las mujeres esta percepción fue mayor (88% vs 80%, $p < 0,01$).

Más de la mitad (66%) de los especialistas consideró que su remuneración no era acorde con su formación profesional y académica (75% mujeres vs 60% hombres, $p < 0,01$) pero a pesar de esto, el 72% elegiría nuevamente la misma especialidad y solo el 18% elegiría otra profesión no médica.

El 62% de las especialistas mujeres consideró que la maternidad limitó su desarrollo profesional.

Fue mayor la condición de casados entre los hombres (70% vs 46%, $p < 0,01$).

Respecto a la exposición a la violencia de género (violencia física, psicológica, sexual e institucional basada en la orientación sexual y/o identidad de género, ONU) esta realidad fue significativamente más frecuente en las mujeres, tanto en el ámbito laboral (58% vs 10%, $p < 0,01$), Figura 1, como en el doméstico (16% vs 10%, $p < 0,01$), Figura 2.

En cuanto a los FR convencionales interrogados, el 19% reconoció padecer HTA, con mayor frecuencia los hombres (26% vs 18%, $p < 0,01$). No hubo diferencias por sexo en cuanto a la ocurrencia de diabetes (4%), tabaquismo actual (3%), ex tabaquismo (28%) y antecedentes familiares de ECV (50%). Los hombres tuvieron

más antecedentes de ECV propia (6% vs 1% $p = 0,03$). La enfermedad autoinmune fue más frecuente en las mujeres (16% vs 5%, $p < 0,01$) y no hubo diferencias en el antecedente de enfermedad oncológica (Tabla 1).

El sobrepeso y la obesidad fueron más frecuentes en los hombres. Presentó un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25, el 54% de los encuestados, predominando en el sexo masculino (67% vs. el 34%, $p < 0,01$). Se registró un IMC mayor a 30, en rango de obesidad, en el 14% del total de especialistas encuestados (16% vs. 11%, $p = 0,04$).

Las mujeres fueron más sedentarias (47% vs 55%, $p = 0,03$). El 78% de los especialistas consideró que cumple una dieta saludable; el 6% refirió consumo habitual de alcohol, más frecuente en los hombres (7% vs 3% $p < 0,01$). El 9% de los encuestados refirió dificultades para dormir, trastorno más frecuente en las mujeres (11% vs 8%, $p < 0,01$). El 5% de los especialistas refirió desinterés, pensamientos negativos o infelicidad, más frecuentemente las mujeres (7% vs 3%, $p = 0,02$). (Tabla 1)

Con respecto de los controles de salud, hombres y mujeres tenían igual registro de su tensión arterial

