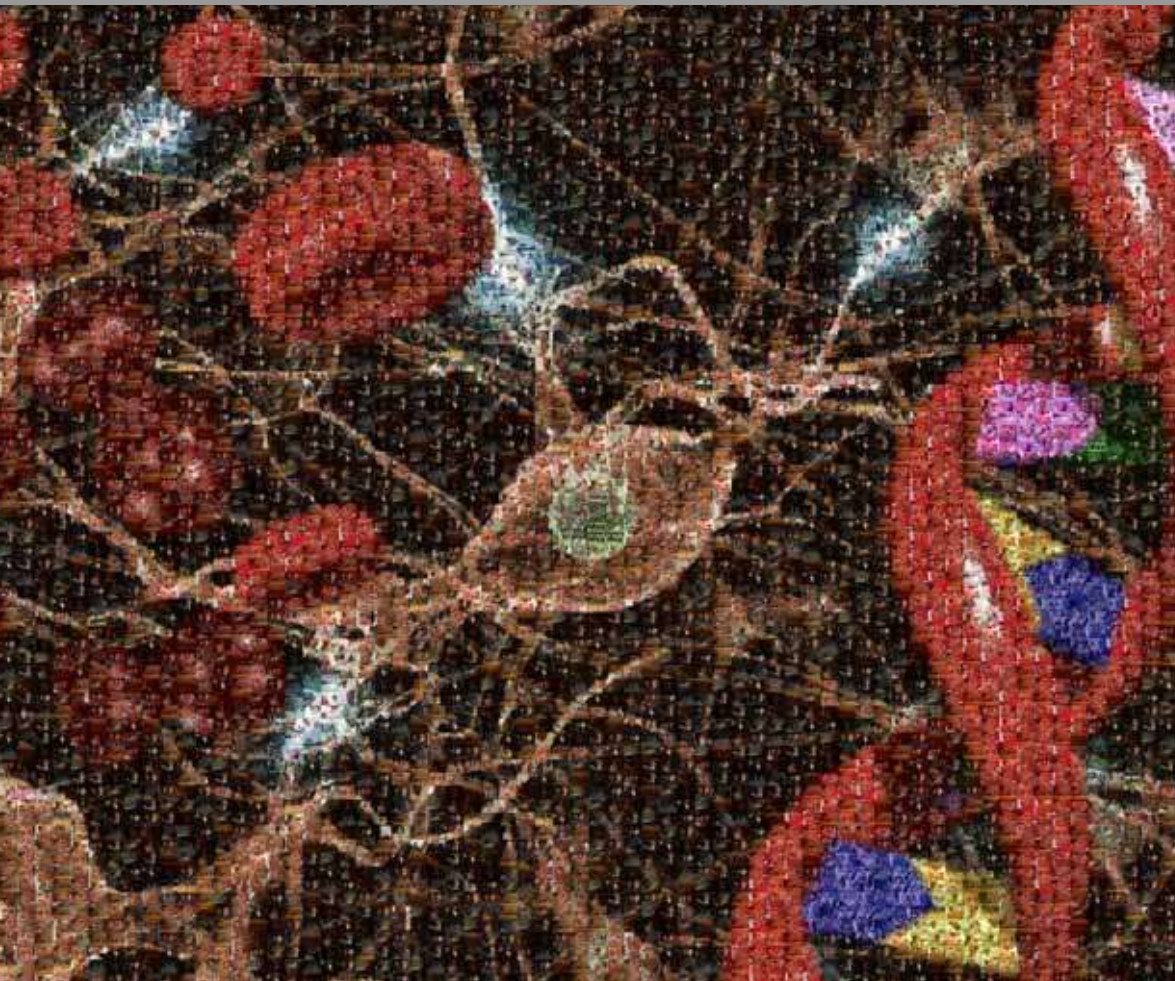




ENVEJECIMIENTO HUMANO UNA VISIÓN TRANSDISCIPLINARIA

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



**Instituto de
Geriátría**



Red Temática
Envejecimiento,
Salud y Desarrollo Social



Vivir Mejor

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Director General del Instituto de Geriátria

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. J. Héctor Gutiérrez Ávila

Director de Investigación

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Flor Ma. de Guadalupe Ávila Fematt

