

LA SALUD EN LA VEJEZ DESDE UNA MIRADA DE GÉNERO

Mayra Niño Zúñiga¹



Foto: Adriana García Hernández. Archivo del CNECSR

¹ Licenciada y candidata a maestra en Trabajo Social por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Correspondencia: mayranino72@hotmail.com

Introducción

El cambio demográfico que se experimenta a nivel global con el aumento de la esperanza de vida, y la disminución de los niveles de fecundidad y de mortalidad, entre otros factores, se ha caracterizado por el incremento progresivo de la población adulta mayor,ⁱⁱ con respecto al total de la población. Este proceso conlleva una serie de transformaciones en todos los ámbitos de desarrollo, tanto económicos, como políticos y sociales, lo que apremia a los gobiernos a revisar las políticas públicas y programas de acción de salud pública.

En la vejez, las personas tienen un grado de vulnerabilidad más alto y su calidad de vida puede disminuir a causa de padecimientos crónicos, incurables y progresivos, por discapacidades motrices o mentales, con lo que aumenta la demanda de atención médica y de cuidados a largo plazo, además de cargas económicas y emocionales para las y los adultos mayores, sus familias y su entorno social.²

Este artículo presenta un panorama actual sobre aspectos relacionados con la salud en la vejez y las diferencias entre mujeres y hombres, no sólo porque se da una proporción numérica mayor de las primeras que de los segundos, en esa y las demás etapas del ciclo de vida, sino por las desigualdades sociales, económicas y culturales entre ambos, situación que alude al géneroⁱⁱⁱ y que repercute en el bienestar físico y emocional de las personas.

Este es un trabajo exploratorio cuyo fin es sensibilizar a la población en general y a las y los tomadores de decisiones en políticas de salud, sobre la importancia de contar con datos desagregados por sexo y de la aplicación de métodos cuantitativos y cualitativos, que consideren variables que incluyan al sexo y al género para explicar la composición e interrelación de elementos que influyen en la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Su trascendencia reside en que las estadísticas son una de las bases para diseñar y aplicar políticas públicas acordes

con las necesidades específicas de la población y para fomentar una cultura en la que se revalore a la vejez y se busquen mejores oportunidades de desarrollo y crecimiento personal de quienes viven esa etapa.

Transición demográfica: un fenómeno irreversible

Se denomina transición demográfica al cambio progresivo de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados, con el consecuente aumento de la esperanza de vida de las personas. Dicha transformación ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento.³

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) señaló que en el año 2000 la población mundial mayor de 60 años era de 629 millones y prevé que en el año 2050 llegue a dos mil millones, al registrarse un crecimiento anual del dos por ciento, ritmo más alto que el resto de la población.⁴ El segmento de mayor crecimiento es el de los mayores de 80 años, quienes entre las personas mayores constituían al año 2000 el 12 por ciento, estimándose que en el año 2050 representen el 20 por ciento del total de adultas/os mayores.⁴ El organismo multilateral estima que probablemente ya no se repetirán las sociedades con pirámides demográficas^{iv} con población joven en la base y adulta/mayor en la cúspide.⁴

En el caso de México —y en América Latina— se experimenta un proceso de transición demográfica más rápido que en países desarrollados, con lo que el paso de una “sociedad joven” a una “sociedad envejecida” ocurrirá en un periodo más corto.^{5,6} De acuerdo con el Consejo Nacional de Población,³ entre 2000 y 2050 la proporción de adultos/as mayores en México se cuadruplicará, al pasar de siete a 28 por ciento; es decir, una de cada cuatro personas será mayor de 60 años.

ⁱⁱ En el caso de México, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Art. 3, Fracc. I, establece que las personas adultas mayores son aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.¹

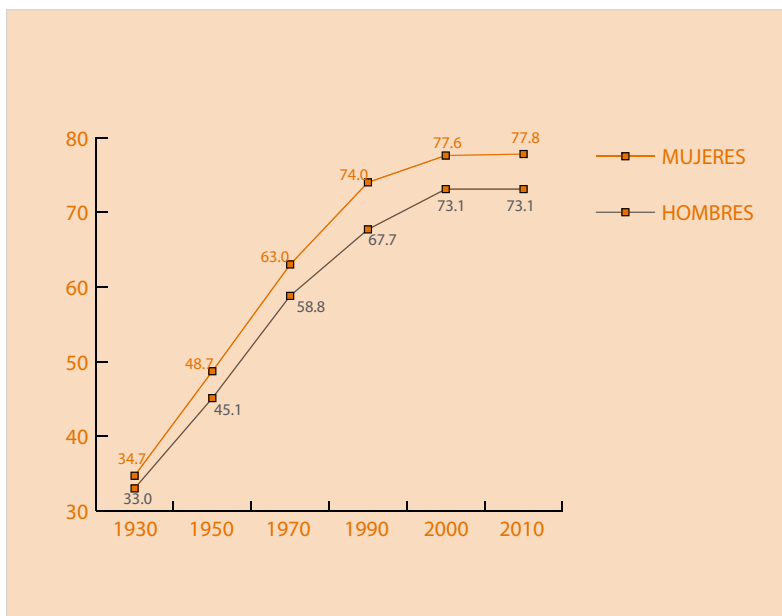
ⁱⁱⁱ Concepto que se refiere a la construcción sociocultural de la masculinidad y feminidad, tomando como base el sexo de las personas, como se verá en el apartado “Vejez y género”.

