

MUJERES, ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Conservar la salud a lo largo de la vida

**Primera edición preparada por
RUTH BONITA**

**para la
COMISIÓN MUNDIAL SOBRE
LA SALUD DE LA MUJER**

**bajo la dirección del
PROGRAMA SOBRE ENVEJECIMIENTO Y SALUD**

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA
1998**

Este informe fue escrito originalmente por la Dra. Ruth Bonita
bajo la dirección general de

Dr. A. El Bindari Hammad, Secretario de la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer,
Dr. I. Kickbusch, Director, División para la mejora de la salud, educación y comunicaciones.

La primera edición (1996) se escribió bajo la dirección de
Dr. A. Kalache, Director, Programa sobre Envejecimiento y Salud, y la Sra. P. Giles, Presidenta,
Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer.

La segunda edición (1998) fue escrita por el Programa sobre Envejecimiento y Salud.

Contribuyó de manera significativa en la preparación de este escrito la Dra. Anna Howe, Profesora
adjunta, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad La Trobe, Melbourne, y antes Directora,
Oficina de los Mayores, Commonwealth de Australia.

Asimismo se agradece la contribución de Sandra Coney, Directora, Women's Health Action Inc.,
Nueva Zelanda.

El material procede de fuentes muy diversas incluidos organismos internacionales, organizaciones
no gubernamentales, agrupaciones de mujeres, y muchas personas, incluidas, en particular:

R. Anker, N. Apt van Ham, M. Bianco, D. Blake, S. Carey, E. Dowd, I. Hoskins, S. Kalibala,
P. Kaufert, S. Kraus, M. Lobo, A. López, G. Myers, C. Oppong, Z. Pritchard,
G. Schneider, M. Shields, J. Sims, B. Thylefors, J. Tulloch.

Asimismo se agradece a las siguientes personas su crítica útil y penetrante de las primeras versiones
R. Beaglehole, E. Eckerman, M. Farrell, S.S. Fluss, R. Galbally, C. García-Moreno, H. Hermanova,
M. Hirschfeld, M. Jefferys, N. Jha, M.A. Khalil, S.R. Leeder, N. Milio, E. Moss, C. Mulholland,
E. Pupulin, D.E. Richmond, A.A. Saleh, K. Sen, S. St John, C. Vlassoff.

Diseño de la portada: Patrick h. Carpentier

Fotos cortesía de

P.H. Carpentier, P. Kalache, H. King, A. Stuckelberger

©World Health Organization 1998

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
pero todos los derechos están reservados por la Organización. El documento puede ser libremente
revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad (con el agradecimiento
debido); sin embargo, no puede venderse ni usarse con fines comerciales.

Las opiniones expresadas en documentos por autores concretos son responsabilidad única de dichos
autores.

*Traducción: Guiomar Manso de Zúñiga Spottorno, septiembre de 2002. Se ha evitado en lo posible
la acepción "tercera edad", prefiriendo la utilización de la de mujeres mayores o mujeres de edad.*

“La salud es un derecho humano fundamental.

*Nuestro objetivo no debería ser únicamente
prolongar vidas en el sentido físico,
sino conseguir que los años adicionales merezcan ser vividos
con minusvalías y discapacidades cada vez menores, y
con un mayor grado de protección de la salud.”*

Hiroshi Nakajima, Dr.M, Dr.F.
Director general
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN:	
ESTABLECIMIENTO DE LOS ASUNTOS A TRATAR	5
1.1. Construir sobre iniciativas anteriores	5
1.2. Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer	6
1.3. El Programa sobre Envejecimiento y Salud, de la OMS	7
1.4. Definición de salud y de envejecimiento	8
1.5. Alcance y objetivos del informe	10
2. EL CURSO DE LA VIDA Y LAS TRANSICIONES DEMOGRÁFICAS	11
2.1. Envejecimiento de la población y transiciones de la vida	12
2.2. La transición de género	13
2.3. La diversidad en el envejecimiento mundial	16
2.4. Observación de las tendencias demográficas y los cambios del estado de salud y del bienestar	19
2.5. Vidas más largas - vidas más sanas	20
3. PRIORIDADES DE SALUD DE LA MUJER AL ENVEJECER	21
3.1. Definición de las prioridades de salud de la mujer al envejecer	21
3.2. Principales causas evitables de morbilidad y mortalidad	22
3.3. Estados de discapacidad crónica	31
3.4. Salud mental	36
3.5. Problemas distintos - soluciones comunes	38
4. DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA MUJER DE EDAD	41
4.1. Determinantes económicos	42
4.2. Determinantes sociales	46
4.3. Determinantes políticos	52
4.4. Determinantes culturales	54
4.5. Mejores vidas - mejor salud	56
5. UN MARCO Y ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN	58
5.1. Un marco para la acción	58
5.2. Estrategias para la acción	60
5.3. Marco mundial - acción local	64
6. REFERENCIAS	65

1. INTRODUCCIÓN: ESTABLECIMIENTO DE LOS ASUNTOS A TRATAR

1.1. Construir sobre iniciativas anteriores

Aunque la posición social y el estado de salud de las mujeres han mejorado en muchos aspectos desde que Naciones Unidas diera por iniciada la Década de la Mujer en la Primera Conferencia Internacional sobre la Mujer en Méjico en 1975, el informe de la Conferencia hacía únicamente una breve mención de las mujeres mayores. Desde entonces, los temas que conciernen a la mujer ocupan un lugar importante entre los asuntos a tratar en la comunidad internacional y las necesidades especiales de la población de edad se han tratado en varias reuniones internacionales de gran importancia, pero ninguna de ellas ha proporcionado una base adecuada o un marco conceptual para estudiar asuntos relativos a la mujer que envejece desde una perspectiva que abarque toda su vida. En el Cuadro 1 se expone la relación cronológica de estos eventos clave.

CUADRO 1: Eventos clave, 1975 - 1999

1975	Comienzo de la Década de la Mujer establecida por la ONU, Méjico
1982	Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, Viena
1983	Programa Mundial de Acción sobre Personas Discapacitadas
1985	Se adoptan las Estrategias con Miras al Futuro, Nairobi
1986	Comisión de la ONU sobre el Estado de la Mujer
1991	Principios de la ONU para Personas Mayores
1993	Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, Asamblea de Viena
1994	Conferencia Internacional de la ONU sobre Población y Desarrollo, El Cairo
1995	Conferencia de la ONU sobre Desarrollo Social, Copenhague
1995	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Pekín
1997	Cuarta Conferencia Internacional para Fomentar la Mejora de la Salud, Delhi
1999	Año Internacional de las Personas Mayores, establecido por la ONU

Los primeros planes y acuerdos proporcionaron unas guías generales para los programas y la planificación a largo plazo, pero éstas no fueron aplicadas ampliamente a nivel nacional. El Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento aprobado en la Asamblea de Viena identificó áreas particulares de interés para la mujer al envejecer y proporcionó un punto de partida para enfocar el tema de una manera sistemática mediante el reconocimiento de las múltiples dimensiones del envejecimiento¹. En las Estrategias con Miras al Futuro adoptadas en 1985 al finalizar la Década de la Mujer de la ONU, se mencionaba el envejecimiento como proceso por primera vez en una declaración internacional sobre la mujer; pero, sin embargo, se dedicaba un único párrafo a las mujeres de edad avanzada.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que tuvo lugar en Pekín en septiembre de 1995, constituyó una importante oportunidad para dar a conocer la situación de la mujer al envejecer y su estado de salud. Proporcionó a la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer la oportunidad de defender los intereses de la mujer que envejece. De cara al futuro, hay dos eventos que ofrecerán otras oportunidades similares. Primero, en la Cuarta Conferencia Internacional sobre el Fomento de la Mejora de la Salud que tendrá lugar en Nueva Delhi en 1997, tanto el envejecimiento como la salud de la mujer serán dos de los principales temas a discutir. Y en segundo lugar, el Año Internacional de las Personas Mayores, impulsado por la ONU y que será en 1999, constituirá otra importante oportunidad para observar los progresos que se están realizando y para asegurarse de que la salud de la mujer que envejece recibe una atención continuada.

1.2. La Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer

La Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer se creó para impulsar la adopción y ejecución de acciones efectivas con relación a la mujer, para asegurar la firme consolidación del tema de la salud de la mujer en las agendas nacionales e internacionales, y para defender a nivel internacional los intereses de la mujer en materia de salud.

En el Documento inicial sobre los temas a tratar, “*Women’s Health: Towards a Better World*” (Salud de la mujer: hacia un mundo mejor), el cual se presentó en la primera reunión de la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer que tuvo lugar en abril de 1994, se trataron varios temas relativos a la salud de la mujer. El documento decía:

A medida que aumenta la esperanza de vida en la mayoría de los países, se estima que el número de mujeres mayores de 65 años aumentará de 330 millones en 1990 a 600 millones en 2015. Muchas de estas mujeres mayores habrán sufrido una mala alimentación, una mala salud reproductiva, unas condiciones de trabajo peligrosas, violencia y enfermedades relacionadas con su estilo de vida, todo lo cual agrava los fenómenos postmenopáusicos que suponen aumento de las probabilidades de sufrir cáncer de mama y de cuello de útero así como osteoporosis. La pobreza, la soledad y la enajenación son estados corrientes. Existen pocos datos sobre las condiciones de salud de la población femenina de edad excepto en el caso de los países industrializados, desde los que se extrapolan los datos².

En discusiones subsiguientes, la Comisión Mundial determinó que debía prepararse un escrito con la información previa disponible sobre envejecimiento y salud, y que abarcara los siguientes puntos:

- € principales temas de salud respecto de la mujer postmenopáusica y la mujer al envejecer;
- € determinantes sociales, culturales, políticos y económicos de la salud de la mujer postmenopáusica y de la mujer que envejece;

- € necesidades específicas de asistencia sanitaria de la mujer al envejecer; y
- € futuros planes de acción.

Este informe es sólo uno de varios documentos que están siendo preparados para los miembros de la Comisión y, como tal, no es un documento autónomo. Todos estos documentos de discusión adoptan el concepto de la salud de la mujer a lo largo de toda su vida y tratan seis temas clave que se definieron en la primera reunión de la Comisión como los temas que tienen mayores consecuencias sobre la salud de la mujer. Estos temas son:

- € la alimentación;
- € la salud reproductiva;
- € las consecuencias de la violencia sobre la salud;
- € las afecciones relacionadas con el estilo de vida; y
- € el entorno en el que se trabaja.

1.3. El Programa sobre Envejecimiento y Salud, de la OMS

La preparación de este informe coincidió con la reactivación del Programa de la OMS sobre Envejecimiento y Salud, que suponía la continuación del anterior Programa sobre la Salud de las Personas Mayores cuyas actuaciones se resumen en el Cuadro 2.

CUADRO 2: Historia del Programa sobre Envejecimiento y Salud de la OMS

1974	Publicación del Informe sobre la Salud de las Personas Mayores, aportado por el Comité de expertos
1979	La Asamblea Mundial sobre la Salud adopta la Resolución sobre asistencia sanitaria de las personas mayores, que llevó a la creación del Programa Mundial para la Salud de las Personas Mayores (<i>HEE o Global Programme for Health of the Elderly</i>)
1982	Incorporación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento en las actividades del <i>HEE</i>
1987	Se crea una Agenda de investigación bajo el <i>HEE</i> para investigar los determinantes del envejecimiento saludable, la osteoporosis, las demencias relacionadas con la edad, y los cambios de la función inmunitaria relacionados con la edad
1989	Reunión del Comité de expertos de la OMS
1992-94	Las Divisiones de la OMS, Ginebra y la Oficina regional colaboran en el <i>HEE</i> ; reuniones inter-regionales en Alejandría y Nueva Delhi
1995	Reorientación del programa y adopción del nuevo título “Envejecimiento y Salud”

Trabajos anteriores sobre envejecimiento en la OMS han proporcionado varias fuentes de información claves para el presente informe. Éstas incluyen: el informe de 1984 sobre los usos de la epidemiología en el estudio de las personas mayores (*The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly*³); el informe del Comité de expertos, de 1989, sobre la salud de las personas mayores (*Health of the Elderly*); *Improving the Health of Older People: A World View* (Mejorando la salud de las personas mayores: perspectiva mundial), publicado en 1990 (4); y *Family Support for the Elderly: The International Experience* (Apoyo familiar para las personas mayores: la experiencia internacional), publicado en 1992(5).

Un documento con información previa sobre Envejecimiento y Salud puesto en circulación en enero de 1995 detalla la reorientación del programa de la OMS. Significativamente, incluye la mención específica de la perspectiva de género y apunta que la investigación y los programas sobre envejecimiento que no reconozcan diferencias entre hombres y mujeres no serán efectivos. Se destacan los mayores porcentajes de morbilidad y discapacidad experimentados por las mujeres mayores, así como su papel primordial como cuidadoras. Los componentes clave del Programa sobre Envejecimiento y Salud proporcionan el marco adecuado para que se lleven a cabo las estrategias para mejorar la salud de la mujer al envejecer propuestas en este informe.

1.4. Definición de salud y envejecimiento

La definición de salud utilizada en este informe refleja la amplia definición que hace la OMS de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Si se quiere aplicar esta definición a la mujer que envejece, el primer requisito es el de reconocer que el envejecimiento es un proceso continuado. Puesto que la salud de una mujer en periodos anteriores de su vida supone la base de su salud en las últimas etapas de su vida, es esencial tratar la salud de la mujer al envejecer desde una perspectiva que tenga en cuenta todo el curso de su vida; la consecuencia estratégica de fomentar la mejora de la salud de la mujer que envejece es que se deben aplicar iniciativas de prevención tanto primaria como secundaria durante la última etapa de su vida.

Otro requisito es que las mujeres de todo el mundo cuenten con oportunidades de defender sus intereses en materia de salud y de participar en programas de desarrollo para estudiar los problemas que hayan identificado. Únicamente mediante este enfoque de la definición de salud se valorarán debidamente los distintos aspectos de ésta en relación con la importancia dada a cada uno por las mujeres al envejecer.

Existen grandes diferencias en el curso de la vida de las mujeres que envejecen en países con distintos niveles de desarrollo, y las transiciones a lo largo de la vida varían de manera correspondiente. En las sociedades en que la esperanza de vida es corta, “mayor” o “tercera edad” pueden aplicarse a una edad que otras sociedades definirían como “joven”. Algunas sociedades consideran la menopausia como el comienzo de la “vejez” para la mujer; en otras, la mujer alcanza la vejez con el nacimiento de su primer nieto. La jubilación laboral basada en la edad cronológica también se utiliza para indicar la entrada en la última etapa de la vida, aunque esta definición puede aplicarse sólo de forma limitada a las mujeres

mayores. Aunque la participación de la mujer que envejece en el mundo laboral es relativamente baja incluso en los países desarrollados, la mayoría de las mujeres continúan trabajando, sin cobrar, hasta que mueren.

Con el fin de definir el término “anciano” o “viejo” para la población en general, los demógrafos y otros expertos en la materia han hecho distinciones entre “madurez”, “mayor joven” y “mayor viejo”. Paradójicamente, la edad fijada para definir la tercera edad de una mujer ha venido siendo cinco años menor que en el caso de los hombres, sin tener en cuenta la mayor esperanza de vida de las mujeres. El uso de un punto arbitrario de corte en los 55 ó 60 años para identificar al segmento de mayor edad dentro de la población femenina, y en 60 ó 65 para los hombres, enmascara la tremenda diversidad inherente a las dos o tres décadas siguientes. Las definiciones cronológicas de este tipo tienen muy poco significado biológico, social o cultural.

Un hecho que tiene un significado único en la vida de una mujer en comparación con un hombre es la menopausia. La menopausia es un acontecimiento universal, o más correctamente un proceso universal, que tiene lugar alrededor de los 50 años tanto en países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. Mientras que el desarrollo provoca cambios importantes en los sucesos que ocurren a lo largo de la vida antes de la menopausia, en especial la reducción del período reproductivo y el gran alargamiento de las etapas de la vida posteriores a la menopausia, la edad misma en que se produce la menopausia permanece relativamente constante. Así pues, la edad de la menopausia proporciona un punto determinante útil para este estudio, aunque al mismo tiempo se admite que la menopausia tiene una amplia variedad de significados culturales y sociales.

En los países desarrollados la mayoría de las mujeres gozan de buena salud a esta edad. Sin embargo, es en estos países donde la menopausia en sí se trata cada vez más como una enfermedad, o “enfermedad” por deficiencia de estrógenos, para justificar las intervenciones médicas cada vez más frecuentes. En muchos países en vías de desarrollo, cuando la mujer llega a la menopausia, su salud puede estar ya arruinada, no a causa de su estado hormonal, sino a causa de las secuelas dejadas por problemas de salud durante los años de reproducción y las condiciones sociales y medioambientales en las que vive.

Este informe cubrirá el período de vida a partir de los 50 años, dividido en etapas denominadas “madurez”, “mayor joven” y “mayor viejo”. En los países en vías de desarrollo un último período de la vida prolongado está todavía limitado a una minoría de mujeres, pero se está convirtiendo en una experiencia cada vez más común. En el futuro más mujeres alcanzarán la tercera edad en estos países y esta etapa de su vida también será más duradera.

Para la mayoría de las mujeres en las zonas desarrolladas, la experiencia de envejecer dura muchas décadas. Con la esperanza de que el curso de la vida se prolongue durante un período cada vez mayor y desde que la tercera edad es una realidad para las mujeres de todo el mundo, la perspectiva de la vida ofrece el potencial para intentar fomentar la mejora de la salud antes y durante las últimas etapas de la vida.

1.5. Alcance y objetivos del informe

Hay una enorme diversidad entre las mujeres de edad. Algunas viven vidas muy dilatadas y otras las ven reducidas. Unas viven en la mayor miseria, otras con inmensa riqueza. Unas adquieren mayor importancia con la edad, otras tienen que soportar perder su posición social. Unas gozan de excelente salud incluso a una edad avanzada, y otras necesitan asistencia formal para sus cuidados diarios. Sea cual sea su situación, la mujer que envejece merece mucha mayor atención si su salud debe mejorar y si se quieren obtener mejoras permanentes en su calidad de vida.

Aunque los temas que tratan asuntos de los mayores se estudian ya con gran interés en muchos países desarrollados, debe darse más importancia a las diferencias entre cohortes en cuanto a los factores que afectan a la salud de la mujer al envejecer.

La salud de las mujeres que están envejeciendo ahora es distinta, en muchos aspectos, de la salud de las mujeres que ya han envejecido. El envejecimiento aún no se ha establecido como un tema a tratar en muchos países en vías de desarrollo, pero ya hoy en día dos tercios del incremento neto anual de mujeres mayores en el mundo ocurre en los países menos desarrollados.

Tres factores impulsan a un mayor reconocimiento de la salud de la mujer al envejecer como un asunto de interés primordial:

- € el número de mujeres que están envejeciendo está aumentando en todo el mundo;
- € la vida de la mujer más allá de los 50 años tiene ya una larga duración y ésta está aumentando aún más; y
- € hay un campo de acción muy grande para mejorar la salud de la mujer que envejece.

Es imperativo tomar acciones para mejorar la salud de la mujer al envejecer si estas mujeres quieren alcanzar una calidad de vida aceptable en el período de vida prolongada que van a vivir y si toda la sociedad quiere evitar las consecuencias que resultarían en caso contrario. Con la vista puesta en los futuros beneficios de invertir en salud, el campo de acción de este informe abarca tanto a la próxima generación de mujeres de edad (aquéllas que rondan ahora los 50 y 60 años) como a aquéllas que ya figuren en los grupos de edad más avanzada.

Este informe pretende proponer un sistema de acción para mejorar la salud de la mujer al envejecer dentro del contexto de “Salud para todos”, un objetivo que abarca las aspiraciones de la OMS para las personas mayores de todo el mundo. No es posible presentar un sistema global que estudie las necesidades sanitarias de todas las mujeres al envejecer, en todos los países. En lugar de eso y en reconocimiento de la diversidad de las

mujeres mayores y su salud, el sistema pretende establecer direcciones a seguir y dar ejemplos de acciones que pueden llevarse a cabo.

El informe comienza con una breve relación de las características particulares del envejecimiento desde el punto de vista demográfico que tengan importancia en la vida de la mujer al envejecer. A continuación se revisan los determinantes sociales, culturales y económicos de la salud de la mujer al envejecer. Después se centra la atención en los temas de salud prioritarios para la mujer que envejece y se proponen varias estrategias comunes para tratar varias de las principales afecciones evitables, las principales razones de discapacidad crónica y los problemas de salud mental. El sistema propuesto en la última sección reúne éstas y otras estrategias identificadas en cada sección del informe. De acuerdo con los componentes clave del Programa sobre Envejecimiento y Salud de la OMS, las estrategias de acción están agrupadas en cinco áreas: desarrollo de los planes de acción; apoyo activo; programas basados en la comunidad, incluida la ayuda a los cuidadores; y formación e investigación.