Directora de Enseñanza y Divulgación

Lic. Laura Martínez Ampudia

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Fajardo Dolci

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Romeo S. Rodríguez Suárez

Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Lic. Fernando Álvarez del Río

Titular de Análisis Económico

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo

Director General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Carlos Olmos Tomasini

Director General de Comunicación Social

**CONSIDERACIONES
SOBRE EL
ENVEJECIMIENTO,
GÉNERO Y SALUD**

**LAURA DEL PILAR TORRES ARREOLA
JUAN PABLO VILLAGRÁN**

INTRODUCCIÓN

El enfoque de género es una tendencia a la construcción de valores que se agrega a los patrones culturales de la sociedad. A lo anterior, el envejecimiento imprime nuevos retos de identidad y de lucha de clases sociales por alcanzar el bienestar y la salud.

En América Latina, la característica demográfica que pone de manifiesto la historia de los patrones de vida y muerte de los grupos sociales es el envejecimiento de la población. Este hecho trae consigo una serie de necesidades que habrán de ser atendidas en la actualidad para corregir problemas del pasado y para prevenir otros daños en el futuro, con la integración impostergable del potencial institucional de salud.

En México, los efectos del desarrollo social y las transiciones epidemiológica y demográfica han contribuido al incremento acelerado de la esperanza de vida, la cual ha pasado de 44 en 1950 a 75 años en 2000 y la cual será de 84 para 2050, cuando uno de cada 4 mexicanos será mayor de 60 años. Dado que la tendencia a la polaridad en el envejecimiento se acompaña de fuertes desigualdades sociales por clase, etnia y género, consolidar la equidad implicará un desafío.

El vínculo entre envejecimiento y relaciones de género tiene una base demográfica desde que las mujeres son mayoría entre los viejos. En la región, los índices de feminidad son de 111% para el grupo de 60 a 64 años y de 145% para el de 80 y más; en general, en países como México el índice de feminidad en la población mayor de 60 años es de 97%, lo que significa que 54% de la población mayor de 60 años lo constituyen mujeres.

La vejez trae consigo cambios que, ante la ausencia de una adecuada respuesta social organizada, se transforman en problemas y se potencializan, acentuándose por las diferencias entre hombres y mujeres. De ahí que sea necesario analizar el proceso de envejecimiento a través de la perspectiva de género.

El análisis con enfoque de género es una categoría analítica que permite comprender las formas en la que se establecen las relaciones de hombres y mujeres a lo largo del ciclo vital.

La Organización Mundial de la Salud define género como "la construcción social basada en la diferenciación biológica

de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad".

Analizar la salud de la mujer adulta mayor bajo este enfoque nos permite delimitar la interrelación entre lo biológico, psicológico y social, y observar las diferencias respecto a gozar de salud, así como las estrategias para afrontar la enfermedad y la muerte. De este modo puede explicarse cómo difieren los perfiles de salud de los hombres y las mujeres en términos de su autonomía e independencia.

En los estudios sobre envejecimiento se enfatiza el riesgo y el daño, sin embargo, es necesario adoptar el enfoque de género desde una perspectiva de resiliencia de los adultos mayores en la que se hable de la capacidad residual y se destaque el riesgo y desafío con el que las mujeres y los hombres viejos enfrentan nuevos retos para sobrevivir.

ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO EN LOS HOGARES

El envejecimiento no es un fenómeno con características universales; los estudios sociales han mostrado que hay una gran heterogeneidad en la forma de envejecer, la cual puede estar determinada por la cultura, los valores, representaciones y el significado que los diferentes grupos sociales le imprimen a la vejez. Esta heterogeneidad se ve reflejada en múltiples necesidades sociales y de salud que actualmente la población adulta mayor tiene que afrontar, en forma competitiva, frente a una sociedad que idolatra a la juventud y al consumo.

Estas necesidades están determinadas por el contexto social en el que las personas interactúan en función de su respectivo género, los espacios exclusivos de cada uno de ellos, así como los espacios conjuntos en donde se establecen las interrelaciones de acuerdo con la manera en que se han definido los roles y la forma de intercambio entre los sexos (Gómez, 2000).

Se ha observado que existen disparidades o inequidades en cuanto al bienestar físico, psicológico y posición social de los grupos, las cuales son efecto de diferencias entre hombres y mujeres, además de otras como el nivel socioeconómico y la edad.