^{iv} La estructura por edades de una población es la manera en que se encuentran repartidos sus habitantes en los distintos intervalos de edad, su representación más conocida es la pirámide poblacional.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)⁷ refiere que esta transición inició en los años treinta con el descenso en la tasa de mortalidad, década a partir de la cual la longevidad ha aumentado drásticamente. Otro componente que contribuyó a ese cambio fue el acentuado declive en los años setenta de la tasa de fecundidad, al transitar de 6.8 hijas/os por mujer a 2.9 hijos; aspecto que además de ser determinante en la reducción del crecimiento de la población, ha acotado un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide poblacional y el desplazamiento de generaciones numerosas hacia los grupos de edad centrales.

En cuanto a la esperanza de vida, en la década de los treinta era de 33 años para hombres y 35 para mujeres, en el año 2010 se llegó a 73.1 años para los primeros y casi 77.8 años para las segundas, con un promedio de 75.4 (Figura 1).

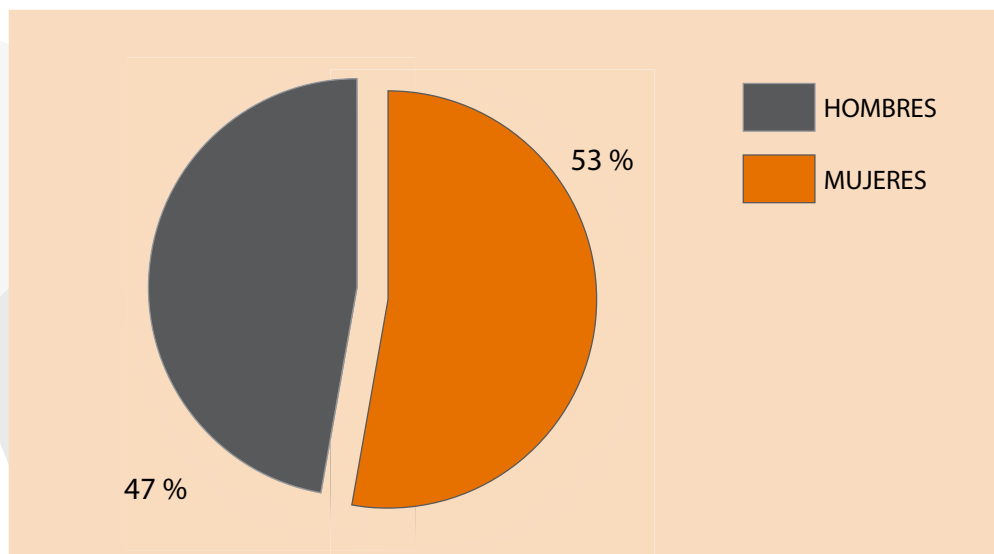
FIGURA 1. ESPERANZA DE VIDA SEGÚN SEXO. MÉXICO, 1930-2010



Fuente: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

El Censo de Población y Vivienda 2010⁸ reportó 112 millones 336 mil 538 habitantes en México. 54 millones 855 mil 231 son hombres y 57 millones 481 mil 307 son mujeres, con una relación hombres-mujeres de 95.4 por cada 100. Del total de la población, 10 millones 55 mil 379 tienen 60 años y más, lo que representa casi el nueve por ciento de su población. De estos, cuatro millones 679 mil 538 son hombres (47%), y cinco millones 375 mil 841 son mujeres (53%), como se aprecia en la Figura 2.

