EDITORIAL

¿Por qué el foco en las mujeres?

PALMIRA FRAMPARO[illegible]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en septiembre de 2004 las causas de mortalidad estimada para los próximos años y refería lo siguiente: "Hoy, hombres, mujeres y niños están en riesgo frente a la enfermedad cardiovascular y el 80% de su carga se asienta en los países de bajos y medianos ingresos. Para 2020, la enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular (ACV) serán la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo". Asimismo, se considera que el ACV contabiliza una proporción de muertes entre las mujeres mayor que en los hombres y de las que sobrevivirán a un primer ataque cerebral, un gran número de ellas padecerán incapacidades físicas y psíquicas graves. (1) Especialmente en determinadas regiones, algunas sudamericanas, se calcula que para el año 2040 las mujeres de Rusia, Brasil, India, China y Sudáfrica experimentarán la mayor proporción de muertes por estas enfermedades en comparación con los hombres. (2)

En términos de expectativa de vida, se sabe que las mujeres tienen una ventaja con respecto a los hombres. Esta ventaja está en parte dada por la genética y por las diferencias biológicas ligadas al sexo, pero también está muy relacionada con la exposición a factores ambientales y culturales como el tabaco, el alcohol, la alimentación inadecuada y a factores socioeconómicos. No obstante, en circunstancias normales, las mujeres sobreviven a los hombres varios años, pero los factores culturales, sociales y económicos pueden derrotar a esta ventaja "natural".

A pesar del avanzado desarrollo de la medicina, estos adelantos pueden no llegar a todos por igual. La pobreza continúa creciendo y la diferencia entre ricos y pobres es cada vez mayor, especialmente en los países en vías de desarrollo. En esta carrera, las mujeres son las más perjudicadas también en el plano de la salud. La OMS estimó que de 1,2 mil millones de personas que viven en la pobreza, el 70% son mujeres y hay entre ellas un número mayor de iletradas respecto de los hombres. (3) De todo esto se desprende que una larga vida no significa una vida saludable.

¿Dónde están situadas las mujeres de la Argentina en términos de "ventajas" y "desventajas" en salud cardiovascular? A juzgar por los números y la tendencia mostrada por María Inés Sosa Liprandi y colaboradores (4) en este número de la *Revista*, la mortalidad de causa cardiovascular parece seguir el mismo ritmo que en los países desarrollados, aunque por las condiciones socioeconómicas aún no tengamos el mismo nivel de desarrollo. Este artículo muestra que compartimos ambas realidades: la mortalidad cardiovascular en general ha declinado, pero con una clara ventaja para los hombres.

En los Estados Unidos, donde se ha analizado este declinar según la etnia, se observó que la reducción en el período 1990-1998 fue del 17% para los hispanos, del 15% para los blancos no hispanos, 14% para los asiáticos, 11% para los negros y 8% para los indios americanos y nativos de Alaska. (5) Estos números evidencian que muchas variables se interrelacionan tras el diagnóstico de muerte cardiovascular.

Si bien el certificado de defunción sirve como fuente de información sobre la mortalidad total y las causas específicas de mortalidad, su utilidad puede estar reducida por las diferentes patologías que se incluyen en una denominación final como "causa de muerte cardiovascular". Datos reales y comparables sobre las causas de muerte referidas y la morbilidad en un país y a través del tiempo son esenciales para la elaboración de políticas sanitarias. En los Estados Unidos y en otros países se ha examinado la validez de los certificados de defunción por causa cardiovascular y se ha concluido que los certificados y los diagnósticos clínicos pueden discordar según el médico examinador o los hallazgos de las autopsias y que estas discrepancias podían variar de una región a otra. Un estudio estadounidense que analizó este tema para la enfermedad coronaria y la mortalidad cardiovascular total a través de los Estados identificó que hay influencia de factores individuales y comunitarios sobre la certificación de la muerte. Estas diferencias estaban influidas por el género, el estado socioeconómico, la raza, el acceso a la atención médica y la calidad de ésta y por el número de médicos cardiólogos en relación con la población. Luego de realizar ajustes por diferentes variables, la raza y el sexo tuvieron una asociación significativa con una asignación correcta de la causa de muerte por enfermedad cardiovascular. Estas diferencias en la denominación de la enfermedad reflejan que el acceso a la salud de determinados grupos sociales puede ser desigual en calidad, ya sea por diferencias en los sistemas de cobertura médica o bien por el grado de complejidad de los centros médicos a los que se pueden acceder, factores éstos que ayudan a un mejor diagnóstico. Estos resultados son concordantes con la literatura clínica, que mostró que la raza