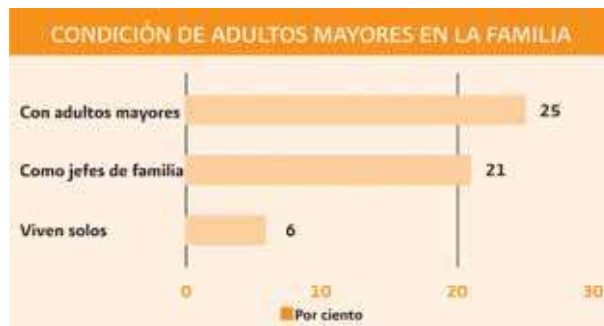
En muchos países, las jóvenes y las mujeres adultas tienen una condición social de inferioridad, menor acceso a la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, educación, servicios de salud, así como una menor posibilidad de acceder a un trabajo gratificante en términos de su desarrollo personal y de un ingreso que les permita vivir dignamente.

El rol tradicional de cuidadora que se le ha asignado a la mujer en nuestra sociedad es otro elemento que incrementa su pobreza y mala salud durante la edad adulta. Tradicionalmente, la familia mexicana ha funcionado alrededor de la figura femenina como el eje central de la organización familiar. No obstante, a lo largo de su ciclo vital, la mujer tiene que ejercer diferentes roles que la vulneran y exponen a riesgos que afectan su estado de salud y calidad de vida; la servidumbre se encuentra eufemizada como abnegación y la esclavitud del trabajo doméstico como una dudosa imagen de respeto a la figura materna.

En algunos estudios se ha demostrado que durante la segunda mitad de la vida se produce un entrecruzamiento de roles, en el que la diferencia de las funciones entre los sexos se va perdiendo y el hombre y la mujer logran en esta etapa más independencia y asertividad en comparación con el resto de sus redes familiares y sociales; esto varía de acuerdo con la escolaridad y la clase social a la que pertenecen; en ocasiones, cuando alguno de los miembros de edad avanzada pierde autonomía por razones de salud o actitud, los cuidados recaen en alguno de los miembros de la familia con mayor énfasis en la pareja y con mayor frecuencia aún en la mujer adulta (Freixas, 1997).

LA CONDICIÓN SOCIAL Y FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR

En México, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, la proporción de adultos mayores que viven solos es baja. La acentuada tradición de apoyo intergeneracional y las familias colectivas es una de las explicaciones. Un mayor de 60 años vive o es jefe de familia en 24.6 y en 20.5%, respectivamente (gráfica 1) (Novelo, 2003; CEPAL, 2007).



Gráfica 1. Condiciones de adultos mayores en la familia.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en INEGI, 2005.

Las familias en donde vive un adulto mayor son diferentes dependiendo del estado conyugal de hombres y mujeres. Los hombres unidos constituyen alrededor de 80%, las mujeres 46%; 40% de las mujeres son viudas, en relación con 15% de los hombres.

El gran número de adultos que viven en coresidencia ha hecho posible la provisión de ayuda familiar a los adultos mayores, pero la mayor carga de apoyo físico y social recae en las hijas y en los cónyuges, lo que reproduce la desigualdad de género al interior de los hogares.

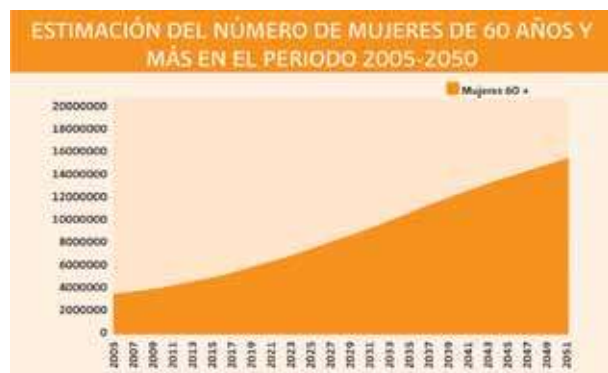
TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ATENCIÓN A LA SALUD

Los cambios demográficos y el desarrollo se acompañan de cambios en el perfil de salud de la población, resultando en una polarización por el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y la persistencia de enfermedades infecciosas, sobre todo en los más pobres, que representan más de 60% de los mayores de 65 años.

