



Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor: un campo por explorar y evidenciar

Versión Final

Equipo de Apoyo Técnico
para Latinoamérica y el Caribe

Autores: Margareth Arilha, Ralph Hakkert, Nieves Andino, Aida Diaz Tender, Daniel Leonard.

Abril 2003

Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor: un campo por explorar y evidenciar¹

Será posible dejar atrás el miedo a envejecer en la pobreza, en soledad, enfermedad, sufrimiento, discriminación y desprotección social? ¿Será posible que nos aproximemos a la vejez y a la muerte serenamente, disfrutando todos los ciclos en la vida cotidiana? ¿Seremos capaces de construir la necesaria nueva ética en el tercer milenio?
(Marisa Matamala)

I. INTRODUCCIÓN

UNFPA orienta su acción en América Latina y el Caribe a partir de las Plataformas de Acción de Cairo y Beijing y de las demás conferencias patrocinadas por el Sistema de Naciones Unidas, especialmente la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento de Madrid en 2002, que han señalado la necesidad de definiciones gubernamentales para atender a la población adulta mayor. En este sentido, UNFPA ha incorporado como objetivos² la promoción del bienestar de las personas a lo largo de sus ciclos de vida y el fortalecimiento de las capacidades nacionales de los países en desarrollo para ayudar en las necesidades de las personas adultas mayores, en particular de las mujeres. El logro de una calidad de vida satisfactoria para cada persona y el desarrollo de políticas públicas que respondan al reto del envejecimiento de la población, especialmente en el campo de las políticas de salud sexual y reproductiva, constituyen preocupaciones actuales de la organización.

¹ Paper preparado para ser presentado en la Reunión de Expertos en Envejecimiento y Salud. Panamá, 7 al 9 de abril, 2003. Autores: Margareth Arilha, Ralph Hakkert, Nieves Andino, Aida Diaz Tender, Daniel Leonard.

² UNFPA.1999. Policy Guidance Note on Population and Ageing.

Desde el punto de vista demográfico la región presenta un proceso de envejecimiento que exige acción. UNFPA ha participado en una serie de debates regionales, con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas, para estimular la reflexión y reunir conocimientos que permitan a las agencias construir diálogos con los gobiernos, basados en la visibilidad de datos, proyecciones y retos para el futuro. El campo de la salud sexual y reproductiva de la mujer adulta mayor es una de las áreas que amerita mayor esfuerzo de debate, por ser un campo poco explorado hasta ahora y que va a constituir un desafío para los sistemas de salud y seguridad social. En ese sentido, apoyando la reunión de expertos en envejecimiento, UNFPA participará activamente, dando aportes al proceso en el marco de la visión de género y de los derechos sexuales y reproductivos de esos grupos poblacionales.

Con el fin de enmarcar el debate, indicamos que algunos autores consideran que las edades idóneas para acotar al adulto mayor son “la que va de 40 a 59 años (en proceso de envejecimiento), la de 60 a 75 años (conocida como la tercera edad) y la de 75 años y más (conocida como cuarta edad)³”. La inclusión del período denominado “proceso de envejecimiento” es notablemente relevante en el estudio de la salud de la mujer adulta mayor y contrasta con el frecuente olvido a que se ve sometido este grupo de edad (especialmente de los 50 a 59 años) en numerosas clasificaciones. En general, una persona es considerada “mayor” cuando alcanza la edad de 60 ó 65 años, según distintas clasificaciones, que coinciden en determinar los 60 ó 65 años como inicio de esta etapa, sin considerarse la historia clínica y/o situación particular. La generalización es muy útil para estudiar el envejecimiento pero no se debe perder de vista que la situación de salud en cada persona es diferente y que es preciso tener en cuenta otros factores además de la edad “para su clasificación universal, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de la tercera edad⁴”.

II. PANORAMA DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La población mundial está inmersa en un proceso de transición demográfica cuyo producto es el envejecimiento de la misma, dado que “aumenta la proporción de personas mayores de 60 años de edad y disminuye la proporción de personas menores de 15 años⁵”. Si bien es cierto que son los países desarrollados los que presentan el resultado de esta tendencia de forma más significativa, se extiende ahora también a los países en desarrollo toda vez que

³ R. Hakkert y J. L. Uriona, “Legislación social sobre adultos mayores en América Latina y el Caribe”, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe, Fondo de Población de Naciones Unidas, 2001, pág. 10.

⁴ “Género y envejecimiento”, Hoja informativa, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, diciembre 2001.

“actualmente el 8% de la población en los países en desarrollo es mayor de 60 años⁶”. Sin embargo, debido a que aumenta la esperanza de vida y sobre todo debido a la caída de la fecundidad en dichos países “ese porcentaje será de un 20% en 2020⁷”. Para entender la dimensión que el envejecimiento tiene en los países en desarrollo en números absolutos, baste el dato de que hoy por hoy “el 62% de las personas mayores del mundo viven en regiones en desarrollo⁸”.

La mayoría de las personas de edad son mujeres, ya que la esperanza de vida de las mujeres supera la de los hombres. “En 2000, había 63 millones más de mujeres que de hombres de 60 años o más, y en las edades más avanzadas hay de dos a cinco veces más mujeres que hombres⁹” en el mundo. En concreto, en el grupo de edad de 40 a 59 años el 50% de la población mundial está constituido por mujeres, en el grupo de más de 60 años constituyen un 55% y un 65% en el grupo de mayores de 80 años, alcanzando su máximo en el grupo de mayores de 100 años, en el que las mujeres son el 83%. A pesar de que la alfabetización ha ido en aumento entre la población de edad, el analfabetismo es todavía común en las regiones en desarrollo. “En el 2000, en las regiones del mundo menos desarrolladas, aproximadamente la mitad de todas las personas de 60 años o más eran analfabetas¹⁰”. En cuanto a la subdivisión por sexo, solamente “el 30% de las mujeres de edad y aproximadamente el 60% de los hombres de edad sabían leer y escribir pasablemente¹¹”.

Serán seguramente las mujeres y dentro de este grupo las mujeres analfabetas las más vulnerables a estos cambios demográficos. Por otro lado, al vivir más tiempo las mujeres acumularán un tiempo más largo en que padecen incapacidades y/o enfermedades relacionadas con el envejecimiento. En este sentido “entre las personas mayores de 60 años de edad en el mundo en desarrollo hay 88 hombres por cada 100 mujeres¹²”, siendo las previsiones de “71 hombres por cada 100 mujeres de más de 60 años en el mundo en desarrollo¹³”.

⁵ “Older women overview”, Reproductive Health Outlook, PATH 1997-2003, http://www.rho.org/html/older_women.htm (traducción libre).

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibidem*.

⁹ “World Population Ageing 1950-1050”, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations, New York, 2000, pág. xlviii.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit. (traducción libre).

¹³ *Ibidem*.

La situación de la Región de las Américas (América Latina y el Caribe además de Estados Unidos y Canadá) no se aleja de estas tendencias. Las tasas de fecundidad decrecientes, combinadas con las mejoras constantes en la esperanza de vida acaecidas en la segunda mitad del siglo XX, dieron lugar a un notable aumento del envejecimiento de la población. “El número de personas de 60 años de edad y mayores en la Región es actualmente de 91 millones. Una tasa prevista de crecimiento de 3,5% al año en esta población durante los dos primeros decenios del siglo XXI hará crecer el total de personas mayores de 60 años a 194 millones y alcanzará los 292 millones a mediados del siglo. Actualmente, las personas adultas mayores representan 8% de la población total en América Latina y el Caribe y 16% en Canadá y los Estados Unidos. Para el año 2025, 14% de la población de América Latina y el Caribe tendrá 60 años de edad o más¹⁴”.

Tabla 1 Países de América Latina y el Caribe, con sus porcentajes de personas mayores de 60 años en 2000, 2025 y 2050, ordenados por el porcentaje en el 2000

| Países | 2000 | 2025 | 2050 |
|--------------------------|------|------|------|
| Uruguay | 17.3 | 20.0 | 26.1 |
| Cuba | 13.8 | 25.9 | 36.4 |
| Argentina | 13.4 | 16.9 | 24.5 |
| Barbados | 13.4 | 25.4 | 36.1 |
| Chile | 10.3 | 18.4 | 24.7 |
| Jamaica | 9.6 | 14.5 | 24.9 |
| Trinidad & Tabago | 9.6 | 20.5 | 32.4 |
| St. Vincent & Grenadines | 9.1 | 14.6 | 29.2 |
| Bahamas | 8.1 | 16.2 | 24.4 |
| Panamá | 8.0 | 14.2 | 22.7 |
| Suriname | 7.9 | 12.7 | 25.9 |
| Brasil | 7.8 | 15.6 | 25.9 |
| St. Lucia | 7.8 | 12.4 | 24.3 |
| Costa Rica | 7.7 | 15.9 | 26.3 |
| El Salvador | 7.3 | 11.3 | 21.6 |
| Ecuador | 7.1 | 13.0 | 23.2 |
| Perú | 7.1 | 12.6 | 22.5 |
| Colombia | 6.9 | 13.8 | 22.7 |
| Guyana | 6.9 | 15.2 | 33.6 |
| México | 6.9 | 13.6 | 26.2 |
| República Dominicana | 6.7 | 13.1 | 22.3 |
| Venezuela | 6.6 | 13.3 | 22.4 |
| Bolivia | 6.5 | 9.4 | 16.9 |
| Belize | 5.9 | 9.7 | 20.1 |
| Haití | 5.8 | 7.6 | 15.4 |
| Paraguay | 5.4 | 9.4 | 16.2 |
| Guatemala | 5.3 | 7.0 | 14.7 |
| Honduras | 5.2 | 8.8 | 17.2 |

¹⁴ “La salud y el envejecimiento”, CE130/15, 130.ª Sesión del Comité Ejecutivo, OPS/OMS, Washington D.C., 24-28 de junio de 2002, pág. 3.

| | | | |
|--------------------------------|-----|------|------|
| Nicaragua | 4.6 | 7.8 | 16.4 |
| | | | |
| América Latina y Caribe | 8.0 | 14.3 | 24.0 |

Fuente: División de Población, Naciones Unidas, World Population Prospects 2002

Si se repasa la situación en los distintos países de la región, la clasificación coloca a Uruguay a la cabeza de la lista, con un 17,3% de la población cuya edad sobrepasaba los 60 años en el 2000. Según los datos de "World Population Prospects" (2002), de la División de Población de las Naciones Unidas, le siguen Cuba (13,8%), Argentina (13,4%) y Barbados (13,4%). En cuanto a las previsiones para el año 2025, los porcentajes serán en orden decreciente Cuba (25,9%), seguida de Barbados (25,4%), Trinidad y Tobago (20,5%) y Uruguay (20,0%). La rapidez del envejecimiento, sin embargo, será mayor en Guyana (de 6.9% en 2000 para 15.2% en 2025), seguido por Trinidad y Tabago (de 9.6% para 20.5%), Costa Rica (de 7.7% para 15.9%), Venezuela (de 6.6% para 13.3%), Bahamas (de 8.1% para 16.2%) y Brasil (de 7.8% para 15.6%).

Todos esos cambios demográficos tendrán un impacto significativo sobre las mujeres, que en general viven más tiempo que los hombres. En este sentido, se puede hablar de la feminización del envejecimiento, o sea, la presencia de una mayor proporción de mujeres en el total de la población adulta mayor, siguiendo la misma tendencia que autores como Costa, Goldani y Nacimiento han definido para Brasil. Esa feminización de la población adulta mayor se explica por la mortalidad diferencial por sexo, especialmente la mayor incidencia de muertes violentas de jóvenes del sexo masculino del grupo etario de 15 a 24 años y la mayor mortalidad masculina por causas degenerativas a partir de los 40. Como contrapartida de esta mayor longevidad, el volumen total de enfermedades y discapacidades asociadas con la edad es mayor en las mujeres. Tales enfermedades y/o discapacidades están, buena parte de las veces, asociadas a situaciones vividas en ciclos de vida anteriores y acrecentadas a causa de las necesidades y problemas de salud propios de los adultos mayores. Evidentemente, para que haya coherencia en la introducción de la perspectiva de género y derechos sería necesario, al menos, contemplar las necesidades y posibilidades de los hombres adultos mayores en el campo de la sexualidad y de su salud, incluyéndose su salud sexual y reproductiva.

Con la finalidad de presentar un cuadro general de mortalidad y morbilidad de mujeres adultas mayores en América Latina y el Caribe, la Tabla 2 muestra cual es la carga total de años de vida perdidos por muerte (YLL) o por discapacidad (YLD) entre mujeres en el

grupo etario de 60 años y más en las tres subregiones de las Américas que distingue la OPS: países de baja mortalidad (A), de media mortalidad (B) y de alta mortalidad (D).