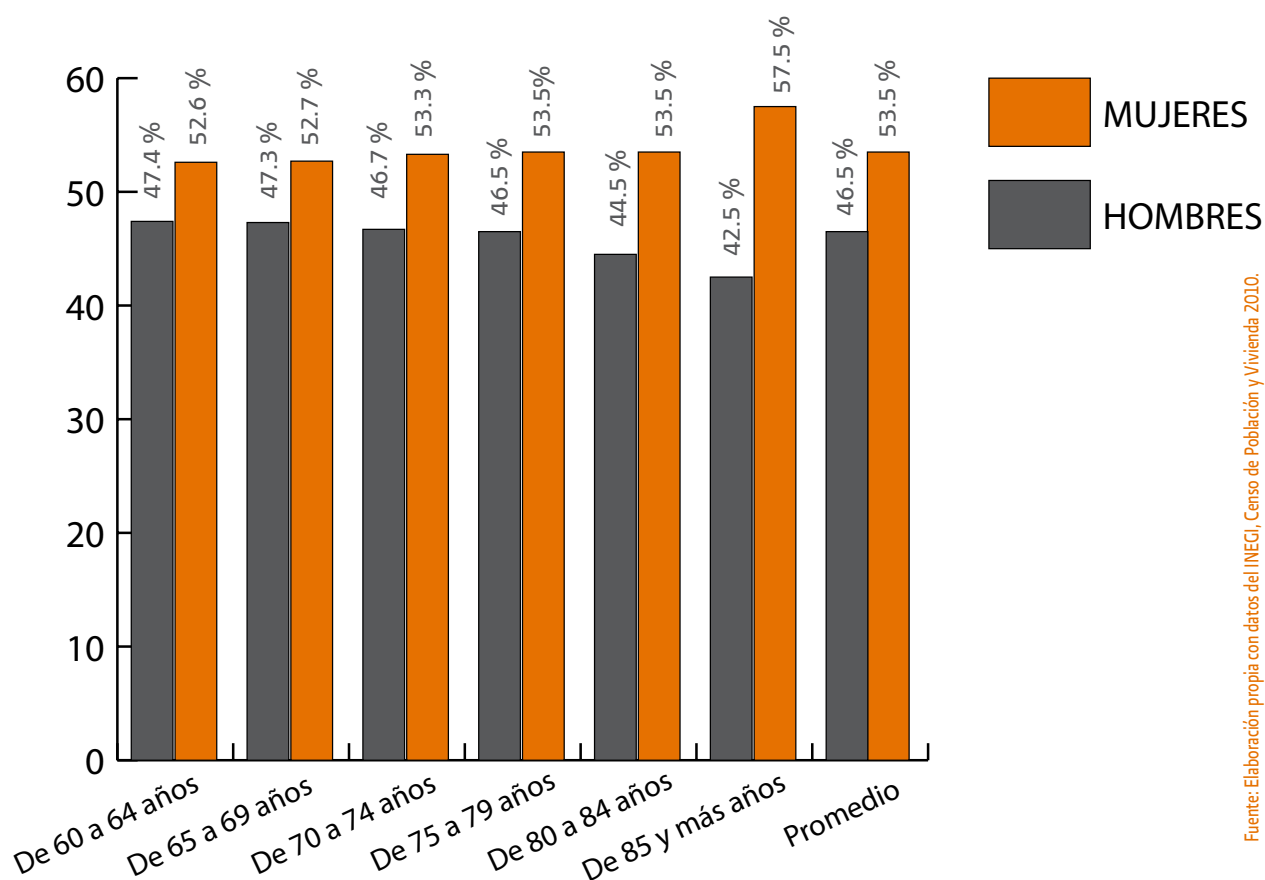
FIGURA 2. PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES ADULTOS MAYORES. MÉXICO, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Conforme avanza la edad, la proporción de mujeres se va haciendo mayor, como se puede apreciar en la Figura 3.

FIGURA 3. PORCENTAJE RELACIÓN HOMBRES-MUJERES POR GRUPOS DE EDAD



En general, las cifras hablan de un cambio drástico que influye en las estructuras económicas y socio-sanitarias, en las relaciones de familia y entre generaciones, en las formas de vida cotidiana, en la salud y en el desarrollo de los países,^{4,9} y habrá que prepararse ante la restructuración de la sociedad y su población; más cuando en México existe un alto índice de pobreza e inequidades socioeconómicas que afectan principalmente tanto a mujeres como a hombres de todas las edades, pero de manera diferente.

