# DEMOGRAFÍA ACTUAL: PROYECCIONES SOBRE LA MENOPAUSIA Y EL CLIMATERIO EN COLOMBIA

María Luisa Chiappe de Villa*

*Directora Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

Agradezco a la Asociación Colombina de Menopausia la oportunidad que me brinda de exponer algunas ideas importantes para el país sobre la mujer, particularmente aquellas que han concluido su ciclo reproductivo y a quienes la comunidad académica muy poca o casi ninguna atención les ha brindado.

La información estadística y demográfica, aún incompleta, es básica pues sin ella no es posible avanzar en la estructuración de planes y programas generales de beneficio para la población y para la profundización de los estudios e investigaciones más especializados. La gestión moderna de los servicios sociales en un contexto organizado que busca el mejoramiento de las condiciones de vida de la población requiere información estadística apropiada y supone el uso metódico de ella técnicamente recolectada y analizada sobre tales condiciones, sus factores condicionantes y los sectores de población más afectados. La información es un recurso escaso que requiere una notable calidad para ser útil y cumplir su objetivo.

La gestión moderna de los servicios sociales incluye la necesidad de realizar trabajos conjuntos por parte de todos los estamentos de la sociedad hacia el logro de condiciones de vida equitativa para hombres y mujeres, y en concreto el reconocer y acrecentar la participación de las mujeres en los programas y beneficios de desarrollo socio-económico, especialmente el acceso a oportunidades de educación, salud y empleo. En este sentido el DANE, desde su creación en la década de los 50, ha sido pionero en la labor de recopilación y divulgación de estadísticas sociales, con descripción de las condiciones de poblamiento, fertilidad, mortalidad, de educación salubridad, atención de salud, participación laboral, etc. Asimismo el DANE ha realizando publicaciones y divulgaciones de varias series históricas de diversos indicadores estadísticos sociales, demográficos, de salud, etc. Con el fin de estimular la reflexión y utilización de esos datos en la vida del país.

En este contexto, el objetivo de mi charla es presentar información básica, que nos sirva como elemento sobre las características de las mujeres en edades posteriores al término del ciclo reproductivo en Colombia. Desafortunadamente aún no contamos con la principal fuente de información, el censo 93, el cual nos hubiera permitido profundizar en el análisis de este importante grupo poblacional, lo cual no excluye que en un futuro cercano explotemos conjuntamente esta valiosísima información. Por el momento debemos contentarnos con la información que se deriva de anteriores censos, de las proyecciones que con base en ellos se han efectuado y de las encuestas de hogares.

Dentro de la información básica contemplaré en esta charla como se inserta la mujer adulta y mayor en el contexto demográfico del país, sus características educativas, de participación en la fuerza de trabajo y algunos aspectos relacionados con la salud.

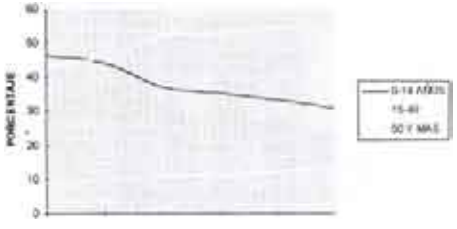
I. La mujer adulta y mayor en el contexto demográfico del país

La demografía tiene dos formas principales de medir la relevancia de las mujeres en etapas post-reproductivas. Una dentro de la población y otra dentro de la sociedad. La primera de ellas hace referencia a su distribución por edad, en la cual se presupone que todas las mujeres mayores de 50 años y una gran mayoría de las mayores de 45, han entrado en esta etapa. La otra forma, complementaria a la anterior, hace referencia a la proporción de mujeres que han decidido terminar su capacidad reproductiva mediante el uso de métodos de control de fertilidad. Para efectos de la presente charla, únicamente haremos referencia al primero de los grupos mencionados.