Tabla 2 Carga total de años de vida perdidos por muerte (YLL) o por discapacidad (YLD) entre mujeres en el grupo etario de 60 años y más en las tres subregiones de las Américas de la OMS

| | | YLD | | | YLL | | |
|--|--|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| | | AMRO A | AMRO B | AMRO D | AMRO A | AMRO B | AMRO D |
| I. Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales | | | | | | | |
| A. | Enf. infecciosas y parasitarias | 15.58 | 29.59 | 3.00 | 74.75 | 148.60 | 34.31 |
| | Tuberculosis | 0.30 | 2.86 | 0.70 | 2.32 | 26.12 | 17.44 |
| | ITSs excluyendo VIH | 0.15 | 0.31 | 0.04 | 0.40 | 0.61 | 0.02 |
| | VIH/SIDA | 0.32 | 0.35 | 0.11 | 1.25 | 2.34 | 1.47 |
| | Enfermedades diarreicas | 3.08 | 5.95 | 0.77 | 2.54 | 26.38 | 8.72 |
| | Enfermedades de la infancia | 0.00 | 0.05 | 0.01 | 0.02 | 0.93 | 0.15 |
| | Meningitis* | 0.44 | 1.17 | 0.13 | 1.28 | 1.72 | 0.17 |
| | Hepatitis B/C | 1.45 | 0.00 | 0.00 | 6.83 | 4.65 | 0.90 |
| | Malaria | 0.04 | 1.01 | 0.14 | 0.01 | 0.15 | 0.43 |
| | Enfermedades tropicales | 0.07 | 1.66 | 0.22 | 0.02 | 20.27 | 3.53 |
| | Enfermedad de Chagas | 0.03 | 0.82 | 0.11 | 0.01 | 19.68 | 3.53 |
| | Otras enfermedades infecciosas | 9.72 | 16.23 | 0.89 | 60.08 | 65.08 | 1.45 |
| B. | Infecciones respiratorias | 2.78 | 2.48 | 0.32 | 158.15 | 100.60 | 27.91 |
| | Infec. respiratorias inferiores | 2.03 | 2.04 | 0.26 | 157.74 | 99.92 | 27.24 |
| C. | Condiciones maternas | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.07 |
| D. | Condiciones perinatales | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.01 | 0.05 |
| E. | Deficiencias nutricionales | 19.96 | 20.83 | 2.69 | 15.51 | 38.20 | 15.89 |
| | Malnutrición proteica-energética | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 6.89 | 24.46 | 9.32 |
| | Anemia y deficiencia de hierro | 19.76 | 20.55 | 2.65 | 8.22 | 13.70 | 3.05 |
| II. Enfermedades no transmisibles | | | | | | | |
| A. | Neoplasmas malignos | 130.86 | 34.15 | 4.44 | 1261.72 | 687.53 | 104.05 |
| | Cánceres del aparato digestivo | 3.78 | 3.29 | 0.86 | 60.22 | 94.51 | 23.93 |
| | Cánceres del colon y recto | 22.20 | 6.31 | 0.43 | 149.05 | 57.55 | 5.08 |
| | Cánceres del hígado y páncreas | 3.05 | 1.45 | 0.20 | 95.43 | 63.19 | 10.26 |
| | Cánceres del aparato respiratorio | 15.69 | 1.79 | 0.12 | 352.74 | 57.37 | 4.26 |
| | Melanoma y otros cánc. de piel | 1.86 | 0.29 | 0.04 | 15.34 | 7.33 | 1.08 |
| | Cáncer de mama | 53.20 | 9.10 | 0.66 | 203.21 | 94.73 | 8.75 |
| | Cáncer cérvico-uterino | 1.32 | 2.49 | 1.00 | 15.65 | 52.67 | 22.03 |
| | Cáncer del cuerpo uterino | 8.41 | 5.37 | 0.67 | 38.79 | 37.55 | 5.03 |
| | Cáncer del ovario | 4.72 | 1.11 | 0.12 | 66.82 | 24.40 | 2.68 |
| | Cáncer de la vejiga | 5.52 | 0.93 | 0.09 | 19.32 | 8.12 | 0.81 |
| | Linfomas, mieloma múltiple | 7.79 | 1.37 | 0.16 | 90.58 | 29.68 | 3.67 |
| | Leucemia | 3.31 | 0.66 | 0.09 | 43.08 | 18.03 | 2.72 |
| B. | Otros neoplasmas | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 17.54 | 15.54 | 1.83 |
| C. | Diabetes mellitus | 129.61 | 92.88 | 10.91 | 161.97 | 331.89 | 62.18 |
| D. | Disfunciones endocrinas | 55.21 | 41.18 | 5.24 | 47.07 | 30.16 | 3.70 |
| E. | Condiciones neuropsiquiátricas | 917.78 | 536.83 | 49.86 | 197.08 | 44.11 | 6.58 |
| | Desorden depresivo unipolar | 207.40 | 146.58 | 19.33 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | Epilepsia | 6.91 | 11.25 | 1.51 | 1.79 | 2.65 | 0.92 |
| | Alcoholismo | 3.16 | 1.80 | 0.25 | 4.22 | 2.74 | 0.93 |
| | Alzheimer y otras demencias | 525.87 | 336.94 | 23.87 | 95.46 | 14.59 | 0.72 |
| | Enfermedad de Parkinson | 65.87 | 6.24 | 0.39 | 20.98 | 4.04 | 0.93 |
| | Insomnio (primario) | 24.54 | 17.96 | 2.37 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| F. | Enf. de los órganos del sentido | 242.02 | 443.97 | 79.20 | 0.15 | 0.17 | 0.02 |
| | Glaucoma | 7.20 | 27.53 | 1.80 | 0.01 | 0.01 | 0.00 |
| | Cataratas | 10.42 | 60.01 | 47.01 | 0.02 | 0.01 | 0.00 |
| | Pérdida adulta de audición | 224.39 | 356.43 | 30.40 | 0.01 | 0.00 | 0.00 |

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--------|--------|-------|---------|---------|--------|
| G. | Enfermedades cardiovasculares | 332.29 | 198.35 | 12.86 | 1799.22 | 1485.40 | 179.08 |
| | Enf. cardíaca reumática | 2.89 | 1.28 | 0.20 | 14.82 | 10.46 | 3.01 |
| | Enf. cardíaca hipertensiva | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 89.86 | 141.60 | 35.79 |
| | Enf. cardíaca isquémica | 88.08 | 43.24 | 4.29 | 889.17 | 568.78 | 58.94 |
| | Enf. cerebrovascular | 182.08 | 125.27 | 5.13 | 345.03 | 447.65 | 46.14 |
| | Enf. cardíaca inflamatoria | 12.60 | 10.97 | 1.24 | 45.22 | 43.62 | 4.90 |
| H. | Enfermedades respiratorias | 265.82 | 145.44 | 14.49 | 324.36 | 272.14 | 22.18 |
| | Enf. Pulmon. crónica obstructiva | 182.29 | 77.02 | 5.92 | 248.96 | 132.30 | 10.11 |
| | Asma | 8.18 | 7.75 | 0.84 | 12.30 | 19.10 | 3.67 |
| I. | Enfermedades digestivas | 140.29 | 149.33 | 25.95 | 156.11 | 196.11 | 45.37 |
| | Úlceras pépticas | 0.45 | 1.29 | 0.44 | 9.57 | 17.98 | 7.22 |
| | Cirrosis del hígado | 11.47 | 14.08 | 8.45 | 39.40 | 50.65 | 21.46 |
| J. | Enfermedades genito-urinarias | 51.07 | 25.40 | 3.24 | 96.76 | 75.15 | 18.64 |
| | Nefritis y nefrosis | 1.29 | 0.81 | 0.10 | 52.05 | 59.78 | 16.37 |
| K. | Enfermedades de la piel | 10.02 | 9.84 | 2.69 | 6.97 | 9.18 | 2.90 |
| L. | Enfermedades musculo-esqueléticas | 445.74 | 327.21 | 34.53 | 28.20 | 17.51 | 5.03 |
| | Artritis reumática | 46.96 | 34.40 | 4.05 | 7.72 | 6.11 | 1.27 |
| | Osteoartritis | 366.36 | 272.08 | 27.81 | 1.77 | 1.20 | 0.28 |
| M. | Anomalías congénitas | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 6.94 | 2.08 | 0.36 |
| N. | Condiciones orales | 33.21 | 45.19 | 5.96 | 0.16 | 0.17 | 0.03 |
| | Caries dental | 7.94 | 4.34 | 0.56 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | Edentulismo | 24.64 | 38.58 | 5.10 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| III Lesiones | | | | | | | |
| A. | Lesiones no intencionales | 43.93 | 40.89 | 6.44 | 86.67 | 65.00 | 10.32 |
| | Accidentes de tránsito | 4.56 | 4.05 | 0.48 | 25.84 | 22.59 | 3.10 |
| | Caídas | 33.58 | 10.23 | 1.40 | 30.17 | 13.24 | 2.09 |
| B. | Lesiones intencionales | 0.27 | 0.50 | 0.13 | 13.69 | 9.16 | 1.59 |
| | Lesiones auto-inflingidas | 0.07 | 0.07 | 0.00 | 10.69 | 4.28 | 0.28 |
| | Violencia | 0.21 | 0.41 | 0.09 | 3.00 | 4.72 | 1.12 |

Fuente: OPS/Banco Mundial

III. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER ADULTA MAYOR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN CONTEXTOS DE POBREZA: UN CAMPO POR EXPLORAR

No se puede introducir el tema de la salud en América Latina y el Caribe sin mencionar los procesos de reforma de este sector, que han consistido en un intento de implementar cambios en la organización y financiamiento de los sistemas de salud. La sustanciosa similitud en los paquetes de medidas de reforma aplicados heterogéneamente en la región desde hace más de dos décadas y la coincidencia temporal de la Reforma del Sector Salud con la introducción de la salud sexual y reproductiva en las agendas de desarrollo configuran un nuevo enfoque del que la emergente problemática de la mujer adulta mayor podría beneficiarse.

Aun cuando actualmente no constituyen el grupo poblacional de mayor incidencia de pobreza, la posibilidad de que la incidencia de la pobreza aumente a causa del incremento del número de personas adultas mayores “debido a su mayor vulnerabilidad y dependencia

económica¹⁵” es una de las principales preocupaciones que se desprenden del proceso de envejecimiento en los países en desarrollo. En este sentido se pronunció la Directora Ejecutiva del UNFPA cuando confirmó que “satisfacer las necesidades básicas de las personas mayores es crucial para el cumplimiento del objetivo de reducir a la mitad el número de personas que viven en extrema pobreza para el año 2015¹⁶”.

En opinión de algunos, el mundo estará dominado en el siglo XXI “por los cabellos blancos”. Sin embargo, cuando la vejez está acompañada “por la pobreza, por la falta de oportunidades de trabajo y seguridad social, por el aislamiento y la discriminación a nivel de la sociedad y al interior de las familias, sí constituye una etapa de gran vulnerabilidad y desprotección¹⁷”. “El nivel de ingreso es un factor determinante de la salud, particularmente entre las mujeres de mayor edad que, una vez jubiladas, a menudo dependen de la seguridad social, de sus ahorros o de otros miembros de la familia¹⁸ (“quienes pueden ser pobres también”¹⁹). El PNUD ha estimado que en términos globales “únicamente alrededor del 20% de las personas de 60 años y más tiene ingresos relativamente seguros y sólo el 30% es elegible para recibir algún tipo de pensión²⁰”.

En el escenario de la salud se busca impulsar el concepto de “envejecimiento activo”, según el cual se espera promover en las personas adultas mayores la posibilidad de tener un rol activo en el desarrollo como personas, como ciudadanos y más concretamente como sujetos de derechos sociales, políticos y económicos, además de sexuales y reproductivos. Sin embargo, hay que considerar las dificultades para llevar a cabo estos procesos, especialmente considerando que las historias de vida, los procesos de salud y enfermedad y las concepciones éticas vigentes en las sociedades en torno al significado del proceso de envejecimiento, no están ofertando en la actualidad esas condiciones para las/los adultos mayores. En esta reflexión no se puede perder de vista que las mujeres se ven afectadas de distinta manera que los hombres, como lo manifiesta el hecho de que si bien las mujeres viven más, su calidad de vida en la vejez no es necesariamente mejor que la de los hombres en esta fase de la vida. La presencia de altas tasas de morbilidad de las mujeres obedece muchas veces a **“largos años de desatención de sus necesidades específicas de salud, a una mala nutrición, a los numerosos embarazos, partos y abortos, todo lo cual pasa**

¹⁵ R. Hakkert y J. L. Uriona, op.cit.

¹⁶ UNFPA, 2002.

¹⁷ A. Gómez (ed), “La Revolución de las Canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres”, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago de Chile, 1999.

¹⁸ A. Gómez (ed.), op. cit.

¹⁹ R. Bonita, “Women, Ageing and Health: Achieving Health across the Lifespan”, OMS, Ginebra 1998, <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>, págs. 1-2.

²⁰ Help Age International, 1999.

factura cuando la mujer ha pasado su etapa reproductiva²¹". La diferencia biológica entre los sexos, en especial en relación a las funciones reproductivas, expone a las mujeres a problemas de salud especiales, a lo que deben sumarse las complicaciones actuales de las estructuras familiares (divorcios, viudez, segundos matrimonios), creando por lo tanto aún mayor vulnerabilidad.

Como lo muestra la Tabla 2, las principales causas²² de morbilidad y mortalidad de mujeres de mayor edad en las Américas (incluidos Canadá, Estados Unidos y América Latina y el Caribe) son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares; el cáncer; la enfermedad mental (depresión, demencia); las enfermedades respiratorias; la diabetes y los problemas nutricionales (anemia y obesidad); las condiciones crónicas discapacitantes (artritis, osteoporosis); enfermedades múltiples, enfermedades menores, y deficiencia sensorial (pérdida de audición en toda la región y visión deficiente causada por cataratas en América Latina y el Caribe). En cuanto a las diferencias dentro de la región de las Américas, si bien el cáncer es la segunda causa principal de morbilidad y mortalidad, tanto en los países desarrollados como en aquéllos en desarrollo, varía el tipo entre unos países y otros, a saber, cáncer del pulmón y del seno en Canadá y en Estados Unidos y mayor incidencia de cáncer del aparato digestivo, del hígado y cáncer cérvico-uterino en América Latina y el Caribe.

Siguiendo con las diferencias entre países desarrollados y en desarrollo "aunque muchos de los problemas de salud de las mujeres de mayor edad en los países en desarrollo y en los países desarrollados son similares, a menudo éstos obedecen a causas diferentes. Por ejemplo, las mujeres de mayor edad en los países en desarrollo sufren de desnutrición mientras que las mujeres en los países desarrollados sufren de estilos de vida sedentarios y regímenes alimentarios deficientes que causan problemas de salud similares tales como la anemia, la osteoporosis, etc.²³". En general, a la hora de pensar en el acceso de las mujeres adultas mayores a los servicios de salud hay que tener en cuenta las dificultades que pueden existir, desde la perspectiva económica y también desde el punto de vista de la forma en que son tratadas por los profesionales de la salud. Por ejemplo, "hay una tendencia inquietante de prescribir medicamentos para las mujeres de mayor edad, en lugar de buscar las causas de sus problemas de salud²⁴". En vez de hacer la vida más agradable, los efectos secundarios y los posibles peligros de combinar diferentes medicamentos pueden tener repercusiones perjudiciales sobre la calidad de vida de las mujeres de mayor edad

²¹ *Ibidem*

²² R. Bonita, *op. cit.*

²³ *Ibidem*

Cuerpo, sexualidad y procesos de construcción de la salud de las mujeres en procesos de envejecimiento

Referirse a la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas mayores implica “colocar sobre la mesa” el tema del cuerpo, de la sexualidad y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en procesos de envejecimiento. Del mismo modo que la menstruación agudiza las preocupaciones sociales, actitudes morales de las personas adultas y de las instituciones, la menopausia provoca un malestar social pero en el sentido contrario de la menarca, toda vez que es simbolizado como el momento de “la pérdida”. ¿Cómo construir la visión de que las mujeres que terminan sus posibilidades fisiológicas reproductivas (sin considerar las tecnologías reproductivas conceptivas) siguen teniendo sus posibilidades sexuales y de vida y por lo tanto necesitan gozar de buena salud sexual y de buena salud reproductiva?

