

# Envejecimiento activo y desigualdades de género

Francisca Muñoz Cobos y Juan Manuel Espinosa Almendro

## Introducción

En la creciente población de personas mayores, las mujeres son más numerosas que los varones y tienen unas características sociodemográficas y de salud definidas y diferentes. En la ancianidad, el hecho de ser mujer es un factor que genera importantes desigualdades.

## Concepto de envejecimiento activo

El término envejecimiento activo fue definido por la OMS<sup>1,2</sup> como: «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Supone una visión del proceso de envejecer en el que el estado de salud debe definirse en términos de funcionalidad, principal factor predictor de supervivencia y calidad de vida. El envejecimiento activo es un objetivo de salud de primer orden para las personas de todas las edades, y sus principales características se exponen en la tabla 1.

## Determinantes del envejecimiento activo

Envejecer de una u otra forma no es cuestión de azar. Se han determinado los factores implicados en las distintas formas de envejecimiento (tabla 2)<sup>3</sup>, la mayoría de los cuales son modificables y no se distribuyen homogéneamente en la población: existen importantes diferencias en las formas de envejecer entre diferentes culturas y entre varones y mujeres.

### Factores demográficos

La ancianidad es mayoritariamente femenina y las mujeres tienen una expectativa de vida después de los 65 de 18 años. Existe una sobrerrepresentación femenina entre la población mayor de 80 años, que requiere también mayores necesidades de asistencia y ayuda<sup>4</sup>. Esta mayor esperanza de vida de las mujeres está disminuyendo en algunos países debido a cambios en los estilos de vida, mostrando que los condicionantes estrictamente biológicos explicarían sólo el 20-25% de la variación de la edad de fallecimiento.

Medicina de Familia. Centro de Salud El Palo. Málaga. España.  
 Miembros del Grupo de Atención al Mayor de la semFYC. España.

Correspondencia: Dra. Francisca Muñoz Cobos.  
 Avda. Molière, 25, esc. 2, 5.º 3.ª. 29004 Málaga. España.  
 Correo electrónico: franciscam@supercable.es

Manuscrito recibido el 6-8-2007.  
 Manuscrito aceptado para su publicación el 26-11-2007.

**Palabras clave:** Envejecimiento activo. Sesgo de género. Desigualdades en salud.

## Puntos clave

- El envejecimiento activo debe ser un objetivo de salud para personas de todas las edades y se fundamenta en la optimización de las oportunidades.
- El género es un determinante transversal del envejecimiento activo y refleja enormes desventajas de las mujeres mayores.
- Son factores de desigualdad la mayor edad, el peor estado de salud física, las diferencias en la morbilidad y diferentes hábitos de vida, pero también el mayor impacto del deterioro por factores socioeconómicos y culturales (menor nivel de ingresos, analfabetismo, soledad, peores entornos).
- Los servicios sanitarios deben contribuir a la corrección de estas desigualdades desde la prevención, la planificación, la asistencia y la investigación.

## Salud

La salud en la edad avanzada depende de las circunstancias y acciones de las personas a lo largo de su vida<sup>1</sup>. Estudios longitudinales<sup>5,6</sup> demuestran que la salud a los 70-80 años puede predecirse por las variables evaluadas antes de los 50 años<sup>7</sup>. Las desigualdades que afectan a las mujeres mayores son reflejo de las que existen a lo largo de la vida y en especial en los denominados «períodos críticos»<sup>8</sup>. La menopausia es uno de estos períodos de transición; no constituye una patología a tratar, sino una condición fisiológica<sup>9</sup>. Los factores que más influyen en la calidad de vida en esta etapa son la salud emocional y física previa, la situación social, los acontecimientos vitales estresantes y las creencias sobre la menopausia y el envejecimiento femenino en la cultura a la que se pertenece.

## Diferencias en la morbilidad

El estado de salud de las mujeres mayores es peor que el de los varones, con mayores tasas de discapacidad. El 66% de mujeres mayores de 65 años tiene algún grado de dependencia (fig. 1). Las enfermedades crónicas son la principal causa de discapacidad y fallecimiento entre las mujeres de países desarrollados. Las enfermedades cardiovasculares presentan características diferenciales: predomina la morbilidad cerebrovascular, la enfermedad coronaria se inicia más tarde que en los varones y la mortalidad postinfarto es mayor en la mujer. La terapia hormonal sustitutiva no sólo no previene las cardiopatías sino que se asocia con un ma-