Envejecimiento y vejez: transformación multifactorial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 1984 el concepto “adulto mayor” para referirse a las personas –mujeres y hombres- de 60 años y más, y evitar de esta manera expresiones despectivas relacionadas con la forma en que se interpreta el proceso de envejecimiento individual: vieja/o o anciana/o, entre otras. En sus documentos, el organismo utiliza también los términos “personas mayores” o “personas de edad”; pero fue a partir de 1996, cuando la ONU denomina a ese grupo poblacional “personas adultas mayores” (PAM),^v definición aceptada en México.¹

Si bien el envejecimiento demográfico de la población supone un cambio en la estructura por edades y provoca el aumento de la edad media del conjunto, el envejecimiento humano es un proceso biológico, psicológico y social, determinado por factores genéticos, ambientales y socioculturales, tales como los genéticos, el cuidado del cuerpo,

^v Resolución A/RES/50/141, 30 de enero de 1996, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

las condiciones socioeconómicas, la educación, la ocupación laboral, las diferencias generacionales y la personalidad;^{10,11} además de las formas de vida, la pobreza y el género, de ahí que se considere un proceso individualizado y multifactorial.¹²

Por otro lado, la vejez -estado que supone la última etapa de la vida- tampoco es homogéneo para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica; pues también intervienen en su concepción criterios psicológicos, individuales, colectivos, sociales y culturales, entre ellos los estereotipos negativos que definen a la vejez como sinónimo de dependencia, deterioro, depresión, aislamiento, fragilidad, rigidez mental o carga económica, lo que inciden en actitudes de prejuicio y discriminación hacia las personas mayores.

Panorama de la salud de la población adulta mayor en México

La diversidad de factores que inciden en el envejecimiento debe ser tomada en cuenta para revisar la salud de las personas mayores, entendida ésta -de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)- como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades,¹³ por lo que, a su vez, la salud se convierte en un indicador fundamental para valorar la calidad de vida^{vi} de las personas mayores.

Al igual que el envejecimiento,¹² el estado de salud, la esperanza de vida saludable y la presencia de enfermedades crónicas en las mujeres y hombres mayores está determinado por diversos factores como los biológicos (cromosomas sexuales, hormonas, sistema antioxidante, sistema reproductivo), políticos (leyes e instituciones públicas que propician la inequidad de género), cultural (actitudes hacia el envejecimiento con privilegios hacia algún sexo), sociales (nivel educativo, servicios médicos y seguridad social, viudez, soledad, redes de apoyo social formales e informales) y económicos (ingresos, condiciones de la vivienda, alimentación, trabajo).¹²

En el año 2000, la esperanza de vida saludable —que mide los años de vida que una persona puede vivir sin

discapacidad— era de 55.2 a 63.1 años en hombres y de 61.0 a 67.3 años en mujeres.¹⁶ A nivel general, las cinco principales causas de pérdida de años saludables fueron las lesiones perinatales, los choques y atropellamientos, la diabetes, la violencia y las cardiopatías.¹⁶

Las enfermedades crónicas durante la vejez han tenido comportamientos distintos, tanto por épocas, como por sexo, por grupos de edad, por regiones geográficas u otros aspectos. En años recientes, se ha presentado la siguiente tendencia, de acuerdo con el Cuadro 1, con datos generales, y el Cuadro 2, desagregados por sexo.

CUADRO 1
PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS. MÉXICO, 2008

TASA POR 100 MIL HABITANTES DE 60 AÑOS Y MÁS

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO	TOTAL	TASA
<i>Diabetes mellitus no insulino dependientes</i>	63 164	719.63
<i>Insuficiencia renal crónica</i>	54 892	625.39
<i>Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas</i>	27 804	316.77
<i>Fractura de fémur</i>	23 985	273.27
<i>Colelitiasis</i>	22 752	259.21
<i>Diabetes mellitus no especificada</i>	20 578	234.45
<i>Hiperplasia de la próstata</i>	19 670	224.10
<i>Hipertensión esencial (primaria)</i>	19 392	220.93
<i>Otras enfermedades cerebrovasculares</i>	18 818	214.39
<i>Hernia inguinal</i>	18 335	208.89

Nota: La selección es con base en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).
Fuente: SINAISS-SSA, Egreso Hospitalarios 2008. Base de datos. CONAPO. Proyecciones de la Población en México 2005-2050.

Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2011/adultos0.doc

iv La calidad de vida se entiende como la percepción de las personas de su propia posición en la vida en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Se incluye la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales, el contexto cultural y su relación con las características de su entorno. A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia.¹⁴

v El INEGI define "discapacidad" como las diferencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive.¹⁵

CUADRO 2
PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS PARA CADA SEXO,
México, 2008