Colocar esos temas sobre la mesa significa reflexionar sobre cómo las sociedades construyen el significado de la salud y de la enfermedad en su relación con la salud sexual y reproductiva. A juicio de Corrêa, los conceptos legitimados en las grandes conferencias internacionales del sistema de Naciones Unidas, en particular de Cairo, tales como el empoderamiento, la igualdad entre géneros, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos deben ser leídos como expresión política de una agenda de transformación cultural, social y política. Por lo tanto, la visión de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adultas mayores tiene sentido no sólo por lo que se pueda lograr en términos concretos de salud, sino también en tanto apunta que el bienestar que se puede lograr para ese grupo de la población está asociado a la construcción de una visión social que incluya los principios de “*autonomía personal, integridad corporal, igualdad, diversidad*”²⁵ a los cuales se podría agregar, en el caso de las mujeres adultas mayores, la dignidad y solidaridad.

Es preciso relativizar la visión de que se envejece de la misma manera con que se ha vivido. Esta visión, parcialmente correcta, no permite incluir a la totalidad de las experiencias humanas y además elimina las posibilidades de transformación que los adultos mayores pueden experimentar a lo largo de sus vidas. El hecho de que una mujer haya vivido, por ejemplo, en su vida conyugal una relación que no haya sido satisfactoria desde el punto de vista afectivo y sexual, no quiere decir que vaya a seguir siendo de esa manera

²⁴ Ibidem

²⁵ S. Corrêa, R. Petchesky, “Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista”. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 6 (1/2).147-177,1996.

durante toda su vida. Inclusive las características de las uniones sexuales pueden ser transformadas. Ciertos datos demográficos²⁶ apuntan que con los procesos de envejecimiento, las oportunidades sexuales de las mujeres pueden incluso dirigirse hacia otras mujeres o hacia hombres más jóvenes en los procesos de construcción de relaciones, lo cual se torna más complejo en el escenario de matrimonios multirraciales, como es el caso en Brasil. De todas maneras, la mujer adulta mayor enfrenta normas culturales que hacen que los hombres se unan a mujeres que son más jóvenes, y las mujeres a los hombres de más edad. En Brasil, las mujeres adultas mayores negras que compiten por conseguir pareja con las mujeres blancas y mestizas, se encuentran generalmente solas. Sin embargo, este hecho no elimina la posibilidad de que en su proceso de vida las mujeres puedan fortalecer procesos de transformación en busca de opciones de mayor diversidad y satisfacción. En el caso de las mujeres adultas mayores, no están presentes como desigualdades sociales las desigualdades de género o clase social, pero se entrecruzan las llamadas generacionales y de raza/etnia. La inclusión social exige una mirada constante a estas diferencias e interrelaciones.

Las definiciones de salud sexual y reproductiva fueron desarrolladas de manera estratégica para ampliar la agenda de las políticas de población más allá de la planificación familiar o de la reducción de la fecundidad. En realidad, en ciertos casos, pueden quedar debilitadas si se distancian de las perspectivas de los derechos. Estos derechos, en sí mismos presentan la perspectiva de facilitar la toma de decisiones y la superación de necesidades. Indican el reequilibrio de relaciones desiguales y un horizonte de justicia. La definición de la salud reproductiva adoptada en el Cairo habla de funciones y procesos asociados a todas las materias concernientes al sistema reproductivo. En ese sentido podemos hablar de la salud reproductiva de las mujeres a cualquier edad, incluso si son mujeres de más de 80 años. Nos estaremos refiriendo a aspectos que no se limitan a los aspectos biomédicos o demográficos, sino que se extenderán a la salud reproductiva a partir de subjetividades, condiciones de vida en las sociedades y en términos de valores éticos. A partir de aquí es posible construir la mirada de la salud reproductiva de los varones y hombres no únicamente como colaboradores de las mujeres, sino también como sujetos de necesidades y derechos. Por otro lado, la salud sexual, a pesar de que en el Cairo está asociada a la salud reproductiva, ha ganado su propia autonomía, especialmente por las exigencias que la propia epidemia de VIH/SIDA ha generado. La salud sexual está asociada a las condiciones de salud necesarias para vivir la sexualidad de una forma placentera, saludable y segura.

²⁶ E. Berquó, Pirâmide da Solidao. Campinas: Núcleo de Estudos de População/UNICAMP 1986. Mimeo.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos también son un marco en esta área. En el caso de las mujeres adultas mayores adquieren mayor trascendencia justamente los derechos sexuales que los derechos reproductivos, entendidos como fuente y posibilidad de transformación. Los derechos sexuales están asociados fundamentalmente al ejercicio de la identificación personal de las propias necesidades y de la superación de las mismas, a través del ejercicio de la conciencia de ser portador/a de la posibilidad de acceder a algo. En ese caso, acceder a la posibilidad de seguir viviendo de manera segura y placentera su propia sexualidad, con autonomía, integralidad, igualdad (entre todas las mujeres) y diversidad, además de dignidad y solidaridad. El placer no puede ser vetado a las mujeres por causa de ciertas normas morales de las sociedades. Las decisiones acerca de con quién vivir las experiencias sexuales no pueden ser censuradas por las sociedades. Sin embargo, los últimos derechos también se aplican a las mujeres adultas mayores, especialmente si se considera que la definición de derechos reproductivos no está asociada al derecho individual de no tener hijos, pero si al derecho individual y social de tener acceso a cualquier evento de la vida reproductiva. Puede tratarse de tener un hijo, pero también puede ser una infertilidad, se puede tratar de una cirugía de reversión de una esterilización, o bien podría ser el derecho a una inseminación artificial, entre otros. A pesar de no estar discutiendo el tema de la salud sexual y reproductiva de los hombres y sus derechos, se podría aplicar en ese momento, a título de ejercicio, el concepto de derechos reproductivos de los hombres, que siguen teniendo claramente la capacidad de tener hijos en la tercera edad.

La menopausia ocupa una posición de relevancia tanto individual y social como marco en ese proceso de envejecimiento de las mujeres y de sus consecuencias. Como escribe Figueroa “el tiempo ha puesto la marca sobre su cuerpo; todo lo que hizo se ha desvanecido, y ella misma desaparece del orden social porque es un sustrato mudo, no nombrado, y sólo hace cosas. Su cuerpo, dador de vidas, ahora marcado por la menopausia, representa la muerte, y ya no significa existencia; por lo tanto ya no hay deseo de utilizarla²⁷”. El cuerpo, en ese sentido, puede pasar a ser visto como un cuerpo enfermo. Inician las tentativas de reorganización para la belleza, para la reconstrucción, el uso de las drogas antidepresivas y las hormonas para compensar los cambios. En ese proceso derivado de la valoración de los modelos biomédicos, las mujeres depositan mucha expectativa de recuperación a través de las medicinas.

Costa, Carolina. Piramide da Solidão ou Pirâmide dos Não-Casados? Cor e estado conjugal na terceira idade no Brasil. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. 4-8 de noviembre de 2002.

La persistente asociación de la sexualidad con la reproducción ha determinado en las mujeres una construcción de salud también asociada con lo que sería la vigencia de la fertilidad. La otra, o la segunda, o la nueva revolución hormonal, como puede ser llamada la menopausia, está determinada por aspectos asociados a lo que es pérdida humana, a diferencia de lo que sucede con el tema de la menarca, la primera menstruación, que en general es el marco revelador de un inicio. “Perder” la fertilidad y “perder” la sexualidad son aspectos expresados en el imaginario de las sociedades y asociados a la menopausia. Evidentemente, éstos son patrones culturales que ya no son imperantes en todas las culturas con la misma intensidad. Pero mucho hay por hacer en el ámbito de la vida cotidiana. El término menopausia está repleto de valores y determina significados personales, sociales, políticos y económicos, creando una experiencia de desvalorización en las mujeres y en su entorno, determinando definiciones, actitudes y valores en el campo de la conformación de las políticas y programas de salud y de la prestación de la atención en salud por los profesionales de este sector. Estos significados tienen que ser destruidos. Para pensar y formular políticas en salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas mayores, la menopausia es “el marco”.

La situación de salud y enfermedad de las mujeres en proceso de envejecimiento (de 40 a 59 años), de las mujeres adultas mayores (o de la tercera edad) y de las mujeres de 75 años o más, en la cuarta edad, traduce en parte las consecuencias de los contextos sociales, políticos y económicos en que viven las personas y de las decisiones individuales en que el proceso de envejecimiento se produce. La ausencia de salud durante la tercera edad puede ser determinada por estilos de vida, sin embargo, también hay que considerar que las opciones individuales no ocurren aisladas de contextos que producen pobreza y vulnerabilidad, marcadas por la frágil presencia del Estado en la región, especialmente en el campo de la salud y el de la educación y por la incipiente aplicación del enfoque de género, raza/etnia en la implementación de las políticas de salud, en particular de salud sexual y reproductiva.

La salud de la mujer de mayor edad viene determinada por la salud que gozó en los primeros años de vida y por esta razón “es esencial considerar la salud de la mujer en proceso de envejecimiento desde una perspectiva que tome en cuenta su ciclo de vida²⁸”. Si se tiene en cuenta que la salud es un proceso acumulativo en la vida, se reconoce automáticamente la importancia que para la mujer adulta mayor tienen el estilo de vida y el comportamiento previos. Por ejemplo, después de haberse nutrido inadecuada y/o insuficientemente, haber desempeñado arduo trabajo físico, haberse embarazado y haber abortado en varias ocasiones

²⁷ F. Blanco Figueroa, “Mujeres Mexicanas del siglo XX. La otra revolución”, Tomo 1. México 2001, pág. 73.

y haber tenido un acceso limitado a la atención a la salud, no sorprende que muchas mujeres “aborden su vejez en estados de enfermedad crónica²⁹”. Además hay que considerar que las mujeres adultas mayores de la actualidad son mujeres que vivieron su vida fértil en torno a las décadas de 50-80 y vivieron en un período en el que la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos no influían tan claramente en la definición de políticas específicas de salud. Si se compara su situación con la de los hombres adultos mayores, las mujeres adultas mayores son más susceptibles de tener estado civil de viudez y de depender económicamente de sus familias. Por otro lado, las mujeres adultas mayores también asumen en mayor medida que los hombres adultos mayores las responsabilidades de cuidar a familiares mayores que ellas, a sus maridos y a sus nietos.

Para indicar algunos aspectos a tenerse en cuenta en el análisis de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de mayor edad, se presentan los siguientes factores:

- Estilo de vida: la vida de la mujer desde su nacimiento, su dieta y nutrición, su peso, su nivel de actividad física y de estrés físico y emocional, su consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Vida afectiva y sexual: sufrimientos físicos y emocionales procedentes de las diferentes experiencias afectivas con su sexualidad, desde la presencia o no de violencias sexuales cuando niña, la vivencia de la primera menstruación, matrimonio, maternidad, cuidado con los hijos y relaciones con la(s) pareja(s) en ese proceso.
- Trabajo: aunque el trabajo remunerado de las mujeres puede concluir a la edad de 60-65 años, la gran mayoría de las mujeres trabajan hasta que mueren. Sin embargo, este hecho todavía no ha sido reconocido por el sector salud o en las estadísticas laborales. Las mujeres son mayormente responsables de las tareas domésticas en el hogar. Cada vez más las mujeres de mayor edad son los jefes de los hogares y se hacen cargo de la atención de la familia.
- Responsabilidades de atención a la familia: este tema merece una mención especial porque es una parte significativa del trabajo doméstico invisible de las mujeres. El cuidado de la pareja enferma, de los niños y de los nietos es una tarea que a menudo cae en las mujeres de mayor edad, y que puede tener consecuencias graves en su salud física y psicológica.
- Historia clínica y familiar: en las mujeres la historia familiar puede ser un factor de riesgo importante para ciertas enfermedades, como el cáncer de mama. El

²⁸ R. Bonita, op. cit.

²⁹ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

conocimiento de la historia familiar de la mujer es esencial tanto para ella misma como para los profesionales de la salud que la atienden. Al evaluar el perfil de salud de la mujer, se debe tomar en cuenta su historia clínica (enfermedades y lesiones de su infancia, el uso de diferentes medicamentos, su salud reproductiva, su exposición a la violencia, intervenciones quirúrgicas, etc.), que afectará su salud a medida que envejece y debe tomarse en cuenta al evaluar su perfil de salud.

- Salud fisiológica: las mujeres deben ser conscientes de su estado de salud: su estructura y densidad ósea; la condición de sus articulaciones; su salud endocrina; estado del corazón y de los pulmones; su presión arterial, nivel de colesterol, etc. para determinar los riesgos a los que podría estar expuesta y cómo reducirlos.
- Estado socioeconómico: esta categoría incluye una gama amplia de temas, desde el nivel de ingreso de la mujer durante el ciclo de vida y su grupo étnico hasta el lugar que ocupa en la comunidad. El valor que las comunidades atribuyen a las desigualdades creadas por las jerarquías concomitantes de género y a la raza repercuten claramente en la salud y calidad de vida de la mujer. Obviamente, el nivel de ingreso es un factor determinante de la salud, particularmente entre las mujeres de mayor edad que, una vez jubiladas, a menudo dependen de la seguridad social, de sus ahorros o de otros miembros de la familia (quienes pueden ser pobres también).
- Protección social: el trabajo de las mujeres en los países en desarrollo está concentrado en los sectores informal, agropecuario y de servicios. Tienen menos acceso a la protección social, como por ejemplo al seguro de salud, lo que repercute negativamente en el ciclo de la vida de la mujer y afecta seriamente su salud en la vejez.
- Estado civil: la soltería es una realidad creciente para muchas mujeres de mayor edad: viudas, divorciadas, abandonadas o nunca casadas. Los efectos sobre la salud de estos estados civiles son a menudo difíciles de cuantificar pero pueden incluir la falta de recursos para los servicios de salud, depresión, falta de movilidad y pobreza³⁰.