2 EL CURSO DE LA VIDA Y LAS TRANSICIONES DEMOGRÁFICAS

“Está evolucionando una sociedad, que, en su mayor parte, es del sexo femenino”.⁽⁶⁾

Las consecuencias, sobre la salud, del envejecimiento demográfico en términos de mayor esperanza de vida y el continuo cambio de las pautas de morbilidad son el resultado de los cambios en los determinantes fundamentales de la salud: el económico, el social y el cultural. El envejecimiento demográfico no sólo supone cambios importantes en la duración de las distintas etapas de la vida, sino también en el modo en que se viven estas etapas en el entorno social de cada uno. De entre todos estos cambios, el más evidente es la prolongación de la vida de la mujer después de los 50 años; es también el cambio que presenta mayores retos para lograr mejorar la calidad de vida de la mujer que envejece a lo largo de esos años.

Esta sección comienza con la descripción de las últimas etapas de la vida como se viven hoy en día en los países desarrollados y en aquéllos en vías de desarrollo; a continuación presenta un breve análisis de los procesos demográficos fundamentales en el envejecimiento de la población, centrado en las distintas formas de envejecimiento de la población femenina en zonas del mundo desarrolladas y en zonas en vías de desarrollo.

2.1. Envejecimiento de la población y transiciones de la vida

Como puede verse en la Tabla 2.1, la última etapa de la vida de una mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo presenta grandes diferencias si se comparan las esperanzas de vida en el momento de nacer. La esperanza de vida de la mujer al nacer oscila entre los poco más de 50 años en los países menos desarrollados hasta los 60 ó 70 en aquéllos que están experimentando un rápido desarrollo. En los países desarrollados, ya es normal que la esperanza de vida de la mujer al nacer sea de 80 años o más. Estas diferencias dan cuenta no sólo del alto índice de mortalidad infantil sino también del alto índice de mortalidad en el parto.

No obstante, la esperanza de vida al nacer puede inducir al error en cuanto a la duración de la última etapa de la vida en los países en vías de desarrollo. La esperanza de vida de las mujeres de países en vías de desarrollo que sobreviven a las primeras etapas de la vida y alcanzan la madurez se aproxima mucho a la esperanza de vida de las mujeres de los países desarrollados. La esperanza de vida a los 65 años muestra un parecido mucho mayor entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados (en torno a 15 y 19 años respectivamente). A los 65 años, las mujeres de países en vías de desarrollo tienen hoy en día aproximadamente tres cuartos de la esperanza de vida restante de las mujeres de la misma edad en países desarrollados, y la distancia que las separa se reducirá en el futuro a medida que desciende la mortalidad no sólo en los primeros años sino también en los últimos.

La probabilidad de alcanzar la tercera edad, más que la duración total de la vida en la tercera edad, es lo que presenta una diferencia más marcada entre países con distintos niveles de desarrollo. La menor proporción de población que alcanza la tercera edad lo convierte en una experiencia individual y social menor en países en vías de desarrollo que en países desarrollados. Al mismo tiempo, la duración ya considerable de esta etapa de la vida para aquéllos que sí la alcanzan explica porqué hay algunas personas muy mayores en países con una corta esperanza media de vida.

Las transiciones del curso de la vida que indican estos datos demográficos suponen una importante reestructuración de las relaciones familiares y de los papeles sociales que desempeñan las mujeres al envejecer. En los países desarrollados estos papeles están bien definidos pero están experimentando cambios. Esto ocurre de forma aún más marcada en los países en vías de desarrollo: los papeles tradicionales de las mujeres mayores están pasando a otras manos y ahora tendrán que establecerse nuevas normas. En el apartado 4 se recogen los factores económicos, sociales, culturales y políticos que afectarán a la salud de la mujer al envejecer a medida que se producen estas transformaciones sociales y que tendrán un gran impacto sobre la calidad de vida de la mujer a medida que envejece. Como estas consecuencias se harán sentir cada vez más en el futuro, se debe prestar especial atención a las siguientes cohortes de mujeres en proceso de envejecimiento, es decir, aquéllas que tienen ahora entre 50 y 60 años.

2.2. La transición de género

La teoría de transición demográfica se ha utilizado mucho para analizar el envejecimiento de la población. Dentro de esta teoría, surge la transición de género. Se pueden identificar tres fases de envejecimiento de la población sobre la base de patrones cambiantes de la supervivencia de la mujer con respecto al hombre, y el consecuente equilibrio de género de la población de mayor edad. Los datos de algunos países seleccionados expuestos en la Tabla 2.1 ilustran estas tres etapas.

En las *primeras etapas*, la esperanza de vida al nacer es igual de baja tanto para el hombre como para la mujer, como puede verse en los casos de Mozambique, Nigeria y la India. La esperanza de vida de la mujer sigue estando muy limitada por la alta tasa de mortalidad en el parto y es por tanto parecida a la de los hombres.

“La poca atención que se presta a la salud y alimentación de la mujer es tan grave en algunos países, especialmente en Asia, que incluso ... compensa la tendencia de las mujeres a vivir más años que los hombres.”⁽⁷⁾

En algunos países en vías de desarrollo, sobre todo en el sur de Asia, la esperanza de vida de la mujer al nacer es menor o simplemente igual que la del hombre, y ha aumentado sólo ligeramente más que la esperanza de vida del hombre a lo largo de los últimos 20 años. Asimismo, se estima que la muerte a temprana edad y el supuesto infanticidio de bebés del sexo femenino en estos países son la causa de la “desaparición”, de las estadísticas, de 100 millones de mujeres.⁽⁸⁾

La *segunda etapa* de la transición de género refleja dos tendencias de la mortalidad muy claras en los países más desarrollados y que están empezando a hacerse manifiestas en muchos países en vías de desarrollo. El principal factor a tener en cuenta es, de lejos, el descenso del índice de mortalidad durante o después del parto, lo que supone que una mayor proporción de mujeres alcanza la madurez. Este descenso se debe a la reducción del número de embarazos y a la mejoría del nivel de vida en general; el descenso del índice de natalidad que también tiene lugar en esta fase contribuye al envejecimiento de la población a medida que desciende el crecimiento de las cohortes más jóvenes. En segundo lugar, el descenso de mortalidad entre la población de mediana edad y de más edad supone que una mayor proporción de cohortes de mediana edad alcanza la tercera y cuarta edad. La esperanza de vida tanto al nacer como a los 65 años aumenta, y esto, junto con los efectos combinados de la supervivencia cada vez mayor de la mujer hasta la mediana edad, seguido de la supervivencia cada vez mayor en la tercera edad, produce el cambio significativo en el equilibrio de género entre la población de edad más avanzada.

El contraste entre los países asiáticos y latinoamericanos que se están desarrollando con rapidez, y los países del este de Europa son un claro ejemplo de estas tendencias diferenciales. Los países del este de Europa son excepcionales en el hecho de que no ha aumentado la esperanza de vida a lo largo de los últimos 20 años; el descenso de la mortalidad infantil y por el parto que supuso el incremento de la esperanza de vida al nacer durante las dos primeras décadas tras la Segunda Guerra Mundial no han tenido

continuación con mejorías en la esperanza de vida en la tercera edad. Esta incapacidad para aumentar la esperanza de vida a partir de los 65 años es la causa de que la esperanza de vida en conjunto, en Europa del Este, siga estando por debajo de la de países con una economía de mercado sólida.

Las poblaciones que se encuentran en la segunda etapa de la transición de género se caracterizan por proporciones cada vez mayores de mujeres mayores. Una gran cantidad de estas mujeres viven solas; muchas son viudas mientras que otras puede que nunca se hayan casado. Este proceso, que se ha descrito como la “feminización del envejecimiento”, representa la situación actual en muchos países desarrollados y también en muchos países que se están industrializando con rapidez, como Tailandia y la República de Corea. En algunos países desarrollados, como por ejemplo Suecia, hay dos mujeres de edad por cada hombre; esta proporción aumenta considerablemente a medida que aumenta la edad. ⁽⁹⁾ El gran desequilibrio de géneros de los países del este de Europa, a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, disminuirá con el paso de esas cohortes. En los países en vías de desarrollo en los que la esperanza de vida de la mujer a los 65 años es ya mayor que la del hombre, la creciente proporción de mujeres que alcanzan dicha edad y luego viven más provocará que el envejecimiento esté al menos igual, si no más, feminizado que lo que lo ha estado en los países desarrollados.

El principal efecto social de la extensión de las últimas etapas de la vida de la mujer en esta etapa de la transición de géneros es un período de viudedad más largo. La viudedad acontece a una edad más avanzada en los países desarrollados (en torno a los 70 años) pero el mayor diferencial de esperanza de vida de la mujer en comparación con el hombre a la edad de 65 años en estos países significa que transcurre durante un período de tiempo más largo. En la medida en que las tendencias sobre la esperanza de vida a edades avanzadas en países en vías de desarrollo sigan la misma pauta de mayor mejora de la esperanza de vida de la mujer que en el caso del hombre, pueden esperarse parecidos períodos prolongados de viudedad. La posición social de inferioridad de la mujer durante las primeras etapas de la vida en muchas de estas sociedades empeorará aún más.

Una *tercera etapa* de la transición de géneros está surgiendo ahora en los países más industrializados. En esta etapa, la gran esperanza de vida de las mujeres supone que haya un campo limitado de mejoría en este aspecto; en cambio, la mejoría en la esperanza de vida del hombre de edad avanzada está empezando a reequilibrar las cifras de hombres y mujeres. Si esta tendencia se consolida, el equilibrio de géneros en la población mayor cambiará, aunque de forma muy lenta, hacia una mayor igualdad entre hombres y mujeres. De los que sigan casados al alcanzar una edad avanzada, cada vez más vivirán un período largo de la tercera edad con su pareja.

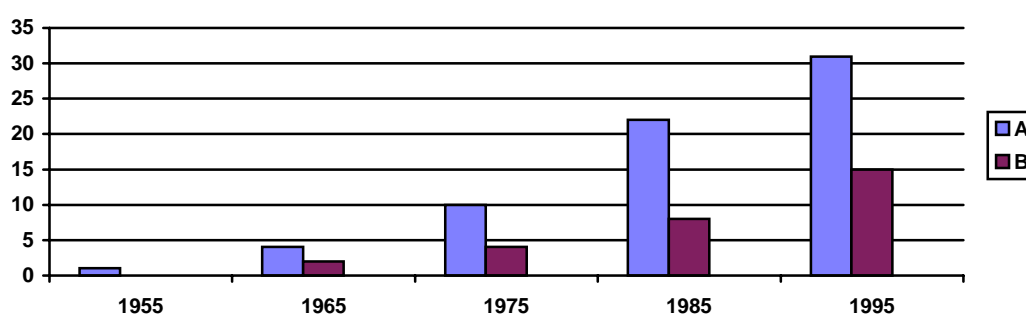
Tabla 2.1: Esperanza de vida de mujeres y hombres, 1991, y mejorías 1970-91^(9,10,11)

País	Esp. de vida al nacer, 1991		Mejoría de esp. de vida 1970-91		Esp. de vida a los 65, 1991	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
<i>África subsahariana</i>						
Mozambique	48	45	6	6	n.d.	n.d.
Nigeria	53	50	10	10	n.d.	n.d.
Sudáfrica	66	59	10	9	n.d.	n.d.
<i>India</i>	60	60	11	10	n.d.	n.d.
<i>China</i>	71	67	8	6	16	14
<i>Otros países de Asia e islas</i>						
Bangladesh	52	53	8	7	n.d.	n.d.
Filipinas	67	63	8	7	14	12
Malaisia	73	68	10	8	15	13
Corea	73	67	11	9	15	13
<i>Oriente Medio</i>						
Egipto	62	60	10	10	13	12
Turquía	70	64	11	9	n.d.	n.d.
Túnez	68	67	13	13	14	13
<i>América Latina</i>						
Brasil	69	63	8	6	n.d.	n.d.
Méjico	73	67	9	7	17	15
Argentina	75	68	5	4	17	14
<i>Antiguos países socialistas de Europa</i>						
Rumania	73	67	2	0	15	13
Polonia	75	67	1	0	16	12
Hungría	74	66	1	-1	16	12
<i>Economías de mercado sólidas</i>						
EEUU	79	72	4	5	19	15
España	80	74	5	4	18	15
Australia	80	73	5	5	19	15
Francia	81	73	5	5	20	15
Japón	82	76	7	7	20	16

n.d.: no disponible

El descenso del índice de mortalidad del hombre contribuye a estas tendencias; están apareciendo además nuevas tendencias negativas en los índices de mortalidad de la mujer de edad madura. Gran parte de la diferencia que separa la esperanza de vida de hombres y mujeres se debe a las diferencias en cuanto al consumo de alcohol y tabaco, así como a los accidentes, suicidios y enfermedades crónicas. Sin embargo, las consecuencias del aumento del consumo de tabaco entre las mujeres están reflejándose ahora más claramente. La mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo se ha estabilizado en el caso de los hombres mientras que está aumentando entre las mujeres a edades avanzadas. El ejemplo de Dinamarca, ilustrado en el Gráfico 2.1, muestra el aumento de la mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo entre las grandes cohortes de mujeres que empezaron a fumar en su juventud y que ahora están alcanzando la tercera edad.⁽¹⁰⁾ Fumar cigarrillos aún no se ha generalizado entre las mujeres de países en vías de desarrollo, y todavía hay tiempo para adoptar medidas de alcance mundial para proteger la salud de las mujeres mayores mediante el freno de la proliferación de estas sustancias tóxicas en estos países.

Gráfico 2.1.
Porcentaje de muertes totales relacionadas con el tabaquismo entre la población femenina, Dinamarca (1955 - 1995) (A: 35-69 años; B: +70 años)



2.3. La diversidad en el envejecimiento mundial

2.3.1. *Dónde están las mujeres que envejecen en el mundo*

La mayoría de las mujeres que están en proceso de envejecer en el mundo viven en zonas en vías de desarrollo. Ya hoy en día, más de la mitad de las mujeres del mundo mayores de 59 años viven en zonas en vías de desarrollo; 148 millones frente a los 121 millones de las zonas desarrolladas. Sólo a partir de los 70 años es mayor el número de mujeres de las zonas desarrolladas que el de mujeres de las zonas en vías de desarrollo, aunque incluso a esta edad, el margen es pequeño (60 millones frente a 58 millones).

El futuro crecimiento del número y proporción de mujeres de edad en los países en vías de desarrollo puede preverse por la distribución de las mujeres que tienen actualmente entre 45 y 59 años. Dos tercios de las mujeres de este grupo de edad (213 millones) viven en países en vías de desarrollo, y un tercio (98 millones) viven en países desarrollados. La distribución de las mujeres mayores del mundo en las ocho regiones del Banco Mundial ⁽¹¹⁾

se muestra en el Gráfico 2.2. El inminente y gran aumento de mujeres mayores en el mundo en vías de desarrollo contrasta con las estructuras de edad de las economías de mercado sólidas y de los antiguos países socialistas de Europa, en los que las cohortes de entre 45 y 59 años es menor que el de las que ahora más de 59 años.

2.3.2. Diferencias en la esperanza de vida

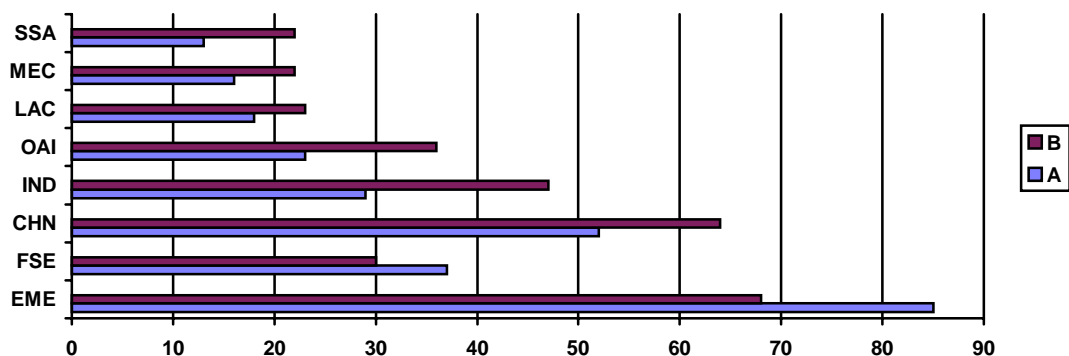
El envejecimiento de la población está acompañado por una mayor esperanza de vida al nacer y a edades más avanzadas para las mujeres que para los hombres, aunque la diferencia se está acortando en las edades más mayores. En los países desarrollados, las mujeres viven una media de seis años más que los hombres. (12)

Las diferencias entre la esperanza de vida de mujeres en países con distinto nivel de desarrollo han recibido menos atención.

Gráfico 2.2

Distribución geográfica de las mujeres que envejecen en todo el mundo

(A: + 60 años; B: 45-59 años)



Millones

EME: economías de mercado sólidas; CHN: China; FSE: antiguas economías socialistas; IND: India; OAI: otros países asiáticos e islas; LAC: América Latina y Caribe; MEC: Oriente Medio; SSA: África subsahariana

La esperanza de vida de las mujeres en los países desarrollados es 15 años mayor que la de las mujeres de países en vías de desarrollo y medianamente ricos y hasta 30 años mayor que la de las mujeres de los países más pobres. (7) La disparidad entre la esperanza de vida al nacer de las mujeres de países ricos o de países pobres ha mejorado sólo ligeramente en los últimos 20 años, y estas diferencias en la esperanza de vida de las mujeres representan grandes injusticias que deben ser estudiadas.

Aunque menos pronunciadas, las diferencias en la esperanza de vida a los 65 años entre países ricos y pobres son, con todo, manifiestas. El hecho de que la esperanza de vida en muchos países en vías de desarrollo esté acercándose ya a la de los países desarrollados

puede considerarse un indicador de lo que se puede conseguir con una mayor atención a la salud a lo largo de toda la vida. La continuidad en la tendencia de igualar las diferencias será un indicador de que aumenta la esperanza de vida al nacer y en edades avanzadas en países en vías de desarrollo. La prolongación de la vida que ya experimentan las mujeres mayores tanto de países desarrollados como de países en vías de desarrollo exige que se preste atención a temas sobre la calidad de vida en esos años.

Hay también grandes diferencias, en el seno de cada país, en la esperanza de vida y la calidad de vida de las mujeres que envejecen en él, principalmente relacionadas con las diferencias de clase. Las estrategias para subsanar estas diferencias deben pues proporcionar mejoras en la salud que tengan en cuenta tanto la calidad de vida como la cantidad de vida.

2.3.3. Diferencias en las distintas etapas de la vida

No hay diferencias únicamente en la proporción de hombres y mujeres mayores en la población de cada país, sino que también existen variaciones según el grupo de edad de la población. Independientemente de su mayoría a escala mundial, las mujeres mayores de los países en vías de desarrollo siguen constituyendo una proporción menor de la población que en los países desarrollados. Mientras que las mujeres de más de 59 años representan aproximadamente el 20% de la población femenina en las zonas desarrolladas, son sólo en torno a un 7% en los países en vías de desarrollo. Las proporciones equivalentes entre los hombres de 60 años y más son de casi el 15% en zonas desarrolladas y del 6% en las zonas en vías de desarrollo.

La tendencia principal del envejecimiento en países desarrollados es el incremento de los “muy mayores”, es decir, aquéllos de 85 años o más. La gran mayoría de personas de este grupo son mujeres, y esta tendencia continuará de la misma forma en el futuro que se puede prever. Es principalmente este grupo el que necesitará tener acceso a una amplia gama de servicios sanitarios y de cuidados a largo plazo. No obstante, es importante que se reconozca el pequeño tamaño total de estas cohortes muy mayores con el objeto de que los aspectos demográficos del rápido crecimiento previsto de los muy mayores en los países desarrollados no causen el olvido de otras consideraciones. Las personas muy mayores constituyen sólo una pequeña fracción de la población total de los países desarrollados; Suecia cuenta con la proporción más alta de “muy mayores”, el 4,4%. En los países menos desarrollados, menos del 1% de la población está en la cohorte de “muy mayores”; en países como Bangladesh e Indonesia, la proporción es tan baja como el 0,2%, aunque las cifras absolutas sí son grandes.

2.3.4. Diferencias entre cohortes

Las futuras cohortes de mujeres mayores serán muy distintas a las de las generaciones actuales. Un estudio estructurado en cohortes y que siga a cada generación o grupo de edad a lo largo del tiempo es esencial para desarrollar planes de acción en materia social y de salud para la mujer a medida que envejece. Animar a cada cohorte a estudiar su propia salud futura es una forma importante de presionar para que se adopten planes para

fomentar la mejora de la salud que estudiaran los diferentes problemas y potenciales de cada grupo.