**TABLA 1**  
**Características del envejecimiento activo**

Se aplica a personas y grupos de población	Supone un compromiso individual del sujeto con su salud futura y la implicación de colectivos, sociedades, medios de comunicación, organismos políticos y sociales
Es universal	No afecta sólo a personas que cumplan determinados requisitos o características: permite desarrollar el potencial óptimo de bienestar físico, psíquico y social según sus necesidades y capacidades, no es excluyente de ninguna persona sean cuales sean sus limitaciones
«Activo»	El término hace referencia no sólo a la actividad física u ocupacional sino que también incluye la participación social, económica, cultural y cívica
Incluye el contexto físico y social	Urbanismo, barreras arquitectónicas, redes de apoyo, relaciones intergeneracionales
Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades por otra fundamentada en derechos	Se cimienta en los derechos humanos y los principios de la Organización de las Naciones Unidas: independencia, participación, dignidad, igualdad de oportunidades y asistencia
Considera la diversidad	La heterogeneidad aumenta a medida que se avanza en el ciclo vital. El envejecimiento activo flexibiliza sus objetivos según las características diferenciales de los distintos grupos de personas y sus entornos específicos

yor riesgo de presentación de éstas<sup>10</sup>. Las enfermedades osteoarticulares son muy limitantes, duplican su incidencia en las mujeres y se ven afectadas de forma muy importante por hábitos de vida como la actividad física, el consumo de tabaco y la alimentación adecuada. Es común entre las mujeres mayores la inactividad asociada a la inadecuada ingestión de calcio y vitamina D.

#### Hábitos de vida

El tabaco va a ser determinante de la salud de las futuras mujeres ancianas. Se observa un incremento del 4% del tabaquismo femenino en los últimos 10 años, frente a un 10% de descenso en los varones en el mismo período<sup>11</sup>, lo que supone una amenaza para la salud: cáncer de pulmón (la incidencia en mujeres se ha cuadruplicado en los últimos 30 años), enfermedades cardiovasculares o reducción de la masa ósea. Hay que considerar la publicidad «específica de género» realizada por la industria del tabaco: falsa imagen de vitalidad, delgadez y autonomía.

**Actividad física.** Fuerte determinante del envejecimiento activo, es menor en las mujeres mayores; los obstáculos para su práctica son la continuación de la dedicación a la familiar, las barreras culturales, la falta de apoyo (incluyendo la falta de asesoramiento sanitario) y la baja autoeficacia percibida (sentirse menos competentes físicamente).

#### Mayor impacto de las enfermedades

Se da un mayor impacto de las enfermedades en las mujeres mayores, debido a desigualdades vinculadas al género:

1. Más mujeres mayores viven solas. Debido a su mayor longevidad tienen una alta probabilidad de enviudar y vivir un gran número de años en soledad. Como contrapartida, las mujeres mayores tienen más probabilidad que los varones de tener apoyo social informal de redes sociales más amplias.

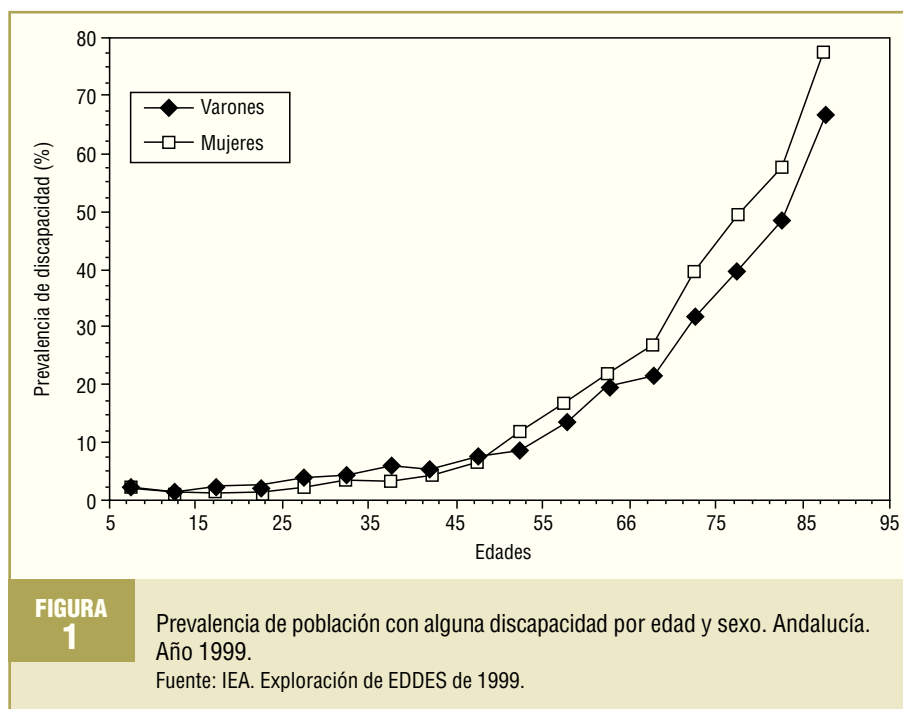
2. El nivel de instrucción es menor en las mujeres ancianas, y las tasas de analfabetismo son muy altas. El bajo nivel educativo es un determinante social de la morbilidad<sup>12</sup>.