Problemas de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en proceso de envejecimiento y de las Mujeres Adultas Mayores

En esta sección del trabajo nuestra intención es la de destacar algunos problemas de salud sexual y reproductiva de mujeres adultas mayores: las que están en el proceso de envejecimiento, tercera y cuarta edad, al mismo tiempo que buscamos ilustrar esa dimensión

³⁰ R. Bonita, op. cit.

con la inclusión de informaciones elaboradas a partir de la base de datos de la Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe de la OPS. Esta encuesta investiga las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). De acuerdo con el informe preliminar de la investigación³¹ las encuestas fueron transversales, simultáneas y rigurosamente comparables. Su objetivo, entre otros, fue el de producir información destinada a describir las condiciones de salud de los adultos mayores (hombres y mujeres), evaluar el acceso y el uso que tienen los adultos mayores a y de los servicios de asistencia a la salud, la autoevaluación de las condiciones de salud, el acceso a la atención a la salud y las fuentes de apoyo en particular, respecto a clase social, género y cohorte de nacimiento y los perfiles de riesgo para favorecer el análisis comparativo entre países. Es importante destacar que la información obtenida indica la prevalencia de enfermedades reportadas por los entrevistados/as y no de las prevalencias de enfermedades. Vale la pena destacar que a (para) efectos de este trabajo UNFPA produjo a partir de la base de datos una variable que permitió buscar interrelaciones considerando el nivel socioeconómico de los/as entrevistados/as.

No hay dudas de que el marco esencial para la reflexión en torno de la salud sexual y reproductiva y de sus derechos sexuales y reproductivos es la **menopausia**, que no es una enfermedad, pero sí un marco físico, psíquico y sociocultural relevante en la vida de las mujeres. Así, vale más la pena referirse a **procesos menopáusicos**, teniendo en cuenta que no nos estamos refiriendo a la fisiología de los cuerpos femeninos. Nos estamos refiriendo a un proceso que tiene sus contornos en la subjetividad de las mujeres y que está enmarcado por el contexto sociocultural, aspectos étnicos, religiosos, niveles educativos, estatus económicos, condiciones generales de salud a lo largo de la vida y en especial el entorno que genera la vida reproductiva, como el número de hijos, las características vitales que implica la asunción del esfuerzo de la reproducción social, y por lo tanto las áreas y atribuciones de cuidados que ha desempeñado en su familia, las vivencias en el campo de la sexualidad, entre otros³². La menopausia no sucede de un momento a otro, ni repentinamente, sino que más bien es un proceso lento de modificaciones del balance hormonal de cada organismo que muchas veces es observado de una manera reduccionista como una enfermedad y no como un **hecho vital**. De ser así, la menopausia fácilmente se

³¹ M. Peláez, A. Palloni, G. Pinto, E. Arias, “Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe”, OPS, Washington, D.C., mayo 2001.

³² D. Carreño, “Una Mirada sobre prácticas y realidades en el fin de siglo” en A. Gómez, “La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres”. Cuadernos Mujer y Salud/4. Rede de Salud de las Mujeres latinoamericanas y del Caribe. 1999. Chile.

transformaría en un hecho humano merecedor de acciones medicalizadas reforzadas por el interés del mercado laboral. Este desbalance hormonal o ese nuevo balance hormonal tiene implicaciones, tanto en el climaterio - fase de transición entre la existencia de la capacidad reproductiva y la menopausia – como en la etapa postmenopáusica. En general, las experiencias de cambios fisiológicos de las mujeres pueden ser divididas en síntomas precoces, intermedios y tardíos. Hay síntomas neuropsíquicos, vasomotores, comprometimiento de los tejidos conectivos, cambios urogenitales y cambios en la vivencia de la sexualidad. Como síntomas tardíos se pueden observar un aumento en la morbilidad, como la osteoporosis y la enfermedad cardíaca isquémica. Existe un consenso respecto a la recomendación de una dieta apropiada, calcio y ejercicio físico como estrategias que pueden acompañar y/o sustituir cualquier iniciativa de reposición hormonal.

De manera general hay una gran preocupación, indicada por las investigaciones realizadas hasta el momento, de que las terapias de reposición hormonal, consistentes especialmente en la ingestión de estrógenos, pueden ser estimuladoras del cáncer de mama y de endometrio. En ese caso son particularmente vulnerables las mujeres que tienen síntomas físicos consecuencia de la actuación de los síntomas neuropsíquicos, representados por disturbios vasomotores, cefálea, ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, disminución de la libido, etc., y que tengan antecedentes familiares o personales de cáncer. La ingestión de hormonas tiende a ser una actitud de los profesionales de salud para las mujeres que recurren a los servicios de salud. Mercado y decisiones individuales se complementan en ese proceso social de producción de la demanda.

En Estados Unidos la edad media de incidencia de la menopausia esta en torno de los 51 años. Una útil clasificación en términos de salud sexual y reproductiva es la que segrega a las mujeres según sean “premenopáusicas³³” (cuando aún hay ciclo menstrual), “perimenopáusicas³⁴” (cuando han experimentado sangrado en los últimos doce meses, mas no en los últimos tres meses) o “postmenopáusicas³⁵” (tras doce meses sin menstruación).

Entre las mujeres entrevistadas por la encuesta SABE (Tabla 3), la edad media encontrada de la menopausia fue de 48 años, con pequeñas variaciones entre las ciudades participantes, centros urbanos de países que detienen un cierto nivel de desarrollo socioeconómico.

³³ N.E. Avis, R. Stellato, S. Crawford, C. Johannes and C. Longcope, “Is There an Association Between Menopause Status and Sexual Functioning?”, Departments of Medicine and Obstetrics and Gynecology, University of Massachusetts Medical School and National Institute on Aging, Menopause Issue, September/October 2000, págs. 297-309

³⁴ *Ibidem*

Buenos Aires, São Paulo y Montevideo presentan las edades más altas en el estudio, reflejando en cierto modo estilos de vida posiblemente más desarrollados en tales ciudades. En el Servicio de Climaterio de la Disciplina de Ginecología de la Escuela Paulista de Medicina de la Universidad Federal de São Paulo, la edad promedio de la menopausia se sitúa en torno de los 46 años. Condiciones de vida van determinar cambios en esa edad: factores raciales, genéticos y hábitos como el tabaquismo, que pueden incidir en que la edad de la menopausia se reduzca hasta en 2 años³⁶.

Tabla 3 Edad media de la menopausia

| Ciudades | Edad Media Menopausia |
|--------------|-----------------------|
| Bridgetown | 47,6 |
| Buenos Aires | 49,0 |
| Habana | 48,3 |
| México | 47,5 |
| Montevideo | 48,5 |
| Santiago | 47,3 |
| São Paulo | 48,8 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

En este sentido se pueden traer a colación las conexiones entre las condiciones de vida y la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, por otro lado entre la situación actual y las experiencias físicas y psíquicas en ciclos de vida anteriores, siendo estos aspectos determinados no sólo por las decisiones individuales sobre los estilos de vida, sino también por los determinantes socioculturales y económicos impuestos a esos grupos poblacionales. Mujeres más pobres, con situaciones de salud más vulnerables, con hábitos de vida que no son factores de protección de la salud y con acceso y ejercicio limitados a y de sus derechos como ciudadanas, pueden resultar en una menopausia temprana y por lo tanto convivir con las características de estos procesos por un tiempo mayor, resultando finalmente en una mayor exposición a sus consecuencias.

1. Menopausia y Reposición Hormonal

La menopausia es un paso en el largo y lento proceso de envejecimiento. Para la mayor parte de las mujeres, este proceso comienza silenciosamente alrededor de los cuarenta años

³⁵ *Ibidem*

de edad, momento a partir del cual las menstruaciones comienzan a ser menos regulares y los niveles de estrógeno y progesterona descienden. Además de contribuir al mantenimiento saludable de la vagina y el útero, estas hormonas son determinantes para mantener la regularidad de la menstruación y un adecuado embarazo. “El estrógeno contribuye además al buen estado de los huesos y a un nivel saludable de colesterol en la sangre³⁷”.

Es entre los 45 y los 55 años cuando tiene lugar la menopausia y las mujeres “acostumbran a requerir de atención para manejar los síntomas asociados con la transición menopáusica, un periodo de unos cuatro años durante los cuales las mujeres padecen cambios hormonales y clínicos que culminan en el fin de la menstruación³⁸”. Es frecuente que la mujer sufra síntomas vasomotores como los “sofocos³⁹” y “sudores nocturnos⁴⁰”, problemas urogenitales como incontinencia y dolor en las relaciones sexuales, además de síntomas psicológicos. No obstante, según algunos autores “el tipo y la frecuencia de estos síntomas varían de una región del mundo a otra⁴¹”, mientras que otros expertos señalan que “la menopausia es vista de diferente manera en diferentes partes del mundo, siendo un acontecimiento positivamente aceptado en ciertas culturas, en las que la liberación de la menstruación y la relajación de algunas restricciones sociales que acompaña a la madurez son sumamente apreciadas⁴²”. En el otro lado del espectro, se encuentran algunos autores que en regiones en desarrollo “están contemplando la menopausia como un problema médico que requiere de intervención⁴³”.

En cuanto al vínculo entre salud reproductiva y sexual y de acuerdo con los científicos del Instituto de Investigación de Nueva Inglaterra y la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts en Worcester, la menopausia puede estar relacionada con un menor deseo sexual que en la juventud. Sin embargo, existen otros aspectos de salud y sociales (como el estado civil), que tienen un “mayor efecto en el comportamiento sexual de la mujer que la reducción en la producción de estrógeno que acompaña la menopausia⁴⁴”. Por otro lado, aunque los investigadores averiguaron que la menopausia influye en las creencias de la mujer sobre el envejecimiento y el interés en el sexo, descubrieron también que “la

³⁶ R. Simões, E. Baracat, “Climatério: mitos e realidades” en L. Galvão y J. Diaz (org), “Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil”, Editorial HUCITEC/Population Council. São Paulo. 1999.

³⁷ National Institute on Aging, U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health September 2002, www.nia.nih.gov

³⁸ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

³⁹ *Ibidem*

⁴⁰ *Ibidem*

⁴¹ *Ibidem*

⁴² *Ibidem*

⁴³ *Ibidem*

⁴⁴ N.E. Avis, R. Stellato, S. Crawford, C. Johannes and C. Longcope, op. cit.

menopausia no contribuye a determinar la frecuencia de la relación sexual, ni a su satisfacción sexual, ni a problemas para alcanzar el orgasmo, aunque sí están relacionados los menores niveles de estrógeno con relaciones sexuales dolorosas⁴⁵”.

En cuanto a la reposición hormonal, es frecuente que se recomiende en el período perimenopáusico el uso de anticonceptivos orales, especialmente en casos de menstruación abundante, demasiado frecuente o irregular. Es posible que regule la menstruación e incluso que ayude en los síntomas de sofocos y sudores, sin embargo, los anticonceptivos orales pueden esconder la llegada de la menopausia. Se puede dejar de usar anticonceptivos orales una vez que se ha llegado a la menopausia pero si se están usando los anticonceptivos orales para no embarazarse, es preciso utilizar otro tipo de anticonceptivo hasta que hayan transcurrido doce meses desde la última menstruación. Es frecuente que se recomiende el uso de estrógeno y progesterona durante la menopausia, lo que se conoce como terapia de reposición hormonal (TRH). El estrógeno en solitario se le recomienda a las mujeres a las que se les ha extirpado el útero, mientras que las dos hormonas mencionadas en combinación, se les recomienda a las mujeres que conservan su útero. Para algunos autores “la progesterona, siempre que se use junto con el estrógeno, contribuye a reducir el riesgo de cáncer de útero⁴⁶”. Sin embargo, la TRH también tiene sus riesgos como por ejemplo “que aumenta el riesgo de enfermedades de corazón y que incrementa las probabilidades de desarrollar cáncer de mama y coágulos⁴⁷”. Como conclusión, la reposición hormonal permanece sometida a investigación.

De acuerdo a los datos de la encuesta SABE, se observa que las generaciones de mujeres adultas mayores de 60 a 69 años, esto es, las generaciones más nuevas presentan una tendencia de uso de estrógeno más acentuada que las generaciones anteriores (Tabla 4). ¿Cuáles podrían haber sido los resultados obtenidos si el grupo de 50 a 59 años hubiera sido investigado también en todas las ciudades? México (donde este grupo sí fue incluido) presenta el porcentaje de 18.1%, que es bastante significativo. São Paulo en Brasil y Santiago en Chile presentan niveles de consumo de estrógeno mucho más acentuados que las demás ciudades, como se puede verificar en las Tablas 4 y 5. No se sabe cuál fue la fuente de adquisición de la medicación. Una de las posibilidades podría ser el acceso a través del sector público de salud, lo cual podría determinar la construcción de algunas preguntas esenciales en torno a las condiciones que los sistemas de salud nacionales deberían reunir para la definición de sus políticas para la SDSR de las mujeres adultas

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Ibidem

mayores: ¿Es deseable aumentar la prescripción hormonal o estimular la promoción de la salud sexual y reproductiva a través de estrategias diferenciadas? ¿Cuál es el nivel de consumo deseable? ¿A qué riesgos de salud se están exponiendo las mujeres que hacen el uso de estrógenos y qué tantas posibilidades tienen de hacer uso de los sistemas de salud para un Papanicolau, para prevenir el cáncer de endometrio, uno de los riesgos asociados al uso continuo de hormonas? ¿Cuáles son las razones que explicarían diferencias tan altas para los datos encontrados en estas ciudades y La Habana, por ejemplo?