Latinoamérica es un buen ejemplo pues está previsto que el 60% de las mujeres que tenían entre 45 y 49 años en 1990 llegarán a la edad de 75-79 años. La salud que estas supervivientes tendrán en la tercera edad dependerá del entorno social y físico en los que vivan durante los próximos 30 años. Controlar, mediante estudios de cohortes, dichos entornos y su influencia sobre la salud de estas mujeres que están envejeciendo sería un instrumento eficaz para que los encargados de definir los planes de acción obtengan información.

Los cambios en las cohortes pueden darse rápidamente. Por ejemplo, en Japón y en España, se han estado produciendo cambios muy rápidos para crear lugares de residencia para las personas mayores, a medida que el deseo de seguir viviendo una vida independiente se convierte en la opción preferida, y cada vez más factible. Para que esta tendencia se consolide, deberán proporcionarse más opciones de alojamiento para mujeres independientes mayores y sistemas para el cuidado de aquéllas que sean dependientes de otras personas. Proporcionar opciones para vivir independientemente dentro de un entorno que cuente con más ayudas para las personas mayores será un importante medio de asegurar un contacto adecuado con la sociedad.

Tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, las mujeres mayores son las principales encargadas de cuidar a sus parejas, y muchas de las mujeres que cuidan de sus padres ancianos y débiles están ellas mismas envejeciendo. En los países en vías de desarrollo, los cambios de forma de vida asociados con la urbanización supondrán que aún más tareas relacionadas con el cuidado de las mujeres de edad recaerán en el futuro sobre las mujeres mayores.

2.4. Observación de las tendencias demográficas y los cambios del estado de salud y del bienestar

La gran diferencia en materia de salud entre las sucesivas cohortes de mujeres al envejecer y las diferencias entre países con distintos niveles de desarrollo significa que los datos globales sobre las poblaciones totales de mayores constituyen un medio inadecuado para observar las tendencias en cuanto al estado de salud. Se podría mejorar los estudios de una forma simple pero considerable mediante la inclusión, en todos los datos importantes, de categorías más detalladas de edad, sexo y situación económica. Un segundo e importante desarrollo básico sería el uso de datos sobre esperanzas de vida con especificaciones de edad y sexo, en lugar de simples esperanzas de vida al nacer, como indicadores de cambios en las últimas etapas de la vida.

El perfeccionamiento de los datos demográficos tiene una importancia directa a la hora de estudiar las tendencias del estado de salud de la mujer al envejecer. Además deben desarrollarse otros indicadores adicionales, como los índices de esperanza de vida saludable recomendados por la OMS (12). Esto plantea una serie de dificultades técnicas, y

también se debe tener en cuenta las diferencias en el significado social y cultural de las discapacidades y minusvalías. En el trabajo del grupo REVES y otros se han empezado a tratar temas metodológicos de este tipo (13). Los factores de género necesitan una atención y aceptación continuadas.

Como la mujer vive más años que el hombre, la calidad de vida de sus últimos años se ha convertido en un asunto de vital importancia. La calidad de vida, medida en términos de la capacidad de la mujer de avanzada edad para conservar un bienestar físico, social y mental aún con grados variables de enfermedad y discapacidad, tiene tanta importancia como el aumento de la esperanza de vida y de los años de vida libres de discapacidad. Las medidas que se tomen para mejorar la calidad de vida deben reflejar la experiencia de la mujer de avanzada edad y sus expectativas en cuanto a los niveles aceptables de dependencia en sus vidas diarias.

Las medidas que están surgiendo como *Disability Adjusted Life Years (DALYs)* (años de vida ajustados por discapacidad) y *Quality Adjusted Life Years (QALYs)* (años de vida ajustados por calidad de vida) aún tienen que estudiar estos asuntos (14,15). Es verdad que existe el riesgo de que dichas medidas para reducir la carga de la enfermedad den una idea demasiado negativa sobre la salud de la mujer al envejecer, que a su vez puede afectar la forma en que se enfocan estos temas en los planes de acción. Para evitar estas repercusiones, deben desarrollarse nuevos indicadores que reflejen de forma más adecuada la salud de la mujer al envejecer.

2.5. Vidas más largas - vidas más sanas

Los cambios en el curso de la vida de la mujer al envejecer que se describen en este apartado, así como la diversidad de formas de vivir la tercera edad, tienen importantes consecuencias sobre la salud de la mujer que envejece. Por encima de todo, la mayor esperanza de vida de la mujer en los países desarrollados determina el objetivo principal de las estrategias sobre la salud de la mujer que envejece en todo el mundo, es decir, reducir las desigualdades en cuanto a esperanza de vida de las mujeres de países desarrollados y de países en vías de desarrollo. Estas desigualdades no se miden únicamente teniendo en cuenta el número de años de vida, sino que reflejan las injusticias subyacentes en los determinantes de salud y calidad de vida que deben ser subsanadas si se desea aumentar la esperanza de vida.

Los beneficios del aumento en la esperanza de vida libre de discapacidades a medida que envejece la persona son obvios; no sólo reduciría el coste que suponen dichas discapacidades (para los propios discapacitados, sus familias y toda la sociedad) sino que permitiría a las personas mayores seguir desempeñando papeles importantes en la sociedad y, a la vez, mejoraría la imagen pública de las personas mayores como ciudadanos activos. Hasta el momento no hay datos claros que indiquen que la mayor esperanza de vida de la mujer suponga ventajas significativas en términos de años vividos sin discapacidad. Si la vida más larga de la mujer va a estar compuesta por años de calidad, los planes de acción

deben centrarse en asegurar la mejor salud posible para las mujeres a medida que envejecen.

Una ayuda importante para dichos planes de acción es la creación de series de datos para observar las tendencias demográficas y sus consecuencias sobre la salud; en este campo la OMS desempeñará un papel clave. Se necesitan estrategias para ampliar el alcance de los indicadores, con el fin de incluir el estado funcional y el bienestar en términos relacionados con las vivencias de la mujer al envejecer.

Las estrategias propuestas para estos fines son:

- ≠ que los Estados Miembros revisen sus metas y objetivos en materia de sanidad nacional para asegurarse de que la salud de la mujer que envejece se trate en su totalidad;
- ≠ que los Estados Miembros desarrollen iniciativas de acción entre los distintos sectores con el fin de reducir las diferencias en cuanto a la esperanza de vida de la mujer que envejece entre los países desarrollados y aquéllos en vías de desarrollo, y entre grupos de mujeres en proceso de envejecimiento en el seno de países con distintos niveles de desarrollo;
- ≠ que se utilicen datos sobre esperanza de vida con especificaciones sobre edad y sexo, junto con los datos de esperanza de vida al nacer, como indicadores básicos para observar los cambios en las últimas etapas del curso de la vida; y
- ≠ que se desarrollen indicadores de la salud de la mujer que envejece adecuados y pertinentes, que impliquen el análisis crítico de las actuales medidas globales sobre el estado de la salud desde la perspectiva de la mujer al envejecer, teniendo en cuenta la forma en que la mujer que envejece percibe su calidad de vida y valora su salud.

3. PRIORIDADES DE SALUD DE LA MUJER AL ENVEJECER

3.1. Definición de las prioridades de salud de la mujer al envejecer

Antes de tratar un tema concreto de salud como una prioridad para la mujer que envejece, debemos describir explícitamente las bases sobre las que se han definido dichas prioridades. El enfoque utilizado para definir las prioridades que se adoptan aquí supone la aplicación de la definición de salud dada por la OMS a la situación de la mujer que envejece, y el desarrollo de criterios de acuerdo con los cuales varios problemas de salud podrían considerarse prioritarios. Los *criterios* utilizados para definir un problema de salud como una prioridad para la mujer que envejece cubren tres aspectos:

(a) El *alcance* del problema quiere decir que es

- € de máxima trascendencia tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo;
- € muy frecuente en mujeres mayores de 50 años en comparación con mujeres más jóvenes; y
- € de mayor impacto entre las mujeres al envejecer que entre los hombres.

(b) La *naturaleza* del problema es tal que

- € afecta progresivamente a las mujeres al envejecer, si no se trata;
- € tiene importantes consecuencias sobre las actividades diarias y la independencia así como sobre la mortalidad;
- € se puede evitar, por medio de la prevención primaria a lo largo de toda la vida y de la prevención secundaria en la tercera edad; y
- € puede tratarse en gran parte a través de medidas de asistencia sanitaria básica, incluida la enseñanza de cómo cuidarse a uno mismo.

(c) La *aparición* del problema

- € está exagerada en algunos casos, infravalorada en otros, y poco investigada en general;
- € a menudo, corre el riesgo de recibir excesiva medicación o de sufrir intervenciones inapropiadas; y
- € ya está reconocida como meta y objetivo a evitar por los programas de salud nacional en algunos países, pero debe centrarse más dicho objetivo sobre la mujer al envejecer.

Cuando se aplican estos criterios a una gama mayor de problemas de salud, se destacan una serie de factores que podrían agruparse en tres grandes áreas:

- € *Principales causas evitables de morbilidad y mortalidad*: las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares; el cáncer; y las enfermedades transmisibles, especialmente en países en vías de desarrollo;
- € *Principales razones de discapacidad crónica*: afecciones osteomusculares; osteoporosis; e incontinencia;
- € *Salud mental*: depresión y demencia.

3.2. Principales causas evitables de morbilidad y mortalidad

Puesto que las principales causas de morbilidad y mortalidad se desarrollan a lo largo de períodos muy dilatados lo más apropiado es estudiar la salud de la mujer al envejecer desde una perspectiva que tenga en cuenta toda su vida. Las estrategias de prevención primaria

serán tanto más efectivas cuanto antes se inicien. Estas estrategias también pueden aplicarse a las mujeres mayores, y en los casos en que ya se hayan presentado problemas a edades más avanzadas, son igualmente pertinentes las estrategias de prevención secundaria y las que enseñan a cuidarse a uno mismo. Las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer de pulmón son las afecciones que debe tratar la prevención primaria, mientras que la prevención secundaria se aplicaría a otros tipos de cáncer.

3.2.1. Enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares

Las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares son las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de edad avanzada. El que generalmente se consideren las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares como problemas propios del hombre ha provocado una tendencia a eclipsar el reconocimiento de su importancia en la salud de la mujer al envejecer; actualmente hay una gran necesidad de prestar mayor atención a su importancia.

En un país desarrollado típico, las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares son la principal causa de muerte entre las mujeres mayores, y representan en torno al 60% de todas las muertes de mujeres adultas. Las enfermedades cardiovasculares también son la principal causa de muerte entre las mujeres a partir de los 50 años en países en vías de desarrollo, a pesar del incompleto control de las enfermedades transmisibles. La mitad de las muertes de mujeres mayores de 50 años en países en vías de desarrollo se deben a estas afecciones; aunque las enfermedades transmisibles no están totalmente controladas en estos países, ya no son causas importantes de enfermedad y muerte entre personas de edad. Como la muerte a causa de enfermedades cardiovasculares viene frecuentemente precedida de un período de morbilidad y discapacidad, dichas afecciones también son la causa de una gran proporción de las discapacidades.

Las tendencias de las enfermedades cardíacas y de los accidentes cerebrovasculares muestran el nivel de mejoría que se podría alcanzar (Tabla 3.1). El control de los accidentes cerebrovasculares en Japón ha logrado que desciendan en un 43% desde 1970 hasta 1990, desde porcentajes tan altos como los que ahora prevalecen en muchos países en vías de desarrollo, hasta niveles equivalentes a los que tienen actualmente el Reino Unido, Alemania y Australia. En la mayoría de los países desarrollados de los cuales se tienen datos sobre la tendencia de estas enfermedades, el descenso del porcentaje de muertes ha sido mayor entre las mujeres que entre los hombres, pero las enfermedades cardiovasculares seguirán siendo el principal problema de salud de las mujeres de edad avanzada, incluso si se mantienen las tendencias positivas en los porcentajes de mortalidad. La excepción se encuentra en los países de Europa del Este, en los que la falta de mejoría de la esperanza de vida mostrada en la Tabla 2.1 se debe en gran parte a la falta de progreso en el control de estas enfermedades.

La Tabla 3.1 muestra que las tendencias en los países en vías de desarrollo son menos positivas. Un análisis de la repercusión a nivel mundial de los accidentes cerebrovasculares (16) ha mostrado que los porcentajes de accidentes cerebrovasculares en grupos específicos de edad son más altos a edades más jóvenes en países en vías de desarrollo y que el

descenso en los índices de mortalidad de las mujeres entre 1970 y 1990 ha sido mucho menor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados.

Las patrones de morbilidad y discapacidad que se corresponden con estos patrones de mortalidad indican que gran parte de los accidentes cerebrovasculares de todo el mundo tienen lugar en los países en vías de desarrollo. Puesto que la edad avanzada es cada vez más el principal factor de riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares y enfermedades cardíacas, estas cifras aumentarán en la misma medida en que aumenten las proporciones de población de los países en vías de desarrollo que alcance la tercera edad. Existe la posibilidad de que cualquier descenso de estos altos índices, debidos al bajo nivel de vida de estos países, se vea afectado negativamente por la creciente adopción de estilos de vida occidentales sin los beneficios del desarrollo económico.

Además, puesto que las probabilidades de sobrevivir a un accidente cerebrovascular en países en vías de desarrollo son actualmente menores que en los países desarrollados, el aumento del porcentaje de supervivencia podría empeorar el índice de discapacidad y hacer que los años adicionales sean años con minusvalías.

Los estudios sobre enfermedades cardíacas y sobre accidentes cerebrovasculares muestran que algunos aspectos del comportamiento en materia de salud son parecidos en mujeres jóvenes y en mujeres mayores. Sin embargo, la edad puede acarrear problemas específicos en los sistemas sanitarios, teniendo en cuenta que los signos y síntomas se tratan de diferente manera en el hombre y en la mujer. Asimismo, la mujer varía la percepción de sí misma y su capacidad de hacer frente a los efectos de la enfermedad de distinta forma a como lo hacen los hombres. La información que ayudará a las mujeres mayores a adoptar actitudes de cuidado personal para prevenir enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades crónicas también podría incluir información de ayuda para que las mujeres de edad avanzada puedan hacer frente a los cuidados necesarios ocasionados por estas afecciones.

A pesar de la importancia de las enfermedades cardiovasculares entre la población que está envejeciendo, pocos estudios han examinado específicamente a las mujeres de este grupo de edad. La mayoría de los estudios longitudinales comienzan con una cohorte de hombres de mediana edad y, a medida que avanza la edad de las cohortes, se han sacado conclusiones sobre la importancia de los factores de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares para grupos de mayor edad. No obstante, incluso estos datos son limitados y las decisiones en cuanto a planes de acción respecto a las enfermedades cardiovasculares (especialmente las relativas a las mujeres mayores) llevan mucho tiempo siendo entorpecidos por datos inadecuados (17). La escasez de datos es incluso mayor en el caso de los países en vías de desarrollo, aunque los niveles de morbilidad y mortalidad resultantes de los datos que sí se tienen muestran una necesidad aún mayor de información.

Tabla 3.1: Mortalidad de la mujer en países desarrollados y en países en vías de desarrollo a causa de accidentes cerebrovasculares (19)

	Porcentaje de mortalidad por accidentes cerebrovasculares según la edad, 1990 (por 100.000 hab.)			% de muertes >55 por accid. cerebrovasculares	
	55-64	65-74	75+	1990	Cambio 1970-90
China	197,9	664,9	2.408,2	n.d.	n.d.
Argentina	104,8	254,1	1.118,8	12,6	- 13%
Rumanía	177,4	572,0	2.286,2	20,6	+ 2%
Japón	-----	262	-----		17,4
43%					-
EEUU	42,2	126,9	778,5	9,1	- 41%

Puesto que las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares se deben a la frecuencia de los factores de riesgo en la población, primordialmente el consumo de cigarrillos, la hipertensión y el colesterol alto, hay un gran campo de acción para la prevención primaria mediante la reducción del tabaquismo, el fomento del ejercicio físico y la mejora de la dieta (18).

Los dos enfoques de la prevención primaria para toda la población (incluidas las mujeres de edad avanzada) son *la estrategia para evitar los altos riesgos* y *la estrategia demográfica o de población* (19). La estrategia para evitar los altos riesgos supone encontrar y tratar a individuos que se considere que tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Esta estrategia es costosa y limitada, y no ofrece una solución realista, especialmente en países en vías de desarrollo.

En cambio, reducir el riesgo medio de la población de cualquier edad cuenta con muchas probabilidades de tener una gran repercusión y puede justificarse por el hecho de que la mayoría de nuevos casos de enfermedad cardiovascular se producirían en personas que actualmente tengan únicamente un ligero riesgo de contraerlas. Por ejemplo, en Noruega, un plan de acción de amplio espectro sobre nutrición ha tenido el efecto favorable de reducir el consumo de grasa (20). También se ha logrado un descenso en el consumo de tabaco en muchos países mediante estrategias de población. Otra ventaja adicional de los enfoques basados en la población es que los beneficios se acumulan si se tratan otros desórdenes de la salud mediante los mismos factores de contribución. Así, las mismas estrategias de población para enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares pueden aplicarse a las otras áreas de prioridad que se tratan a continuación.

CUADRO 3: Prevención primordial: lecciones para países en vías de desarrollo

La prevención primordial es la acción de evitar la aparición y consolidación de las pautas de vida sociales, económicas y culturales que se sabe que contribuyen a producir un alto riesgo de enfermedad. En algunos países en vías de desarrollo, las afecciones coronarias se están haciendo cada vez más frecuentes, especialmente entre la población urbana, que ya ha adquirido comportamientos de alto riesgo. El consumo de tabaco está aumentando con rapidez en los países en vías de desarrollo mientras que el consumo total de cigarrillos en muchos países desarrollados está descendiendo. Se estima que para el año 2010 habrá más de dos millones de muertes anuales en China a causa de enfermedades relacionadas con el tabaquismo a no ser que se haga ahora un gran esfuerzo para reducir el consumo de tabaco. Las consecuencias indirectas sobre la mujer vendrán en forma del aumento del número de viudas (21).

El campo de acción para la prevención primordial en los países en vías de desarrollo es considerable (Cuadro 3). Las enfermedades coronarias se producen únicamente si está presente la causa básica subyacente, es decir, una dieta rica en grasas saturadas. En los países en que esta causa casi no existe, como en China y en Japón, las enfermedades coronarias son menos frecuentes que los accidentes cerebrovasculares. El aumento del consumo de tabaco supondrá, no obstante, un aumento de las enfermedades coronarias; los cambios en los hábitos dietéticos tradicionales harán que este aumento sea aún mayor.

Es esencial que se difunda la información sobre el alcance de las enfermedades cardiovasculares entre la población femenina de edad para asegurarse de que las mujeres no se sientan “satisfechas consigo mismas” con respecto a esta afección demasiado a menudo considerado un problema del hombre.

3.2.2. Cáncer

La importancia de la detección precoz de la mayoría de los cánceres viene determinada por su largo período en estado latente. Por lo tanto, la edad es un factor importante en las estrategias de prevención, aunque los beneficios conocidos de dichas estrategias varían. Las intervenciones disponibles tienen más probabilidades de resultar eficaces con mujeres de mediana edad, no con las más jóvenes, aunque hasta la fecha son más comunes sus aplicaciones sobre éstas últimas. Se deben revisar los datos disponibles y con ellos desarrollar directrices que logren el uso más adecuado y rentable de estas intervenciones.

El principal cáncer entre las mujeres de países en vías de desarrollo es el *cáncer de cuello de útero*, seguido del *cáncer de mama*. En cambio, en los países desarrollados, el *cáncer de mama* ocupa el primer lugar, seguido del *cáncer de pulmón*. Puesto que el cáncer de pulmón es el más tratable mediante la prevención primaria, se trata en primer lugar.

Cáncer de pulmón

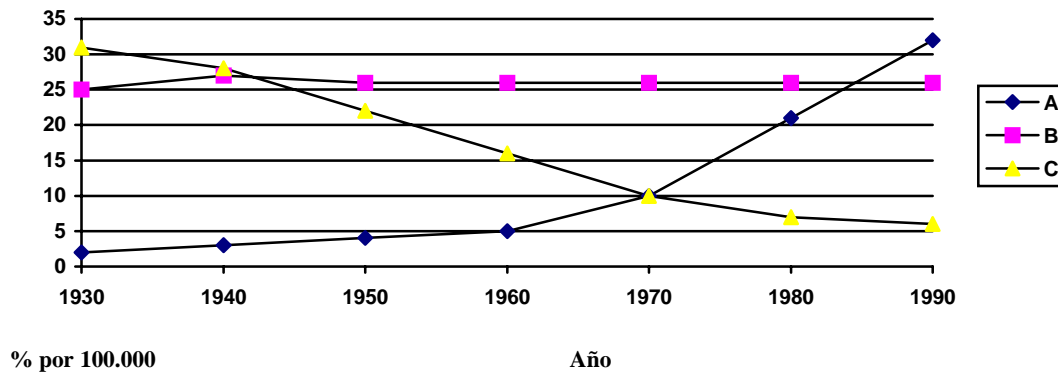
El cáncer de pulmón es el cáncer más fácil de prevenir; más del 90% de los casos se pueden atribuir al consumo de cigarrillos. Los índices de morbilidad y mortalidad de las mujeres de avanzada edad atribuibles al cáncer de pulmón son, hoy en día, parecidos tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo ⁽¹⁴⁾, y tienen muchas probabilidades de aumentar, dado el creciente número de mujeres fumadoras.