3. Los ingresos económicos son significativamente inferiores en las mujeres mayores respecto a los varones, por la dependencia de las pensiones no contributivas y de viudedad. En mujeres mayores que han tenido un trabajo remunerado, la discriminación en políticas de empleo y salarios perjudica diferencialmente a sus ingresos tras la jubilación. El alto nivel económico es más protector en los varones que en las mujeres<sup>13</sup>: en los varones existe una correlación lineal inversa entre niveles de renta y mortalidad que no es significativa en mujeres. Las ancianas con altos niveles de renta presentan sólo un 8% de disminución de la mortalidad frente al 20% en varones de mayor renta.

4. Más influencia desfavorable de los entornos físicos. Hay más mujeres ancianas en el medio rural, en situación de aislamiento y desprotección, junto con el «miedo» permanente a ser trasladadas a vivir a la ciudad si pierden su autonomía. En relación con los bajos ingresos y con la viudedad,

**TABLA 2**  
**Determinantes del envejecimiento activo**

Determinantes transversales	Cultura-Género
Determinantes relacionados con los sistemas de salud y sociales	Promoción de salud y prevención de enfermedades Servicios asistenciales Asistencia de larga duración Servicios de salud mental
Determinantes conductuales	Tabaquismo Actividad física Alimentación sana Alcohol Salud bucal Medicamentos Cumplimiento terapéutico
Determinantes relacionados con factores personales	Biología y genética Factores psicológicos
Determinantes relacionados con el entorno	Físico Entornos físicos Seguridad de la vivienda Caídas Agua y aire sanos Social Apoyo social Violencia y abuso Educación y alfabetización
Determinantes económicos	Ingresos Protección social Trabajo



las mujeres mayores tienen menos posibilidades de reparar, modificar o adaptar su vivienda a las necesidades del envejecimiento. Las condiciones extremas debidas al clima hacen más vulnerables a las mujeres mayores<sup>14</sup>.

5. Menos posibilidades de autonomía en los desplazamientos por mucho menor proporción de mujeres mayores que disponen de automóvil propio, en relación con los varones mayores y, por tanto, mayor dependencia para el acceso a servicios sanitarios, sociales y de ocio.

6. Menor cultura de participación social de las mujeres. Las mujeres mayores están aún más infrarrepresentadas en los puestos de liderazgo, decisión, poder y representación social. Un punto fuerte de las mujeres mayores es su capacidad para crear redes de amistad y comunicación, y una mayor tendencia a realizar trabajo voluntario en su comunidad.

#### Consumo de fármacos

Entre las mujeres mayores se da un mayor consumo de fármacos<sup>15</sup> y una mayor posibilidad de presentar reacciones adversas. Son determinantes la excesiva medicalización del envejecimiento y de la menopausia, y la peor autopercepción de la salud<sup>16</sup>. Las mujeres mayores, ligadas al ámbito doméstico, con bajo nivel de instrucción y alta «exposición» a los medios de comunicación son objetivo de la industria alimentaria, cosmética y farmacéutica.

#### Seguir cuidando

Las mujeres mayores siguen siendo cuidadoras en el ámbito doméstico<sup>17</sup>. Las abuelas son señaladas como el principal recurso de las mujeres jóvenes trabajadoras y esta ayuda intergeneracional se realiza por la línea femenina, bajo premi-

sas de cosanguinidad y género. La contribución de los abuelos se ejemplifica en tareas concretas que interfieren menos con sus hábitos y costumbres.

#### Salud mental

El género es un fuerte determinante de la salud mental: las mujeres mayores presentan un riesgo elevado de depresión, relacionado en parte con menores oportunidades de educación, empleo y desarrollo personal a lo largo de sus vidas<sup>18</sup>. Las elevadas tasas de depresión en las mujeres necesitan de mayor investigación, dada la interacción entre múltiples factores entre los que se encuentran roles ligados al género: las mujeres se sobrecargan por dar apoyo a otros sin la conveniente reciprocidad. Existe controversia en torno a un mayor grado de deterioro

cognitivo en las mujeres mayores<sup>19</sup> por la influencia de factores como la mayor longevidad, pero también el posible sesgo diagnóstico en las consultas y la discriminación cultural<sup>20</sup>. Respecto a la ansiedad, el patrón de conducta tipo A, siguiendo la tendencia del área mediterránea, es más prevalente en las mujeres, está presente en las amas de casa y se relaciona más con el componente de impaciencia que con la competitividad y la hostilidad. Se ha constatado también que las concentraciones de adrenalina aumentan mucho más entre las mujeres que ostentan cargos directivos respecto a los varones y que, además, no descienden al cesar la actividad laboral como ocurre en ellos<sup>21</sup>.