Tabla 4 Porcentaje de uso de estrógeno en algún momento de la vida y grupo etario

| Ciudades | 60-69 | 70-79 | 80+ |
|--------------|-------|-------|------|
| Bridgetown | 9,1 | 3,7 | 1,3 |
| Buenos Aires | 11,2 | 7,1 | 5,7 |
| Habana | 8 | 6,7 | 3,6 |
| México | 9,5 | 12,4 | 3,7 |
| Montevideo | 7,4 | 10 | 7,8 |
| Santiago | 30,6 | 20 | 11,9 |
| São Paulo | 30 | 23,8 | 15,2 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Tabla 5 Porcentaje de uso actual de estrógeno por grupo etario

| Ciudades | 60-69 | 70-79 | 80+ |
|--------------|-------|-------|-----|
| Bridgetown | 1,9 | 0,4 | 0,6 |
| Buenos Aires | 0,3 | 0,3 | 0 |
| Habana | 0 | 0 | 0 |
| México | 3,9 | 5,2 | 0 |
| Montevideo | 0,8 | 0,5 | 0 |
| Santiago | 10,5 | 0,9 | 0 |
| São Paulo | 10,7 | 1,8 | 0,2 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Cuando asociados a los niveles de escolaridad, hay un consumo mucho mayor de estrógeno entre mujeres con más escolaridad (Tabla 6). Esos datos indicarían, muy posiblemente, un grado mayor de información de esa alternativa terapéutica para la reducción del malestar del climaterio y síntomas postmenopáusicos, tendencia observada de asimilar procesos de medicalización en ese campo. Al mismo tiempo, posiblemente revelan un mayor acceso a los servicios de salud, públicos o privados. Cuando se asocia esto al nivel de ingreso (Tabla

7)⁴⁸, se encuentra que las mujeres que tienen actualmente un mayor de ingreso de manera general consumen más hormonas. Considerando todas las controversias que la terapia de reposición hormonal genera actualmente, sería necesario verificar cuál es la mejor estrategia para conformar programas de prevención en salud sexual y reproductiva.

Tabla 6 Porcentaje de uso de estrógeno en algún momento de la vida, asociado al grado de escolaridad

| Ciudades | Sin Escolaridad | Primaria | Secundaria |
|--------------|-----------------|----------|------------|
| Bridgetown | | 4,2 | 9,3 |
| Buenos Aires | 4,6 | 7,7 | 11,8 |
| Habana | 6,5 | 7,5 | 7,6 |
| México | 4,5 | 10,4 | 37,3 |
| Montevideo | 9,8 | 7,8 | 17,4 |
| Santiago | 14,0 | 20,7 | 40,0 |
| São Paulo | 16,7 | 27,5 | 39,9 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Tabla 7 Porcentaje de uso de estrógeno actual asociado al nivel de ingreso actual

| Ciudades | Bajo | Regular | Alto |
|--------------|------|---------|------|
| Bridgetown | 0,4 | 0,4 | 2,6 |
| Buenos Aires | 0,7 | 0 | 0 |
| Habana | 0 | 0 | 0 |
| México | 5,2 | 5,3 | 12,8 |
| Montevideo | 0,4 | 0,6 | 0,7 |
| Santiago | 3,6 | 4,1 | 11,2 |
| São Paulo | 3,7 | 4,8 | 10,8 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

⁴⁸ A fin de construir la variable “Nivel socio-económico”, se usaron 6 variables. Primero, la variable “Cuánto gana usted por este y otros trabajos que realice y cada cuando recibe esta cantidad ?” ha sido definida sobre una base anual. En seguida, el monto fue anualizado. La misma aplicación fue realizada por las 5 otras variables en relación con el ingreso: “jubilación o pensión”, “ayuda de familiares desde otro país”, “ayuda de familiares dentro del país”, “alquiler (renta) o ingreso bancarios”, “subsidio de bienestar social” y “otro ingreso”. Después, el monto de cada uno de estos ingresos fue sumado para obtener el ingreso total. Este ingreso fue dividido por la variable “Cuántas personas dependen de sus ingresos ?” a fin de obtener el ingreso medio para cada una de las personas (independiente y las dependientes económicas). Finalmente, la distribución fue dividido en 3 partes iguales que representan una proporción de 33.33%. Las partes forman los tres niveles (bajo, regular y alto).

2. Osteoporosis y fracturas resultantes de los cambios hormonales

Según las proyecciones de la International Osteoporosis Foundation, de 1990 a 2050 el número de fracturas de hombres y mujeres de 50 a 64 años sufrirá un incremento del orden del 400%. Para los grupos de personas mayores de 65 años, el incremento será del 700%. Buena parte de este aumento se debe al crecimiento de la propia población en estos grupos etarios. En América Latina, por ejemplo, para el año de 2050, se estima que la población con más de 65 años habrá aumentado casi 5 veces y el costo para paliar el problema de la osteoporosis podrá alcanzar los 13 mil millones de dólares anuales. Las mujeres latinoamericanas, que consumen menos calcio de lo que se recomienda, sufrirán un incremento mayor.

Una de las directas consecuencias de la menopausia es la pérdida de tejido óseo que causa el debilitamiento de los huesos y puede desembocar en osteoporosis. El proceso de sustitución ósea que tiene lugar a lo largo de la vida se ralentiza a causa del descenso en el nivel de estrógenos en la etapa de la menopausia, provocando un adelgazamiento del tejido óseo y en algunas ocasiones fracturas. Es frecuente que las mujeres adultas mayores no perciban la fragilidad de su tejido óseo hasta que se fracturan una muñeca, la cadera o las vértebras. Para tener en cuenta el estado de los huesos es recomendable hacerse una densitometría ósea para determinar el riesgo que se corre. “Hoy por hoy un 10% de las mujeres padecen de osteoporosis⁴⁹”.

Entre las señales tardías que en general promueven el aumento de la morbilidad están la osteoporosis y la enfermedad cardíaca isquémica. Actualmente es conocido que se alcanza el pico de masa ósea entre la tercera y cuarta décadas de vida, que, por razones desconocidas, se mantienen a penas por cerca de una década. La pérdida ósea es universal, afecta a hombres y mujeres, está asociada a cambios en la función gonadal. Sin embargo, para las mujeres el estado hipoestrogénico determina una pérdida ósea relevante, que tiene como consecuencia las fracturas y la morbilidad asociada. Cambios que ocurren en el interior de los huesos en función de la deficiencia de los esteroides ovarianos son complejos y no son totalmente conocidos⁵⁰. En general, los sistemas de salud consideran que los gastos en ese aspecto han sido relevantes y posiblemente más asociados a las mujeres.

De acuerdo con los datos de la encuesta SABE (Tablas 8-10), se puede observar que las mujeres han tenido con más frecuencia el diagnóstico de osteoporosis y se aprecia cierto

⁴⁹ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

grado de homogeneidad en ese diagnóstico, independientemente del nivel socioeconómico. Llamam bastante atención las diferencias entre Habana y Bridgetown y Buenos Aires.

Tabla 8 Porcentaje de presencia de diagnóstico de osteoporosis por edad y sexo

| Ciudades | Sexo | 60-69 | 70-79 | 80+ |
|--------------|---------|-------|-------|------|
| Bridgetown | Mujeres | 2.0 | 1.9 | 1.3 |
| | Hombres | 1.1 | 0.0 | 1.0 |
| Buenos Aires | Mujeres | 24.8 | 16.9 | 20.6 |
| | Hombres | 1.8 | 0.0 | 2.9 |
| Habana | Mujeres | 5.5 | 4.5 | 3.3 |
| | Hombres | 1.1 | 0.5 | 2.0 |
| México | Mujeres | 9.2 | 16.1 | 11.8 |
| | Hombres | 1.7 | 2.0 | 6.8 |
| Montevideo | Mujeres | 13.8 | 16.0 | 5.4 |
| | Hombres | 1.5 | 0.0 | 0.0 |
| Santiago | Mujeres | 11.2 | 14.7 | 17.3 |
| | Hombres | 2.2 | 3.2 | 6.3 |
| São Paulo | Mujeres | 23.6 | 24.7 | 23.5 |
| | Hombres | 2.1 | 3.8 | 4.2 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Tabla 9 Porcentaje de presencia de diagnóstico de osteoporosis por nivel de ingreso y sexo

| Ciudades | Sexo | Bajo | Regular | Alto |
|--------------|---------|------|---------|------|
| Bridgetown | Mujeres | 0.4 | 0.8 | 4.8 |
| | Hombres | 0.0 | 1.5 | 0.5 |
| Buenos Aires | Mujeres | 17.1 | 17.7 | 26.5 |
| | Hombres | 0.0 | 2.7 | 0.7 |
| Habana | Mujeres | 4.0 | 4.9 | 6.7 |
| | Hombres | 0.4 | 1.8 | 0.9 |
| México | Mujeres | 5.5 | 9.8 | 12.5 |
| | Hombres | 1.6 | 2.1 | 2.8 |
| Montevideo | Mujeres | 10.9 | 13.9 | 18.3 |
| | Hombres | 1.6 | 0.9 | 0.0 |
| Santiago | Mujeres | 13.8 | 12.4 | 13.9 |
| | Hombres | 1.4 | 4.0 | 2.9 |
| São Paulo | Mujeres | 23.1 | 26.5 | 22.0 |
| | Hombres | 3.8 | 2.6 | 2.3 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

⁵⁰ R. Simões, E. Baracat, op. cit.

Tabla 10 Porcentaje de mujeres que reciben un diagnóstico de osteoporosis antes de los 75 años y edad promedio del diagnóstico

| Ciudades | Porcentaje | Edad Promedio |
|--------------|------------|---------------|
| Bridgetown | 20,0 | 65,3 |
| Buenos Aires | 15,9 | 64,2 |
| Habana | 10,4 | 67,1 |
| México | 6,7 | 66,3 |
| Montevideo | 18,4 | 65,4 |
| Santiago | 21,4 | 65,3 |
| São Paulo | 14,6 | 66,8 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

3. Cáncer de cuello de útero y de mama

Los cánceres asociados a los órganos reproductivos son relevantes como causas de mortalidad en la región de América Latina y Caribe. En los llamados “middle income countries” (Columna B de la Tabla 2), según la clasificación del Banco Mundial, las causas de muerte más frecuentes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las cerebrovasculares. En particular para la región son significativos los casos de cáncer de cuello de útero y de mama. El cáncer de cuello es más predominante en los países menos desarrollados y en países más rurales, sin embargo el cáncer de mama es más común en los países más desarrollados. Para el caso de cáncer de cuello de útero, las mujeres más pobres son las de mayor riesgo. La Tabla 11 documenta la incidencia relativa de ambos tipos de cáncer como causa de muerte en algunos países de la región.

Es posible que la presencia del uso de la terapia hormonal pueda hacer que la incidencia de cáncer, tanto de mama como de endometrio, se vea aumentada. Pese a que la incidencia de cáncer de pulmón en la mujer ha aumentado y a que las mujeres de edad avanzada de la Región sufren diferentes clases de cáncer, los sitios más comunes son el cuello uterino y la mama. Como en el caso de las clases de cáncer particulares de cada sexo, se ha prestado mucha atención a estas dos causas de defunción. Se sabe lo suficiente “sobre los factores que predisponen y las estrategias de prevención y tratamiento más satisfactorias, de manera que la mortalidad prematura por esa causa podría reducirse con intervenciones acertadas⁵¹”.

⁵¹ L. Sennott.Miller, “La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades”, pág. 120.

Tabla 11 Defunciones por cáncer de mama y de cérvix como porcentaje del total de defunciones, en mujeres mayores de 45 años, por país y grupo etario

| | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
|-----------------------------|-------|-------|-------|------|
| Argentina 1997 | | | | |
| Mama | 11.37 | 8.92 | 5.26 | 2.33 |
| Cervix uteri | 3.41 | 1.54 | 0.59 | 0.14 |
| Brasil 1995 | | | | |
| Mama | 5.15 | 3.33 | 1.97 | 0.86 |
| Cervix uteri | 2.49 | 1.53 | 0.76 | 0.30 |
| Colombia 1998 | | | | |
| Mama | 6.26 | 3.45 | 1.75 | 0.97 |
| Cervix uteri | 6.57 | 4.14 | 1.77 | 1.10 |
| Costa Rica 2000 | | | | |
| Mama | 10.90 | 4.67 | 1.77 | 1.58 |
| Cervix uteri | 6.50 | 3.16 | 2.39 | 0.89 |
| Cuba 2000 | | | | |
| Mama | 7.67 | 5.92 | 3.20 | 1.49 |
| Cervix uteri | 3.98 | 2.12 | 0.68 | 0.24 |
| Chile 1999 | | | | |
| Mama | 7.59 | 5.67 | 2.78 | 1.39 |
| Cervix uteri | 6.06 | 3.26 | 2.06 | 0.84 |
| Ecuador 2000 | | | | |
| Mama | 4.08 | 2.58 | 1.69 | 0.48 |
| Cervix uteri | 3.24 | 2.50 | 1.37 | 0.66 |
| El Salvador 1999 | | | | |
| Mama | 2.02 | 0.55 | 0.45 | 0.19 |
| Cervix uteri | 2.65 | 2.06 | 0.57 | 0.38 |
| México 2000 | | | | |
| Mama | 6.07 | 3.09 | 1.52 | 0.69 |
| Cervix uteri | 7.00 | 3.67 | 2.43 | 1.11 |
| Nicaragua 2000 | | | | |
| Mama | 5.21 | 1.94 | 1.28 | 0.78 |
| Cervix uteri | 9.54 | 4.40 | 2.91 | 2.10 |
| Panamá 1998 | | | | |
| Mama | 7.52 | 3.08 | 2.45 | 1.13 |
| Cervix uteri | 7.24 | 6.37 | 2.45 | 0.77 |
| Paraguay 1994 | | | | |
| Mama | 6.07 | 2.64 | 2.33 | 0.86 |
| Cervix uteri | 5.28 | 2.64 | 1.55 | 0.50 |
| Perú 2000 | | | | |
| Mama | 6.72 | 3.76 | 1.85 | 0.73 |
| Cervix uteri | 6.75 | 3.97 | 2.35 | 0.89 |
| Rep. Dominicana 1998 | | | | |
| Mama | 4.65 | 3.85 | 1.64 | 0.86 |
| Cervix uteri | 3.95 | 1.66 | 1.35 | 0.38 |
| Uruguay 2000 | | | | |
| Mama | 14.79 | 11.39 | 6.09 | 2.41 |
| Cervix uteri | 2.77 | 1.62 | 0.72 | 0.13 |
| Venezuela 2000 | | | | |
| Mama | 8.23 | 4.61 | 2.49 | 1.22 |
| Cervix uteri | 5.61 | 3.47 | 1.69 | 0.89 |

Fuente: WHOSIS, OMS

“Más de 288.000 mujeres mueren cada año en el mundo a causa del cáncer cervical y, en muchas regiones, este cáncer afecta en forma desproporcionada a las mujeres más pobres y más vulnerables. Al menos el 80% de estas muertes se producen en los países en desarrollo, y la mayor parte ocurre en las áreas donde existe más pobreza, como África al Sur del Sahara y algunos países de América Latina. En el mundo en desarrollo, los proveedores de salud atienden regularmente a mujeres con cáncer cervical avanzado e incurable, por lo cual frecuentemente es muy poco lo que se puede hacer para salvarles la vida. A menudo, ni siquiera se dispone de los medicamentos para aliviar los dolores que produce el cáncer. El cáncer cervical, sin embargo, puede prevenirse fácilmente por medio de exámenes de detección y tratamientos que requieren de tecnologías relativamente sencillas, incluso en aquellas mujeres con alto riesgo de presentar la enfermedad. Cuando se detectan alteraciones de tipo precanceroso en el tejido cervical y el tejido anormal es tratado con éxito, la mujer no desarrolla cáncer⁵²”.