No existe una cura para el cáncer de pulmón. La prevención no sólo es la única opción, sino que es la más eficaz. Las estrategias para dejar de fumar producirán además grandes beneficios en relación con otros problemas de salud.

Aunque el cáncer de pulmón aún no está muy extendido en la mayoría del mundo en vías de desarrollo, las lecciones que se pueden extraer de los países desarrollados en los que las mujeres llevan varias décadas siendo fumadoras habituales, están muy claras. El cáncer de pulmón en la mujer se ha multiplicado por cuatro a lo largo de los últimos 30 años en muchos países desarrollados. Como se muestra en el Gráfico 3.1., ya ha sobrepasado al cáncer de mama como la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de los EEUU, que fueron las primeras mujeres en empezar a fumar en gran número. Este patrón se está repitiendo en muchos otros países desarrollados en los que la mujer ha empezado a fumar.

Si se mantienen los actuales patrones, o si empeoran, se ocasionarán gastos aún mayores relacionados con la mala salud y la discapacidad. Por ejemplo, en España se producen muy pocas muertes atribuibles al tabaquismo en la actualidad puesto que sólo una muy pequeña proporción de mujeres españolas de 60 años es o ha sido fumadora. Sin embargo, la situación ha cambiado en los últimos tiempos; el 50% de las mujeres jóvenes fuman ahora. Si la mayoría de ellas sigue fumando, se puede prever una epidemia de muertes relacionadas con el consumo de tabaco cuando estas mujeres alcancen la edad madura y la tercera edad ⁽¹³⁾.

Gráfico 3.1.
Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero, de mama y de pulmón
entre las mujeres estadounidenses, edad ajustada a la población
estadounidense de 1970 (A: cáncer de pulmón; B: cáncer de mama; C: cáncer de cuello de útero)



En la mayoría de los países desarrollados y en los de Europa del Este, entre un cuarto y un tercio de la población femenina es fumadora; los planes de acción contra el tabaquismo y las estrategias de educación sanitaria tienen como objetivo contener estos niveles y, sobre todo, contrarrestar el efecto de los anuncios de cigarrillos dirigidos a las mujeres jóvenes. En los países latinoamericanos encontramos cifras aún mayores, pues hasta dos tercios de las mujeres jóvenes fuman. En la mayoría de los países africanos y asiáticos los porcentajes son sensiblemente más bajos (menos del 10%). Asimismo, hay un cierto número de sociedades tradicionales en las que fumar lleva mucho tiempo siendo una costumbre entre las mujeres. En todas partes se necesitan estrategias para contrarrestar los efectos del agresivo marketing que lleva a cabo la industria tabaquera en los países en vías de desarrollo.

Cáncer de cuello de útero

Se diagnostican alrededor de 500.000 nuevos casos de cáncer de cuello de útero al año, la mayor parte en países en vías de desarrollo (22). Por ejemplo, en países latinoamericanos como Brasil, Argentina y Bolivia la mortalidad por esta causa es entre tres y seis veces mayor que en Canadá o los EEUU (23).

El cáncer de cuello de útero es uno de los pocos cánceres con una etapa precursora fácilmente detectable y tratable. El examen del frotis de Pap es relativamente simple y eficaz, pero hay ciertas consideraciones de tipo logístico y económico a la hora de realizar programas de examen y tratamiento eficaces, especialmente en países en vías de desarrollo. El examen no suele ser accesible para las mujeres de zonas rurales, ni para las mujeres al envejecer que son las que tienen el mayor riesgo de sufrir este tipo de cáncer; incluso en los países desarrollados los porcentajes de examen suelen ser mayores en mujeres jóvenes que entre las de mayor edad. El examen una vez cada cinco años puede suponer un 85% de descenso de la mortalidad por cáncer de cuello de útero; el examen cada 10 años puede

suponer un 64% de reducción (24). Realizar un examen a mujeres mayores incluso una sola vez a lo largo de su vida prevendría más casos de cáncer de cuello de útero que realizar exámenes a una pequeña cantidad de mujeres jóvenes cada pocos años. Por estas razones, se ha recomendado utilizar la lógica en cuanto a la frecuencia de los exámenes en zonas de recursos limitados; no se deberían realizar más exámenes que los que puedan ir acompañados de los servicios diagnósticos y terapéuticos correspondientes (25). En otras palabras, para que el examen sea eficaz, deben existir servicios relacionados de citología y tratamiento y además deben tener una gran calidad. El requisito previo necesario para crear programas de población completos y lograr compromisos políticos de acción es reconocer que el cáncer de cuello de útero es una de las principales causas evitables de muerte.

Para los casos en que no sean factibles los exámenes basados en citologías, se están investigando otras opciones como utilizar enfermeras o personal sanitario cualificado que no sean médicos para examinar visualmente los cuellos de útero mediante una solución de ácido acético que destaca los tejidos anómalos.

Cáncer de mama

En países en vías de desarrollo, el cáncer de mama tiene una incidencia parecida a la del cáncer de cuello de útero en cuanto a su frecuencia entre las mujeres. En países desarrollados el cáncer de mama es numéricamente más importante que el cáncer de cuello de útero. En todo el mundo, se dan casi 600.000 casos de cáncer de mama cada año, y el 60% de éstos ocurre en países desarrollados. Actualmente el cáncer de mama es responsable de entre un 3% y un 5% de todas las muertes por cáncer de las mujeres de países desarrollados, pero constituye una proporción menor de todas las muertes por cáncer en África y Asia (1% - 2% del total de muertes). En la mayoría de los países desarrollados, la incidencia es mayor en zonas urbanas que en zonas rurales, aunque hay nuevas pruebas que indican que esta tendencia se está invirtiendo.

Los factores de riesgo asociados al cáncer de mama no están muy claros aunque se asocia un mayor riesgo con el factor de predisposición familiar, en especial si hay casos de cáncer de mama antes de la menopausia en la madre o alguna hermana. La edad de la primera menstruación, la edad del primer embarazo y del último, y la edad de la menopausia también tienen relación con el mayor o menor riesgo de padecer cáncer de mama; sin embargo ninguno de estos acontecimientos puede modificarse fácilmente mediante intervenciones públicas sobre la salud.

Hay pocas posibilidades de que las estrategias de prevención primaria reduzcan la incidencia de este tipo de cáncer o la mortalidad por su causa. La detección precoz es la principal estrategia para la prevención. Los métodos de detección precoz incluyen el examen físico de las mamas realizado por personal sanitario cualificado, el examen de mamas realizado por la mujer misma, y las mamografías. Se necesitan más pruebas controladas aleatorias pues no hay pruebas concluyentes de que puedan salvarse vidas mediante la adopción de programas distintos de los explicados con anterioridad. Unas

pruebas bien diseñadas, que abarcaban una importante proporción de la población de riesgo, han demostrado que con el examen de las mamografías, seguido de tratamientos eficaces, la mortalidad debida al cáncer de mama puede reducirse en un 30% en mujeres a partir de 50 años (25). Hasta el momento no hay pruebas claras de que se obtengan beneficios con programas de exploración de mujeres premenopáusicas (26). No obstante, se deben estudiar una serie de asuntos éticos, clínicos y de recursos antes de que los programas de exámenes se lleven a cabo a gran escala, incluso para las mujeres más mayores.

Los factores de riesgo para el cáncer de mama indican que su incidencia podría aumentar a medida que el desarrollo provoca cambios en los años de fecundidad y en el comportamiento reproductivo de los países en vías de desarrollo. Aunque cada factor individual puede que suponga sólo una pequeña contribución a aumentar el riesgo, el efecto acumulativo en términos absolutos será formidable. La organización y ejecución de programas masivos de exploración está muy lejos de las posibilidades económicas de los países en vías de desarrollo, por lo que la auto-exploración de las mamas sigue siendo la principal opción. No obstante, hay una necesidad urgente de estudiar el gran número de incertidumbres relacionadas con la auto-exploración para que mejore su eficacia como medio de detección precoz adecuado al contexto específico de los distintos países en vías de desarrollo (27).

3.2.3. Enfermedades transmisibles en países en vías de desarrollo

Las enfermedades transmisibles aún constituyen un gran problema para las mujeres de edad avanzada en los países en vías de desarrollo. Aunque en los últimos años de la edad adulta ya no se encuentran entre las causas más comunes de muerte, todavía son responsables de altos índices de morbilidad y discapacidad. Asimismo, es importante tener en cuenta que episodios de enfermedades transmisibles sufridos en épocas anteriores de la vida pueden provocar discapacidades para toda la vida que se verán acentuadas por el envejecimiento. La tuberculosis, el tracoma o conjuntivitis granular contagiosa y las enfermedades infecciosas y parasitarias son la causa de muchas discapacidades (9).

El tracoma es una enfermedad infecciosa que produce ceguera y tiende a ser especialmente grave en el caso de las mujeres. Los niños en edad preescolar constituyen el principal caldo de cultivo para el microorganismo (*Chlamydia*) que causa el tracoma. Las mujeres, por ocuparse del cuidado de los niños, se infectan con frecuencia de esta enfermedad. El tracoma que produce ceguera evoluciona lentamente a lo largo de los años, y por ello las mujeres de avanzada edad se enfrentan a las complicaciones más graves, que llevan a la pérdida de visión. El Programa de Prevención de la Ceguera de la OMS ha informado que unos 150 millones de personas de países en vías de desarrollo sufren el tracoma.

La experiencia histórica de los países desarrollados y los programas contemporáneos de control de la tuberculosis en muchos países en vías de desarrollo muestran que las mejoras en las condiciones básicas de vida y en la alimentación prácticamente pueden eliminar la

tuberculosis. La reaparición de la tuberculosis en algunas poblaciones es muy preocupante. La adopción de programas básicos de drogas proporciona soluciones rentables, especialmente en el caso de los refugiados.

Tanto los hombres como las mujeres están expuestos a las enfermedades tropicales (paludismo, esquistosomiasis, filariasis linfática y oncocercosis, tripanosomiasis africana y enfermedad de Chagas, lepra y leishmaniasis). Sin embargo, pocos estudios (si es que hay alguno) han tratado las consecuencias de estas enfermedades en las mujeres mayores. Las consecuencias de estas enfermedades empeoran con el tiempo como ocurre con las enfermedades de la piel y la ceguera resultante de la oncocercosis, enfermedades ambas que se agravan con la edad. Asimismo, la lepra también tiene un efecto especialmente debilitante sobre las mujeres mayores, muchas de las cuales son expulsadas de sus hogares y de sus familias a causa de esta enfermedad estigmatizante. Ahora que se dispone de una cura eficaz de la lepra, se pueden prevenir las discapacidades en los grupos de edad más jóvenes, pero para la mayoría de las mujeres mayores es demasiado tarde.

Las mujeres que están envejeciendo serán las principales beneficiarias de muchos programas dirigidos a controlar las enfermedades transmisibles. No obstante, el reconocimiento de sus necesidades no suele ser la base para la ejecución de dichos programas, e incluso en los lugares donde se han puesto en marcha, puede que las mujeres mayores no tengan acceso a los servicios proporcionados.

3.3. Estados de discapacidad crónica

El método más eficaz de reducir la discapacidad crónica en las mujeres mayores es mediante estrategias de prevención iniciadas a la mitad de su vida. En los casos en que los problemas se manifiestan en personas que ya son mayores, la prevención secundaria todavía puede contribuir considerablemente a reducir los efectos discapacitantes de las enfermedades crónicas.

3.3.1. Problemas osteomusculares

La reducción de la morbilidad ha tenido un gran impacto no sólo sobre el funcionamiento físico de la mujer, sino también sobre su capacidad para mantener contacto con la sociedad y, en consecuencia, para su bienestar social y mental. Los factores que afectan a la morbilidad, como la artritis, tienen gran influencia sobre la calidad de vida. Sin embargo, como no causan la muerte, sus efectos se han estudiado de forma inadecuada en las estadísticas sobre salud.

Las afecciones osteomusculares reducen la movilidad en muchos campos y actividades, y por ello, a su vez, tienen un gran impacto sobre el cuidado de uno mismo. Invertir en estrategias para reducir los problemas osteomusculares producirá ciertos beneficios, incluidos un aumento general de la independencia y el bienestar de las mujeres de avanzada edad, y un descenso significativo en los gastos de su cuidado y tratamiento.

Para la mujer mayor, incluso para la de edad más avanzada, el ejercicio es una importante actividad para prevenir todas las principales afecciones osteomusculares. Sin embargo, en los países desarrollados pocas mujeres mayores hacen ejercicio con regularidad. La falta de ejercicio y la alimentación inadecuada han llevado a un aumento del porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesas. Para mujeres que ya han desarrollado problemas de este tipo, se necesitan estrategias centradas en la rehabilitación, movilidad, y otros factores sociales y económicos. Las mujeres de edad necesitan estímulo y confianza para participar en ejercicios y actividades de recreo que sean seguros. Los beneficios que se obtienen al tomar parte en dichas actividades pueden contrarrestar eficazmente las actitudes negativas que levantan barreras para la participación de las mujeres mayores en actividades físicas. Las mujeres necesitan también información sobre cómo mantener unos niveles adecuados de alimentación y actividad a lo largo de toda su vida.

El caso contrario se encuentra en los países en vías de desarrollo, las excesivas exigencias físicas que tiene que soportar la mujer durante toda su vida, incluso en los últimos años, son las que más efectos negativos tienen sobre la fuerza física y la movilidad. Levantar grandes pesos, tirar de ellos y acarrearlos durante años provoca daños en las articulaciones, y especialmente en la columna vertebral. Además, las deficiencias nutricionales reducen la fuerza física de las mujeres a medida que envejecen. Se necesitan programas de desarrollo de amplio espectro para reducir las excesivas exigencias físicas que sufren las mujeres en razón de los trabajos que desempeñan a lo largo de su vida.

3.3.2. Osteoporosis

La pérdida de densidad ósea es un problema frecuente en ambos sexos después de los 30 años, pero se acelera en el caso de la mujer después de la menopausia. La osteoporosis se refiere a la pérdida *excesiva* de tejido óseo. Desafortunadamente, aún no se han tomado medidas que proporcionen datos fiables sobre los patrones de pérdida de densidad ósea en grupos de población específicos, ni para prevenir dicha pérdida en el caso de una mujer concreta a medida que envejece. Las causas de la osteoporosis todavía no se entienden claramente. La pérdida de minerales de los huesos está acentuada por la falta de calcio en la dieta durante toda la vida, por el tabaquismo y por la excesiva actividad física que causa una amenorrea prolongada durante la juventud.

El 80% de las personas que sufren fracturas de cadera son mujeres. La incidencia de las fracturas de cadera entre las mujeres de países como EEUU y el Reino Unido es el doble que entre los hombres (28). Por otra parte, las mujeres de edad avanzada de países asiáticos que tienen una densidad ósea menor parece que sufren menos fracturas que las mujeres de edad avanzada en otros países.

La osteoporosis puede ser un factor que contribuya a que se produzcan fracturas de vértebras, de tobillo, de muñeca y de cadera, pero por sí sola no es una causa. Aunque la fractura de cadera es una de las consecuencias más graves de la osteoporosis, los índices de este tipo de fractura entre mujeres de edad aumentan de forma notable sólo a edades muy avanzadas. La pérdida de densidad ósea es responsable únicamente de parte del aumento de riesgo que tienen las mujeres mayores de sufrir una fractura de cadera.

No se tiene una información completa sobre la incidencia de las fracturas en muchas zonas, especialmente en países que no se encuentran en el norte de América o en el norte de Europa. Hay sólo escasos datos disponibles sobre Asia, Latinoamérica, África y Oriente Medio. La dieta seguida por muchas mujeres mayores a lo largo de toda su vida puede haber sido deficiente en cuanto a los componentes necesarios para la formación y protección de los huesos, lo que, combinado con un intenso trabajo físico durante toda la vida, tiene más probabilidades de dañar su sistema osteomuscular que de protegerlo.

Aunque existen estrategias preventivas para la osteoporosis, cada vez se trata más desde el punto de vista médico. Puesto que la pérdida de estrógenos en la menopausia está relacionada con la pérdida de densidad ósea, la osteoporosis se define cada vez más a menudo como una enfermedad causada por una deficiencia hormonal, una condición que padecen únicamente las mujeres postmenopáusicas. Esta medicalización se debe en gran parte a las actividades de las empresas que tienen intereses comerciales en el sector (29). Jugando con el miedo de la mujer a envejecer, los fabricantes de hormonas y (en menor medida) de suplementos de calcio han conseguido redefinir la osteoporosis como un síntoma de la menopausia. Esta redefinición se ha utilizado para justificar el uso rutinario de las terapias de reposición hormonal como medida preventiva, a pesar de sus limitaciones en la prevención de la osteoporosis a edades avanzadas (30,31).

Muchas estrategias preventivas utilizadas para mujeres mayores también pueden aplicarse a mujeres más jóvenes que todavía tienen la oportunidad de desarrollar y conservar huesos fuertes. Estas estrategias incluyen el fomento de la actividad física, una adecuada ingestión de calcio, y programas para dejar de fumar. Una importante cantidad de datos indica que hacer ejercicio con regularidad reduce aproximadamente a la mitad el riesgo de sufrir una fractura de cadera (32). Dejar de fumar es también importante. Una mujer que deje de fumar antes de la menopausia reducirá en aproximadamente un veinticinco por ciento su riesgo de sufrir una futura fractura (35). Otras estrategias especialmente pertinentes para mujeres de avanzada edad incluyen la modificación de entornos de vida inseguros, la reducción de los altos índices de uso de drogas psicotrópicas, y el adiestramiento de las mujeres mayores sobre medidas que pueden tomar para evitar caídas.

3.3.3. Incontinencia

Aunque existen causas comunes de incontinencia urinaria entre mujeres de países desarrollados y mujeres de países en vías de desarrollo, también existen diferencias. En los países en vías de desarrollo, los múltiples partos, la dificultad para recibir curas de los daños producidos por el parto, la práctica de la circuncisión femenina, y las infecciones del tracto urinario que no reciben tratamiento, pueden todas ellas causar incontinencia urinaria. La gran cantidad de problemas de este tipo durante la juventud y la madurez en países en vías de desarrollo producen altos índices de incontinencia entre las mujeres de edad. Aunque en el futuro la mejor solución de prevención primaria será la de prestar mayor atención a la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, ahora se necesitan medidas de prevención secundaria para las mujeres que están envejeciendo con estos problemas. El comienzo de la incontinencia junto con la edad avanzada es una de las claves que predicen

la pérdida de independencia funcional, y puede ser una consecuencia de la escasa movilidad y otros deterioros. En los casos más graves, la incontinencia puede ser la causa de ingreso en un asilo.

En los países desarrollados, las causas de la incontinencia urinaria incluyen la falta de ejercicio físico, la inmovilidad, las intervenciones quirúrgicas en el parto, y el uso de drogas específicas como las que se usan para combatir la hipertensión, los diuréticos, y los tranquilizantes. Cuando éstas son las causas, hay grandes posibilidades de acción para la prevención primaria.

La incontinencia puede tener serias consecuencias personales y sociales. Puede producir ansiedad, pérdida de autoestima, el evitar de las relaciones sexuales, y depresión. A causa de la vergüenza, las mujeres que sufren este problema pueden elegir evitar el contacto social y por tanto acabar viviendo aisladas de la sociedad. Muchas mujeres que sufren incontinencia no buscan ayuda profesional porque están demasiado avergonzadas como para hablar del tema. Para intentar romper esta barrera, los profesionales de la salud más útiles en esta etapa son las monjas de los servicios comunitarios; los grupos de autoayuda también son útiles.

Otro factor que inhibe a las mujeres mayores de buscar ayuda es su aceptación, de mala gana pero mal informadas, de que hay poco que hacer respecto a la incontinencia. Puesto que los problemas de control de la vejiga no son una consecuencia inevitable del envejecimiento, un aspecto importante de toda estrategia de prevención es el de proporcionar información adecuada sobre el asunto. La incontinencia no afecta a la mayoría de las mujeres mayores, y una serie de estrategias relativas al cuidado personal son eficaces para aprender a vivir con los problemas que sí aparecen o para solucionarlos.

El cuidado personal, incluidas técnicas como la educación de la vejiga y los ejercicios para fortalecer los músculos de la pelvis, es una de las tres formas que pueden usarse para tratar la incontinencia urinaria. Las otras dos son la medicación y la cirugía.