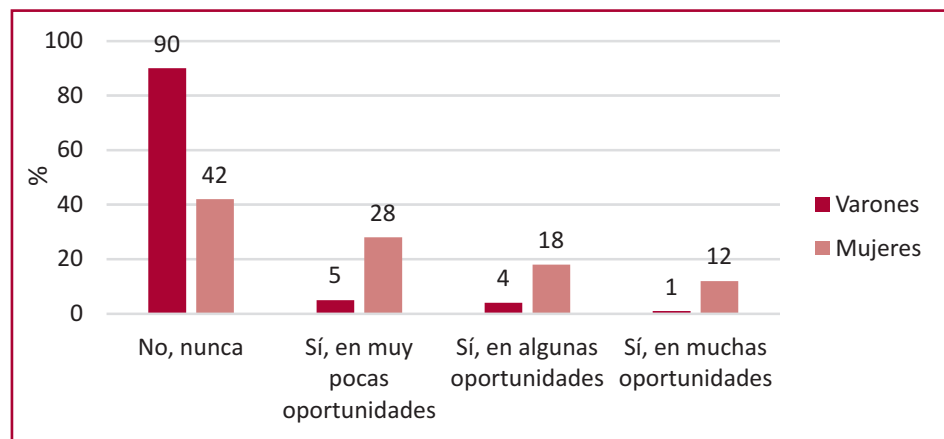


Fig. 1. Exposición a violencia de género en el ámbito laboral

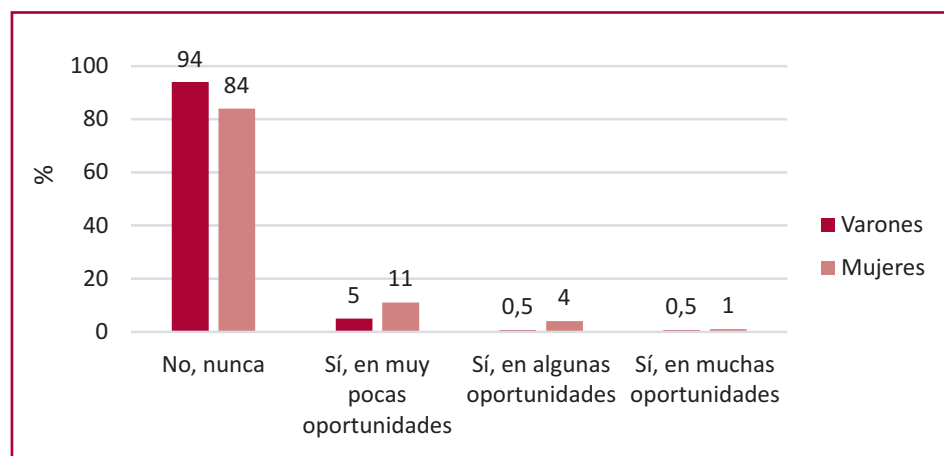


Fig. 2. Exposición a violencia de género en el ámbito doméstico

(94%), pero en ellos fue más frecuente el chequeo cardiológico (81% vs 73%, $p < 0,01$). La mediana de colesterol total fue 180 mg/dL, 101 mg/dL la del colesterol LDL y 51 mg/dL la del colesterol HDL, este último superior en las mujeres (56 mg/dL vs 48 mg/dL, $p < 0,01$). Respecto de los triglicéridos, la mediana fue 112 mg/dL, significativamente más alta en los hombres (125 mg/dL vs 96 mg/dL, $p < 0,01$). (Tabla 2)

El 57% refirió consumir algún tipo de medicamento en forma habitual, sin diferencias por sexo. Entre los fármacos más utilizados figuraron los antihipertensivos (27%) y las drogas hipolipemiantes (26%), ambos más frecuentemente en varones (26% vs 8%, $p < 0,01$ y 36% vs 11%, $p < 0,01$). Sin diferencia por sexo, un 11% consume ansiolíticos, un 3% aspirina y un 2% antidepresivos.

Tabla 1. Características de la población encuestada.

	Global n = 611	Mujeres n = 247	Varones n = 364	p
Edad entre 30 y 60 años (n,%)	460 (75)	217 (88)	243 (67)	<0,01
HTA (n,%)	114 (19)	21 (8)	93 (26)	<0,01
Diabetes (n,%)	22 (4)	9 (4)	13 (4)	NS
Tabaquismo (n,%)	21 (3)	11(4)	10 (3)	NS
Ex Tabaquismo (n,%)	171 (28)	67 (27)	104 (28)	NS
Colesterol total (mediana y RIC)	180 (160-202)	183 (160-201)	180 (162-203)	NS
LDL col (mediana y RIC)	101 (85-121)	106 (86-122)	100 (85-121)	NS
HDL col (mediana y RIC)	51 (45-60)	56 (50-68)	48 (44-56)	<0,01
TG (mediana y RIC)	112 (90-144)	96 (73-120)	125 (100-154)	<0,01
Ejercicio >150 min/semana	315 (52)	116 (47)	199 (55)	0,03
Cintura > 88 cm (n,%)	–	73 (30)	–	–
Cintura > 102 cm (n,%)	–	–	91 (26)	–
IMC > 25 (n,%)	329 (54)	84 (34)	245 (67)	<0,01
IMC > 30 (n,%)	87 (14)	28 (11)	59 (16)	0,04
Ant heredofamiliares (n,%)	306 (50)	133 (54)	173 (47)	NS
ECV (n,%)	27 (6)	3 (1)	24 (6)	0,03
Cáncer (n,%)	36 (6)	15 (6)	21 (6)	NS
Enfermedad Autoinmune (n,%)	59 (10)	39 (16)	20 (5)	<0,01
Alcohol > 4 veces/semana (n,%)	36 (6)	9(3)	27 (7)	<0,01
Dieta saludable < 4 veces/semana (n,%)	194 (32)	73 (29)	121 (33)	NS
Trastornos del sueño > 4 veces/ semana (n,%)	58 (9)	27 (11)	31 (8)	<0,01
Desinterés > 4 veces/semana (n,%)	31 (5)	18 (7)	13 (3)	0,02
Irritabilidad > 4 veces/semana (n,%)	40 (6)	17 (7)	23 (6)	NS