Hoy en día, el cáncer de cuello uterino es considerado una enfermedad prevenible. En la mayoría de los casos, la generación a partir de lesiones precancerosas de cánceres toma mucho tiempo. En Estados Unidos los programas efectivos de “screening” han originado un drástico declive en el número de muertes por cáncer cervical en los últimos cincuenta años. En este sentido “el 60% de las mujeres que han desarrollado cáncer cervical en los países desarrollados o bien no se habían sometido a un “screening” en los últimos cinco años o bien nunca lo habían hecho⁵³”.

El hito del momento respecto al “screening” del cáncer cervical sigue siendo el examen Papanicolau (llamado así por el inventor del examen, que salió a la luz en un “paper” en 1941). Dependiendo de los resultados de este examen, el médico decide si es necesario o no realizar más exámenes pero definitivamente, diversas fuentes coinciden en achacar a la extensión del examen Papanicolau, el descenso radical del cáncer cérvico-uterino en Estados Unidos y otros países desarrollados. No obstante, aunque el examen Papanicolau es altamente efectivo, no es un examen perfecto. En algunas ocasiones no detecta células que sean potencialmente cancerígenas. Hay margen de error incluso si la muestra es recogida perfectamente y analizada en los mejores laboratorios, de ahí la necesidad de hacerse el examen con regularidad “puede fallar en la detección de células anormales un año pero es muy poco probable que falle dos años consecutivos⁵⁴”.

⁵² http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

⁵³ Oncolink, Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania, <http://oncolink.upenn.edu/index.cfm>.

⁵⁴ *Ibidem*

Las mujeres que han sufrido una histerectomía subtotal o supracervical siguen teniendo cérvix y por lo tanto, siguen necesitando hacerse un examen Papanicolau anualmente. Por su parte, las mujeres que han sufrido una histerectomía total deben examinarse cada tres o cinco años de Papanicolau. Las mujeres que son postmenopáusicas también deben seguir haciéndose un examen de Papanicolau con la frecuencia que su médico determine.

Otro hito en la lucha contra el cáncer cérvico-uterino ha sido el descubrimiento del virus del papiloma humano (VPH) en el tejido cérvico-uterino y en la vulva que en un número de casos que algunos autores determinan como 30% degenera en cáncer. Se apunta que “el condón no protege del VPH⁵⁵” y la esperanza que queda es que se desarrolle una vacuna para prevenir este virus. Esta vacuna sería una estrategia muy eficaz en las regiones en desarrollo que no cuentan con los recursos para implementar el examen Papanicolau al mismo nivel que las regiones desarrolladas.

Una nueva modalidad de “screening” para prevenir el cáncer cérvico-uterino es el examen VPH. Gracias a los novedosos análisis de ADN se tiene la posibilidad de determinar de qué subtipo o cepa de VPH se trata y a partir de esta información se conoce la probabilidad de desarrollar cáncer cérvicouterino en el futuro, dado que no todos los tipos de VPH que pueden invadir el tejido cervical provocan cáncer.

Algunas de las ventajas del examen VPH son que se puede hacer en casa y que no hace falta el mismo grado de “expertise” técnico para recoger una muestra que se enviará al laboratorio por correo. También se requiere menor grado de “expertise” para llevar a cabo el análisis, con lo cual “los costos y los errores son menores⁵⁶”. Tampoco este examen es perfecto debido a que la mayor parte de las mujeres con VPH no desarrollarán cáncer, pero “cada resultado positivo en VPH generará la necesidad de un monitoreo caro e innecesario⁵⁷”.

Si bien el cáncer de mama tiene una incidencia menor en los países en desarrollo que en los países desarrollados, los índices de cáncer de mama están ascendiendo a causa de los cambios de vida, reproductivos y socioeconómicos y también debido al envejecimiento de la población. Se separa esta última causa del resto debido a que efectivamente la edad es el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama aunque hay otros factores como la edad de menarca y de menopausia, el número de hijos, el tiempo durante el cual fueron

⁵⁵ Ibidem

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Ibidem

amamantados, el historial familiar relativo a esta enfermedad, el uso de anticonceptivos orales o de terapia de reposición hormonal (TRH), exposición a las radiaciones y posiblemente otros factores como la dieta y el ejercicio. Por otro lado, se ha probado que “los abortos inducidos no constituyen un factor de riesgo⁵⁸”. Debido a que “es poco lo que puede hacerse para la prevención del cáncer de mama⁵⁹”, las intervenciones se han centrado en la detección de tumores en sus primeros estadios de desarrollo cuando pueden ser extirpados más fácilmente y asimismo más efectivamente tratados. Esta estrategia es especialmente útil en los países en desarrollo donde las mujeres son diagnosticadas cuando ya presentan estadios avanzados de cáncer de mama. Como en el caso del cáncer cérvico-uterino, la concientización pública sobre el peligro del cáncer de mama podría sobrepasar muchas de las barreras alzadas hasta ahora para la detección temprana, como han sido la falta de conocimiento sobre el tema y el estigma social, sin desestimar el importante papel que juega el acceso a los servicios de salud.

Los programas masivos de “screening” son la manera “más efectiva de detectar los tumores de manera temprana⁶⁰”. La mamografía, que mediante rayos x detecta tumores y anomalías en las mamas, es hasta ahora el único método de “screening” que ha demostrado una incidencia en la disminución de la mortalidad del cáncer de mama (“si bien persiste la controversia sobre sus beneficios⁶¹”). Debido a que precisa maquinaria sofisticada, y suministros constantes de película y de químicos, además de técnicos expertos y radiólogos con experiencia en el área, para lograr unos mínimos niveles de precisión, la mamografía no es la manera de prevenir más idónea para las áreas sujetas a severas limitaciones presupuestarias. Es posible que los exámenes clínicos de mama (esto es, palpación manual de la mama realizada por especialistas en la materia) puedan desempeñarse como una alternativa adecuada. Algunos estudios sugieren que este enfoque sí ofrece beneficios “aunque a la fecha no se ha demostrado el impacto en la reducción de la mortalidad⁶²”. Por su parte el autoexamen (palpación de la mama realizada mensualmente por la propia mujer) tampoco ha demostrado hasta ahora que reduzca los índices de mortalidad por cáncer de mama si bien se está investigando sobre este método.

Desde otro enfoque, hay que señalar que debería darse mayor prioridad a los cuidados para las mujeres a las que ya se les ha diagnosticado cáncer de mama, incluyendo el apoyo psicológico, la información necesaria para tomar decisiones bien sustentadas, y métodos

⁵⁸ *Ibidem*

⁵⁹ *Ibidem*

⁶⁰ *Ibidem*

⁶¹ *Ibidem*

para aliviar tales síntomas como el dolor físico. Allá donde la incidencia de cáncer de mama sea más alta, la prioridad debe ser asegurarse de que los exámenes de diagnóstico y los tratamientos efectivos sean accesibles y costeables para aquellas mujeres que presentan síntomas (lo cual constituye un desafío enorme en los países con escasos recursos). Ciertos expertos recomiendan que “solamente una vez que los servicios de diagnóstico y de tratamiento funcionan correctamente se dará el paso de implementar el “screening” masivo⁶³”.

Tabla 12 Papanicolau en los 2 últimos años

| Ciudades | 60-69 | 70-79 | 80+ |
|--------------|-------|-------|-----|
| Bridgetown | 32 | 19 | 6 |
| Buenos Aires | 49 | 32 | 15 |
| Habana | 43 | 18 | 5 |
| México | 53 | 44 | 20 |
| Montevideo | 29 | 23 | 9 |
| Santiago | 43 | 26 | 13 |
| São Paulo | 54 | 35 | 18 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Tabla 13 Porcentaje Papanicolau en los 2 últimos años por niveles de escolaridad

| Ciudades | Sin escolaridad | Secundaria | Profesional |
|--------------|-----------------|------------|-------------|
| Bridgetown | | 19 | 100 |
| Buenos Aires | 28 | 49 | 70 |
| Habana | 24 | 33 | 35 |
| México | 41 | 71 | 77 |
| Montevideo | 11 | 34 | 50 |
| Santiago | 26 | 30 | 50 |
| São Paulo | 31 | 45 | 77 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Datos de la encuesta SABE en las Tablas 12 y 13 muestran que hay gran variación en la periodicidad con que las mujeres adultas mayores son sometidas al test de Papanicolau, dependiendo en gran medida de la escolaridad. Montevideo es la ciudad que presenta la mayor diferencia entre las mujeres sin escolaridad y las que ya tienen un nivel de

⁶² Ibidem

⁶³ Ibidem

escolaridad superior. No hay variación cuando se observa esa misma realidad asociada al estatus socioeconómico actual de las participantes del estudio. (Tabla14).

Tabla 14 Papanicolau en los últimos 2 años, por nivel de ingreso

| Ciudades | Bajo | Regular | Alto |
|--------------|------|---------|------|
| Bridgetown | 30 | 23 | 18 |
| Buenos Aires | 31 | 32 | 39 |
| Habana | 28 | 26 | 28 |
| México | 51 | 58 | 59 |
| Montevideo | 26 | 32 | 25 |
| Santiago | 44 | 31 | 30 |
| São Paulo | 36 | 42 | 52 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Tabla 15 Órgano en que empezó el cáncer, en mujeres actualmente con 60-69 años

| Ciudades | Órganos Digestivos | Melanomas | Mama | Genitales Femeninos | Vías Urinarias | Tejido Linfático |
|--------------|--------------------|-----------|------|---------------------|----------------|------------------|
| Bridgetown | | | | | | |
| Buenos Aires | 9 | | 62 | 12 | | 9 |
| Habana | 22 | | 45 | 13 | 6 | 8 |
| México | | | 31 | 50 | | |
| Montevideo | 10 | 8 | 37 | 36 | 4 | 4 |
| Santiago | 17 | 11 | 28 | 44 | | |
| São Paulo | 5 | 6 | 26 | 44 | 6 | |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

En la Tabla 15 se identifica que la mayor parte de los cánceres se han iniciado en la mama. En Argentina, Cuba y Uruguay el cáncer de mama excede el cáncer de cérvix. Algunos datos de la encuesta SABE ilustran que los porcentajes de inicio del cáncer en órganos asociados a la salud sexual y reproductiva son bastante mayores que los porcentajes de otros órganos. Hay que señalar que esta conclusión contradice en alguna medida las cifras de la Tabla 2, la cual asigna mayor importancia a los cánceres del aparato digestivo, hígado y páncreas. A pesar de que no sabemos exactamente en qué momento se ha originado el cáncer, es bastante probable que haya sido a partir de los 40 años de edad. En el caso del inicio del cáncer por los órganos genitales femeninos se observa una gran variabilidad asociada al nivel socioeconómico actual.

Tabla 16 Primer órgano en que empezó el cáncer y nivel de ingreso

| Ciudades | Nivel | Órganos Digestivos | Melanomas | Mama | Genitales Femeninos | Vías Urinarias | Tejido Linfático |
|--------------|---------|--------------------|-----------|------|---------------------|----------------|------------------|
| Bridgetown | Bajo | 0 | 14.3 | 28.6 | 28.6 | 0 | 0 |
| | Regular | 0 | 0 | 70 | 30 | 0 | 0 |
| | Alto | 0 | 25 | 50 | 12.5 | 0 | 0 |
| Buenos Aires | Bajo | 53.6 | 0 | 29.1 | 0 | 0 | 17.2 |
| | Regular | 16.7 | 0 | 51.9 | 22 | 0 | 9.3 |
| | Alto | 0 | 13.1 | 39.5 | 25.3 | 0 | 0 |
| Habana | Bajo | 0 | 0 | 81.6 | 8.1 | 0 | 0 |
| | Regular | 34 | 0 | 37.9 | 5.4 | 5.9 | 13.1 |
| | Alto | 22.4 | 0 | 33.2 | 23.6 | 0 | 0 |
| México | Bajo | 13.5 | 0 | 20.9 | 42 | 0 | 11.7 |
| | Regular | 0 | 0 | 29.8 | 47.4 | 0 | 0 |
| | Alto | 0 | 0 | 35 | 38.8 | 8.8 | 0 |
| Montevideo | Bajo | 0 | 5.3 | 54.6 | 34.2 | 5.9 | 0 |
| | Regular | 0 | 0 | 71.5 | 28.5 | 0 | 0 |
| | Alto | 7.1 | 0 | 65.9 | 19.2 | 0 | 0 |
| Santiago | Bajo | 25 | 12.5 | 12.5 | 37.5 | 0 | 0 |
| | Regular | 25 | 0 | 37.5 | 25 | 0 | 0 |
| | Alto | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| São Paulo | Bajo | 3.1 | 3.1 | 25.2 | 42.7 | 0 | 0 |
| | Regular | 22.2 | 6 | 13.7 | 39.7 | 9.4 | 0 |
| | Alto | 0 | 0 | 62.6 | 37.4 | 0 | 0 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Tabla 17 Primer órgano en que empezó el cáncer, por grado de escolaridad