Dada la reticencia de muchas mujeres a hablar sobre el tema, la inclusión de información sobre incontinencia en programas, como los que tratan el ejercicio físico o la nutrición, podría resultar efectivo. Asimismo, se necesitan trabajadores de la salud específicamente formados para tratar con problemas de incontinencia urinaria. En especial en los países en vías de desarrollo, se debe incluir la educación sobre la prevención de la incontinencia en edades avanzadas en la formación de los trabajadores de asistencia sanitaria primaria que llevan a cabo otros programas sanitarios basados en la comunidad, como los de control de fecundidad y los de salud maternal.

3.3.4. Afecciones múltiples, afecciones menores, y deterioro sensorial

Muchas mujeres mayores sufren una serie de afecciones crónicas, incluido el deterioro sensorial; éstas pueden ser afecciones menores o pueden darse conjuntamente con una de las afecciones principales ya tratadas. Los efectos de una de ellas pueden no ser graves, pero su interacción puede tener importantes consecuencias en términos de reducción del funcionamiento independiente, dolor, y ansiedad respecto de la salud futura. Además, la mala definición de muchas afecciones menores y crónicas plantea problemas para el diagnóstico, tratamiento e investigación, los cuales suelen estar orientados hacia enfermedades específicas. Sus consecuencias a menudo se achacan al proceso del envejecimiento, y como tales están aceptadas por las mujeres de avanzada edad como algo normal.

Un análisis de los efectos combinados de afecciones múltiples ha mostrado interacciones complejas, con un aumento exponencial de la discapacidad a medida que aumenta el número de condiciones crónicas (33). Se tuvo en cuenta la frecuencia y los efectos discapacitantes de trece de las afecciones crónicas más comunes en los EEUU. Las parejas de afecciones que se encontraron más a menudo en el contexto de aumento del número de discapacitados fueron las enfermedades cerebrovasculares combinadas con fracturas de cadera, diabetes u osteoporosis. Se encontró que las mujeres mayores eran las que tenían índices más altos de deterioro de entre todos los grupos estudiados: el deterioro visual y las enfermedades relacionadas con la visión se clasificaron entre las afecciones más comunes y se comprobó que tienen importantes consecuencias sobre los índices de discapacidad cuando están combinadas con otras afecciones.

Una de las principales enfermedades de la vista y la principal causa de ceguera entre las mujeres mayores son las cataratas. Aproximadamente el 90% de las personas que tienen cataratas viven en los países en vías de desarrollo, y de ellas el 60% es de avanzada edad; en estos países las cataratas no operadas son una causa mayor de ceguera que el tracoma. La forma de cataratas más común está relacionada con la edad, y aunque no existen medidas de prevención eficaces, si hay procedimientos que exigen pocos medios técnicos pero que son eficaces para restablecer la visión. Hay más mujeres que hombres que se quedan ciegos a causa de las cataratas, presumiblemente debido a su mayor esperanza de vida. En muchos lugares, es más difícil para las mujeres que para los hombres tener acceso a la cirugía, así que, para llegar hasta las mujeres de edad, se necesitan más estrategias eficaces, como los campamentos móviles para el cuidado de los ojos. La pérdida de audición y la sordera en la tercera edad también afectan negativamente la interacción social y la salud mental.

La reducción de los efectos de cualquiera de estas afecciones reduce en igual medida las consecuencias de las afecciones múltiples. Muchas de estas afecciones tienen tratamiento mediante la prevención primaria o secundaria, y la pronta intervención puede ayudar a evitar las consecuencias negativas que pueden surgir cuando no se tratan varias afecciones menores. Los tipos de estrategia de prevención física y social que se aplican a las principales afecciones que amenazan la salud de la mujer al envejecer también son pertinentes para estas afecciones.

3.4. Salud mental

Más que cualquier otro problema de salud de la mujer al envejecer, la salud mental está condicionada por factores sociales y culturales. La definición de enfermedad mental así como las condiciones que afectan a la salud mental son más variadas que el diagnóstico y las causas de los problemas de salud físicos. También hay grandes diferencias según la edad y el género en cuanto a la percepción e información de la salud mental. Los estudios realizados en países desarrollados muestran de forma consistente que se diagnostican más problemas de salud mental entre las mujeres que entre los hombres de edad. Hay explicaciones divergentes respecto a dichos datos. Podría reflejar el mayor estrés y las penurias vividas por las mujeres de avanzada edad, o podría deberse a los estereotipos creados por la profesión médica y que influyen sobre sus expectativas y diagnósticos. La asociación entre pobreza y enfermedad psiquiátrica está muy bien documentada, y estos determinantes tiene mayores probabilidades de tener efectos negativos sobre mujeres mayores que sobre otras mujeres u hombres más jóvenes. Aunque existe una idea errónea muy común en el sentido de que hay mayores porcentajes, en conjunto, de desórdenes mentales entre las mujeres que entre los hombres, el predominio de unos desórdenes específicos sobre otros difiere entre hombres y mujeres. De los dos problemas de salud mental más comunes entre las mujeres mayores, la depresión es susceptible de ser tratada mediante terapias de ayuda, pero como no existen medidas de prevención contra la demencia, se requiere tanto cuidados para los afectados como ayuda para sus cuidadores. Por esta diferencia en los resultados potenciales, y porque la depresión y la demencia se pueden confundir, es esencial obtener un diagnóstico apropiado; no obstante, la declaración pasiva de la depresión en concreto, hace que pueda descuidarse en el caso de las mujeres de edad avanzada. Dicha falta de cuidado tiene implicaciones concretas para las mujeres mayores que requieren cuidados por razones distintas de la depresión que, de no tratarse adecuadamente, pueden reducir aún más la independencia y aumentar la necesidad de recibir cuidados.

La información siguiente está centrada en la depresión y la demencia como principales problemas de salud mental de la mujer al envejecer, aunque los desórdenes de ansiedad también deben ser reconocidos como problemas comunes entre las mujeres mayores. Estos desórdenes pueden hacer que las mujeres mayores afectadas limiten sus actividades y vean reducida su independencia. Las terapias sociales y psicológicas para tratar estos problemas pueden restablecer las funciones que ya han sido afectadas negativamente.

3.4.1. Depresión

La depresión puede ser producto de los muchos estreses que sufre una mujer a medida que envejece. Puesto que la depresión también puede estar relacionada con desórdenes bioquímicos, es imprescindible obtener un diagnóstico exacto y el tratamiento correspondiente. Aunque la posibilidad de sufrir un desorden psiquiátrico permanente es mayor en el hombre, la mujer tiene el doble de probabilidades de sufrir depresión (34). Se ha dicho que la mayor incidencia de las enfermedades depresivas entre las mujeres mayores puede estar algo exagerada; mientras que los síntomas más leves pueden ser normales, una enfermedad depresiva grave no suele ser frecuente (35).

La depresión leve está relacionada con las pérdidas experimentadas en distintos momentos a lo largo de la última etapa de la vida, la más frecuente es la viudedad. La viudedad suele provocar cambios en la forma de vivir, y parece que el control sobre la elección es más importante que la elección *per se* de vivir sola o con otras personas. Estudios basados en la comunidad llevados a cabo en Brasil indicaron que había un índice mucho mayor de depresión entre las mujeres mayores más pobres que vivían con un hijo casado (generalmente una hija) no por propia elección sino porque la falta de recursos económicos le imposibilitaba seguir viviendo independientemente. Asimismo, estas mujeres tenían más probabilidades de confesar que no tenían una amiga-confidente y que tenían menos contactos sociales fuera de su entorno familiar que las otras mujeres del estudio (36). En países desarrollados, la depresión diagnosticada médicamente suele tratarse con drogas psicotrópicas, como tranquilizantes, somníferos y antidepresivos; la utilización de estas drogas en mujeres mayores es mucho más frecuente que entre los hombres. Esta solución médica para lo que supone a menudo un problema social puede en realidad causar más problemas de los que soluciona, puesto que el tratamiento con drogas en sí no está exento de riesgos, y la medicación tampoco trata las causas subyacentes de la depresión (37). La depresión puede aliviarse mediante la intervención social y otras alternativas, y parece que muchas mujeres que sufren formas leves de depresión se acogen a estas formas de ayuda. En los casos en que se identifican las causas sociales de la depresión, pueden buscarse tratamientos basados en interacciones sociales positivas. Deben idearse y ponerse en marcha más programas de autoayuda, incluidos grupos de apoyo, en la asistencia primaria.

3.4.2. Demencia

Los índices de demencia aumentan rápidamente con la edad, de menos del 3% para la población de entre 65 y 70 años hasta más del 25% para personas mayores de 85 años. Cuando en el estudio se utilizan casos comparables (37), esta curva es extraordinariamente constante en varios países desarrollados, aunque la respuesta social ante la demencia varía mucho. La mujer tiene más probabilidades de sufrir demencia debido a su mayor longevidad, pero no hay pruebas de que tengan un mayor riesgo en comparación con hombres de la misma edad. Las demencias son una causa primordial de ingreso en residencias en los países desarrollados, y esta tendencia es aún mayor en el caso de mujeres mayores que no cuentan con ayuda familiar. Todavía no existen datos fiables sobre la frecuencia de la demencia en los países en vías de desarrollo, y deben desarrollarse instrumentos culturalmente pertinentes para poder realizar adecuadamente dicho estudio.

Cuidar de una persona con demencia pone una enorme responsabilidad sobre el cuidador, a menudo durante años. La mayoría de esas personas que cuidan de otras con demencia son mujeres mayores, bien esposas o bien hijas adultas. Obtener el reconocimiento de la sociedad y asegurar ayuda para los cuidadores han sido dos de los principales objetivos de la Internacional sobre la Enfermedad de Alzheimer, ya establecida en varios países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Además de ofrecer planes de autoayuda, dichas organizaciones han ejercido presión exitosamente sobre gobiernos tan diversos como Méjico y Australia. La ayuda para los cuidadores es uno de los siete componentes clave del

Australia's National Plan for Dementia Care (plan nacional australiano para el cuidado de personas con demencia) creado en 1992 ⁽³⁸⁾.

El volumen de la investigación sobre demencia ha aumentado de forma exponencial en los últimos años, pero aún no se han identificado las causas ni se han establecido tratamientos. La mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo en países desarrollados, y aunque las proyecciones sobre demencia se han basado sobre proyecciones de población, no se han realizado estudios de cohortes para establecer si hay pruebas de que existan cambios en la incidencia de la enfermedad en cohortes sucesivas.

3.5. Problemas diferentes - soluciones comunes

Está claro que existen factores comunes que contribuyen a cada una de las condiciones que afectan a la salud de las mujeres al envejecer. El resultado es que las estrategias con bases muy amplias que tratan estas causas comunes tendrán resultados de mucho mayor alcance y mucho más beneficiosos que las estrategias que tengan como objetivo enfermedades específicas. Por ejemplo, los efectos negativos del tabaco, la mala alimentación y la mala condición física (debida esta última bien a la falta de ejercicio o a los efectos perjudiciales del trabajo físico excesivamente arduo) se han identificado repetidamente como causas de los principales problemas de salud estudiados con anterioridad. Las estrategias de población preventivas en estos campos conseguirían resultados positivos en varios tipos de problemas simultáneamente. Además, hay una necesidad urgente de proporcionar más información a las mujeres de edad avanzada sobre el envejecimiento normal, y sobre temas de asistencia sanitaria primaria y de cuidado personal para problemas que si surgen. Una información que sea accesible y aceptable constituye la base de las estrategias de fomento de mejora de la salud y de prevención, y la mejor manera de desarrollarlas es la de implicar directamente a las mujeres de edad.

Otra estrategia de amplio alcance es la de formar a trabajadores de asistencia sanitaria primaria para que puedan responder a las necesidades sanitarias de las mujeres al envejecer. Con una formación básica, las mujeres que envejecen también pueden ocuparse de muchas tareas educacionales, encabezar grupos de autoayuda y defender los intereses de las mujeres de edad.

Se debería estudiar cuidadosamente el riesgo que supone la sobremedicación de los problemas de salud de las mujeres mayores, pues les expone a intervenciones innecesarias, inadecuadas y costosas. Las estrategias de prevención pueden contrarrestar de forma significativa esta tendencia, incluida el evitar que se usen drogas de forma inadecuada como se ha observado en varios de los problemas estudiados.

Por último, se debe fortalecer y ayudar a las organizaciones no gubernamentales que actúan en el campo de la salud de la mujer, en especial, fomentando la creación y la conservación de unos vínculos estrechos con los servicios de salud familiar y los programas de salud maternal e infantil ya existentes.

Los principales problemas de salud de las mujeres mayores en todo el mundo provienen de enfermedades no transmisibles. Las estrategias de prevención primaria y secundaria ofrecen varias ventajas para tratar estos problemas porque:

- € le dan a la mujer la oportunidad de evitar muchos problemas de salud que, de otra manera, podrían surgir a medida que envejecieran, y de participar en el tratamiento de los problemas que ya sufren;
- € proporcionan un medio barato, y para toda la población, de reducir la incidencia de las enfermedades y discapacidades en el futuro;
- € presentan un enfoque de la salud con el que la mujer que envejece se puede identificar y en el que puede participar, ya sea a nivel individual, comunitario o incluso más amplio.

El planteamiento más factible y válido para la prevención tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo es el de la asistencia sanitaria primaria.

Las estrategias para tratar, desde varias perspectivas, las prioridades de salud identificadas para las mujeres al envejecer incluyen:

- € el objetivo central de prevenir los principales problemas de salud evitables de la mujer al envejecer reconociendo que:
 - las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares son prioridades para las mujeres al envejecer en la misma medida que para los hombres al envejecer;
 - el tabaquismo es un asunto de interés tanto para futuras cohortes de mujeres mayores como para las cohortes actuales, y afecta igualmente a los países desarrollados y a los países en vías de desarrollo;
 - el cáncer de cuello de útero y el de mama son problemas aún más importantes para las mujeres mayores que para las mujeres más jóvenes;
 - las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mala salud entre las mujeres de edad avanzada en todo el mundo; y
 - las enfermedades transmisibles son una continua amenaza para la salud de las mujeres que envejecen en países en vías de desarrollo.
- € el fomento de programas de prevención de base amplia que traten simultáneamente varias áreas de salud prioritarias mediante:
 - el desarrollo de estrategias de prevención de enfermedades y de fomento de la mejora de la salud para enfermedades no transmisibles (en especial las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares), que apoyen

programas de nutrición y fomenten el mejor estado físico como parte del envejecimiento saludable. En los países en vías de desarrollo esto supone reducir los efectos adversos del trabajo físico intenso, y en los países desarrollados, fomentar el ejercicio y proporcionar información sobre otras actividades para el cuidado personal;

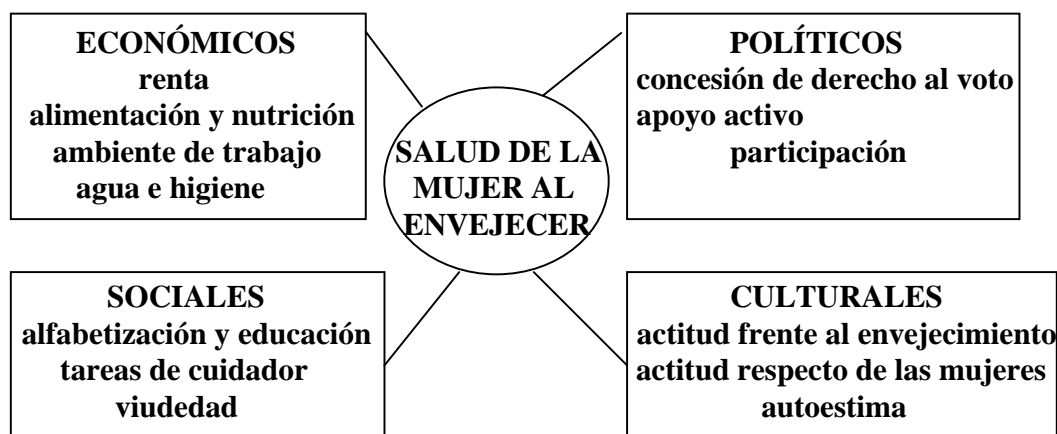
- la insistencia sobre los beneficios que tiene para toda la vida el no fumar; el fomento de programas enfocados hacia las mujeres más jóvenes y una mayor atención a los programas para dejar de fumar y otros programas de prevención entre las mujeres de edad. Esto requerirá ayuda para detener la expansión de epidemias relacionadas con el tabaco en los países en vías de desarrollo y para introducir una legislación completa que controle el consumo de cigarrillos;
 - la aseguración que los programas de población para la detección precoz del cáncer de cuello de útero incluyan a las mujeres postmenopáusicas, y que los programas de exploración para detectar el cáncer de mama estén dirigidos a mujeres postmenopáusicas, sin límite de edad máxima.
- € el uso del fomento de la mejora de la salud para contrarrestar la sobremedicación de la asistencia sanitaria de la mujer al envejecer; para ello se debe proporcionar a la mujer información sobre el envejecimiento normal y el cuidado personal para conservar la salud;
- € la formación adecuada de los trabajadores de asistencia sanitaria primaria, que les capacite para responder a las necesidades sanitarias de la mujer al envejecer, y formar a las propias mujeres de edad avanzada sobre cómo cuidarse a sí mismas;
- € el uso del Programa sobre Envejecimiento y Salud de la OMS como vehículo para la consolidación y el intercambio de información sobre las iniciativas modelo puestas en marcha hasta ahora con el objetivo de que las iniciativas menores acaben estando presentes en todo el sistema, y la incorporación de expertos en temas de salud de la mujer de edad en los comités y grupos de trabajo pertinentes;
- € el trabajo conjunto y a nivel nacional del Programa sobre Envejecimiento y Salud, las Oficinas Regionales de la OMS y las organizaciones de mujeres mayores para identificar las mejores prácticas de los programas regionales y desarrollar paquetes de material de recursos adecuados para cada zona con el fin de mejorar las estrategias propuestas por la Comisión Mundial de la OMS;
- € la puesta en marcha de una evaluación crítica de los protocolos y directrices existentes para los programas de examen de la población relativos a la mujer que envejece, para asegurarse de que estén basados en pruebas epidemiológicas bien fundadas, y fomentar planteamientos rentables de prevención.

4. DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS MUJERES MAYORES

Igual que en el caso de los demás grupos de población, los principales problemas de salud de la mujer mayor se considera que surgen tanto por factores económicos, sociales, culturales y políticos, como por factores biológicos. Esta sección se centrará sobre los principales determinantes de salud económicos, sociales, políticos y culturales de importancia específica para la mujer al envejecer, como se representa en el Gráfico 4.1.

Aunque estos factores son comunes para los países desarrollados y para los países en vías de desarrollo, existen variaciones notables en el alcance y extensión de sus efectos entre la población de mujeres de edad. Las diferencias entre el estado de salud de las mujeres y el de los hombres, y el de las personas mayores en comparación con el de los jóvenes pueden achacarse a múltiples desventajas. Para muchas mujeres, los efectos de estas desventajas los sienten durante toda su vida, y el estado de salud de las mujeres mayores refleja los efectos combinados de estas diferencias de edad y género. La alimentación de las niñas, por ejemplo, tendrá consecuencias a largo plazo sobre la fuerza de los huesos, igual que la salud reproductiva y las enfermedades de transmisión sexual afectarán a la probabilidad de sufrir cánceres de los órganos reproductores.

Gráfico 4.1.
Determinantes sociales de la salud



Aunque se reconocen los efectos negativos que pueden tener estos factores sobre la salud de algunas mujeres al envejecer, también debe admitirse que hay muchas mujeres de edad que disfrutan de buena salud. Las positivas circunstancias económicas, sociales, culturales, políticas y del entorno han contribuido a la buena salud de estas mujeres, igual que las circunstancias negativas han provocado la mala salud de las otras.

El objetivo de analizar los determinantes de salud de las mujeres mayores, económicos, sociales, culturales y políticos es el de identificar los factores que tienen correlación con los resultados negativos y con los positivos como base para mejorar y conservar la salud de la mujer a medida que envejece. También se reconoce que gran parte de la salud de las mujeres mayores refleja las circunstancias de su vida anterior, y que grupos concretos de mujeres mayores tendrán necesidades especiales. Los informes sobre la salud de los adolescentes y sobre la salud de la mujer preparados para la Comisión Mundial de la OMS sobre la Salud de la Mujer, establecieron las bases para discutir los determinantes del envejecimiento saludable, y se puede considerar que las mejoras en la salud de las mujeres mayores son indicativas de que la salud de las mujeres mejora en todas las etapas de sus vidas.