### 1.1 Envejecimiento de la población

A nivel de toda la sociedad o población, a medida que la mortalidad y la fecundidad descienden, la proporción de niños y jóvenes tiende a disminuir, mientras que la de los adultos y mayores tienden a aumentar dentro del total de la población. Esto se conoce como 'transición demográfica', la cual es un proceso progresivo y de largo plazo y generalmente asociado al progreso social y económico de los países. Uno de los resultados de este proceso se ha venido denominando en la demografía como el "envejecimiento de la población", definido como el fenómeno que se traduce en un aumento proporcional del número de personas en edad adulta o ancianos y una disminución del número de jóvenes

Gráfico 1. Envejecimiento de la población total por grupos de edad, en porcentajes



Envejecimiento de la población total por grupos de edad, en porcentajes

| | 1964 | 1973 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0-14 | 46.6 | 44.20 | 37.00 | 35.4 | 33.1 | 30.6 |
| 15-49 | 43.6 | 45.8 | 51.8 | 53.0 | 54.6 | 55.7 |
| 50 y más 46,6 | 9.8 | 10.0 | 11.2 | 11.6 | 12.3 | 13.7 |

Si tomamos la edad convencional para este análisis, usualmente los 50 años cumplidos, y observamos las cifras de los últimos censos y las proyecciones que de ellos se derivan, tenemos que concluir que a nivel del país en general el cambio en la estructura de edades se aceleró después de la década de los 70´s, aunque en las áreas urbanas mayores este fenómeno se inició en la década de los 60´s. En el caso específico de la proporción de la población joven (menor de 15 años) se ha reducido y continuará perdiendo importancia frente al total de la población; de un porcentaje de 46.6 en 1964, bajaría a 30.6 en el año 2000.

En contraposición, la proporción de una población entre los 15 y 49 años, así como la adulta y mayor, comienzan a adquirir mayor importancia; no obstante, en términos relativos, el incremento de la población adulta y vieja es mayor; la relación entre esta última y la primera pasa de 20 en 1951 a 25 en el año 2000.

Consecuentemente con el envejecimiento de la población, el número de mujeres en edad adulta ha venido aumentando en términos absolutos década tras década, censo tras censo. En 1951 era un poco más de 625, 000 en todo el país, en 1964: 880,000; en 1973 ascendieron a más de 1'060.000. En 1985 ya eran 1´673.000, se estima que hoy son 2'300.000 y que el año 2000 se acercarán a los 2'800.000.

El envejecimiento de la población y su significativo crecimiento en términos absolutos presenta serias implicaciones para la sociedad, en particular en países con características como las de Colombia. Tal vez la más importante de las consecuencias económicas es el efecto de la estructura sobre la proporción de dependencia; en otras palabras, cuanto mayor sea la proporción de personas adultas dependientes, tanto más difícil será para las personas de edad de producción su manutención.

Una segunda consecuencia económica de la diferencia de la estructura de edades se relaciona con los patrones de consumo, las sociedades con mayores proporciones de personas en edad avanzada necesitan gastar más en asistencia médica.

El panorama para países con grandes limitaciones de recursos, como Colombia, en donde la tendencia es a descuidar a este grupo de edad debido a su menor presencia y presión social, no es halagador. El envejecimiento de la población repercute significativamente en menores oportunidades de asistencia social y qué no decir de recreación de la población vieja; a ello debemos agregarle el menor apoyo familiar en edades avanzadas, así como una mayor soledad.

### 1.2 Participación de la Mujer Adulta en la Fuerza de *trabajo*

Las consecuencias señaladas tienden a minimizarse cuando la participación laboral de las mujeres aumenta notablemente y cuando los niveles de desarrollo socioeconómico se han auto sostenido. Las mujeres en edad adulta entonces reciben beneficios de atención en salud que prolongan su vida adulta activa es de espera pues teóricamente, un aumento de la esperanza de vida o duración media de la vida del a mujer . Esta extensión de la vida ha generado que la mujeres en general estén extendiendo la duración de sus matrimonios, de su ciclo reproductivo, y de su viudez.

La participación de la mujer en la fuerza de trabajo ha venido creciendo significativamente en las últimas décadas; de tasas de participación de 30.5 en 1984, pasan a tasas de 37.5 en 1994. Este comportamiento es generalizado para los diferentes grupos de edad.