El envejecimiento de la población implica mayor demanda de servicios de salud, porque los adultos mayores tienen tasas más altas de morbilidad y mayores necesidades de atención médica. Las necesidades de salud y de atención de las mujeres durante la vejez reflejan el proceso normal de envejecimiento, además de las experiencias de vida asociadas a los roles y responsabilidades que han asumido (Pulliam et al., 1996).

Se estima que en 2020 habrá más personas mayores de 65 años que niños y en 2050 los mayores de 85 años duplicarán el número actual (Whindam, 2000).

Este escenario indica que alrededor de 60% de la población serán mujeres, provocando el fenómeno conocido como la feminización del envejecimiento, el cual tendrá importantes repercusiones sociales, políticas y económicas. En el terreno de la salud pública, este fenómeno demográfico se verá reflejado en un número creciente de mujeres en transición hacia la menopausia y otra proporción de mujeres posmenopáusicas con necesidades de salud muy diferentes a las que se presentan durante su vida reproductiva. En el caso de México, el Consejo Nacional de Población estima que en 2010 habrá más de 10 millones de mujeres mayores de 40 años y que para 2050 las mujeres adultas mayores conformarán un segmento distintivo en la sociedad (CONAPO, 1998) (gráfica 2).



Gráfica 2. Estimación del número de mujeres de 60 años y más en el periodo 2005-2050. Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en INEGI, 2005.

Los cambios biológicos ocurridos durante el ciclo reproductivo de las mujeres y el paso transicional hacia la etapa posreproductiva definida en el momento del cese de la menstruación, condiciona a la mujer a un riesgo adicional de presentar enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Cerca de 80% de las mujeres mayores de 60 años tienen al menos una enfermedad crónica (Amin, 2003).

La mujer de mediana edad no sólo enfrenta los cambios físicos, emocionales y socioculturales propios de esta etapa en su ciclo vital, sino que entra a un periodo caracterizado por procesos que la expondrán a un espectro diferente de riesgos y problemas de salud como síntomas vasomotores (Stearns et al., 2002), disminución del interés sexual (Dennerstein et al., 2003; Arilha et al., 2003), y osteoporosis (Pouilles et al., 1996), debidos a la disminución progresiva de hormonas por los ovarios, así como a enfermedades cardiovasculares, endócrinas y cánceres, entre otras, que

aumentan en función de la edad (WHO, 1996; Saltiki et al., 2006; Jedrzejuk y Milewicz, 2005). Las mujeres deberán aprender a vivir más años bajo condiciones poco conocidas generacionalmente en cuanto a esa nueva experiencia biológica se refiere y menos reconocidas por los servicios en términos de sus necesidades de salud. Si bien la condición de menopausia se asocia a mayores riesgos para ciertas enfermedades y síntomas, la coincidencia con el deterioro natural de las capacidades físicas y mentales pareciera predisponer a una mayor demanda de servicios. Esto significa que la mujer, como utilizadora de servicios de salud, transita de la demanda de servicios relacionada con los problemas reproductivos hacia una demanda más regular por problemas de naturaleza crónica y degenerativa. Esto se ve reflejado en las principales causas de muerte, entre las cuales destacan la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, con una proporción de alrededor de 30% en ambos sexos. Los tumores malignos son otra causa importante de muerte. En los hombres, los que causan más mortalidad son los de tráquea y bronquios, seguidos por los tumores de próstata. En las mujeres el cáncer del cuello del útero y el cáncer de mama son los más frecuentes (cuadro 1).

CAUSAS	MUJERES		HOMBRES	
	Defunciones	%	Defunciones	%
Diabetes mellitus	36,280	16.3	30,879	11.3
Enfermedad isquémica del corazón	23,570	10.6	29,843	10.9
Enfermedad cerebrovascular	14,500	6.5	17,896	4.7
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	6,720	3.0	20,864	7.6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,087	4.1	11,183	4.1
Cardiopatía hipertensiva	7,552	3.4		
Infecciones respiratorias agudas Bajas	7,076	3.2	7,912	2.9
Agresiones (homicidios)			8,610	3.2
Accidentes de vehículo de motor	2,365	1.1	8,450	3.1
Cáncer cérvico-uterino	4,273	1.9		
Cáncer de mama	4,234	1.9		
Cáncer de próstata			4,817	1.8

Cuadro 1. Principales causas de muerte en mayores de 65 años. México 2005. Fuente: Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud, 2007-2012.