4.1. Determinantes económicos

4.1.1. Renta adecuada

La pobreza durante la tercera edad refleja a menudo una situación económica pobre en los años anteriores; muchas mujeres mayores viven en condiciones de relativa, si no completa, pobreza económica, incapaces de sufragar sus necesidades mínimas en muchos aspectos como la alimentación y la vivienda (8). Incluso en los países desarrollados, muchas mujeres de edad avanzada no cuentan con una seguridad económica independiente; la pensión de jubilación es casi siempre menor en el caso de las mujeres que en el de los hombres.

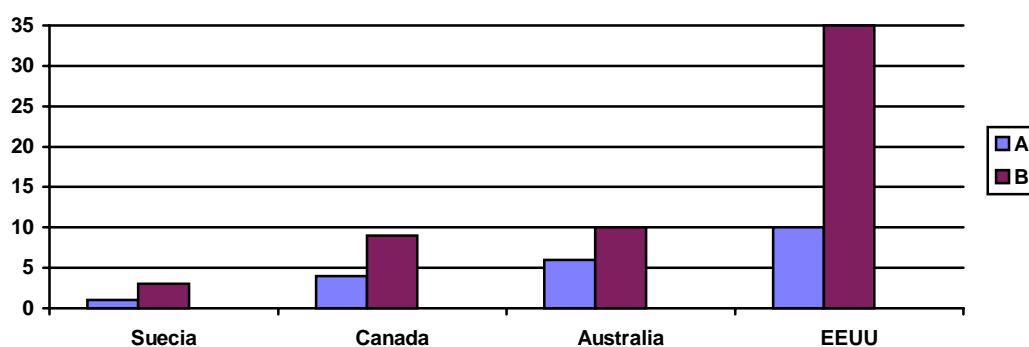
Los sistemas de seguridad social se han basado, y en gran medida siguen estando basados, en tres supuestos clave: que los niños no nacen fuera del matrimonio; que el matrimonio dura eternamente; y que el papel socialmente deseable de la mujer es el de ama de casa y madre, sin un trabajo remunerado, y dependiente de su marido. Los sistemas de seguridad social en EEUU y el Reino Unido, por ejemplo, aunque redistributivos para las mujeres como grupo, tienden a tratar a la mujer como entes dependientes de sus maridos en vez de como personas que hacen una contribución valiosa por derecho propio. Las sociedades han cambiado. Hay mucha mayor diversidad y volatilidad en los arreglos matrimoniales, mayor participación de la mujer en el mercado laboral remunerado, y se pone mayor énfasis sobre la independencia individual dentro del matrimonio. El Gráfico 4.2 muestra la medida en que los sistemas de seguridad social de los diferentes países consiguen asegurar una pensión de jubilación justa y adecuada para todas las mujeres, en especial para las que viven solas.

La asistencia sanitaria de las personas mayores suele estar financiada conjuntamente con los sistemas de seguridad social. Las transformaciones actuales y la reforma radical de algunos sistemas sanitarios indican una reducción de las prestaciones sanitarias universales en favor de varias “redes de seguridad” en los sectores de la salud y del bienestar social. Las consecuencias negativas de la reducción de los beneficios, los criterios de elección más

limitados, el aumento de los gastos sanitarios y la mayor dificultad para acceder a los servicios de salud los sufrirán principalmente las mujeres mayores.

La inseguridad de la seguridad social para las mujeres mayores es especialmente evidente en Europa del Este. Independientemente de los altos niveles de participación en el mercado laboral remunerado a edades más jóvenes, el nivel de los beneficios disponibles al llegar a la edad de jubilación generalmente ha sido bajo, y los recientes cambios económicos han reducido aún más el poder adquisitivo. La muerte de muchos hombres en la Segunda Guerra Mundial también implica que muchas de estas mujeres no se casaron y por tanto no tienen apoyo familiar y dependen de las ayudas públicas disponibles.

Gráfico 4.2.
Porcentaje de hogares de edad (65 años y más) con
rentas inferiores al 50% de la renta del hogar media (1987)
(A: matrimonio de edad; B: mujeres de edad que viven solas)



Porcentaje

Mientras que la mayoría de las mujeres mayores de los países industrializados reciben algún tipo de seguridad social o de beneficio ocupacional, muy pocas mujeres mayores de los países en vías de desarrollo reciben pensiones. Aunque existen planes de pensión en países en vías de desarrollo, están limitadas prácticamente en su totalidad a trabajadores del sector público, la gran mayoría de los cuales son hombres. Las posibilidades de que se desarrollen sistemas más amplios en el futuro es extremadamente limitada. Ante la falta de sistemas de seguridad social de financiación pública, las mujeres mayores en países en vías de desarrollo deben depender de la familia, que se convierte en la principal fuente de seguridad y asilo.

La gran mayoría de las mujeres mayores no tienen medios suficientes para pagar siquiera su asistencia sanitaria básica. La utilización de parte de sus limitados ingresos para costear su asistencia sanitaria agravaría las privaciones que contribuyen a su mala salud. Como se muestra en el Cuadro 4, la falta de autonomía económica y la dependencia de los hijos

colocan a las mujeres de avanzada edad, especialmente en zonas rurales, en una posición de dependencia.

CUADRO 4: 21,5 millones de viudas de edad en China

China experimentará un veloz proceso de envejecimiento a causa de la política oficial de un hijo por familia, establecida en 1979, la cual ha rebajado rápidamente el índice total de fecundidad (12). Dos tercios de las mujeres mayores de 64 años son viudas (se calculan 21,5 millones en 1990); el 80% de estas viudas en pueblos y el 40% en las ciudades dependen del sostén de sus hijos. Únicamente una mujer de cada diez de más de 59 años sabe leer o escribir; este hecho hace que aumenten las posibilidades de que haya un conflicto intergeneracional, debido a que los grupos de edad más jóvenes han disfrutado de mayores posibilidades educacionales (12).

La creciente urbanización contribuye al deterioro de las condiciones de vida de las mujeres mayores, tanto en el caso de las que se han quedado en las zonas rurales y que se enfrentan cada vez a mayores responsabilidades para el cultivo de las cosechas, como en el caso de las que migran a zonas urbanas sólo para encontrar que los papeles tradicionales y la ayuda recíproca ya no están disponibles para ellas. Para la mayoría de las que se quedan en zonas rurales, hay pocos servicios sanitarios, mientras que en zonas urbanas, los doctores y los servicios de orientación médica toman pocas iniciativas para que las mujeres que vienen de zonas rurales compartan sus conocimientos tradicionales y su experiencia. Al mismo tiempo, el aumento de mujeres jóvenes que viven en las ciudades está creando futuras cohortes de mujeres mayores en ambientes urbanos que tendrán necesidades diferentes.

La Organización Internacional del Trabajo y las organizaciones de seguridad social tiene hace mucho tiempo intereses en las pensiones de jubilación, y se están interesando cada vez más en temas de equidad entre géneros. También se están estudiando las formas en que los servicios sociales como la asistencia sanitaria y la vivienda se relacionan con las oportunidades y condiciones de trabajo. Es a través de la coordinación entre estos organismos que los temas de salud de la mujer mayores podrán desarrollarse en un marco intersectorial.

4.1.2. Recursos básicos adecuados: alimentación y nutrición

En los países en vías de desarrollo, las deficiencias nutricionales de la población en general son aún más graves entre las mujeres mayores. El hambre, las guerras y las migraciones desorganizan la distribución de alimentos para todos. Pero incluso en circunstancias normales, la mala alimentación está agravada por problemas de salud bucodental, por alimentos de baja calidad nutricional, y por desórdenes digestivos crónicos, incluidas las infecciones parasitarias. La salud de las mujeres mayores en estos países refleja los efectos acumulativos de estos problemas. Por ejemplo, los años de partos repetidos y de sacrificar su propia alimentación en beneficio de su familia provocan a menudo una anemia crónica.

Los problemas nutricionales de las mujeres pobres de zonas rurales tienen raíces comunes en muchos países y regiones. En varios entornos diferentes surgen los mismos temas: en

familias y comunidades pobres, las mujeres trabajan más que los hombres pero comen menos, y los hombres contribuyen menos a la prosperidad, la salud y el bienestar familiar aunque ganan más dinero. El alto coste que tiene para la mujer el trabajo duro, junto con una alimentación insuficiente, se refleja en la mala salud y la falta de bienestar en la tercera edad. Unas manifestaciones concretas son las lesiones de cuello y espalda por acarrear grandes pesos (Cuadro 5).

CUADRO 5: Trabajo pesado

En los pueblos remotos del Himalaya, a 600 km. al norte de Nueva Delhi, las mujeres caminan una media de 10 km. tres días de cada cuatro, durante una media de siete horas seguidas. A la vuelta acarrean unos 25 kilos de leña cada vez. Todas las mujeres, jóvenes y mayores e incluso las embarazadas, participan en esta actividad. En una ocasión en que los hombres de un pequeño pueblo quisieron vender al gobierno el bosque comunitario cercano para convertirlo en una granja para plantar patatas, las mujeres protestaron. Si se hubiese talado el bosque, las mujeres hubieran tenido que pasar varias horas más al día para recoger las cantidades de comida y leña que necesita la familia cada día (39).

Tras la mayoría de los planes de acción para asegurar el suministro de alimentos existe la suposición de que una vez que una familia recibe suficiente comida, cada uno de sus miembros será alimentado adecuadamente. Sin embargo, aumentar la cantidad de alimentos a los que tiene acceso una familia no garantiza que las mujeres mayores de la familia reciban suficiente comida. Algunas iniciativas de desarrollo ignoran a las mujeres, algunas no reconocen sus problemas particulares, y algunas incluso empeoran su situación.

En los países desarrollados, la mala alimentación generalmente está restringida a los pobres y los no privilegiados, y se manifiesta a menudo mediante una sobrealimentación con dietas ricas en carbohidratos y grasas. Algunos problemas nutricionales de las mujeres de avanzada edad son la consecuencia de hábitos seguidos durante toda la vida y otros están provocados por la pobreza, empeorados a menudo por circunstancias sociales como el vivir solas.

Por último, en situaciones de conflicto, las mujeres mayores corren aún mayor riesgo de no recibir una alimentación adecuada, como se informó recientemente tras un estudio llevado a cabo en Bosnia Herzegovina (40).

4.1.3. Entornos de vida adecuados: agua, higiene y abrigo

Otro determinante de salud es un entorno de vida adecuado, especialmente el acceso a agua potable y a la higiene. En zonas rurales de países en vías de desarrollo menos de dos tercios de la población tiene acceso a agua potable; menos de la mitad tiene acceso a sistemas sanitarios. Por ejemplo, únicamente entre un 10% y un 15% de los habitantes de las zonas rurales de Laos tienen acceso a una fuente de agua potable y sostenible, y tan pocos como entre un 1% y un 2% tienen acceso a letrinas correctamente construidas. Cifras totales

como éstas pueden agravar la apremiante situación de muchas mujeres de edad que se han quedado en pequeños pueblos cuando los jóvenes se han marchado a zonas urbanas.

La falta de agua de bebida potable afecta más a la salud de la mujer que a la del hombre. A causa de la división de los trabajos según el género (en especial las tareas domésticas), las mujeres están en contacto con agua contaminada con mayor frecuencia y por tanto corren más riesgo de sufrir infecciones provenientes de esta fuente. Cargar regularmente con grandes pesos puede agravar los problemas osteomusculares, el prolapso del útero y la malnutrición aguda. En Indonesia, por ejemplo, la discapacidad física más corriente en el caso de las mujeres de avanzada edad está causada por ir a buscar agua.

Aunque la educación de la mujer en cuanto a la utilización de agua potable tiene cierta importancia, su efectividad estará limitada a no ser que también se den cambios respecto de sus grandes responsabilidades en la agricultura, y el correspondiente aumento del riesgo de infección por agua contaminada en los campos. El suministro de agua canalizada es uno de estos cambios que mitigarían otros problemas. Otros riesgos del entorno que amenazan la salud de las mujeres mayores incluyen la exposición a pesticidas agrícolas durante toda la vida y la contaminación del aire en el interior de las casas debido a los humos de las cocinas.

4.2. Determinantes sociales

Tres determinantes sociales tienen importantes consecuencias sobre la salud de la mujer al envejecer. El primero, la educación y la alfabetización, es parte de los primeros años de vida. El segundo y el tercero son acontecimientos mayores y muy frecuentes que ocurren en las últimas etapas de la vida: la probabilidad de tener que cuidar de un esposo o familiar discapacitado; y la viudedad. Estas experiencias pueden considerarse normales en tanto que haya normas sociales y culturales que rijan los papeles de cada uno y sus expectativas. Estos acontecimientos pueden tener consecuencias tanto positivas como negativas sobre la salud, y la forma en que los viven las mujeres mayores varía mucho incluso dentro de la misma sociedad. Otros hechos que pueden ocurrir en los últimos años, como la violencia y los malos tratos, pueden considerarse anormales y tendrán únicamente efectos negativos sobre la salud de la mujer al envejecer. El miedo a que esto ocurra, así como el hecho de que ocurra realmente, pueden aumentar su vulnerabilidad. La diversidad de experiencias de las mujeres al envejecer, y su desventaja general en comparación con los hombres en lo que se refiere a alfabetización y viudedad, pueden verse en la Tabla 4.1.

La cohorte actual de mujeres mayores incluye las mujeres nacidas en los años noventa del siglo XIX y las nacidas en los años treinta del siglo XX. Este período de tiempo tan amplio presenta contrastes considerables no sólo en oportunidades educativas y ocupacionales, sino también en experiencias sociales y los principales acontecimientos de la vida. Las mujeres que envejecerán el siglo que viene nacieron después de la Segunda Guerra Mundial. Las expectativas para su vida futura serán distintas de las de las actuales cohortes de mujeres mayores. El estado de salud de las actuales cohortes de mujeres mayores refleja las condiciones sociales de muchos años atrás, mientras que la salud de las cohortes que

envejecerán en el futuro reflejará las condiciones sociales y económicas del pasado más inmediato, además de las actuales y las futuras. No es fácil predecir las consecuencias futuras de estos factores sobre la salud.

4.2.1. Alfabetización y educación

La educación es uno de los determinantes sociales de la salud más fácilmente modificables. La relación entre educación y salud está muy clara; los niveles más altos de educación están asociados con la buena salud. Las personas con más educación muestran constantemente menos discapacidades y mejores posibilidades de recuperación después de enfermedades.

Los niveles de alfabetización y educación entre la mayoría de las actuales cohortes de mujeres mayores son muy bajos en muchos países en vías de desarrollo. Las mejoras en la educación de las niñas darán como resultado unas cohortes futuras mejor educadas. Conseguir un nivel básico de alfabetización para las mujeres de edad es un requisito previo para fomentar su participación en sociedades cada vez más alfabetizadas. De la misma forma que la educación de las mujeres jóvenes ha sido un factor básico en la mejora de la salud maternal e infantil, puede esperarse que el aumento de la alfabetización de las mujeres de avanzada edad proporcione mejoras en su salud.

Si no se presta atención al problema de la alfabetización, entonces las mujeres mayores estarán incluso más marginadas. En los países desarrollados, el alto índice de participación de las mujeres mayores en cursos de enseñanza para adultos indica su deseo de “recuperar” las oportunidades perdidas. Los actuales cambios en la participación de mujeres jóvenes y de mediana edad en el mundo laboral, junto con su mejor educación y experiencia laboral, darán lugar en el futuro a un gran grupo de mujeres mayores que querrán participar no sólo en el mundo laboral sino también en otros aspectos de la vida pública, tanto en sectores formales como informales.

Tabla 4.1: Analfabetismo y viudedad en mujeres y hombres mayores (+60 años) (44)

País	% Analfabetos		% Viudos	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
<i>África subsahariana</i>				
Mozambique	99	86	55	19
Burkina Faso	99	94	50	8
Sudáfrica	37	4	48	10
<i>India</i>	92	65	64	19
<i>China</i>	95	61	58	27
<i>Otros países asiáticos e Islas</i>				
Bangladesh	96	70	66	8
Filipinas	51	42	41	15
Tailandia	70	34	53	17
Corea	71	32	64	13
<i>Oriente Medio</i>				
Egipto	95	77	60	12
Turquía	85	50	50	15
<i>Latinoamérica</i>				
Brasil	56	44	47	12
Méjico	45	33	38	12
Argentina	14	11	44	13
<i>Antiguas economías socialistas de Europa</i>				
Rumanía	u	u	50	16
Polonia	5	3	52	14
Hungría	3	1	52	16
<i>Economías de mercado sólidas</i>				
EEUU	7	9	26	6
España	22	9	42	14
Australia	u	u	43	12
Francia	u	u	45	13
Japón	u	u	49	12

Nota: u = alfabetismo universal

4.2.2. *La mujer mayor como cuidadora*

La OMS ha reconocido la importancia de los cuidados informales tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Puesto que en los países industrializados el grupo de personas con una edad superior a los 60 años abarca más de una generación, contiene una gran variedad de estilos de vida y de arreglos familiares. Un dato sorprendente es la proporción de mujeres mayores que cuidan de otras personas. La ayuda dentro de la familia recae mayoritariamente sobre la esposa; es más probable que las mujeres mayores cuiden de sus maridos de más edad que a la inversa. En los casos en que no existe una esposa que pueda ejercer de cuidadora, son generalmente otras mujeres (normalmente hijas y nueras adultas) las que llevan a cabo esta tarea; muchas de estas mujeres tienen ellas mismas más de 50 años, y cuidan de progenitores (normalmente sus madres) que tienen cerca de 80 años ó más. Las mujeres mayores también actúan como cuidadoras de hijos adultos discapacitados y de niños pequeños; un caso en concreto relacionado con esto es el SIDA, en el que las abuelas asumen cada vez más el papel de cuidadoras como se muestra en el Cuadro 6. “Cuidados familiares” normalmente quiere decir cuidado proporcionado por la mujer. A la inversa, en los países desarrollados, la relativa ausencia de ayuda familiar para las mujeres de mayor edad es la razón fundamental para la creciente utilización de residencias.

Es adecuado proporcionar asistencia para los cuidadores, y es esencial relevarles regularmente de su responsabilidad. Las mujeres que cuidan de otras personas necesitan opciones. Aunque existen muchos aspectos positivos en el papel de cuidadora, cada vez hay más información que documenta los adversos efectos emocionales y físicos de cuidar de un adulto discapacitado de mayor edad durante largos períodos de tiempo. Hoy en día hay personas gravemente discapacitadas que viven muchos años, incluso décadas. El valor que se otorga al papel de la mujer o la hija como cuidadora primordial es tal que proporcionarles ayuda puede ser más apropiado que relevarles de su tarea de cuidadoras. El valor social que se da al hecho de cuidar de familiares es una fuerza potente que está dando forma a la naturaleza de la asistencia proporcionada, y el reconocimiento público de este valor es fundamental para que se asignen fondos públicos para ayudar a las cuidadoras.

CUADRO 6: SIDA: la responsabilidad de las abuelas en una comunidad africana; una declaración de *HelpAge International*

“Las continuas responsabilidades resultantes del SIDA recaerán casi en su totalidad sobre las abuelas en determinados países en vías de desarrollo. Esta afirmación probablemente sea contraria a la mayor parte de los conocimientos que se tienen sobre el SIDA. En una situación familiar en la que los dos progenitores y varios de los hijos están muriendo de SIDA, es probable que la persona superviviente responsable sea la abuela, que posiblemente sea la persona más activa, más en forma y más competente para manejar los asuntos familiares ... En una sociedad en donde no existen servicios médicos, de orientación o de hospicios, adecuados, la abuela deberá cuidar, durante un largo período de tiempo terminal, a pacientes que sufren una enfermedad poco conocida o incluso totalmente desconocida en la cultura local. Es una enfermedad peligrosa para la propia abuela-enfermera poco adiestrada. Es una enfermedad sobre la que no tienen ninguna aplicación ni efecto los remedios tradicionales locales. Es una enfermedad sobre la que la abuela puede no tener acceso a ningún pronóstico ni a asesoramiento sobre tratamientos paliativos y acciones para la prevención.

Además de la responsabilidad de cuidar de los enfermos, la abuela tendrá la responsabilidad de encargarse de la casa y de evitar que se contagien los niños supervivientes. Es más, es posible que se hayan perdido las fuentes de ingresos de la familia y la capacidad de la familia para producir o procurarse alimentos. La abuela deberá convertirse en la persona que gana el dinero y que produce la comida.” (41).

La incorporación de más mujeres al mundo laboral remunerado en los países desarrollados se ha considerado a menudo como un factor que reduce la disponibilidad de cuidadores dentro de la propia familia. El alcance de esta tendencia es limitado debido al bajo índice de participación de la mujer de más de 50 años en el mundo laboral remunerado, aunque las mujeres más jóvenes que compaginan su trabajo con el cuidado de parientes de edad avanzada constituyen una pequeña pero especial minoría de cuidadoras. Los países asiáticos que se están industrializando con rapidez están actualmente viviendo grandes transformaciones en cuanto a la participación de la mujer en el mercado laboral. Aún no está claro el impacto que tendrán estos cambios sobre las relaciones intergeneracionales, y la medida en que se compartirán los beneficios del desarrollo en cada generación. En lugar de exagerar el impacto de la mayor participación en el mercado laboral sobre la disponibilidad de cuidadoras, sería más importante que se desarrollaran una serie de opciones que permitieran a la mujer elegir el equilibrio, (entre las responsabilidades de trabajo y de su tarea de cuidadoras), que más se adecue a su situación personal.