#### Sexualidad

La sexualidad de las mujeres mayores está «fuera» de las consideraciones de los servicios sanitarios, la sociedad y las propias mujeres. La sexualidad de la mujer se relaciona culturalmente con juventud, belleza y maternidad, de forma que, al margen de los mínimos cambios que el climaterio produce en la respuesta sexual femenina, son los aspectos psicológicos y sociales los que condicionan la creencia de las mujeres mayores sobre la «inconveniencia» de tener relaciones sexuales a partir de cierta edad.

#### Violencia de género

Sigue afectando a las mujeres mayores; la sufrió un 6,8% de mujeres mayores de 65 años en 2006, con un alto riesgo de que el resultado sea su muerte. El aislamiento, el bajo nivel cultural, la falta de información y confianza en sí mismas y el mal estado de salud física y psíquica agravan la indefensión de las mujeres mayores maltratadas respecto a las más

**TABLA 3**  
**Medidas para reducir las desigualdades de género en el envejecimiento**

Fomentar los estilos de vida saludables, en especial en hábitos de mayor riesgo para las mujeres mayores: actividad física, alimentación rica en calcio, evitar el consumo de tabaco
Orientar las intervenciones sanitarias a la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan de forma importante al envejecimiento de las mujeres, en especial a los estados que producen incapacidad: aplicar medidas adecuadas de prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular; detección de los déficit sensoriales visuales y auditivos; prevención de osteoporosis en mujeres mayores; detección de depresión y deterioro cognitivo; abordaje adecuado de enfermedades osteoarticulares y reumatológicas
Reducir los estereotipos basados en el género en especial en referencia a la menopausia y ancianidad de las mujeres; dejar de identificar la salud de las mujeres con aspectos reproductivos, resaltando la globalidad biopsicosocial y la necesidad de su protección en todas las etapas del ciclo vital
Favorecer actitudes sensibles al género desde la medicina de familia, evitando sesgos que determinen la etiquetado de las mujeres de edad media y mayores que acuden a nuestras consultas como pacientes hiperdemandantes, «funcionales» o problemáticas, que nos impiden verlas como potenciales fumadoras, como personas de alto riesgo cardiovascular o de caídas, o con vulnerabilidad a la dependencia
Analizar y corregir las discriminaciones basadas en el género en la asistencia sanitaria prestada a las personas mayores, incluyendo esta corrección como criterios de calidad de las instituciones y profesionales
Estar atentos a la detección de malos tratos en el ámbito familiar, tanto en referencia a la violencia de género como al resto de abusos hacia las personas mayores
Fomentar la alfabetización de las mujeres en edades medias y avanzadas, así como cualquier oportunidad de aprendizaje y formación continuada a lo largo de toda la vida
Incluir a las mujeres de edad avanzada en las investigaciones médicas y pruebas clínicas sobre enfermedades y desagregar los datos de los estudios por edad y sexo

jóvenes. El maltrato a personas mayores también es más frecuente en las mujeres mayores respecto a los varones.

#### *Expectativas respecto a la ancianidad*

Estas expectativas son peores en las mujeres: mayor sentimiento de carga ante la perspectiva del deterioro mientras en los varones mayores, aunque también estén discriminados por edad, es más frecuente la asociación vejez-sabiduría. Es relevante la presencia del «pensamiento mágico» en las mujeres mayores, con atribución al azar o a la suerte de los acontecimientos vitales, lo que lleva a resignación y falta de control sobre la propia vida.

#### *Factores emocionales*

El envejecimiento activo no depende sólo de la salud física; se da la «paradoja de la discapacidad» que señala una satisfacción con la vida a pesar de las limitaciones físicas. Se encuentra un efecto protector de las emociones positivas en el desarrollo de incapacidad e incluso en la mortalidad<sup>22</sup>. Factores importantes son el optimismo, el sentido de coherencia, el compromiso con la vida, los estilos de afrontamiento, los acontecimientos vitales negativos con especial importancia del duelo y el desarrollo de enfermedades y la autoeficacia o creencia de la persona en su capacidad para ejercer control sobre su vida. Las mujeres tienen una mayor capacidad de adaptación en las transiciones de las edades avanzadas y en el afrontamiento de las crisis<sup>4</sup>.