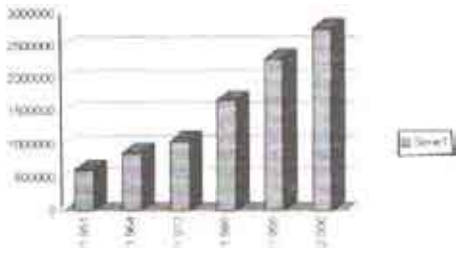


Gráfico 2. Población femenina de 50 y más años, 1951-2000



Gráfico 3. Cambio en la actividad laboral de mujeres d e12 a 49 años y de 50 años y más

Los factores asociados a esta mayor participación en general se han venido explicando por el mayor nivel educativo alcanzado por las mujeres y las consecuentes expectativas de desarrollo personal que éste genera. No obstante, de ninguna manera se descarta la creciente pauperización de grandes segmentos de la población, en los cuales la mujer, independientemente de sus niveles educativos, debe ingresar a la fuerza de trabajo a fin de incrementar los exiguos ingresos del hogar.

Así mismo, la creciente ocurrencia de divorcios y separaciones está también generando una mayor proporción de viudas y separadas, jefes de hogar, con unas necesidades de consumo mayores conlleva a una mayor necesidad para ellas de trabajar hasta bien entrada la vejez.

En este sentido, más que la participación laboral en sí, importa la calidad del trabajo que desempeñe la mujer adulta. Lo que el gráfico 3 nos muestra es que la mujer mayor de 50 años está en un gran porcentaje, marginada de los beneficios que puede retribuir un empleo institucional. Mientras que sólo el 40% de las mujeres en edad adulta (obreros, empleados y empleadores) se puede, con cierta certeza, afirmar que perciben beneficios de la seguridad social; del 60% restante (trabajadores familiares sin remuneración, empleadas domésticas, trabajadores por cuenta propia) podemos, en términos generales, concluir que no los percibe.

### 1.3 Nivel Educativo de la Mujer Adulta

Pero mal pueden las mujeres optar por mejores empleos si los niveles educativos que poseen no se corresponden con las exigencias, cada vez crecientes, del mercado de trabajo. A pesar de que los enormes avances logrados en este campo en las últimas décadas, al parecer ellos no alcanzaron a las mujeres en edad adulta.

El gráfico 5 nos muestra que un poco más de las dos terceras partes de las mujeres en edad adulta o no contaban con educación (11%), o apenas cursaron algún grado de primaria (57%); en el otro extremo sólo 4% cuenta con algún grado de secundaria.

Las perspectivas para el próximo milenio no son tan desalentadoras. Nuestras mujeres adultas no pudieron beneficiarse de estas ventajas porque sus oportunidades de acceso a estos servicios fueron históricamente menores. Su ciclo vital reproductivo tendió a ser más largo y sus obligaciones domésticas más grandes especialmente representadas en un número mayor de hijos que levantar:



Gráfico 4. Posición ocupacional de la mujeres de 50 y más años.1994

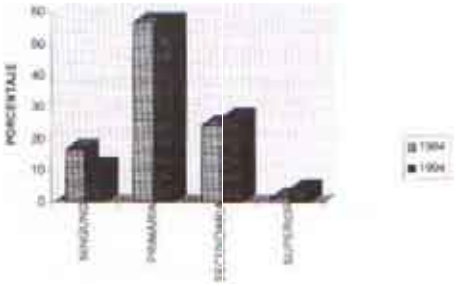


Gráfico 5. Nivel educativo de las mujeres de 50 años y más. 1984-1994

Para las nuevas generaciones, el mejoramiento de la nutrición, de la salubridad y de los niveles de vida en general han contribuido a aumentar los índices de supervivencia en al edad adulta. Así mismo, la educación y la modernización del rol de la mujer en el hogar y en la sociedad, su mayor participación laboral fuera del hogar, al mismo tiempo que un concepto más íntimo de la familia con un menor número ideal de hijos, permiten esperar mejores oportunidades de asistencia y recreación para la mujer adulta del futuro.