4.2.3. Viudedad

Las mujeres mayores de todo el mundo tienen muchas más posibilidades de enviudar que los hombres, pero en algunos países hay mayores cifras de viudas que en otros. En los países en vías de desarrollo, la acusada diferencia entre la proporción de mujeres y hombres mayores de 60 años que han enviudado se debe tanto al gran número de hombres que

vuelven a casarse como a la mayor esperanza de vida de las mujeres; este último es el factor principal en los países desarrollados.

Mientras las normas sociales que aprueban que un hombre se vuelva a casar, o que se case con mujeres más jóvenes, hacen que la viudedad sea un estado menos probable para los hombres, la mayoría de las mujeres puede esperar que la viudedad sea parte normal de su vida adulta. Sin embargo, pocas mujeres mayores están preparadas para este papel. Las normas sociales respecto de la viudedad generalmente suponen restricciones de la independencia, pues la viudedad ocasiona una serie de ajustes incluidos cambios en la forma de vida, (con quién, cómo y dónde se vive), y en la seguridad económica así como en las relaciones personales que afectan al compañerismo y la intimidad. La gran mayoría de las mujeres en países desarrollados soportan bien estos ajustes, sin que afecten negativamente a su salud, pero para una pequeña minoría producen importantes consecuencias sobre su salud mental.

La gran mayoría de mujeres de edad avanzada en países en vías de desarrollo viven en grupos familiares amplios y numerosos, tanto por necesidad como por propia voluntad. Además de la urbanización, que puede dejar a viudas aisladas en zonas rurales, las megaciudades de crecimiento rápido dan lugar a barrios pobres que crecen continuamente en los suburbios y en los que a menudo falta el apoyo de dicha familia numerosa. Incluso cuando la viuda consigue ayuda familiar y tiene la posibilidad de contribuir de forma práctica en la casa, esta situación puede convertirle en dependiente de los miembros más jóvenes de la familia. En algunos países, como se ve en el Cuadro 7, la forma en que se vive la viudedad supone una verdadera amenaza para la salud y el bienestar de estas viudas.

La situación de las viudas en países desarrollados presenta un cuadro diferente de los recursos económicos y la dependencia. Aunque la viudedad es un factor de independencia que permite a la viuda vivir sola, esta misma vida independiente también le hace más vulnerable al aislamiento, una vulnerabilidad que se agravará si la salud empeora.

CUADRO 7: Viudedad en Nigeria

En Nigeria, la legislación sobre la familia permite determinadas costumbres que se siguen cuando una mujer enviuda y que la discriminan claramente, especialmente a la mujer casada por la legislación tradicional y no por la legal. Algunas de estas prácticas negativas derivan de la creencia que *“la belleza de una mujer es su marido”*. A su muerte, se le considera una persona sucia e impura, y las costumbres que debe observar en las semanas posteriores a la muerte de su marido pueden minar su salud. Si no tiene hijos varones adultos, puede ser expulsada de la casa de su marido puesto que tanto ésta como las tierras de su marido las habrá heredado el hermano más mayor de éste. En la mayoría de los casos, los parientes del marido no proporcionarán a la viuda ningún tipo de ayuda económica, especialmente si no acepta ser una mujer más de uno de los hermanos de su marido.

En un estudio en Imo State, Nigeria, se llevaron a cabo entrevistas y discusiones con gobernantes tradicionales, líderes de organizaciones de mujeres, y viudas. Se identificaron cinco factores que tenían repercusión sobre el estado de salud y la situación económica de las viudas: el largo período de encarcelamiento durante el duelo, la obligación de mantener una higiene deficiente, la pérdida de los bienes de su marido y el maltrato por parte de sus parientes, la lamentación continua obligatoria, y la práctica de exigir a la viuda que permanezca en la misma habitación que el cadáver de su marido hasta que sea enterrado (42).

Las relaciones independientes con hijos adultos y generaciones más jóvenes serán de gran ayuda para las viudas, pero depender de los hijos puede ocasionar conflictos culturales e intergeneracionales. A medida que cambian los valores, las mujeres mayores se encuentran en una posición cada vez más vulnerable. *“Ser vieja, solía ser la mejor parte de la vida”*. Esta declaración de una mujer keniana se refiere a un tiempo en que las mujeres de edad avanzada eran respetadas por su gran edad y conocimientos y desempeñaban un papel importante en la sociedad como jueces, profesoras y líderes de la comunidad. Las mujeres que envejecen actualmente en comunidades como éstas no desempeñan ya un papel central en la comunidad, y la extensión de la educación y valores occidentales ha reducido el respeto que se tenía en el pasado por la sabiduría tradicional propia de las personas mayores.

4.3. Determinantes políticos

Tradicionalmente, las mujeres han dependido de los hombres otorgándoles poder absoluto para decidir sobre sus necesidades, incluidas sus necesidades sanitarias. Esta subordinación ha dado como resultado una falta de atención sobre las necesidades de la mujer que no son propias también del hombre. La incorporación de la mujer a la vida política tiene el potencial de invertir este abandono histórico.

4.3.1. Participación y protección de la ciudadanía

La creciente participación de la mujer en la vida política se siente en la concesión de su derecho al voto y en su movilización para la acción, incluida la acción relativa a la salud. Nueva Zelanda fue el primer país en conceder a la mujer el derecho a votar (en 1893), aunque no se eligió la primera mujer parlamentaria hasta 40 años más tarde, y tuvieron que pasar 100 años antes de que una mujer fuera elegida líder de un partido político. Las mujeres de muchos países, incluidos Francia, Japón, Italia y Hungría, no obtuvieron el derecho al voto hasta después de la Segunda Guerra Mundial. En Sudáfrica, muchas mujeres mayores votaron por primera vez en su vida en 1994. En algunos países en vías de desarrollo todavía hay mujeres que no están totalmente emancipadas.

La creciente participación de la mujer en la vida pública de muchas naciones es en parte el resultado de la movilización política de la mujer a través del movimiento internacional de la mujer durante los últimos 25 años; 1995 es el final de la segunda Década Internacional de la Mujer designada por la OMS.

“Las pioneras de la segunda ola de feminismo están llegando a la mediana edad y más allá. De hecho toda la generación del baby boom posterior a la guerra está entrando en la mediana edad, lo que significa que éste será un grupo de edad a tener en cuenta en todos los sentidos de la palabra. (43)”

Los derechos y la protección, generalmente proporcionados por la ciudadanía, se ven amenazados en situaciones de conflicto, cuando se derrumban las posiciones del Estado y del sistema jurídico. Los refugiados los pierden por completo. La mujer tiene más probabilidades de convertirse en una víctima de estas circunstancias. La pérdida de vidas en los conflictos también priva a las mujeres mayores de la ayuda que podían esperar de sus esposos y de sus hijos en la vejez. Los informes de las consecuencias de la guerra sobre las personas mayores de la antigua Yugoslavia (44) son iguales a los de muchas otras partes del mundo.

4.3.2. Apoyo activo de la salud

Ya hay indicios de que está surgiendo una cohorte politizada de mujeres mayores, y que la salud es una de las razones principales para la movilización política de las mujeres al envejecer. Cada vez más mujeres de avanzada edad ocupan posiciones en las que pueden reivindicar sus intereses en el proceso de tomar decisiones. En el futuro habrá más defensoras de la salud y de los intereses de la mujer de edad.

Un ejemplo del apoyo activo de la mujer al envejecer es el *Boston Women's Healthbook Collective* que publicó en 1971 el primer manual para la mujer sobre autoayuda en materia de salud. Esto supuso un punto de inflexión en los esfuerzos para divulgar y reinterpretar asuntos que los conocimientos médicos habían enrarecido. El manual tuvo un éxito clamoroso y el Colectivo se convirtió en un promotor clave del movimiento para la autoayuda de la mujer en muchos países distintos, incluidos Puerto Rico y Méjico (45). Los miembros del Colectivo, ellos mismos ya en la mitad de sus vidas, sufragaron la

publicación de un libro para las mujeres mayores *Ourselves, Growing Older* (47) (Nosotras mismas, envejeciendo). Este libro, del que se vendieron más de 100.000 copias en siete años, lo escribieron mujeres desde los 40 años hasta más allá de los 90. Las personas que llevaron a cabo este proyecto, participan también en iniciativas para formar a las mujeres mayores y a los encargados de suministrarles asistencia sanitaria sobre varios temas de salud, como por ejemplo, la incontinencia urinaria.

Tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, pueden encontrarse ejemplos positivos de apoyo activo de la salud en organizaciones no gubernamentales y grupos informales, muchos de los cuales están muy desarrollados y proporcionan importantes iniciativas. Formar y movilizar a las mujeres sobre temas de salud y envejecimiento es una importante estrategia de acción. La naturaleza colectiva de dicha acción proporciona por sí misma una gran oportunidad para la participación. También ayuda a la mujer a conocer el valor de la legislación contra la discriminación como herramienta para la igualdad. Incluso en los casos en que existe dicha legislación, hay una necesidad de asegurar que los principios se pongan en práctica y que los derechos *de jure* no se interpreten simplemente como que los derechos *de facto* son operativos.

4.4. Determinantes culturales

La forma en que una mujer vive el envejecimiento y su estado de salud estará profundamente influenciados por el contexto cultural en que esto ocurra. La actitud de los demás frente a las mujeres mayores, la actitud de la mujer de edad frente a sí misma, y la actitud frente a la menopausia y el envejecimiento influyen en las expectativas de salud en los últimos años. Fomentar actitudes positivas respecto de las mujeres mayores tiene una importancia crítica para conservar planes de acción públicos positivos.

4.4.1. Actitudes frente a las personas mayores

La posición que se otorga a las mujeres mayores varía tremendamente en las distintas culturas. En las sociedades no industrializadas del pasado, a veces había muchas oportunidades para ganar prestigio y autoridad con la edad; en general, estas oportunidades de adquirir más poder con la edad han disminuido con la modernización y el desarrollo (46). No obstante, recientes trabajos de la Comisión Europea informan de actitudes positivas hacia las personas mayores en varios países del norte de Europa, en los que las personas de avanzada edad han conseguido desempeñar papeles independientes y activos en sociedades industrializadas. En los países del sur de Europa, sin embargo, se ha comprobado que aunque las personas mayores han perdido su categoría tradicional, no han surgido todavía nuevos papeles positivos para ellas (47).

La mujer sufre discriminaciones basadas en su edad antes que el hombre. La discriminación por la edad intensifica la discriminación por género. A la mujer se le considera “mayor” a una edad más joven que al hombre. Y además, se considera que son débiles, dependientes, vulnerables, y faltas de feminidad y sexualidad. Dichas imágenes negativas contribuyen a

hacer invisible a la mujer mayor y anulan su significativa diversidad e iniciativa. Este bajo *status* de la mujer al envejecer no es inevitable.

Como se muestra en el Cuadro 9, en muchas sociedades las mujeres pueden acceder a papeles positivos a medida que envejecen, y éstos pueden suponer una mejora de su posición y un aumento de su autoridad. Estos papeles incluyen los de suegra, abuela, continuadora del linaje, líder en temas religiosos y rituales, maestra artesana, concejala y líder política. Muchas mujeres mayores también disfrutaban de mayor libertad de movimiento y de comportamiento personal (51).

CUADRO 9: Mujeres maoríes: honor con la edad

Los maoríes, el pueblo indígena de Nueva Zelanda, ofrecen distintas definiciones sobre cómo y cuándo se convierte una mujer maorí en *kuia* (el término que denota respeto hacia una mujer de edad avanzada). Ser abuela se considera calificativo, aunque muchas mujeres maoríes alcanzan este estado antes de su 40 cumpleaños. Otra definición (probablemente la de mayor aceptación) se refiere al momento de la vida en que una mujer entra en la menopausia y deja de ser fértil. Una tercera posibilidad para ser considerada *kuia* es la de desempeñar el papel en sí. El título que se otorga supone la aceptación de un manto de liderazgo.

“El honor normalmente se recibe de manera humilde y no sin cierta reticencia, no sólo porque es una aceptación pública de vejez, sino por la responsabilidad que dicho papel conlleva como: conservadora de la tradición tribal, árbitro de disputas, fuente de sabiduría y vínculo con el pasado, todo en uno. Ella es la personificación de la tribu” (48).

Incluso hoy en día, en tiempos de rápidos cambios, el papel de la *kuia* se ha mantenido como una expresión profunda de los valores y prácticas tradicionales maoríes (49).

4.4.2. Actitud de las mujeres mayores hacia sí mismas: autoestima

La relación entre envejecimiento, salud y autoestima tiene muchas facetas. La autoestima refleja un sentido de la valía de una misma y de ser valorada por los demás. Igual que la autoestima puede contribuir tanto a la salud física como a la salud mental, que a su vez mejorarán la autoestima, la falta de autoestima puede afectar negativamente a la salud, especialmente a la salud mental. Sucesos traumáticos en la vida anterior de la mujer son especialmente propensos a tener consecuencias negativas sobre el establecimiento de su identidad y la confianza en sí misma, efectos que serían de larga duración. En casos extremos, estos sucesos pueden incluir la violencia sexual y la mutilación corporal, pero muchos otros sucesos menores también pueden reducir la autoestima.

En algunos países desarrollados, la mujer, al envejecer, se enfrenta a la difícil elección entre ceder ante las tendencias de la moda e intentar mantenerse “eternamente joven”, o

aceptar los papeles estereotipados y limitados asignados a las mujeres mayores. Aún así, el papel de abuela, cuidadora o viuda puede dar un nuevo valor y significado a las vidas de las mujeres de avanzada edad a medida que se reestructuran sus relaciones con la familia y los amigos. En los casos en que la viudedad y otros cambios en las relaciones dentro de entornos familiares amplios implican pérdidas, el contacto con sus pares será probablemente de vital importancia para proporcionar a la mujer que envejece un papel valioso en su grupo social más cercano. En el establecimiento de nuevas normas sociales para las transiciones de los últimos años de vida, el apoyo de los pares puede reducir el aislamiento social y la depresión, y la excesiva medicación que en otros casos acompaña frecuentemente a estos sucesos en los países desarrollados.

En los países en vías de desarrollo en los que la ruptura de las relaciones en el seno de familias amplias ha erosionado la anterior categoría de las mujeres mayores en la sociedad tradicional, el apoyo de los pares probablemente desempeñará un papel cada vez más importante en las vidas de las mujeres mayores. Mantener el equilibrio entre la creación de nuevos papeles y la conservación de los tradicionales en sociedades que están creciendo rápidamente es una tarea de gran importancia para cuya ejecución las propias mujeres mayores son las mejor preparadas. Las iniciativas que refuercen la capacidad de estas mujeres para ayudar activamente y actuar en su propio beneficio constituyen los medios principales para derribar las barreras erigidas por la falta de autoestima y la falta de recursos personales, incluido el analfabetismo.

En todos los países, el fomento de actitudes positivas ante su propio envejecimiento y reforzar la autoestima de las mujeres de edad son claves para que controlen sus vidas y sigan participando en la sociedad. Los beneficios de la salud mental y física que a su vez resultan de esto hacen posible el desarrollo personal continuado y la participación en una sociedad más amplia. Los medios de comunicación más populares en todas las sociedades desempeñan un papel primordial en la tarea de presentar los logros y el aspecto de la mujer al envejecer en unos términos que sean positivos y realistas en lugar de mantener estereotipos negativos y poco realistas.

Por último, las mujeres mayores son a menudo las guardianas de la cultura religiosa y espiritual, y estos valores se vuelven más importantes para muchas mujeres a medida que envejecen. El respeto a los miembros de mayor edad de la sociedad es frecuentemente parte de estos valores, y las mujeres mayores pueden desempeñar un papel importante en la tarea de preservar estas tradiciones y transmitir las a otras generaciones.

4.5. Mejores vidas - mejor salud

Los determinantes de salud multidimensionales de la mujer mayor obligan a que las estrategias para mejorar y conservar la salud tengan una base igual de amplia. Se necesita una acción multisectorial, no sólo para estudiar el estado desventajoso de muchas mujeres mayores, sino también para reconocer y apoyar su contribución continua, teniendo en cuenta los constantes cambios de las situaciones sociales en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo.

Se pueden proponer varias estrategias para estudiar los determinantes subyacentes de la salud de la mujer al envejecer. Estas estrategias suponen el desarrollo de planes de acción para mejorar el bienestar de la mujer al envejecer, y el apoyo activo para fomentar su participación en la toma de decisiones y en las actividades de autoayuda, incluida la ayuda para los cuidadores.

Las estrategias propuestas para estos fines son:

- € la adopción de un enfoque que abarque toda la vida a la hora de tratar temas de salud, que reconozca que los determinantes más influyentes en la salud de la mujer al envejecer (condiciones de vida y papeles sociales) son los mismos que determinan la salud en las primeras etapas de la vida;
- € la disponibilidad de asistencia sanitaria primaria al alcance de todo el mundo, para asegurar que a la mujer que envejece no se le deniega la asistencia sanitaria por su incapacidad para pagar por ella. Dadas las rentas muy bajas de las mujeres mayores en muchos lugares del mundo, las estrategias deben centrarse en proporcionar asistencia sanitaria bien gratuitamente o bien a un coste directo muy bajo para el consumidor;
- € la extensión de los programas de alfabetización básicos para las mujeres mayores para que puedan obtener los mismos beneficios de la educación que las mujeres más jóvenes e incrementar su capacidad de participar de forma continuada en sociedades cada vez más alfabetizadas;
- € el reconocimiento del papel de las mujeres de avanzada edad como cuidadoras y la provisión de ayuda para estas cuidadoras como parte integrante de los servicios de asistencia sanitaria primaria basados en la comunidad;
- € el fomento de modelos positivos de mujeres mayores saludables y que participan en todos los ámbitos de la sociedad; y grupos de autoayuda que permitan a las mujeres de avanzada edad utilizar sus recursos colectivos y reforzar las redes de contactos de las mujeres mayores;
- € la creación de mecanismos de consulta a nivel nacional y local para dar a las mujeres mayores una voz en el desarrollo de planes de acción y programas para la salud de la mujer al envejecer y oportunidades para defender los intereses de todas las mujeres mayores; y
- € la no discriminación del acceso de las mujeres mayores a la asistencia sanitaria en razón de su edad o sexo, mediante la concesión del derecho al voto y el desarrollo de una legislación que proteja sus derechos.

5. UN MARCO Y ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN

5.1. Un marco para la acción

5.1.1. *Papel de la Comisión Mundial de la OMS sobre la Salud de la Mujer*

La Comisión Mundial de la OMS sobre la Salud de la Mujer está situada en una posición ideal para reforzar el apoyo activo de la Organización para que se adopten y pongan en marcha estrategias efectivas que se encarguen de velar por que los asuntos que más preocupan a la mujer mayor en materia de salud ocupen un lugar importante y continuado en las agendas nacionales e internacionales. Este informe para la Comisión Mundial podrá utilizarse como base para dicho apoyo activo pues proporciona orientación y motivación para los Estados Miembros y otros organismos internacionales. Un medio para alcanzar dicho objetivo es el de difundir lo más ampliamente posible este informe.

Además, la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer, por su propio mandato, desempeña un papel importante en el seno de la OMS para acelerar el reconocimiento de la mujer mayor en el trabajo de todos los programas de la OMS. El Programa sobre Envejecimiento y Salud es un vehículo para este fin, y la Cuarta Conferencia Internacional de la OMS sobre el Fomento de la mejora de la Salud en 1997 y el Año Internacional de las Personas Mayores en 1999 proporcionan fechas clave para mejorar las estrategias e informar de los progresos a corto y medio plazo.

5.1.2. *Salud para todas las mujeres al envejecer*

El marco para mejorar la salud de todas las mujeres que envejecen es el mismo que para mejorar la salud de todos los miembros de la sociedad. Este marco incorpora los principios del *Ottawa Charter* y se centra en estrategias que estudian los determinantes de salud a nivel de la población en lugar de las consecuencias de la mala salud a nivel del individuo.