ECV: enfermedad cardiovascular HTA: hipertensión arterial IMC: índice de masa corporal
RIC: rango intercuartilo

Tabla 2. Controles de la población encuestada. TA (tensión arterial)

	Global n = 611	Mujeres n = 247	Varones n = 364	p
Control de TA < 1 año (n,%)	572 (94)	231 (94)	341 (94)	<0,01
Control de laboratorio < 1 año (n,%)	469 (77)	201 (82)	268 (75)	NS
Medidas higiénico-dietéticas (n,%)	475 (78)	195 (78)	280 (77)	NS
Alguna vez chequeo cardiológico (n,%)	472 (78)	179 (73)	293 (81)	<0,01

DISCUSIÓN

La presente encuesta fue equitativa en cuanto a sexos, ya que participaron un 40,5% de mujeres.

La mayoría cumple una carga laboral que percibe como excesiva, y muestra cierta disconformidad en cuanto a la remuneración percibida en función de su formación académica. La inequidad laboral opera como un factor de estrés crónico en los trabajadores y en los profesionales de la salud y a esta condición se le ha agregado la enorme carga laboral y emocional de la pandemia (15).

Más de la mitad de las mujeres consideró que la maternidad limitó en alguna medida su desarrollo profesional, dando cuenta de la desigualdad que enfrenta la mujer para cumplir con su trabajo y la asignación del rol de cuidado en el ámbito familiar. En países de la Unión Europea y en Estados Unidos se han documentado las diferencias de género entre los especialistas en cardiología desde hace años, pero en Latinoamérica aún es un campo poco explorado (16). Globalmente se ha detectado una tendencia a la feminización del trabajo médico y algunos autores proponen que las mujeres poseen cualidades que permiten un ejercicio médico diferente al del varón. Las mujeres pueden mejorar la relación médico-paciente y promover trabajo en equipo debido a características de personalidad atribuibles al género femenino como la compasión, la empatía, la capacidad de respuesta a las necesidades del paciente y las habilidades de comunicación (17). A pesar de estas cualidades, existe una mirada ambivalente acerca del creciente número de mujeres en la medicina tanto en el rol asistencial como en el ámbito científico y académico. En este sentido, están muy poco representadas en los puestos de autor, revisor y editor en revistas científicas y médicas (18). Son muchos los determinantes que impiden la plena participación y contribución de las mujeres en estas esferas cuyo resultado es su invisibilización injustificada. (19-21). Las diferencias en el estilo de vida y las responsabilidades de la maternidad se han propuesto como posibles factores; sin embargo, la Encuesta de Vida Profesional realizada por el Colegio Americano de Cardiología de "Mujeres en Cardiología" encontró que las mujeres son en realidad significativamente menos propensas a interrumpir su práctica médica durante un año o más al ser madres (22, 23).

En la población encuestada, la violencia de género fue significativamente mayor en las mujeres, tanto en el ámbito laboral como doméstico. Este tipo de violencia tiene graves consecuencias al impedir a las mujeres participar plenamente y en pie de igualdad en la sociedad (24-26). La afectación emocional asociada a la violencia de género ha sido ampliamente demostrada como un factor de riesgo asociado a ECV con alteraciones en la reactividad plaquetaria y mayor riesgo de enfermedad coronaria, además de la mayor incidencia de depresión y suicidio (27-30).