| Ciudades | | Organos Digestivos | Melanomas | Mama | Genitales Femeninos | Vías Urinarias | Tejido Linfático |
|--------------|-----------------|--------------------|-----------|------|---------------------|----------------|------------------|
| Bridgetown | Sin escolaridad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Primaria | 0 | 5.98 | 47.1 | 29.4 | 0 | 0 |
| | Secundaria | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Buenos Aires | Sin escolaridad | 0 | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 |
| | Primaria | 16.7 | 7.6 | 7.6 | 17.3 | 0 | 0 |
| | Secundaria | 12.6 | 0 | 0 | 10.6 | 0 | 7.3 |
| Habana | Sin escolaridad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Primaria | 19.8 | 0 | 43.7 | 40.5 | 8.6 | 0 |
| | Secundaria | 0 | 0 | 23.4 | 0 | 0 | 53.4 |
| México | Sin escolaridad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Primaria | 0 | 0 | 40.8 | 46.7 | 0 | 0 |
| | Secundaria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Montevideo | Sin escolaridad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Primaria | 4.1 | 0 | 76.2 | 15.2 | 4.5 | 0 |
| | Secundaria | 0 | 9.7 | 10.7 | 79.5 | 0 | 0 |
| Santiago | Sin escolaridad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Primaria | 23.1 | 7.7 | 23.1 | 0 | 0 | 0 |
| | Secundaria | 50 | 0 | 25 | 38.5 | 0 | 0 |
| São Paulo | Sin escolaridad | 20.9 | 14.1 | 49.7 | 0 | 0 | 0 |
| | Primaria | 4.9 | 1.5 | 30.4 | 49.4 | 6.5 | 0 |
| | Secundaria | 0 | 0 | 17.6 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Con relación al cáncer de mama, a pesar de que hay algunos cuestionamientos en la literatura acerca de la real posibilidad de que el autoexamen sea factor de protección para ese tipo de cáncer, ésta es hasta ahora una posibilidad de trabajar en aspectos de promoción de la salud. Conforme indican los datos de la pesquisa SABE en la Tabla 18, es bastante evidente que las mujeres con niveles más bajos de escolaridad necesitan más acciones de promoción y de prevención en ese campo. El porcentaje de mujeres que realizan el autoexamen de mamas está asociado al nivel de escolaridad. Por otro lado, no se observa correlación entre el nivel socioeconómico y dicho procedimiento.

Tabla 18 Autoexamen de mamas y nivel de escolaridad

| Ciudades | Sin escolaridad | Secundaria | Profesional |
|--------------|-----------------|------------|-------------|
| Bridgetown | 50 | 58 | 81 |
| Buenos Aires | 39 | 65 | 52 |
| Habana | 44 | 57 | 55 |
| México | 49 | 74 | 79 |
| Montevideo | 41 | 57 | 51 |
| Santiago | 33 | 50 | 83 |
| São Paulo | 47 | 62 | 81 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Tabla 19 Porcentaje de mujeres que hizo mamografía en los últimos 2 años

| Ciudades | 60-69 | 70-79 | 80+ |
|--------------|-------|-------|-----|
| Bridgetown | 27 | 16 | 9 |
| Buenos Aires | 45 | 24 | 16 |
| Habana | 15 | 8 | 4 |
| México | 15 | 13 | 14 |
| Montevideo | 36 | 21 | 14 |
| Santiago | 30 | 17 | 8 |
| São Paulo | 47 | 33 | 17 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Con relación al uso de la mamografía como tecnología que puede facilitar la identificación temprana del cáncer de mama, se verifica que hay mucha variabilidad entre los recursos disponibles en las ciudades. Buenos Aires y São Paulo presentan las mismas tendencias en el uso del examen, con bajo uso para las mujeres de más de 80 años, Habana presenta bajos niveles de uso, así como México. Esta información genera ciertas preguntas: ¿Habrá sido

este recurso excesivamente utilizado en São Paulo y Buenos Aires? ¿Habrá mayor racionalidad en el uso de la tecnología entre profesionales de Habana y México?

Tabla 20: Examen de seno profesional en los 2 últimos años, por edad

| Ciudades | 60-69 | 70-79 | 80+ |
|--------------|-------|-------|------|
| Bridgetown | 62.9 | 59.5 | 45.6 |
| Buenos Aires | 57.6 | 34.1 | 8.3 |
| Habana | 55.2 | 34.6 | 10.2 |
| México | 25.4 | 15.1 | 6.3 |
| Montevideo | 53.3 | 36.9 | 9.8 |
| Santiago | 53.4 | 33.1 | 13.4 |
| São Paulo | 55.4 | 43.3 | 30.8 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

México llama la atención por presentar una gran coincidencia entre las tendencias del sistema de salud en la atención a las distintas etapas etarias. Eso se puede observar no sólo en la cuestión acerca del uso de la mamografía, como también en la cuestión referente al examen de senos por profesional de salud. Prácticamente no hay variación entre los distintos grupos etarios. Bajas porcentajes son observadas en el caso de Cuba, nuevamente. Llama la atención que aparentemente hay fuerte presencia del profesional de salud, en ese caso para Bridgetown.

4. VIH/SIDA

El VIH/SIDA constituye un desafío para los adultos mayores en dos sentidos. Por un lado, porque las personas adultas mayores también pueden contraer la enfermedad y por otro lado, porque sobre sus espaldas recae a veces la tarea de cuidar a hijos con VIH/SIDA y a nietos huérfanos que perdieron a sus padres por causa del VIH/SIDA.

En lo que se refiere al primer aspecto, es necesario entender que “los ancianos tienen la tendencia de considerar los condones básicamente como un anticonceptivo, y las mujeres que ya no temen quedar embarazadas puede que no insistan en su empleo. Las mujeres también pasan por cambios físicos con la edad, que afectan su vulnerabilidad al VIH. En una etapa postmenopáusica, las paredes vaginales son más delgadas y la lubricación con frecuencia se reduce. Muchos médicos consideran que las mujeres mayores son más vulnerables al trauma vaginal durante el contacto sexual, y por ello más grande el riesgo de adquirir el VIH. Los primeros síntomas de la infección con VIH – fatiga, mala memoria,

falta de respiración, falta de sueño y pérdida de peso - pueden ser considerados equívocamente como señales del envejecimiento, lo que impide que los contagiados busquen rápidamente un consejo médico, que podría ayudarlos a mantenerse sanos y evitar el riesgo del VIH⁶⁴.

Tabla 21 Proporción de casos de SIDA reportados por personas infectadas de 50 años de edad y más

| País | Proporción |
|----------------------|------------|
| Argentina | 5.0% |
| Bolivia | 9.9% |
| Barbados | 16.3% |
| Brasil | 7.1% |
| Chile | 12.7% |
| Colombia | 6.9% |
| Costa Rica | 9.2% |
| Cuba | 5.8% |
| República Dominicana | 8.8% |
| Ecuador | 8.4% |
| El Salvador | 8.9% |
| Guatemala | 7.0% |
| Guyana | 6.4% |
| Haití | 4.3% |
| Honduras | 6.9% |
| Jamaica | 12.7% |
| México | 11.0% |
| Nicaragua | 7.4% |
| Panamá | 14.5% |
| Paraguay | 4.5% |
| Perú | 8.6% |
| Uruguay | 7.5% |
| Venezuela | 4.3% |

Fuente: ONUSIDA

No se puede hablar de la prevención del VIH/SIDA o de otras enfermedades sexualmente transmisibles sin tocar el tema de la sexualidad, de género y de derechos sexuales y reproductivos. Así es que las colocaciones anteriores para el campo de SDR de las personas en procesos de envejecimiento y adultas mayores es central. Profesionales de la salud tienen dificultades en aceptar la existencia de una vida sexual en las mujeres adultas mayores y por lo tanto los diagnósticos en este campo pueden ser retrasados por la

⁶⁴ “Advierten riesgo SIDA en personas mayores”, OFF NEWS INFO para el desarrollo sostenible, Buenos Aires, Argentina, 20 de marzo 2003, <http://www.offnews.info/temas/sociedad/sida.htm> , pág. 2.

influencia de esos estereotipos, así como la provisión de informaciones puede ser perjudicada. Los datos publicados por ONUSIDA demuestran que hay una incidencia no trivial de casos de SIDA en las edades superiores a los 50 años (Tabla 21). En los Estados Unidos, donde 13,4% de la incidencia de SIDA ocurre entre personas mayores de 50 años, dicha incidencia, según el CDC, actualmente está creciendo al doble del ritmo en personas menores de 50 años.

Operar considerando las desigualdades de género y de edad, y de raza/etnia cuando aplicables, es esencial para conformar en qué escenarios de poder están instaladas las personas a nivel subjetivo, social y político. Es posible que, de la misma manera que ocurre en los países desarrollados, como EUA⁶⁵, las mujeres adultas mayores cuenten con un menor conocimiento básico sobre el VIH/SIDA y su prevención que otros grupos etarios. Se puede afirmar que las mujeres en proceso de envejecimiento enfrentan procesos de exclusión social por su misma condición de edad y de sexo, están más propensas a sufrir depresiones, a contar con limitados mecanismos para interactuar con grupos de apoyo y a lidiar con el desafío que suponen cambios físicos y emocionales concretos.

En el segundo sentido, en “regiones con mala infraestructura de salud y protección social, la responsabilidad de cuidar a los pacientes crónicos y terminales recae normalmente en la familia. Se ha demostrado que la responsabilidad recae en primer lugar en las mujeres de edad (...) en la mayoría de los casos, esas personas cuidan a los enfermos con poco o ningún apoyo del Estado. De hecho, se ven privadas del apoyo que deberían prestarles en la vejez sus hijos que están muriéndose. Se ha asestado un duro golpe a la salud de las personas de edad que se ocupan de cuidar a los enfermos, que están padeciendo un estrés físico y emocional muy grave además de, en algunos casos, violencia física, estigma y abusos⁶⁶”.

Respecto de la tarea asumida por los adultos mayores en el cuidado de personas con VIH/SIDA y de sus nietos huérfanos de padres fallecidos a causa del VIH/SIDA, “es paradójico que esta responsabilidad que tienen las personas de edad no haya suscitado, hasta ahora, la atención de los programas y políticas para asistir a los huérfanos del SIDA. Casi nunca se reconoce ni se apoya el papel clave que desempeñan las personas de edad en el cuidado de los huérfanos del SIDA, así como tampoco se atienden sus necesidades de salud, económicas y psicosociales. No obstante, siguen tratando de llevar la doble carga de cuidar a sus hijos moribundos y nietos huérfanos, frecuentemente sin contar con los recursos más

⁶⁵ Información de Encuesta realizada por Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos. Release Naciones Unidas. Abril de 2002.

elementales para hacerlo⁶⁷”.

Finalmente, todos estos problemas tienen un impacto aún mayor si se observan en el contexto de la depresión, considerada “una epidemia silenciosa en la vejez”. La prevalencia de problemas de salud mental entre las personas mayores contribuye al mal uso de los medicamentos, el abuso del alcohol y el comportamiento autodestructivo; además, reduce la capacidad del individuo para atender y tratar los problemas de salud antes de que causen discapacidad o pongan la vida en peligro. Se han realizado considerables mejoras en el tratamiento de los problemas de salud mental de las personas adultas mayores, pero hay una gran laguna en los conocimientos del personal de salud mental en cuanto a estos tratamientos. Además, la falta de coordinación de los servicios comunitarios de atención primaria y de salud mental da por resultado una situación donde a menudo no se satisfacen las necesidades de salud mental de la mayoría de las personas de edad⁶⁸”.

En el caso específico de las mujeres, los cambios en la salud sexual y reproductiva, los cambios sociales asociados al envejecimiento y los efectos emocionales de vivir los procesos menopáusicos, coadyuvan en la creación de cambios en el estado anímico de la mujer, afectando su salud mental profundamente. También es importante reconocer los efectos acumulativos en la salud mental de las mujeres al estar expuestas a la violencia de género, el trabajo no remunerado y la discriminación. Por último no pueden dejar de mencionarse ciertos problemas de salud mental como la demencia y el Alzheimer que también amenazan la calidad de vida de las mujeres adultas mayores y que en opinión de algunos y a pesar de no estar totalmente comprobado, están conectados con la revolución hormonal de ese período⁶⁹”.

5. Alteraciones de la estática pélvica⁷⁰

Los traumatismos obstétricos debidos a la multiparidad, a las aplicaciones inadecuadas de fórceps, a la macrosomía fetal y a la falta de episiotomías adecuadas son las causas más comunes de agresión a los sistemas de suspensión, sustentación y contención. La resultante anatómica de la alteración de las estructuras mencionadas es la formación de prolapsos de los

⁶⁶ “El VIH/SIDA y las personas de edad”, Una sociedad para todas las edades, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.

⁶⁷ *Ibidem*

⁶⁸ R. Bonita, *op. cit.*

⁶⁹ http://www.rho.org/html/older_women.htm, *op. cit.*

⁷⁰ “Alteraciones de la estática pélvica que afectan al aparato urinario”, <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/ginecologia/estatica.htm>.

distintos órganos pélvicos o simplemente la modificación topográfica de algunos de ellos. En particular los prolapso que afectan al aparato urinario son el vesical y el uterino y el desplazamiento que puede causar sintomatología genitourinaria, es el cuello de la vejiga. El cistocele es el descenso de una porción de la pared posterior de la vejiga y el trigono hacia la vagina. Por su parte el uretrocele (abombamiento de la uretra) en ocasiones se asocia al cistocele y es el resultado del efecto de la presión de la cabeza fetal sobre la uretra y sus inserciones adabajo de la sínfisis del pubis. Los vínculos de estos trastornos con el ciclo anterior de vida y más concretamente con el ciclo reproductivo de vida, los colocan en la agenda de la salud sexual y reproductiva de la mujer adulta mayor.

Por lo general, los traumatismos obstétricos no son considerados un factor importante en la reducción de la movilidad de personas adultas mayores⁷¹. Sin embargo, es uno de los factores potenciales para explicar las diferencias significativas que se registran entre la movilidad de mujeres adultas mayores y hombres de la misma edad. La Tabla 22 ilustra esta diferencia con datos de la encuesta SABE. En todos los grupos etarios, incluso el de 60 a 64 años, y en todas las ciudades donde se realizó la investigación, las mujeres sistemáticamente reportan mayores dificultades de movilidad.