El *Ottawa Charter* buscaba fijar unos objetivos y desarrollar estrategias de acción para lograr el objetivo de la OMS de Salud para Todos, con una referencia particular a la equidad, el fomento de la mejora de la salud, la reorientación de los servicios sanitarios para reforzar la asistencia sanitaria primaria, la acción y participación de la comunidad, unos planes de acción públicos saneados, la cooperación intersectorial para desarrollar entornos de ayuda, y la cooperación internacional. Las iniciativas puestas en marcha por el *Ottawa Charter* han seguido evolucionando a través de ciertas conferencias internacionales sobre el fomento de la mejora de la salud. La cuarta conferencia de este tipo tendrá lugar en Delhi en 1997, con el tema "Llevar el fomento de la mejora de la salud al siglo XXI". La salud de la mujer y su envejecimiento se han identificado como dos de los asuntos prioritarios de fomento de la mejora de la salud a ser estudiados.

Basándose en los resultados previstos en vista de las tendencias demográficas actuales, se proponen estrategias mediante las cuales los Estados Miembros y otras organizaciones pueden tomar las acciones más adecuadas para las necesidades de la mujer al envejecer. A la hora de llevar a cabo estas estrategias se debe tener en mente la diversidad de estados de salud de las mujeres cuando envejecen, de manera que no pueden enfocarse a pequeños grupos definidos únicamente por la edad. Se debe, más bien, utilizar una perspectiva que

abarque toda la vida y que se ocupe de los beneficios cumulativos sobre la salud que se reflejarán sobre la mujer mayor gracias a la mejora de la salud de la mujer a todas las edades. La mejoría de la salud de las mujeres mayores será por sí misma un indicador de la medida en que esta estrategia ha tenido éxito.

5.1.3 Programas y desarrollos regionales de la OMS

La reactivación y reorientación del Programa de la OMS sobre Envejecimiento y Salud constituye una gran oportunidad para centrar más el objetivo sobre los asuntos de salud prioritarios para la mujer al envejecer, y para mejorar las estrategias aquí propuestas. El Programa actúa como catalizador a tres niveles: dentro de todos los programas de la OMS, a través de las Oficinas Regionales de la OMS, y a través de iniciativas entre distintas agencias, incluidos organismos gubernamentales y no gubernamentales.

La red de Oficinas Regionales de la OMS sirve para transferir estrategias generales a zonas regionales, nacionales y locales específicas. Las Oficinas Regionales desempeñan un papel particularmente crítico en la identificación de programas que ofrezcan modelos de buena práctica para fomentar la mejora de la salud de las mujeres mayores. Dado que los recursos y conocimientos son especialmente limitados en países en vías de desarrollo, es esencial que se minimice la duplicación del esfuerzo. La mayoría de las iniciativas para mejorar la salud de la mujer al envejecer se producirán en el seno de estructuras y programas ya existentes, y las Oficinas Regionales están en bien posicionadas para facilitar el intercambio de información y para que se comparta la experiencia práctica. La gran diversidad de esto último ofrece una fundación para futuras iniciativas cada vez más centradas en la mujer cuando envejece.

Mediante la combinación de un repaso de desarrollos anteriores con la información sobre modelos de buena práctica, se pueden desarrollar pautas simples pero eficaces para centrar el objetivo sobre la salud de la mujer al envejecer en planes y programas futuros. Se puede buscar la colaboración de organismos dedicados a la salud de la mujer para desarrollar este material, que a su vez podrá difundirse ampliamente entre otros organismos. La Estrategia regional sobre la atención sanitaria de las personas mayores (50) y el manual para los trabajadores de la asistencia sanitaria primaria preparado por la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo oriental, proporcionan ejemplos del tipo de directrices que pueden desarrollarse para el envejecimiento y el fomento de la mejora de la salud, con estrategias específicas centradas en las necesidades especiales de la mujer al envejecer. Otro ejemplo de material que puede aplicarse a gran escala es el manual de formación sobre asistencia sanitaria de calidad para las personas mayores producido por la Oficina Regional del Pacífico occidental (51).

Asegurarse de que expertos en materia de salud y envejecimiento de la mujer procedentes de todas las Regiones participan en las actividades de la OMS relacionadas con el envejecimiento y la salud, será un importante medio de mejorar las estrategias propuestas en este informe, tanto en el seno de la Organización como en su interacción con otros organismos internacionales, nacionales y no gubernamentales.

5.2. Estrategias para la acción

Las estrategias de acción propuestas están de acuerdo con los componentes clave del Programa sobre Envejecimiento y Salud de la OMS, y el trabajo del Programa ayudará a su vez a que los Estados Miembros y otras organizaciones las adopten y lleven a cabo.

5.2.1. Planes de acción

Las estrategias de planificación son fundamentales a la hora de expresar un compromiso para mejorar la salud de la mujer al envejecer y estudiar los determinantes de salud subyacentes. Las estrategias de planificación propuestas son las siguientes:

- € que los Estados Miembros emprendan una revisión de las metas y objetivos nacionales en materia de salud para asegurar que la salud de la mujer al envejecer se estudie en su totalidad. La mejor manera de llevar a cabo esta revisión es la de tomar una perspectiva que abarque toda la vida y reconozca que los determinantes de salud que tienen mayor influencia sobre la salud de la mujer al envejecer son los mismos factores relacionados con las condiciones de vida y los papeles sociales que determinan la salud a edades más tempranas;
- € que los Estados Miembros desarrollen iniciativas de planificación intersectoriales que tengan el objetivo de reducir las diferencias en la esperanza de vida entre las mujeres mayores más y menos privilegiadas de un mismo país. Iniciativas de este tipo con el tiempo contribuirán a reducir las diferencias en la esperanza de vida entre las mujeres mayores de países desarrollados y de países en vías de desarrollo;
- € que se abarate la asistencia sanitaria primaria para asegurar que a las mujeres mayores no se les deniegue la asistencia sanitaria debido a su incapacidad para pagarla. Dadas las rentas muy bajas de las mujeres mayores en muchas partes del mundo, las estrategias deben centrarse en proporcionar asistencia sanitaria bien gratuita o bien a costes directos muy bajos para aquéllos que no puedan permitirse el pago completo.

5.2.2. Desarrollo de los programas

Las estrategias de fomento de la mejora de la salud basadas en la población son el único medio factible de estudiar las causas comunes subyacentes de la mayoría de los problemas de salud que afectan negativamente a la salud de las mujeres al envejecer. En algunos países se han creado programas a pequeña escala para estudiar estos problemas, pero el alcance de estos estudios debe ampliarse. El desarrollo de programas mejorará más adecuadamente mediante estrategias que:

- € Centren su atención sobre los principales problemas de salud evitables de la mujer al envejecer, reconociendo que:

- las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares son igual de prioritarios para la mujer que para el hombre;
 - el tabaquismo es un asunto importante tanto para las cohortes actuales de mujeres mayores como para las cohortes futuras de mujeres mayores, igual en países desarrollados que en países en vías de desarrollo;
 - las mujeres de edad avanzada tienen mayor riesgo de sufrir cáncer de cuello de útero y cáncer de mama que las mujeres jóvenes;
 - las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de problemas de salud para las mujeres mayores de cualquier país;
 - las enfermedades transmisibles continúan afectando negativamente la salud de las mujeres de edad avanzada en los países en vías de desarrollo; dichas enfermedades, a menudo padecidas a edades más tempranas, pueden producir discapacidades para toda la vida, que se verán agravadas por el proceso del envejecimiento.
- ≠ Desarrollen enfoques de prevención con una base amplia y que estudien simultáneamente varias áreas prioritarias en materia de salud, mediante:
- el desarrollo de programas para fomentar la prevención de enfermedades no transmisibles (en especial las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares), como programas de nutrición y que animen a mantener una buena forma física. En los países desarrollados esto significa fomentar la realización de un ejercicio adecuado, mientras que en los países en vías de desarrollo significa reducir los efectos adversos del trabajo físico excesivo;
 - la insistencia, entre las mujeres más jóvenes, de los beneficios que tiene no fumar sobre la salud de toda la vida, y el fomento de los programas para dejar de fumar entre las mujeres mayores. Los esfuerzos globales para detener la extensión de epidemias relacionadas con el tabaco en países en vías de desarrollo y para introducir una legislación completa para controlar la venta de productos tabaqueros son esfuerzos importantes en este campo;
 - la comprobación de que los programas de población para la detección precoz del cáncer de cuello de útero incluyen a las mujeres postmenopáusicas, y que los programas de exploración para detectar el cáncer de mama estén dirigidos a todas las mujeres postmenopáusicas (sin límite máximo de edad).
- ≠ Extiendan una alfabetización básica para las mujeres de avanzada edad de modo que puedan beneficiarse de los programas de educación relacionados con la salud y otros programas educacionales, y así aumentar su capacidad de participar continuamente en sociedades cada vez más alfabetizadas;

- € Reconozcan el papel de las mujeres mayores como cuidadoras y proporcionen ayuda para estas cuidadoras como parte de los servicios de atención sanitaria primaria basados en la comunidad.

5.2.3 Apoyo activo

Para mejorar la salud de la mujer al envejecer, las mujeres mayores deberán tener la facultad de participar en el desarrollo y la ejecución de los planes de acción y los programas. Los medios de equiparles para esta participación incluyen:

- € presentar, en los medios de comunicación más populares, modelos positivos de mujeres saludables de edad participando plenamente en la sociedad;
- € proveer información, para la mujer, sobre el envejecimiento y el cuidado personal normales con el fin de contrarrestar la tendencia de medicalizar excesivamente la asistencia sanitaria de la mujer al envejecer;
- € crear mecanismos consultivos a nivel nacional y local para dar a la mujer una voz en el desarrollo de planes de acción y programas relacionados con su salud, y para crear oportunidades de que estas mujeres defiendan los intereses de otras mujeres al envejecer;
- € fomentar la creación de grupos de autoayuda que hacen posible que las mujeres mayores utilicen sus recursos colectivos y refuerzan las redes de contactos entre las mujeres mayores;
- € asegurar que las mujeres de avanzada edad no sufren discriminaciones en la asistencia sanitaria por razones de edad o sexo, mediante la concesión de derecho al voto y el desarrollo de una legislación que proteja sus derechos;
- € incorporar a distintos Comités de expertos de la OMS a representantes con experiencia en temas de salud propios de la mujer al envejecer, como por ejemplo en el Programa sobre Envejecimiento y Salud.

5.2.4 Información

Se necesita información a distintos niveles: para las mismas mujeres que están envejeciendo, para los que idean los planes de acción, y para aquéllos que planifican y desarrollan la asistencia sanitaria y los servicios para las personas mayores. Esta información se puede suministrar de distintas maneras, como por ejemplo mediante:

- € la difusión de información sobre el proceso normal de envejecimiento (incluidos datos sobre menopausia e incontinencia, nutrición, salud mental y actividad física) que muestre las diversas formas en que se puede envejecer saludablemente;

- € el Programa de la OMS sobre Envejecimiento y Salud proporciona el marco para consolidar e intercambiar información sobre las iniciativas modelo puestas en marcha hasta el momento, fomentando la participación de organizaciones de mujeres mayores y otras ONGs para desarrollar paquetes de materiales de recursos adecuados para cada zona de acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Mundial;
- € la adopción de esperanzas de vida específicas en razón de la edad y el sexo junto con esperanzas de vida al nacer como indicadores básicos para controlar los cambios de las últimas etapas de la vida.

5.2.5. Formación e investigación

La reorientación de los servicios sanitarios para que se centren en la asistencia primaria puede fomentarse por medio de estrategias que formen a los grupos pertinentes de trabajadores de la asistencia sanitaria primaria para que puedan responder a las necesidades sanitarias de la mujer al envejecer, y que formen a las mujeres mayores mismas para fomentar el cuidado personal.

La OMS puede desempeñar un papel primordial a la hora de dar forma a la dirección de la investigación que contribuirá a mejorar la salud de las mujeres mayores. Las estrategias de investigación propuestas que pueden continuarse a través del Programa de Envejecimiento y Salud incluyen:

- 1 El fomento de la participación de las mujeres mayores tras identificar las investigaciones que estudian temas que les conciernen;
- 2 El desarrollo de indicadores de salud de la mujer de edad avanzada adecuados y pertinentes, abarcando tanto el análisis crítico de las actuales medidas globales del estado de salud desde la perspectiva de las mujeres mayores, como la forma en que las mujeres de avanzada edad perciben su calidad de vida y valoran su salud; y
- 3 La valoración crítica de los protocolos y directrices existentes para los programas de exploración de la población pertinentes para la salud de la mujer, para asegurarse que son realistas y que están basados en pruebas epidemiológicas bien fundadas, y por tanto fomentar enfoques rentables para la prevención.

5.3. Marco mundial - Acción local

Junto con las estrategias anteriores que están estrechamente vinculadas al Programa sobre Envejecimiento y Salud, la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer constituye ella misma una posición única para realizar acciones que fomenten la cooperación internacional para mejorar la salud de la mujer al envejecer. Otros programas de la OMS como *Human*

Resources for Health (HRH) (Recursos humanos para la salud), *Strengthening of Health Services (SHS)* (Reforzamiento de los servicios sanitarios), *Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment (HST)* (Vigilancia epidemiológica y Evaluación de la situación y tendencias sanitarias), *Intensified Cooperation with Countries (ICO)* (Cooperación intensificada con otros países), *Noncommunicable Diseases (NCD)* (Enfermedades no transmisibles), y *Mental Health (MNH)* (Salud mental) deberían participar en el fomento de estas estrategias. Dicha acción podría tener mucha influencia en el reforzamiento del compromiso político de mejorar la salud de las mujeres mayores. Para asegurar que el trabajo de la Comisión Mundial tiene un efecto duradero, se propone que:

- € Este informe se difunda ampliamente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, a los estados miembros, a las organizaciones internacionales y a las organizaciones no gubernamentales, especialmente las que se centran en las mujeres, para producir la concienciación y el reconocimiento de las perspectivas de la mujer mayor en todos los planes de acción y programas sobre salud; y
- € Un grupo de trabajo de la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer se vuelva a convocar en 1999, el Año Internacional de las Personas Mayores, para informar sobre el progreso que se haya realizado en la mejora de la salud de las mujeres mayores.

6. REFERENCIAS

- 1 du Guerny J. Social policies and planning for midlife and older women in Latin America: an international approach. In: *Midlife and older women in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, Pan American Health Organisation and Amer. Ass. Of Retired Persons, 1989.
- 2 World Health Organization Global Commission on Women's Health. *Women's Health: Towards a Better World*. Geneva, World Health Organization, 1994.
- 3 The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Ageing. (WHO Technical Report Series, No. 706). Geneva, World Health Organization, 1984.
- 4 Kane RL, Evans JG, Macfadyem D. (eds), *Improving the health of older people: a world view*. New York, Oxford University Press on behalf of the World Health Organization, 1990.
- 5 Kendig H, Hashimoto A, Coppard L. (eds), *Family support for the elderly: the international experience*. New York, Oxford University Press on behalf of the World Health Organization, 1992.
- 6 Mylander M. Continuities and discontinuities. *Women and Health* 1979;4:322.
- 7 United Nations Development Programme. *Human Development Report 1994*. New York, Oxford University Press, 1994.
- 8 Health in development: prospects for the 21st century. Geneva, World Health Organization, 1994.
- 9 Kinsella K, Taeuber CM. An Ageing World II. (International Population Reports, P95/92-3). Washington DC, US Government Printing Office for US Bureau of the Census, 1992.
- 10 Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
- 11 Murray CJL, Lopez AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull WHO* 1994;72:495-509.
- 12 Development of indicators for monitoring health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization, 1981. (WHO Health Series No. 4).
- 13 Mathers CD, Robine J-M. Health expectancy indicators: a review of the work of REVES to date. Australian Institute of Health and Welfare and INSERM, 1993;226:1-21.
- 14 Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull WHO* 1994;72:429-45.
- 15 Nord E. Methods for quality adjustment of life years. *Soc Sci Med* 1992;34:559-69.
- 16 Kalache A, Aboderin I. Stroke: the global burden. *Health Policy and Planning*, 1995;10:1-21.
- 17 Beaglehole R, Bonita R. Cardiovascular disease in elderly people: epidemiology and prevention. *Cardiovasc Risk Factors Int J* 1993;4:279-89.
- 18 Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases in elderly people. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization, 1995.
- 19 Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14:32-8.
- 20 Milio N. Nutrition policy for food-rich countries: a strategic analysis. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1990.
- 21 Crofton J. Smoking and health in China. *Lancet* 1987;2:53.
- 22 World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri: A WHO meeting. *Bull World Health Organ* 64:607-618.
- 23 Restrepo HE. Cancer epidemiology and control in women in Latin America and the Caribbean. In: Gomez EG, (ed). *Gender, women and health in the Americas*. Washington, DC, Pan American Health Organisation, 1993;90-103.
- 24 Day NE. The epidemiological basis for evaluating different screening policies. In: Hakama M et al, (ed). *Screening for cancer of the uterine cervix*. Lyon, IARC, 1986.

- 25 Fletcher SW, Black W, Harris R, Rimer BK, Shapiro S. Report of the international workshop on screening for breast cancer. *Journal of the National Cancer Inst* 1993;85:1644-56.
- 26 Elwood JM, Cox B, Richardson A. The effectiveness of breast cancer screening by mammography in younger women. *Online J Current Clin Trials* 1993;Feb25:32.
- 27 Kalache A. Risk factors for breast cancer, with special reference to developing countries. *Health Policy and Planning*, 1990;5:1-22.
- 28 Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt M, O'Dowd KJ. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985;7:178-208.
- 29 Coney S. *The menopause industry: how the medical establishment exploits women*. New York, Spinifex, United States of America, 1994.
- 30 Felson D, Zhang Y, Hannan M, Keil D, Wilson P, Anderson J. The effect of postmenopausal estrogen therapy on bone density in elderly women. *New Eng J Med* 1993;329:1191-3.
- 31 Ettinger B, Grady D. The waning effect of postmenopausal estrogen therapy on osteoporosis. *New Eng J Med* 1993;329:1192-3.
- 32 Law MR, Wald NJ, Meade TW. Strategies for prevention of osteoporosis and hip fracture. *Br Med J* 1991;303:453-9.
- 33 Verbrugge LM, Lepkowschi JM, Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *The Milbank Quarterly* 1989;67:450-484.
- 34 Paltiel FL. Mental health of women in the Americas. In: Gomez EG (ed). *Gender, women and health in the Americas*. Pan American Health Organisation *Scientific Publication* No 541, Washington, DC, World Health Organization, 1993.
- 35 Robson PJ. Self-esteem: a psychiatric view. *Br J Psychiatry* 1988;153:6-15.
- 36 Veras R, Murphy E. Community based surveys in developing countries on ageing adults. *Int J Geriatric Psychiatry. The Milbank Quarterly* 1989;67:450-84.
- 37 Preston GAN. Dementia in elderly adults: prevalence and institutionalisation. *J Gerontol Med Sci* 1986;41:271-6.
- 38 Department of Health and Community Services. *Putting the pieces together: a national action plan for dementia care*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1994.
- 39 Waring M. *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. United States of America, Allen and Unwin, 1988.
- 40 Vespa J, Watson F. Who are the nutritionally vulnerable in Bosnia Herzegovina? London, Institute of Child Health, 1995.
- 41 Beer C. *ageACTION* 1990/1;2:4.
- 42 Amadi IR. Women and widowhood practices in Imo State, Nigeria. Geneva, World Health Organization, 1994. (Unpublished paper cited in *Anthology on Women, Health and Environment*, (EHG, 94.11)).
- 43 Doress-Worters PB, Laskin Siegal D. *Ourselves growing older: women ageing with knowledge of power*. New York, Simon and Schuster, 1994.
- 44 Seroka, JH. The elderly in Yugoslavia: A forgotten group in time of crisis. In L Katz Olsen (ed). *The graying of the world: Who will care for the frail elderly?* Binghamton New York, Haworth Press, 1993:189-314.
- 45 Portugal AM, Matamala MI. Women's health movement: a view of the decade. In: Gomez EG, (ed) *Gender, women, and health in the Americas*. Washington *Scientific Publication* No 541, Pan American Health Organisation, Regional Office of the WHO, 1993:269-80.
- 46 Chaney EM (ed). *Empowering older women: cross-cultural views. A guide for discussion Women, Ageing and Health* 61 and training. Women's Initiative of the American Association of Retired Persons in

cooperation with the International Federation on Ageing, 1990.

47 Commission of European Communities. *Age and attitudes: main results from a Eurobarometer survey*. Brussels, The Commission, 1994.

48 Maaka R. Te Ao o te Pakeketanga: The world of the aged. In: P Koopman-Boyden (ed), *New Zealand's Ageing Society: The Implications*. Wellington, Daphne Brasell, 1993:213-54.

49 Coney S. *Standing in the Sunshine: the History of New Zealand since Women Won the Vote*. New Zealand, Viking Press, 1993.

50 Health Care for the Elderly: a manual for primary health care workers. Alexandria, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1994. (WHO Regional Publications, *Eastern Mediterranean Series*, No. 10).

51 Quality health care for the elderly: a manual for instructors, for nurses and other health workers. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 1995. (*Western Pacific Education in Action Series* No 6).