#### *Intervenciones sanitarias*

Existe un sesgo de género en las *intervenciones sanitarias* de especial repercusión en las mujeres ancianas: son sometidas a menos procedimientos preventivos y curativos, y se les brinda menos información respecto a sus enfermedades y pronóstico<sup>23</sup>. En las cardiopatías, las mujeres tienen menos probabilidad de que se les proporcione ayuda médica, se

realice un diagnóstico adecuado y se apliquen los procedimientos de intervención rápida en caso de sufrir un infarto<sup>24</sup>. La asistencia sanitaria específica se centra en la biología reproductiva de las mujeres: los «Programas de la mujer» manifiestan esta cultura sanitaria sesgada. Algunas reformas de los servicios sanitarios han tenido impacto negativo en las mujeres de edad media y avanzada: el alta hospitalaria precoz puede ocasionar un grave problema para mujeres ancianas que viven solas si no se garantiza el apoyo adecuado hasta la recuperación completa<sup>4</sup>. Existe una «laguna de conocimiento»<sup>4</sup> en los determinantes de salud de las mujeres mayores de-

bido a la tendencia de los estudios clínicos a centrarse en varones y personas jóvenes y de edad media. Esto supone que las mujeres mayores tienen menos posibilidades de beneficiarse de los resultados de las investigaciones sobre las enfermedades y sus tratamientos.

En la tabla 3 se resumen algunas medidas tomadas desde nuestro ámbito para reducir las desigualdades de género en el envejecimiento.

#### **Bibliografía**

- Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health. 1997. p. 4-5.
- Grupo Orgánico de Enfermedades No transmisibles y Salud Mental. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37:74-105.
- Rowe JW, Khan RL. Successful aging. The Gerontologist. 1997;37:433-40.
- Kalache A. OMS, Mujeres, Envejecimiento y Salud: Marco para la Acción. Enfoque de Género. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
- Greendale GA, De Amicis TA, Bucur A, Bretsky P, Rowe JW, Reuben DB, et al. A prospective study of the effect of fracture on measured physical performance: results from the McArthur Study. J Am Geriatr Soc. 2000;48:546-9.
- Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. Am J Psychiatry. 2001;158:839-47.
- Pérez-Castejón JM, Durany S, Garrigós A, Olivé A. Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. Jano. 2007;1638: 16-22.
- Bartley M, Blane D, Montgomery S. Health and the life course: why safety nets matter. BMJ. 1997;314:1194-6.
- Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Leher P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. Climacteric. 2004;7:375-89.
- Bath P, Gray L. Association between hormone replacement therapy and subsequent stroke: a meta-analysis. BMJ. 2005;10:1136.
- Rodríguez F, Villar F, Banegas R. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y de sus factores de riesgo en España. Medicine. 2000;8:12-18.

12. Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. Socioeconomic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health*. 2004;118:3-10.
13. Magán P, Alberquilla A, Ribera JM, Otero A. Diferencias en la mortalidad de la población mayor de 65 años en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2006;38:443-9.
14. Wilkinson P, Pattenden S, Armstrong B, Fletcher A, Kovats RS, Mangtani P, et al. Vulnerability to winter mortality in elderly people in Britain: population based study. *BMJ*. 2004;329:647.
15. López-Torres J, Cerdá R, Fernández C, Requena M, Fernández C, Otero A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:572-6.
16. Aspiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:683-99.
17. García Calvente M, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. *Monografías EASP*, Granada, 1999.
18. OMS. Women's mental health: an evidence based review. Ginebra, OMS, 2000.
19. García FJ, Sánchez MI, Pérez A, Martín E, Marsal C, Rodríguez G, et al. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:401-7.
20. Gold CH, Malmberg B, McClearn GE, Pedersen NL, Berg S. Gender and health: a study of older unlike-sex twins. *J Gerontol Soc Sci*. 2002;57B:168-76.
21. Lundberg U, Melón B, Fredrikson M, et al. Comparison between neuroendocrine measurements under laboratory and naturalistic conditions. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*. 1990;37:697-702.
22. Penning BM, Gulranik JM, Fried LP, et al. The protective effect of emotional vitality on adverse health outcomes in disabled older women. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:1359-66.
23. Centeno C, Núñez JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patient's responses. *Palliat Med* 1994;8:39-44.
24. Raine R. Does gender bias exist in the use of specialist health care? *Journal of Health Services Research Policy*. 2000;5:237-249.