En lo referente a género y envejecimiento, la masculinidad también suscita comentarios. Desde el nacimiento, el deterioro a la salud en el varón se traduce a 1.5 veces más riesgo de morir que las mujeres (Santos et al., 2003). En la etapa preescolar, los efectos de la desnutrición son mayores en el niño. Los accidentes de tránsito, en el hogar y ahogamientos por inmersión y la violencia física son causas que aparecen hasta 5 veces más en el hombre que en la mujer. En la adolescencia, las lesiones y secuelas de fracturas y accidentes, la muerte por accidentes de tránsito –como conductor o peatón– se incrementan generando riesgos que disminuyen la sobrevivencia y los años saludables.

El suicidio es el segundo componente de la violencia entre adolescentes y es 6 veces mayor en varones. El alcoholismo, las adicciones como sustrato de accidentes y homicidios, desde los 15 hasta los 65 años, son elementos presentes en otros fenómenos sociales como el vandalismo y la cárcel, así como el abandono escolar. En situaciones de pobreza, la mujer se inserta con mayor frecuencia en labores domésticas. El hombre desde los 12 años forma parte de grupos con bajos salarios, en empleos precarios y en 30% ambulatorios, sin programas de prevención de accidentes. La migración es tres veces mayor en hombres que en mujeres. Una gran cantidad de personas que salen de sus lugares de origen a trabajar regresan con lesiones permanentes y con adicciones. Todo lo anterior es parte de los riesgos actuales, sin embargo, éstos se acentuaban antes de 1955; el perfil del varón viejo actual es efecto de su construcción de género con ideas de protector, fuerte y "macho", que lo sitúan en condiciones de alta vulnerabilidad a su salud, de tal manera que el resumen es la esperanza de vida reducida y una peor calidad de la supervivencia y déficit de autonomía.

En la época actual se deberá evaluar una situación en la que muchas de estas condiciones son compartidas por las mujeres, que se insertan al mercado de trabajo en las mismas circunstancias y que en creciente proporción encabezan hogares monoparentales; los riesgos de pobreza se acentúan por la falta de empleo, por lo que tendremos que afinar la predicción de una sociedad con más viejos, ante nuevas circunstancias del desarrollo social y económico, reflejadas en el estado de salud.

MERCADO LABORAL Y LAS PENSIONES EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Uno de los desafíos del proceso de envejecimiento de la población que hemos de enfrentar como país es la sostenibilidad económica de los adultos mayores para el goce de una vida digna. Este aspecto está teniendo ya un impacto en los esquemas de pensiones que cada día son más precarios para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de esta población. Con las condiciones actuales de trabajo, en las que 8 de cada 10 empleos generados de 2000 a 2008 son terciarizados por empresas de colocación; sólo 30% cuentan con seguridad social y por cada varón adulto que pierde el trabajo, lo hacen 1.5 mujeres y 2 adolescentes (INEGI, 2009).

Es necesario hacer estudios para establecer la precariedad del trabajo entre los adultos mayores. Una gran proporción de ellos tendrá que permanecer en el mercado laboral, lo que afectará la oferta de empleo, colocándolos en un trabajo con baja remuneración. Solamente 21.6 % de las personas de 60 años durante el periodo 2000-2007 recibieron una pensión, más de 80% con montos menores a 3000 pesos. Ante la insuficiente cobertura de pensiones y la necesidad de tener una fuente de ingresos para cubrir sus gastos, los adultos mayores tienen que mantenerse económicamente activos por lo que encontramos tasas altas de participación de esta población.

Durante el año 2000 se estimó una tasa de participación económica de adultos mayores de 29%, entre la población total; y una proporción mayor entre los hombres en comparación con las mujeres.

Una gran proporción de los adultos mayores que trabajan lo hacen por cuenta propia (gráfica 3).



Gráfica 3. Fuente: <http://www.conapo.gob.mx/index.php> Consultado el 28 de febrero de 2010.

Estas diferencias en relación a las oportunidades de educación y trabajo afectan las oportunidades de la mujer adulta mayor de acceder a los recursos materiales necesarios para satisfacer las necesidades sociales y de salud en esta etapa del ciclo de vida, situación que las vulnera para afrontar los cambios biológicos y sociales propios del envejecimiento.