TASA POR 100 MIL HABITANTES DE 60 AÑOS Y MÁS

SEXO Y PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO	TOTAL	TASA
Hombres		
<i>Insuficiencia renal crónica</i>	28 678	714.84
<i>Diabetes mellitus no insulino dependientes</i>	28 117	700.86
<i>Hiperplasia de la próstata</i>	19 670	490.30
<i>Hernia inguinal</i>	14 326	357.10
<i>Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas</i>	13 964	348.07
<i>Enfermedad isquémica crónica del corazón</i>	10 732	267.51
<i>Diabetes mellitus no especificada</i>	9 593	239.12
<i>Otras enfermedades cerebrovasculares</i>	9 146	227.98
<i>Neumonía, organismo no especificado</i>	8 633	215.19
<i>Otras enfermedades del sistema digestivo</i>	7 835	195.30
Mujeres		
<i>Diabetes mellitus no insulino dependientes</i>	35 047	735.44
<i>Insuficiencia renal crónica</i>	26 214	550.08
<i>Fractura de fémur</i>	16 547	347.23
<i>Colelitiasis</i>	15 215	319.28
<i>Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas</i>	13 836	290.34
<i>Hipertensión esencial (primaria)</i>	11 671	244.91
<i>Diabetes mellitus no especificada</i>	10 984	230.49
<i>Otras enfermedades cerebrovasculares</i>	9 672	202.96
<i>Neumonía, organismo no especificado</i>	9 116	191.29
<i>Insuficiencia cardíaca</i>	8 932	187.43

Nota: La selección es con base en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).
Fuente: SINAIS-SSA, Egreso Hospitalarios 2008. Base de datos. CONAPO. Proyecciones de la Población en México 2005-2050.

Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2011/adultos0.doc

De acuerdo con los datos estadísticos, las enfermedades crónico degenerativas afectan de manera similar tanto a mujeres como a hombres, pero la longevidad de las mujeres las hace más proclives a padecer enfermedades crónicas durante el envejecimiento como la osteoporosis –de ahí las fracturas de fémur- la diabetes mellitus, la artritis, la incontenencia urinaria, la depresión y Alzheimer; en tanto que los hombres mueren a más temprana edad y tienen más probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares¹² y por hiperplasia de la próstata.

En cuanto a la mortalidad en las personas mayores, en el año 2007, las principales causas de muerte en hombres mayores de 65 años fueron en primer lugar, las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas por la diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; en tanto que para las mujeres la primera causa también fue el grupo de enfermedades isquémicas del corazón, seguida de la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas e infecciones respiratorias agudas bajas (Figuras 4 y 5).

FIGURA 4. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE HOMBRES DE 65 AÑOS Y MÁS, MÉXICO, 2007. TASA POR CADA 100 MIL HOMBRES EN ESE GRUPO DE EDAD