Tabla 22 Porcentaje de hombres y mujeres adultos mayores que reportan deficiencias de movilidad, por grupo etario

| Ciudades | Sexo | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90+ |
|--------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Bridgetown | Hombres | 13.5 | 14.2 | 19.5 | 25.0 | 26.9 | 41.7 | 46.2 |
| | Mujeres | 18.4 | 21.3 | 23.1 | 44.9 | 46.7 | 59.6 | 63.2 |
| Buenos Aires | Hombres | 18.3 | 16.8 | 29.8 | 18.6 | 26.6 | 58.1 | 100.0 |
| | Mujeres | 27.5 | 29.4 | 31.5 | 46.1 | 73.9 | 75.5 | 70.3 |
| Habana | Hombres | 17.5 | 26.0 | 22.1 | 27.3 | 43.3 | 51.5 | 74.0 |
| | Mujeres | 32.2 | 37.6 | 36.9 | 44.5 | 53.2 | 63.4 | 85.3 |
| México | Hombres | 27.9 | 34.5 | 39.9 | 53.4 | 32.1 | 73.8 | 85.7 |
| | Mujeres | 39.1 | 39.4 | 52.0 | 54.8 | 59.2 | 87.8 | 72.1 |
| Montevideo | Hombres | 10.3 | 19.2 | 22.5 | 41.6 | 50.7 | 38.7 | 68.5 |
| | Mujeres | 35.7 | 35.5 | 35.6 | 52.7 | 57.0 | 69.0 | 90.5 |
| Santiago | Hombres | 27.1 | 24.0 | 35.0 | 36.5 | 50.0 | 40.0 | 50.0 |
| | Mujeres | 39.9 | 42.6 | 40.3 | 53.6 | 63.8 | 75.0 | 88.3 |
| São Paulo | Hombres | 14.7 | 22.7 | 33.0 | 31.3 | 43.3 | 47.3 | 82.5 |
| | Mujeres | 20.3 | 30.2 | 32.2 | 43.4 | 52.6 | 72.2 | 86.3 |

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

IV. MARCOS LEGALES Y MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Respecto de los marcos legales “corresponde a cada país desarrollar los mecanismos correspondientes para proporcionar un nivel de bienestar adecuado y una calidad de vida a los mayores años por vivir en el futuro. El sustento básico para tal marco de acción es la base legal que explicita los derechos fundamentales y el tratamiento preferencial para las personas que ven disminuidas sus facultades físicas y encuentran mayores limitaciones de movilidad o de desarrollo humano permanente; su vulnerabilidad debe y puede ser cambiada por su mayor participación en la dinámica de la sociedad futura (...) Esta base legal debe, además, tener características prospectivas, para enfrentar no sólo los problemas actuales de la población adulta mayor, sino anticipar los problemas que podrán surgir como consecuencia del propio proceso de envejecimiento poblacional (...) La acción legal debe empezar desde la cohorte anterior al envejecimiento y llegar hasta la que es producto de una mayor longevidad por el aumento de la esperanza de vida⁷²”.

Por su parte, las redes de apoyo social representan una oportunidad para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y “potenciar su desarrollo como sujetos de derechos⁷³”. El desarrollo de las redes de apoyo social de personas mayores parte de que sean autogestionadas por personas mayores, a través de la capacitación sistemática de los líderes y de los miembros de las organizaciones. Los objetivos primordiales de estas redes son la “conformación de espacios de participación donde mujeres y hombres mayores puedan presentar y hallar soluciones a sus demandas⁷⁴” y “el autosostenimiento de las organizaciones de las personas mayores⁷⁵”.

V. CONSIDERACIONES FINALES/ RECOMENDACIONES MUJERES

A la hora de evaluar la salud de las personas adultas mayores “la percepción del envejecimiento como el deterioro mental y físico es muy común tanto entre los profesionales de la salud como entre el público en general⁷⁶”. Este deterioro tiene entre sus consecuencias que las personas mayores “sean excluidas normalmente de la toma de decisiones y de los programas sociales, incluso de aquellos destinados a mejorar la salud

⁷¹ En un reciente artículo de T. L. Tan, Y. Y. Ding y A. Lee, "Impaired mobility in older persons attending a geriatric clinic: causes and management", *Singapore Medical Journal* 42 (2), 2001, por ejemplo, que analiza problemas de movilidad en 78 adultos mayores, no hay mención de este factor.

⁷² R. Hakkert y J. L. Uriona, op. cit.

⁷³ R. Hakkert, “Resumen de Informe de Misión”, 14/01/03.

⁷⁴ *Ibidem*

⁷⁵ *Ibidem*

⁷⁶ “Género y envejecimiento”, Hoja informativa, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, diciembre 2001

y aliviar la pobreza⁷⁷”. Dicho de otro modo, “se cree comúnmente que las personas mayores deben ser cuidadas y sus opiniones no se toman en cuenta en la formulación de políticas de salud⁷⁸”.

El envejecimiento va a cambiar la demanda ejercida sobre el sector salud. Por ejemplo, “cambiará el tipo de servicios necesarios en función del giro desde las enfermedades transmisibles a las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, el cáncer y los padecimientos de orden mental⁷⁹”. Y sobre todo, es imprescindible comprender que el sistema de salud deberá responder a las necesidades de los adultos mayores, que requieren de mayor atención que otros grupos etarios. La otra forma de entender este desafío es que una buena salud es el mayor logro de los adultos mayores en tanto les permite seguir trabajando, funcionar independientemente y mantener un estándar de vida aceptable.

¿De qué manera influirá la expansión de los servicios para mujeres mayores en las nuevas demandas sobre los prestadores de salud reproductiva? La respuesta parece ser que se ejercerán mayores demandas sobre los prestadores de salud reproductiva, “quienes en su mayoría desconocen los problemas físicos, psicológicos y sociales del envejecimiento⁸⁰”.

Las personas mayores “no son la prioridad cuando se trata de asignar recursos en la casa, en la comunidad y a nivel nacional⁸¹”. Y en concreto las mujeres enfrentan una doble discriminación: tanto por ser personas mayores como por ser mujeres.

Las respuestas de los sistemas nacionales de salud de la región requieren algo más que el simple acceso a un médico. Exigen un cambio en la cultura sanitaria y de salud pública a la educación sanitaria, la promoción de la salud, la detección temprana de los problemas y la asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria. Se necesitan recursos humanos que comprendan las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo, y la comprensión de que las desigualdades de género provocan necesidades y posibilidades distintas de respuesta de las mujeres, distintas respuestas de las mujeres, dependiendo incluso de la configuración de edad, raza, etnia y estatus socioeconómico con los que se asocien. Los sistemas deben ser flexibles y prestar

⁷⁷ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit. (traducción libre)

⁷⁸ “Género y envejecimiento”, op. cit.

⁷⁹ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit., (traducción libre)

⁸⁰ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

⁸¹ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit., (traducción libre)

servicios coordinados que se organicen según las necesidades de la población y los recursos de la comunidad. Los sistemas públicos de salud siguen concentrándose en atender las enfermedades agudas y carecen de una orientación de salud comunitaria basada en las necesidades de la población y encauzada a mejorar la capacidad del individuo y la comunidad para mejorar la salud, detectar problemas en fase temprana y tratarlos con los métodos menos costosos y más eficaces. La salud pública en la mayoría de los países de la Región de América Latina y el Caribe no ha implantado un enfoque comunitario integral para promover la salud y el bienestar de los adultos mayores y en menor medida con un enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos. Gran parte del trabajo que hay que hacer exige una colaboración multisectorial “la solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores requiere algo más que el simple acceso a un médico. Exige un cambio en la cultura sanitaria y de salud pública, en la educación sanitaria, la promoción de la salud, la detección temprana de los problemas y la asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria. Se necesitan recursos humanos especializados para comprender las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo. Los sistemas deben ser flexibles y prestar servicios coordinados que se organicen según las necesidades de la población y los recursos de la comunidad.

En esa misma dirección, la percepción de la mujer del mundo en desarrollo de sus propias dolencias se caracteriza por la aceptación de las mismas, en el entendido de que se deben al proceso mismo del envejecimiento. Especialmente, los problemas ginecológicos como la menopausia son considerados como naturales y las mujeres mayores desconocen que haya tratamientos para aliviarlos, así como tampoco están informadas sobre los riesgos que corren de padecer osteoporosis y cáncer.

Se propone que con un entrenamiento apropiado, los proveedores de salud puedan “tratar muchos de sus problemas de salud, reducir en el largo plazo el riesgo de enfermedades y mejorar la calidad de vida de las mujeres a medida que envejecen⁸²”.

Ahora bien “en los países en desarrollo los adultos mayores deben sortear un número de obstáculos para recibir el cuidado que necesitan⁸³”. Tanto la pobreza como los problemas de transporte limitan el acceso a los servicios de salud y una vez que llegan al proveedor de servicios, se enfrentan con “profesionales de la salud que consideran que atender a los adultos mayores es menos importante que dar atención a los niños y a los adultos jóvenes⁸⁴”.

⁸² http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit. (traducción libre).

Es muy poco lo que conoce el profesional de la salud sobre los problemas específicos del adulto mayor. De hecho, no es inusual que se achaquen las dolencias a la edad, sin prestarles mayor atención.

Recomendaciones Específicas para o campo de la salud sexual y reproductiva:

- ❖ Reducir el estigma en torno a las practicas sexuales de las personas adultas mayores, especialmente de las mujeres adultas mayores y facilitarles el abordaje de esos temas con más facilidad con sus familiares, comunidades, y profesionales de salud, dando destaque relevante a las estrategias de promoción de la salud.
- ❖ Introducir en los procesos de promoción de la salud, así como de la prevención en salud, aspectos asociados a las análisis de género, raza/etnia, y de derechos asociados a la visión de que las mujeres en procesos de envejecimiento y adultas mayores deben ser cuidadas a partir del principio de integralidad y en el marco de construcción de ciudadanía y de los derechos humanos.
- ❖ Promover la solidaridad intergeneracional entre mujeres y hombres jóvenes y adultos en procesos de envejecimiento, facilitando intercambios en el debate de los temas de salud sexual y reproductiva, y de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo pensamiento y acciones que potencialicen intercambios de conocimientos, actitudes y de valores.
- ❖ Introducir la preocupación específica con el tema de las ITS/VIH/SIDA en las estrategias de promoción y prevención en SDSR, en los servicios de salud reproductiva y también en los de cuidado especializado.
- ❖ Educar a los proveedores de servicios relacionados con el VIH sobre la ancianidad y la provisión de servicios que contemplen la edad.
- ❖ Identificar áreas de investigación que busquen específicamente la acción recíproca entre edad y VIH.
- ❖ Involucrar a las personas mayores en la investigación de la prevención y los cuidados⁸⁵, así como de la menopausia, cáncer de cuello de útero y de mama, y depresiones.

⁸⁵ <http://www.offnews.info/temas/sociedad/sida.htm>, op. cit.

- ❖ Apoyar el proceso de construcción de evidencias acerca de las consecuencias de la construcción de procesos de salud y enfermedad de las mujeres adultas mayores en proceso de envejecimiento y empobrecimiento de la región y ausencia de políticas claramente determinadas para esos grupos poblacionales.
- ❖ Acompañar los efectos de los conflictos armados en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas mayores
- ❖ Introducir en las acciones de género desarrolladas por el sistema de Naciones Unidas, una preocupación específica con las mujeres adultas mayores, especialmente el acompañamiento de las propuestas de reforma de los sectores de salud y de la seguridad social.
- ❖ Estimular que las políticas y programas gubernamentales orientados a la población femenina y definidos por los sistemas gubernamentales de género incluyan temas específicos para las mujeres adultas mayores, en particular en el campo de la salud sexual y reproductiva.
- ❖ Favorecer el diálogo con los niveles gubernamentales de los Ministerios de Salud en torno de cómo están trabajando desde la formulación de políticas de promoción de salud y prevención, los temas: menopausia, terapia de reposición hormonal, Papanicolau, cáncer de cuello de útero, de mama, y VIH/SIDA. Las áreas técnicas que han trabajado con mujeres en edad fértil, en el campo de la salud sexual y reproductiva, están en muy buena posición para seguir el cuidado con las mujeres cuando esas alcanzan la menopausia y hasta después de esos períodos.⁸⁶
- ❖ Monitorear la inclusión de esas temáticas en las nuevas conformaciones de los sistemas nacionales de salud de la región, en especial mirando las estrategias de inclusión/exclusión de esas acciones de salud y esos grupos poblacionales.
- ❖ Los componentes de los servicios apropiados para la mujer adulta mayor en el campo de la salud sexual y reproductiva deben incluir, en función de los recursos disponibles:

⁸⁶ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

- Acciones de promoción de la salud, incluyendo temas de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos
 - Prevención y tratamientos de infecciones del trato reproductivo e infecciones urinarias, prolapsos uterinos, fistulas, y otros problemas ginecológicos.
 - Screening y tratamiento para cáncer de cuello de útero y de mama
 - Énfasis en los grupos poblacionales que incluyan mujeres con alto riesgo para fracturas, enfermedades cardiovasculares y cáncer de mama.
 - Fortalecimiento de redes comunitarias, incluyendo grupos de apoyo y trabajo de promotores/as de salud, con la visión de que ellos/as pueden identificar energías y recursos de las mujeres adultas mayores, así como de toda la comunidad⁸⁷.
 - Grupos de apoyo y servicios específicos para mujeres adultas mayores que operan como cuidadoras de miembros de la familia o de las comunidades infectados/as con HIV y de nietos que se tornaran huérfanos por la enfermedad.
- ❖ Promover la realización sistemática de foros, encuentros diálogos a nivel nacional sobre los procesos de envejecimiento.
 - ❖ Superar barreras de aproximación de las mujeres adultas mayores a los servicios de salud⁸⁸ sexual y reproductiva, realizando campanas de concientización sobre problemas de salud y servicios disponibles, promoviendo la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos en esas etapas de las vida, y con eso buscando reducir la vulnerabilidad de las personas de edad avanzada⁸⁹.

⁸⁷ *Ibíd*em

⁸⁸ http://www.rho.org/html/older_women.htm, op. cit.

⁸⁹ *Ibíd*em.