## II. Salubridad y acceso a la atención médica

Finalmente, aunque con el pleno conocimiento de que el auditorio posee mayores conocimientos al respecto y las deficiencias propias de la información, quiero presentar algunos alcances sobre aspectos de salud relacionados con la mujer.

### 2.1. Transición Epidemiológica

Al mismo tiempo que existe una transición demográfica, sucede una transición epidemiológica, que aumenta los riesgos de enfermedades crónicas en la edad madura derivados no sólo del medio ambiente insalubre e índices inadecuados de nutrición, típicos de los contextos empobrecidos, sino también enfermedades sistémicas o degenerativas altamente asociadas con el régimen de vida, típicos de los contextos industrializados. Esto representa para la mujer el riesgo de cánceres y enfermedades cardiovasculares que tiene que ser prevenidas con mayor acceso y calidad en la atención médica propia de su estado. Dos indicadores se utilizan aquí: las causas de egresos hospitalarios, consultas externas y las causas de mortalidad (defuciones) específicas por edad. Estas cifras pueden tener un gran sesgo debido a sub-enumeración o falta de acceso hospitalario o a consulta en caso de enfermedad, en muchas poblaciones marginales.

Tal como se observa en el cuadro 6, y como es de esperarse, a medida que la población aumenta de edad, las enfermedades relacionadas con los procesos de reproducción (embarazo, parto y puerperio) disminuyen, y las enfermedades del sistema circulatorio, entre ellas hipertensión y

del sistema respiratorio tienden a aumentar ( especialmente en las mayores de 60 años). En esta edad, ya especialmente para las mujeres, aparece como segunda causa de muerte la ocurrencia de cáncer, tanto en 1985, como en 1991. Por otra parte, entre los dos años mencionados, ha disminuido la causalidad debida a enfermedades infecciosas y accidentes, pero han aumentado las endocrinas, de inmunidad, digestivas e hipertensivas.

En el grupo de edad 50-59 se presenta una cierta prevalencia de enfermedades del aparato genito-urinario, pero el grueso de esta etiología de concentra en los grupos de población entre 15 y 44 años.

El grupo de artritis y similares que tiene una prevalencia menor en el grupo mayor de 40 años, tiende a concentrarse en el grupo de 60 y más años.

Cuadro No. 5. Causa de mortalidad femenina en cabecera municipal según grupos de edad. 1985-1991

| Grupos de edad | 1985 | | | 1991 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Causas de muerte | Casos | Proporción Relativa en esta edad Misma causa | Causas de muerte en orden Absoluto | Casos | Proporción Relativa en esta edad Misma causa |
| < 50 años | 1. Enf. cardiocirculatorias | 1963 | 0,110 | 1. Otras causas | 4828 | 0,777 |
| | 2. Otras causas | 5879 | 0,810 | 2. Cáncer | 2167 | 0,227 |
| | 3. Enf. infecciosas | 2404 | 0,730 | 3. Ap. respiratorio | 1573 | 0,317 |
| | 4. Accidentes y homicidios | 2028 | 0,238 | 4. Accidentes y homicidios | 2719 | 0,731 |
| | 5. Cáncer | 2179 | 0,733 | 5. Enf. aparato circulatorio | 1883 | 0,106 |
| | 6. Enf. aparato respiratorio | 1967 | 0,407 | 6. Enf. infecciosas | 1498 | 0,630 |
| | SUBTOTAL | 18636 | 0,348 | SUBTOTAL | 16489 | 0,300 |
| 50-64 | 1. Enf. cardiocirculatorias | 3381 | 0,196 | 1. Enf. Ap. cardiocirculatorio | 3219 | 0,181 |
| | 2. Cáncer | 2633 | 0,309 | 2. Cáncer | 2816 | 0,296 |
| | 3. Enf. respiratorias | 574 | 0,695 | 3. Enf. Ap. respiratorio | 618 | 0,124 |
| | 4. Otras causas | 380 | 0,052 | 4. Enf. Endocrinas y de inmunidad | 501 | 0,230 |
| | 5. Enf. infecciosas | 285 | 0,086 | 5. Enf. Ap. digestivo | 430 | 0,209 |
| | 6. Accidentes y homicidios | 269 | 0,090 | 6. Enf. hipertensivas | 420 | 0,173 |
| | SUBTOTAL | 9239 | 0,172 | SUBTOTAL | 9329 | 0,172 |
| 65 +años | 1. Enf. cardiocirculatorias | 11655 | 0,678 | 1. Enf. Ap. cardiocirculatorio | 13632 | 0,769 |
| | 2. Cáncer | 3793 | 0,444 | 2. Cáncer | 4449 | 0,467 |
| | 3. Enf. Ap. respiratorio | 2232 | 0,462 | 3. Enf. Ap. respiratorio | 2738 | 0,550 |
| | 4. Enf. hipertensivas | 1468 | 0,668 | 4. Enf. hipertensivas | 1735 | 0,713 |
| | 5. Estados morbosos mal definidos | 1218 | 0,597 | 5. Enf. Ap. digestivo | 1181 | 0,573 |
| | 6. Enf. endocrinas y de inmunidad | 1063 | 0,560 | | | |
| | SUBTOTAL | 25055 | 0,468 | SUBTOTAL | 27764 | 0,510 |