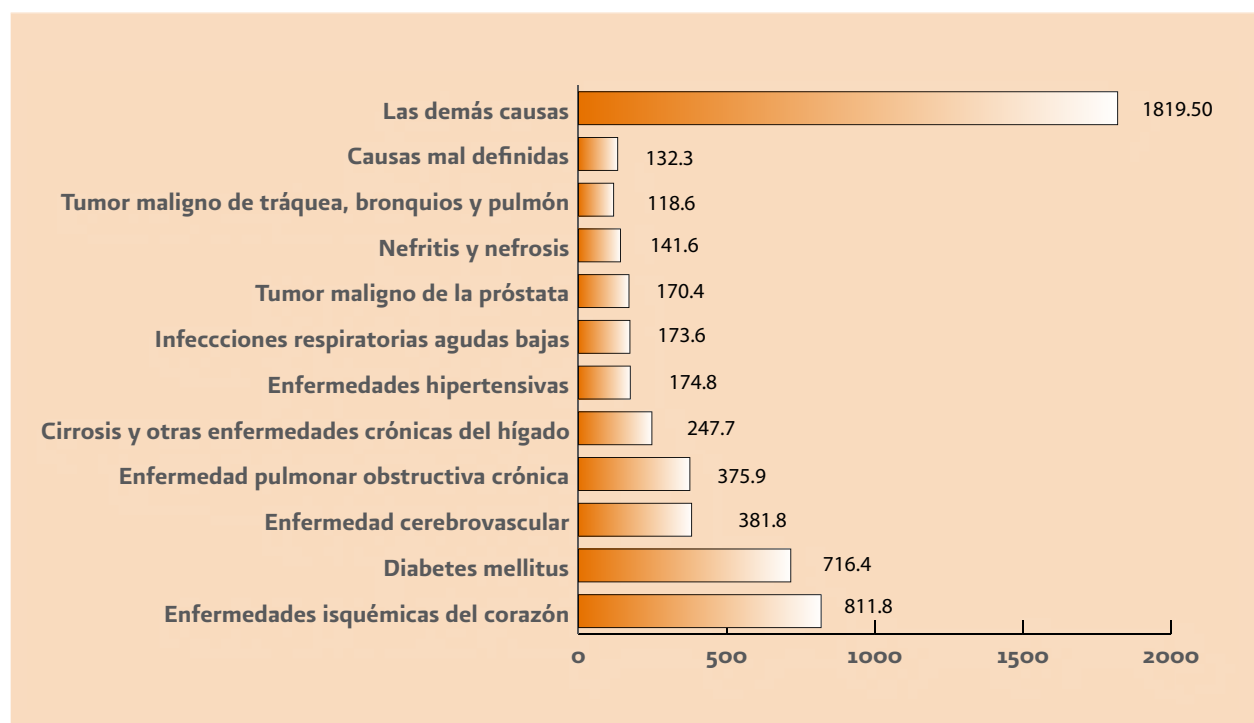
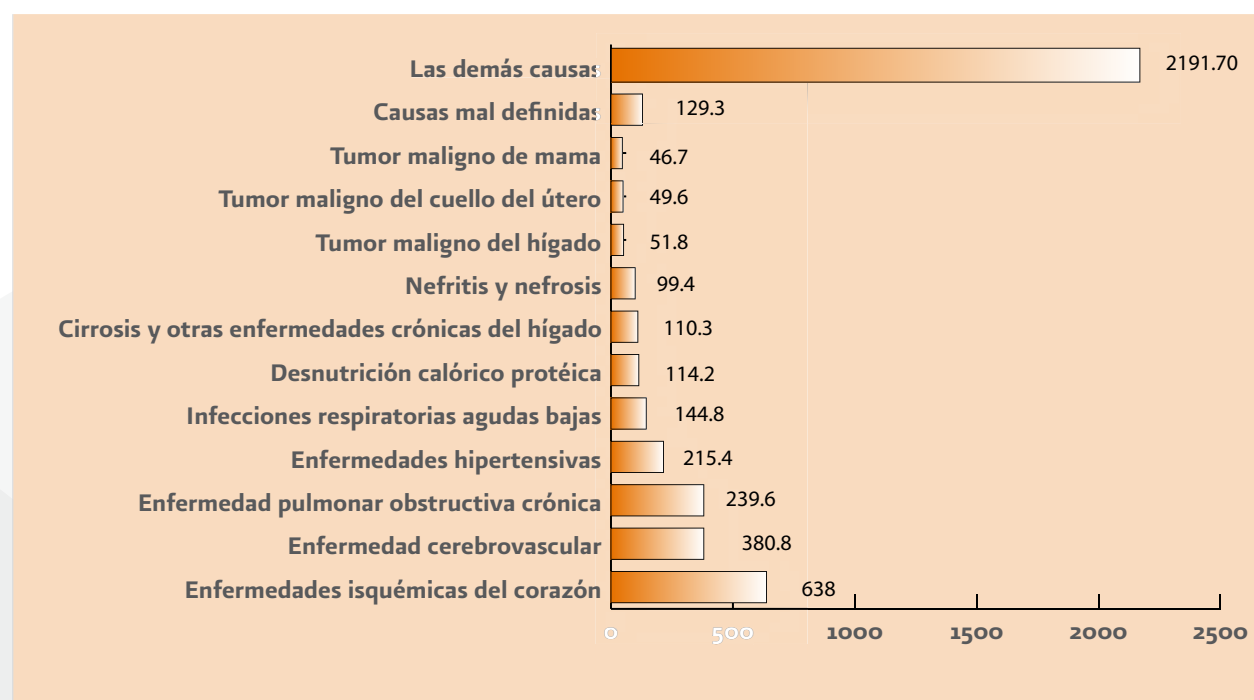


FIGURA 5. ONCE PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE MUJERES DE 65 AÑOS Y MÁS, MÉXICO, 2007. TASAS POR CADA 100 MIL MUJERES EN ESE GRUPO DE EDAD



Fuentes Figuras 4,5: Elaboración propia con Base de Datos de Defunciones 2007, INEGI/Secretaría de Salud y Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

Vejez y género

La perspectiva de género en salud busca reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, las distinciones socioculturales y los papeles y actividades desempeñadas por hombres y mujeres afectan diferencialmente su salud en todo el ciclo de vida. Estas diferencias construidas históricamente se traducen en desigualdades, riesgos, necesidades, contribuciones y al impedimento o acceso y control sobre los recursos en salud.^{12,17}

Desde este enfoque se establece que, además de los factores biológicos, las mujeres están en mayor riesgo frente a patologías crónicas y discapacidad; en tanto que los hombres pueden llegar a morir a temprana edad debido a que no se detecta a tiempo padecimientos que originan muerte prematura, ya que participan menos en acciones preventivas o de atención a la salud,¹² además de que en su muerte “prematura” influyen mucho las originadas por lesiones accidentales y homicidios.