Al analizar los FR convencionales en la población encuestada en comparación con los datos obtenidos de

la población general argentina en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en 2018 (31), se observa que los especialistas en cardiología son un grupo más sano ya que la HTA fue menor (19% vs 34,7%), hay menor prevalencia de DBT (4% vs 12,7%) y fuman menos (3% vs 22,2%). Sin dudas, la sanción de la ley 26687 anti tabaco generó un fuerte impacto en la salud de la población argentina (32) y entre los especialistas encuestados la condición de extabaquista fue mayor que en la ENFR (28% vs 17,6%) lo cual hace presumir una mayor conciencia acerca de este importante FR modificable. Se incluyeron también preguntas sobre nivel de conocimiento de salud propia, se observó una alta conciencia de control de salud y conocimiento de los niveles de colesterol. El sobrepeso detectado fue mayor que en la ENFR (54% vs 36,3%) y al igual que la obesidad ambos fueron más frecuentes en los hombres.

Las condiciones y cargas laborales de los especialistas en cardiología en Argentina, podrían explicar la falta de adherencia regular a hábitos saludables, dando como consecuencia sobrepeso y sedentarismo.

Con respecto de la equidad de género laboral y la sobredemanda de roles, al igual que en otros países, las mujeres continúan representando el grupo de mayor demanda laboral (33).

CONCLUSIÓN

Resultó evidente la disconformidad en las condiciones laborales en ambos sexos y alarmante la mayor exposición a violencia de género laboral y doméstica en las mujeres encuestadas.

A pesar de contar con los conocimientos sobre ECV y FR, los especialistas en cardiología, no logran internalizar y trasladar a sí mismos las recomendaciones que realizan a sus pacientes.

Limitaciones

Al tener un muestreo no probabilístico resulta difícil establecer con precisión la prevalencia de los FR en la población objetivo. Existe además desproporción, con alta participación de médicos de Buenos Aires, y baja representatividad del resto del país. La información recabada fue referida por los participantes, sin corroborar las respuestas.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses. (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression, and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs* 2021;30:533-43. <https://doi.org/10.1111/inm.12818>
2. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. [Impact of SARS-

- CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review.]. *Rev Esp Salud Publica* 2020;94:e202007088.
3. Raymundo-Martínez GIM, Alanis-Estrada GP, Araiza-Garaygordobil D, Delgado-Cruz IV, Gopar-Nieto R, Cabello-López A, et al. Gender differences in cardiology professionals: A Latin American Survey. *Arch Cardiol Mex* 2022;92:11-8. <https://doi.org/10.24875/ACM.200001591>
 4. Kang SK, Kaplan S. Working toward gender diversity and inclusion in medicine: myths and solutions. *Lancet* 2019;393:579-86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33138-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33138-6).
 5. Khan MS, Usman MS, Siddiqi TJ, Ayub MT, Fatima K, Acob C, et al. Women in Leadership Positions in Academic Cardiology: A Study of Program Directors and Division Chiefs. *J Womens Health (Larchmt)* 2019;28:225-32. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7135>
 6. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021;397:2385-438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00684-X)
 7. Norris CM, Yip CYY, Nerenberg KA, Clavel M, Pacheco C, Foulds HJA, et al. State of the Science in Women's Cardiovascular Disease: A Canadian Perspective on the Influence of Sex and Gender. *J Am Heart Assoc* 2020 18;9:e015634. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.015634>
 8. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2020;141:e59. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000754>.
 9. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, Judd SE, Rexrode KM, Hlatky MA, 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. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000961>
 10. Cho L, Davis M, Elgendy I, Epps K, Lindley KJ, Mehta PK, Michos ED, Minissian M, Pepine C, Vaccarino V, Volgman AS; ACC CVD Women's Committee Members. Summary of Updated Recommendations for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75:2602-18. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.060>
 11. Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Factors in the Assessment of Women's Cardiovascular Risk. *Circulation* 2020;141:592-9. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043429>.
 12. Young L, Cho L. Unique cardiovascular risk factors in women. *Heart* 2019;105:1656-60. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314268>
 13. Maas AHEM, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, van Dijken D, Hamoda H, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J* 2021;42:967-84. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044>
 14. ONU Mujeres. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. ONU Mujeres. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
 15. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc* 2019;94:1681-94. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>.
 16. Kang SK, Kaplan S. Working towards gender diversity and inclusion in medicine: Myths and solutions. *Lancet* 2019;393:579-86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33138-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33138-6).
 17. Borracci RA, Salazar AI, Arribalzaga EB. El futuro de la feminización de la medicina en Argentina. *Revista de la Fundación Educación Médica*. 2018;21(3):113.
 18. Lundine J, Bourgeault IL, Clark J, Heidari S, Balabanova D. The gendered system of academic publishing. *Lancet* 2018; 391:1754-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30950-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30950-4)
 19. Blumenthal DM, Olenski AR, Yeh RW, DeFaria Yeh D, Sarma A, Stefanescu Schmidt AC, et al. Sex Differences in Faculty Rank Among Academic Cardiologists in the United States. *Circulation* 2017;135:506-17. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.023520>
 20. Khan MS, Usman MS, Siddiqi TJ, Ayub MT, Fatima K, Acob C, et al. Women in Leadership Positions in Academic Cardiology: A Study of Program Directors and Division Chiefs. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28:225-32.
 21. Asghar M, Usman MS, Aibani R, Ansari HT, Siddiqi TJ, Fatima K, et al. Sex Differences in Authorship of Academic Cardiology Literature Over the Last 2 Decades. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:681-5. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.05.047>
 22. Yeung C, Baranchuk A. Gender Equity Trends in Academic Productivity and Influence by Subspecialties of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2018; 72:3228-9. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.2203>
 23. Jaggi R, Fuentes-Afflick E, Higginbotham E. Promoting Equity for Women in Medicine - Seizing a Disruptive Opportunity. *N Engl J Med* 2021;384:2265-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2104228>.
 24. Qué hacemos: Poner fin a la violencia contra las mujeres [Internet]. ONU Mujeres. 2019. Available from: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>.
 25. World Health Organization. World Health Organization [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/>
 26. UK Government. Guidance: Domestic Violence and Abuse. UK Gov; 2016. Available at: <https://www.gov.uk/government/news/new-definition-of-domestic-violence>.
 27. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Taylor J, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K. Risk of Cardiometabolic Disease and All-Cause Mortality in Female Survivors of Domestic Abuse. *J Am Heart Assoc* 2020;9: e014580. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014580>.
 28. Goldstein BI, Carnethon MR, Matthews KA, McIntyre RS, Miller GE, Raghuvver G, et al. Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder Predispose Youth to Accelerated Atherosclerosis and Early Cardiovascular Disease. *Circulation* 2015;132:965-86. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000229>
 29. Wassertheil-Smoller S, Shumaker S, Ockene J, Talavera GA, Greenland P, Cochrane B, Robbins J, Aragaki A, Dunbar-Jacob J. Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI). *Arch Intern Med* 2004;164:289-98. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.3.289>
 30. Samad Z, Boyle S, Erbsoll M, Vora AN, Zhang Y, Becker RC, et al. Sex Differences in Platelet Reactivity and Cardiovascular and Psychological Response to Mental Stress in Patients With Stable Ischemic Heart Disease. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:1669-78. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.04.087>.
 31. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. [Cited 2022 Aug 19]. Available from: https://biblioteca.indec.gov.ar/bases/minde/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
 32. Infoleg.gov.ar. 2022 [cited 2022 Aug 19]. Available from: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/183207/norma.htm>
 33. Linzer M, Harwood E. Gendered Expectations: Do They Contribute to High Burnout Among Female Physicians? *J Gen Intern Med*. 2018 Jun;33(6):963-965. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4330-0>.