Mujeres De 50 años y más, por características de fuerza de trabajo, según grupos de edad. Marzo 1994 7 áreas metropolitanas 1/

| Grupos de Edad | Total | PEA | Ocupadas | Desocupadas | Inactivas | TD | TGP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total muj. | 6.099.667 | 2.287.762 | 1.957.305 | 330.457 | 2.487.728 | 14,44 | 37, 51 |
| Muj. >=50 | 867.058 | 188.088 | 177.562 | 10.526 | 678.970 | 5,60 | 21,69 |
| 50-59 | 397.495 | 138.599 | 129.964 | 8.635 | 258.896 | 6,23 | 34,87 |
| 60-69 | 285.103 | 41.612 | 39.721 | 1.891 | 243.491 | 4,54 | 14,60 |
| 70-79 | 131.502 | 6.326 | 6.326 | 0 | 125.176 | 0,00 | 4,81 |
| 80 y más | 52.958 | 1.551 | 1.551 | 0 | 51.407 | 0,00 | 2,93 |

Mujeres De 50 años y más, por características de fuerza de trabajo, según grupos de edad. Marzo 1984 7 áreas metropolitanas 1/

| Grupos de Edad | Total | PEA | Ocupadas | Desocupadas | Inactivas | TD | TGP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total muj. | 4.859.820 | 1.481.600 | 1.217.605 | 263.995 | 2.253.788 | 17,82 | 30, 49 |
| Muj. >=50 | 586.788 | 117.108 | 112.277 | 4.831 | 469.680 | 4,13 | 19,96 |
| 50-59 | 291.941 | 84.349 | 80.564 | 3.785 | 207.592 | 4,49 | 28,89 |
| 60-69 | 175.112 | 26.643 | 25.905 | 738 | 148.469 | 2,77 | 15,21 |
| 70-79 | 85.010 | 5.727 | 5.419 | 308 | 79.283 | 5,38 | 6,74 |
| 80 y más | 34.725 | 389 | 389 | 0 | 34.336 | 0,00 | 1,12 |

1/ Bogotá, Medellín y Valle de Aburrá, Cali A.M., Barranquilla A.M. Bucaramanga A.M., Manizales A.M. y Pasto.