El porcentaje de población con discapacidad en el grupo de 60 a 84 años en mujeres es de 24.6 y en hombres de 23.0; en tanto que en el grupo de 75 años y más llega a 60.4% en mujeres y 56.4% en hombres.¹⁸ Lo anterior hace que la población adulta mayor requiera una atención más frecuente de los servicios de salud (tanto públicos como privados).

Además de la salud, la desigualdad de género se manifiesta en ámbitos como la educación, al presentar —a nivel nacional— un porcentaje más alto de analfabetismo en mujeres de 60 a 74 años (21.5%) y de 75 años y más (37.7%) que en hombres de esos grupos (16.7% y 28.8% respectivamente).¹⁸



Foto: Guadalupe López García. Acervo del CNEGR

Un dato más es la actividad económica de las personas mayores. La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo¹⁹ indica que en México hay 3.7 millones de personas adultas mayores que cuentan con empleo o buscan incorporarse en el mercado laboral, representando 8.3 por ciento del total de Población Económicamente Activa del país (PEA).

Para el segundo trimestre de 2010, de la PEA de 60 años y más, 98% estaba ocupada, y de ésta 70% eran hombres y 30% mujeres. La tasa de desempleo abierto era de 2%, y por sexo, la desocupación era mayor en los hombres (3.9%) que en las mujeres (0.9 por ciento). En tanto, casi dos terceras partes de adultos/as mayores (65.7% mujeres y 34.3% hombres) forman parte de la Población No Económicamente Activa.¹⁹

La situación descrita deja a las adultas mayores en riesgo de mayor pobreza que los hombres, pues como se ve en el Cuadro 3, apenas el 9.7% cuenta con una pensión o jubilación, frente a 51.5% de los hombres. Lo anterior muestra una gran inequidad social, ya que las mujeres, “por su papel reproductivo no tienen continuidad en el mercado laboral y cuando se encuentran dentro de él, sus empleos son precarios y sin seguridad social”,²⁰ o sus pensiones son bajas. En todo ello, se deben considerar las diferencias que existen en los ámbitos rurales y urbanos y en las diferentes etnias.

CUADRO 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 60 Y MÁS AÑOS POR TIPO DE INACTIVIDAD SEGÚN SEXO. MÉXICO, 2009			
TIPO DE INACTIVIDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Totales	100.0	100.0	100.0
Estudiantes	0.1	0.1	0.1
Quehaceres domésticos	47.1	5.0	68.8
Pensionados y jubilados	23.9	51.5	9.7
Incapacitados permanentes	2.2	3.6	1.4
Otros no activos	26.7	39.8	20.0

Fuente: INEGI, STPS. Encuesta nacional de Ocupación y Empleo. Segundo trimestre, 2009.

Las actividades desempeñadas por las y los adultos mayores no económicamente activos reflejan cómo los papeles de género continúan en esa etapa de la vida. En los datos del Cuadro 3 se ve que las mujeres se dedican a los quehaceres domésticos en 68.8%, en tanto que los hombres lo hacen sólo en 5%.

A su vez, por la alta esperanza de vida de las mujeres, éstas tienen mayor probabilidad de vivir solas y de depender económicamente de otros familiares. Sin embargo, relacionado con este último caso, existe un número considerable de mujeres mayores cuidadoras de las y los demás integrantes de la familia, actividad generalmente sin remuneración. Por ese entorno, las adultas mayores se han convertido en agentes del mantenimiento de la salud física, psíquica y emocional de la sociedad, desempeñando una función vital, pero afectando también su salud.

En el caso de los adultos mayores, la carga social y simbólica que implica ser el principal proveedor de la familia o representar “fortaleza” física y moral, les impide cuidar su salud. Es sabido, pero se debe reiterar, que son quienes menos acuden a los servicios médicos o a practicarse estudios preventivos.

Ante este resumido panorama, tanto organismos internacionales,^{13,14,21,22,23} como en la legislación nacional y programas de atención,^{1,24} establecen las bases para que los gobiernos instrumenten políticas públicas en favor de las personas mayores, así como para ofrecer los servicios adecuados y de calidad, de acuerdo con necesidades específicas de los grupos sociales y por las características de sexo, grupos de edad o etnia, entre otros factores.