[illegible] Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología
* Fellow American Heart Association
[illegible] Consejo de Epidemiología y Prevención de la Sociedad Argentina de Cardiología
* Coordinadora Epi & Prev: Fundacion InterAmericana del Corazón

blanca, los hombres y en general las personas de estratos socioeconómicos altos tienen mejor acceso a la salud y a una mejor calidad de ésta. (6)

Los resultados recientemente conocidos comparten, o tal vez desvaloricen, aquellas premisas anteriormente publicadas sobre la diferencia de actitud de las mujeres frente a la enfermedad cardiovascular. ¿No concurren a tiempo o muchas de ellas no tienen el acceso a una buena atención de salud? También el accionar médico tiene un papel significativo en cuanto a la pronta acción sobre la enfermedad presente que se toma como un riesgo menor que el riesgo real cuando la portadora es mujer. (7)

Un punto relevante en este análisis de Sosa Liprandi y colaboradores es haber observado el comportamiento de la enfermedad cardiovascular en nuestro país a través de los años y en las diferentes edades de las mujeres. La comparación entre la mortalidad cardiovascular y la mortalidad por cáncer ya fue muy analizada en los Estados Unidos y en países europeos en un intento de modificar las creencias erróneas de las mujeres sobre este tema. La comparación realizada por los autores del citado artículo con nuestros números sobre ambas patologías marca la necesidad de no desvalorizar a una sobre la otra y, por el contrario, de abrazar una prevención coherente de estas dos patologías y en general de todas las denominadas enfermedades crónicas.

Si bien estos parámetros pueden no coincidir exactamente con los datos de otras partes del mundo, en general las mujeres se encuentran en riesgo multiplicado por dos de las mayores patologías: cáncer y enfermedades cardiovasculares. Antes de los 60 años, el cáncer y sus secuelas son un motivo de alerta y a partir de esta edad la mortalidad cardiovascular va ocupando el centro de la escena. (5) Según la región geográfica o el tipo de sociedad que se considere, este corte etario puede desplazarse a edades más jóvenes, pero en general entre los 50 y los 70 años la sumatoria de estas patologías contribuyen tanto a la discapacidad como a la muerte. No obstante las diferencias regionales, la OMS señaló que las enfermedades crónicas están en rápido crecimiento entre las mujeres de todos los países, pero más en los países en vías de desarrollo. En esta denominación se engloban patologías como las enfermedades cardiovasculares, neurológicas, cáncer, depresión, etc., porque se considera que ellas avanzan ligadas entre sí por factores de riesgo comunes sobre los que se puede actuar con medidas preventivas similares. (3)

El epidemiólogo británico Geoffrey Rose planteó varios axiomas a fin de enfocar la prevención, y su preferencia se inclinó hacia las estrategias poblacionales con conceptos básicos de prevención primaria que demostraron que eran superiores a las estrategias individuales. (8) Hay una fuerte campaña de todas las sociedades científicas y sanitarias del mundo para movilizar a las mujeres frente a las enfermedades cardiovasculares. Estas acciones abarcan diferentes aspectos, pero en lo que en materia de prevención demostró que es efectivo es la incorporación temprana de los individuos a estilos de vida saludables y esto también es válido para las mujeres sin esperar la edad de la menopausia.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO documents: Atlas of Heart Disease and Stroke. Accessible at http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
2. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation 2001; 104:2746-53.
3. WHO/NMH/02.01: NMH Reader issue #1 Women and the Rapid Rise of non Communicable Disease. WHO, 2002 January.
4. 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.
5. Heart Disease and Stroke Statistics 2006 Update: A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittees. Accessible at http://www.circulationaha.org - February 14, 2006.
6. Murray CJ, Kulkarni SC, Ezzati M. Understanding the coronary heart disease versus total cardiovascular mortality paradox: a method to enhance the comparability of cardiovascular death statistics in the United States. Circulation 2006;113:2071-81.
7. Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. Circulation 2005;111: 499-510.
8. Jackson R, Lynch J, Harper S. Preventing coronary heart disease. BMJ 2006;332:617-8.