Mujeres de 50 años y más, por nivel educativo, 1/ según grupos de edad. Marzo 1994
7 áreas metropolitanas

| Grupos de Edad | Total | Ninguno | Primaria | Secundaria | Superior | No Inf. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Total muj. | 5.539.934 | 177.772 | 1.947.175 | 2.571.088 | 712.917 | 16116 |
| Muj. >=50 | 867.058 | 94.751 | 494.794 | 234.745 | 36.694 | 6.074 |
| 50-59 | 397.495 | 26.678 | 222.191 | 119.972 | 26.888 | 1766 |
| 60-69 | 285.103 | 36.078 | 157.349 | 82.767 | 7.226 | 1683 |
| 70-79 | 131.502 | 19.522 | 82.951 | 25.165 | 1.781 | 2083 |
| 80 y más | 52.958 | 12.473 | 32.303 | 6.841 | 799 | 542 |

1/ De 5 años y más

Mujeres de 50 años y más, por nivel educativo, 1/ según grupos de edad. Marzo 1984
7 áreas metropolitanas

| Grupos de Edad | Total | Ninguno | Primaria | Secundaria | Superior |
|---|---|---|---|---|---|
| Total Muj. | 4.375.798 | 251.860 | 1.932.176 | 1.820.896 | 370.866 |
| Muj. >=50 | 586.788 | 99.107 | 334.070 | 143.856 | 9.755 |
| 50-59 | 291.941 | 34.537 | 167.807 | 83.280 | 6.317 |
| 60-69 | 175.112 | 31.028 | 101.224 | 40.197 | 2.663 |
| 70-79 | 85.010 | 20.541 | 46.839 | 16.959 | 671 |
| 80 y más | 34.725 | 13.001 | 18.200 | 3.420 | 104 |

1/ De 5 años y más

Mujeres de 50 años y más, por características de fuerza de trabajo, según grupos de edad. Marzo 1994
Bucaramanga A.M.

| Grupos de Edad | Total | PEA | Ocupadas | Desocupadas | Inactivas |
|---|---|---|---|---|---|
| Total Muj. | 354.747 | 144.963 | 120.380 | 24.583 | 128.470 |
| Muj. >=50 | 53.016 | 12.472 | 11.962 | 510 | 40.544 |
| 50-59 | 22.055 | 8.543 | 8.118 | 425 | 13.512 |
| 60-69 | 17.154 | 2.933 | 2.848 | 85 | 14.221 |
| 70-79 | 9.880 | 805 | 805 | 0 | 9.075 |
| 80 y más | 3.927 | 191 | 191 | 0 | 3.736 |

Mujeres de 50 años y más, por características de fuerza de trabajo, según grupos de edad.
Marzo 1994, Bogotá

| Grupos de Edad | Total | PEA | Ocupadas | Desocupadas | Inactivas |
|---|---|---|---|---|---|
| Total Muj. | 2.650.744 | 1.044.436 | 917.653 | 126.783 | 1.039.748 |
| Muj. >=50 | 353.054 | 80.387 | 75.372 | 5.015 | 272.667 |
| 50-59 | 166.020 | 61.803 | 57.867 | 3.936 | 104.217 |
| 60-69 | 119.777 | 17.093 | 16.014 | 1.079 | 102.684 |
| 70-79 | 49.374 | 912 | 912 | 0 | 48.462 |
| 80 y más | 17.883 | 579 | 579 | 0 | 17.304 |

## III. Comentarios finales

Es necesario reconocer que las diversas instancias gubernamentales y académicas, entre otras, han prestado hasta el momento, poco o ningún interés en los sectores sociales que por diversas circunstancias se consideran como no productivos, esto es, el sector de los viejos, de los grupos minoritarios y demás. En consecuencia, sea esta la oportunidad para plantear estrategias que se deriven en planes y programas concretos para este importante sector de la población.

Por otra parte, los muy breves resultados que he presentado me dan la oportunidad de exponer ante esta audiencia académica la importancia de realizar estudios específicos que permitan evaluar las bases de datos y dar guías sobre como usar las mejores estadísticas y cómo mejorar la recolección de información y los análisis de las zonas con deficiencias. En este cometido es de esperarse que en muchos casos las

entidades interesadas tomen la iniciativa y los entes del Gobierno presten toda la colaboración y faciliten los espacios de concertación necesarios para emprender y llevar a cabo una serie de planes bien coordinados de estudio y acción.