Los instrumentos internacionales de mayor importancia en materia de salud para las mujeres son el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), reuniones convocadas por la ONU, cuyos acuerdos fueron asumidos por el Estado mexicano. Si bien no son exclusivos en la materia, son los más significativos en el campo de la salud en tanto derecho de las mujeres, además de ser mecanismos que buscan influir en el desarrollo de las leyes y prácticas nacionales. En ellos se convoca al tema de la salud de las mujeres de manera extensa, durante las distintas etapas de su vida –desde la niñez, hasta la vejez– y de forma integral –en distintas condiciones geográficas, sociales y étnicas– y aluden a la salud de las mujeres con capacidades diferentes.²⁵

El que México se haya sumado a dichos acuerdos y establecido una normatividad jurídica en favor de las personas adultas mayores, marca un compromiso político del Estado para garantizar el derecho a la salud de las y los adultos mayores, propiciando el acceso a los servicios en este campo, con calidad, calidez y con equidad de género, entendida como la garantía para contar con las mismas oportunidades, condiciones y trato –considerando las diferencias y necesidades específicas de mujeres y hombres– en dicho acceso, y para que les permitan mejorar su calidad de vida y evitar incapacitarse o morir por causas prevenibles y evitables.^{5,22}

Conclusiones

Pese a los avances en el campo de la salud de adultas/os mayores, se debe reconocer que los esfuerzos no han sido suficientes. Entre las dificultades para garantizar el derecho a la salud, se encuentra la carga desmedida de las familias que deben pagar por los servicios de salud, la insuficiencia de infraestructura en áreas rurales, la baja calidad en los servicios, el sistema de protección social de salud que aún no cubre a toda la población, así como la falta de coordinación y participación eficiente entre los niveles y áreas de gobierno.⁵

Se requiere, por tal motivo, una planificación del desarrollo, la cual exige tomar en cuenta el proceso del envejecimiento de la población para ampliar la cobertura en salud de este grupo etario, pues de no hacerlo a tiempo, se puede convertir en un problema de envejecadura para el siglo XXI.⁹

Si bien las estadísticas aquí presentadas muestran la situación de morbilidad y mortalidad entre mujeres y



hombres en la etapa de la vejez, es importante complementarlas con otros estudios cuantitativos y cualitativos, tomando en cuenta factores de género, que permitan conocer más a fondo la situación de este grupo de población para identificar qué aspectos están relacionados con la biología, el medio ambiente o la pobreza. Lo que se buscaría con ello, sería diseñar y aplicar políticas públicas acordes con las necesidades específicas para compensar los desequilibrios existentes en el acceso y control de los recursos –en este caso para salud- entre mujeres y hombres,¹⁷ y para generar condiciones de igualdad en la etapa de la vejez.

En ese mismo sentido, un elemento básico que se retoma en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia²⁶ es el empoderamiento de las mujeres, entendido como

Un proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertadas (Art. 5, Fracc. X).

El empoderamiento de las mujeres representaría una acción fundamental para mejorar las condiciones de vida de la población, incluyendo el campo de la salud, y avanzar hacia la igualdad de género en todas las edades.¹⁷



Referencias Bibliográficas

1. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México. Diario Oficial de la Federación; 25 de junio del 2002.
2. Consejo Nacional de Población. Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México. México; 2011 (Serie Documentos Técnicos).
3. Zúñiga E., Vega D. Envejecimiento de la Población de México. Reto del Siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población; 2004.
4. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento de la población: hechos y cifras. Una sociedad para todas las edades [folleto]. Madrid; 2002.
5. United Nations. Population Ageing 2006. Disponible en <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006chart.pdf>
6. World Health Organization. Ageing: Exploding the Myths. Geneva; 1999. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los adultos mayores en México, Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México; 2005.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en www.censo2010.org.mx
9. Villarreal MM. La legislación a favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2005 (Serie Población y Desarrollo: 64).
10. Fernández BR. Gerontología Social. Madrid: Pirámide; 2004.
11. Cornachione MA. Psicología del desarrollo: Vejez. Córdoba: Brujas; 2006.
12. Mendoza VM. Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En: Salgado VN, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003: 57-80.
13. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos de la OMS: Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Suplemento de la 45ª. Ed. Ginebra; 2006.
14. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: Un marco Político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105. Disponible en http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
15. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México; 2011.
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Síntesis Metodológica y Conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. México; 2011. Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_cp2010.pdf
17. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud. 2ª. Ed. México; 2011.
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México. Disponible en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultados1.pdf
19. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. México; 2010.
20. López G. Reflexiones finales. En: Salgado VN, Wong R, ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003:207-211.
21. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Nueva York; 1982. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>
22. Organización de las Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad. Nueva York; 1991. Disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1640.pdf>
23. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York; 2002. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-1.pdf>
24. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor. Manual de los derechos humanos y no discriminación del adulto mayor. México; 2003.
25. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. Seguimiento a los programas y líneas de acción para la atención de la salud de las mujeres del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud [Reporte]. México; 2008. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/documentos/CEAMEG/REPORTE%20FINAL%20DE%20SALUD.pdf>
26. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México. Diario Oficial de la Federación; 1 de febrero de 2007.

Foto: Adriana García Hernández. Acervo del CNEGSR