Las mujeres mayores viven actualmente en una situación de desventaja social, pues son pobres y con baja o nula escolaridad. Por tanto, los programas deberán considerar estas circunstancias al diseñar estrategias destinadas a todas las mujeres que les den elementos para una mejor

comprensión de la importancia de prever la vejez y de contar con un recurso seguro en su jubilación que les permita garantizar el acceso a la salud y a otros satisfactores en la última etapa de su vida.

REFLEXIONES FINALES

No obstante haber avanzado en el reconocimiento de la necesidad de contar con una política de Estado para la atención de los adultos mayores, existen todavía grandes rezagos en protección financiera, social y salud a esta población.

La asignación de recursos para este grupo poblacional, tanto a nivel familiar y comunitario como en el ámbito nacional, no es un asunto de alta prioridad en este momento y mucho menos lo es cuando hablamos de las mujeres adultas mayores, las cuales se enfrentan a una doble estigmatización: ser mujeres y ser adultas mayores.

Es importante contar con recursos apropiados para la comprensión de las múltiples necesidades de una población que envejece, así como conocer e identificar que existen desigualdades de género que requieren respuestas diferentes, dependiendo del núcleo social al que pertenecen, de la edad, la etnia y el nivel de escolaridad. Por tanto, el modelo médico no es suficiente para atender y explicar lo que pasa durante esta etapa del ciclo de vida. Los programas de salud pública deben incorporar la participación comunitaria y las acciones coordinadas de los diferentes sectores y de las distintas disciplinas para promover la salud y el bienestar de los adultos mayores con un enfoque de género y de derechos.

REFERENCIAS

- Amin, S.H., Kuhle, C.L., Fitzpatrick, L.A., 2003. Comprehensive evaluation of the older woman. *Mayo Clinic Procedures*, 78, pp. 1157-1185.
- Ariha, M., Hakkert, R., Andino, N., Díaz Tender, A., Lonard, D., 2003. Salud sexual y reproductiva de la mujer adulta mayor: un campo por explorar y evidenciar. Versión final. Equipo de Apoyo Técnico para Latinoamérica y el Caribe.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2007. La dinámica demográfica de América Latina. *Demographic Observatory*, 3.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) y Progres (Programa de Educación, Salud y Alimentación), 1998. Índices de marginación 1995. México: CONAPO/Progres.
- Dennerstein, L., Alexander, J.L., Kotz, K., 2003. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annual Review of Sex Research*, 14, pp. 64-82.
- Freixas, Anna, 1997. Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología*, 73, pp. 31-42.
- Gomez, Elsa, 2000. Equidad, género y salud: mitos y realidades. *Revista Mujer Salud*, 3. Chile: RSMLAC <http://www.redsalud.web.cl/public.html#uno>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), 2009. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Consultada en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/microdatos/enoe/default.aspx?s=est&c=14439>
- INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005.
- Jedrzejuk, D. y Milewicz, A., 2005. Consequences of menopause in women with diabetes mellitus- a clinical problem. *Gynecological Endocrinology*, 21 (5), pp. 280-286.
- Novelo, L.H., 2003. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 5.
- Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/topics/gender/en/index.html>.
- Pouilles, J.M., Tremolieres, F., Ribot, C., 1996. Variability of vertebral and femoral postmenopausal bone loss: a longitudinal study. *Osteoporosis International*, 6, pp. 320-324.
- Pulliam, L.W., Plowfield, L.A. y Fuess, S., 1996. Developmental care: the key to the emergence of the vital older woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 25, pp. 623-628.
- Saltiki, K., Doukas, C., Kanakakis, J., Anastasiou, E., Mantzou, E., Alevizaki, M., 2006. Severity of cardiovascular disease in women: Relation with exposure to endogenous estrogen. *Maturitas*, 55 (1), pp. 51-57.
- Santos, J.I., Villa Barragán, J.P., et al., 2003. La transición epidemiológica de los adolescentes. *Salud Pública de México*, 45 (sup. 1), pp. S140-S152.
- Stearns, V., Ullmer, L., Lopez, J.F., Smith, Y., Isaacs, C., Hayes, D.F., 2002. Hot flushes. *Lancet*, 360, pp. 1851-1861.
- Whindam, D., 2000. The millennial challenge: elder abuse. *Journal of Emergency Nursing*, 26, pp. 444-447.
- WHO (World Health Organization), 1996. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series, 866. Ginebra: WHO.