Para el caso de la mujeres en edades post-reproductivas, es importante el tratamiento de diversos estratos (por áreas urbanas y rurales, por nivel educativo u otros indicadores del régimen de vida). Esta labor requiere una capacidad técnico científica que el DANE esta dispuesto a complementar con sus recursos disponibles. El DANE ha acumulado una notable experiencia en la recopilación y procesamiento de información, y cuenta con una riqueza en sus bases de datos, pero requiere en concurso de las fuerzas vivas en las ciencias sociales y médicas para explotarlas a cabalidad, garantizando la calidad de los análisis y la fundamentación de las recomendaciones de política que sugieren.

Permítanme finalizar esta rápida reseña con el comentario de que también se requiere enfatizar en la utilización, al máximo posible y con la mejor confiabilidad de los datos del Censo de 1993. El DANE ha estado trabajando muy cuidadosamente en la evaluación y preparación de la información; una vez contemos con ella, disponemos de una de las mejores fuentes de información, tanto para complementar las bases de datos históricas como para efectuar análisis de profundidad sobre la dinámica poblacional y las principales características asociadas con la población: etnias, viviendas, hogares, limitaciones físicas, migración, educación, estado civil, actividad económica, mortalidad.

Gracias.

## COMO ORGANIZAR Y MANEJAR UNA CLINICA DE MENOPAUSIA

Nilson Roberto de Melo, M.D. *

* profesor de la Universidad de Sao Paulo. Vicepresidente 1o. de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (FLASCYM). Sao paulo, Brasil.

La mujer vive un tercio de su vida en un período postmenopáusico por lo cual una medicina preventiva dirigida a este período es muy importante y debe ser hecha, preferencialmente en una clínica de menopausia.

Esta clínica debe tener áreas de consultorios, información y servicios de educación y exámenes de imagen.

En el consultorio, el médico hablará con la paciente y la examinará. La anamnesis y el récord de examen deben ser completos, en lo posible computarizados. Es importante que contengan historia médica y quirúrgica (personal y familiar), antecedentes de osteoporosis, cáncer diabetes, hipertensión, tromboembolismo, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral, alteraciones del ciclo menstrual, métodos contraceptivos usados, síntomas climatéricos, terapia hormonal, síndrome premenstrual, y enfermedades cardiovasculares. Son necesarios otros profesionales de la salud como nutricionista, psicólogo, médico general, reumatólogo, cirujano plástico y fisioterapista.

El servicio de información y educación es muy importante, tal vez el más importante de la clínica. Este servicio comienza en la sal de espera, donde videos transmiten información sobre el periodo climatérico y su tratamiento. La clínica debe tener un auditorio con equipo audiovisual, donde un médico una enfermera darán charlas a grupos de pacientes sobre menopausia y climaterio. Se deben tener disponibles libros, folletos y panfletos para la paciente y su familia.

Debe haber un cuarto para recoger muestras de laboratorio; también deben estar presentes áreas para exámenes de imagen: ultrasonografía, mamografía y densitometría.

La clínica debe dar entretenimiento a médicos sobre la atención de las pacientes y la ejecución e interpretación de exámenes de imagen.

Con un gran número de pacientes climatéricas en este servicio, se podrán llevar a cabo investigaciones diversas.

## BIBLIOGRAFÍA

Anderson, E; Hamburger, S; Liu, JH; Rebar, RW. Characteristics of menopausal women seeking assistance. Am J Obstet Gynecol, 1987; 156: 428-433.

Hamburger, S. The value of the menopause clinics? Ann NY Acad Sci, 1990; 592: 239-241.

Rich, D & David, J. Menopause Clinics: blazing a trail. OBG Man. August 1990; 34-42.

Utian, WH. Workshop 15 – Menopause Clinics: purpose, function, international comparations, In. The Controversial Climateric. Van Keep, PA; Utian, WH; Vermeulen, A; eds. Lancet: MTP Press, 1982; 147-161.